

RBSO

REVISTA BRASILEIRA DE  
**SAÚDE**  
OCUPACIONAL

ISSN 0303-7657

ISSN (on-line) 2317-6369

# RBSO

**Vol.38 • nº 127**  
jan/jun 2013

*Dossiê*

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

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

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

**FUNDACENTRO**

**Presidenta**  
Maria Amélia Gomes de Souza Reis

**Diretor Executivo**  
Renato Ludwing de Souza

**Diretora Técnica**  
Hilda Maria Rodrigues Alevato

**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](http://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 Hespanhol Bernardo – PUC, Campinas-SP, Brasil  
Mina Kato – 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  
Ideberto 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 Mattei 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

### **Secretaria Executiva**

Elena Riederer  
Karla Machado  
Vagner Souza Silva

### **Revisão de textos**

Karina Penariol Sanches (português)  
Elena Riederer (inglês)  
Mina Kato (inglês)  
Patrícia Moura Dias (inglês)

### **Normalização bibliográfica**

Sérgio Cosmano  
Alda Melânia César  
Vagner Souza Silva  
Maria Aparecida Giovanelli

### **Produção editorial**

Gláucia Fernandes  
Karina Penariol Sanches  
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/ BVSDE
- 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](http://www.fundacentro.gov.br/rbsoc) • [www.scielo.br/rbsoc](http://www.scielo.br/rbsoc)

## Sumário

- Editorial
- 6 **Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro**  
José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Eduardo Garcia Garcia, Ildeberto Muniz de Almeida
- 9 **Resultado da parceria entre a RBSO e o GT Saúde do Trabalhador da Abrasco**  
Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Danilo Fernandes Costa, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Dossiê temático**
- Atenção integral em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública**
- Debate
- 11 **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**  
Danilo Costa, Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela
- Debatedores
- 21 **Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador**  
Carlos Minayo Gómez
- 25 **Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios**  
Claudia Vasques Chiavegatto, Eduardo Algranti
- Resposta dos autores
- 28 **Resposta dos autores**  
Danilo Costa, Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela
- Artigos
- 31 **Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST)**  
Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva
- 44 **Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP**  
Edvânia Ângela de Souza Lourenço, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- 57 **Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras**  
Paulo Gilvane Lopes Pena, Vera Martins, Rita Franco Rego
- 69 **Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte**  
Maria Dionísia do Amaral Dias
- 81 **Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas**  
Maria Angélica Tavares de Medeiros, Vera Lúcia Salerno, Mírian Pedrollo Silvestre, Lilian Vieira Magalhães
- Ensaio
- 92 **Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas**  
Maria Teresa Bruni Daldon, Selma Lancman
- 107 **Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente**  
Luís Henrique da Costa Leão, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Sumário

<b>Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT</b>	122	Revisão
Jorge Henrique Santos Saldanha, Ana Paula Medeiros Pereira, Robson da Fonseca Neves, Mônica Angelim Gomes de Lima		
<b>A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador (<i>Observatorist</i>) no Brasil</b>	139	Relato de experiência
Carlos Eduardo Siqueira, Francisco Pedra, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Maria Maeno, Hermano Albuquerque de Castro		
<b>Saúde Ocupacional na região central do estado de Nova York: um ambulatório de doenças ocupacionais com financiamento público 25 anos depois</b>	149	
Michael B. Lax		
<b>Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória</b>	162	Resenha
José Marçal Jackson Filho		
	165	<b>Errata</b> Errata

## Contents

- Editorial
- 6 ***Concerning the “social acceptability” of work accidents and the unacceptable concept of unsafe behavior***  
José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, Eduardo Garcia Garcia, Ildeberto Muniz de Almeida
- 9 ***Result from the partnership between RBSO and Abrasco’s worker’s health technical comitee***  
Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Danilo Fernandes Costa, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela
- Dossier
- Integrated care in worker’s health - challenges and perspectives of a public policy***
- Debate
- 11 ***Worker’s Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy***  
Danilo Costa, Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela
- Discussants
- 21 ***Advances and hindrances in the implantation of the Brazilian National Worker’s Health Policy***  
Carlos Minayo Gómez
- 25 ***Public Occupational Health Policies in Brazil: opportunities and challenges***  
Claudia Vasques Chiavegatto, Eduardo Algranti
- The authors’ reply
- 28 ***The authors’ reply***  
Danilo Costa, Francisco Antonio de Castro Lacaz, José Marçal Jackson Filho, Rodolfo Andrade Gouveia Vilela
- Articles
- 31 ***Contributions of the Primary Health Care system for implementation of the Brazilian National Occupational Safety and Health Plan (PNSST)***  
Elizabeth Costa Dias, Thais Lacerda e Silva
- 44 ***Challenges for implementation of Brazilian National Occupational Health Policy in the Unified Health System (SUS): the case of the region of Franca, São Paulo, Brazil***  
Edvânia Ângela de Souza Lourenço, Francisco Antonio de Castro Lacaz
- 57 ***Approving a policy to promote self-employed workers’ health: the case of the artisanal fishermen and shellfish pickers***  
Paulo Gilvane Lopes Pena, Vera Martins, Rita Franco Rego
- 69 ***Understanding the work carried out by Primary Health Care units to develop actions in Worker’s Health: the case of a medium-sized municipality in the state of São Paulo, Brazil***  
Maria Dionísia do Amaral Dias
- 81 ***Occupational Health Policy: revisiting the case of Workers’ Reference Centre in Campinas, São Paulo, Brazil***  
Maria Angélica Tavares de Medeiros, Vera Lúcia Salerno, Mírian Pedrollo Silvestre, Lilian Vieira Magalhães
- Essay
- 92 ***Worker’s health surveillance – trends and uncertainties***  
Maria Teresa Bruni Daldon, Selma Lancman
- 107 ***On the trails of commodity chains – reflections on a surveillance policy integrating health, labor and environment***  
Luís Henrique da Costa Leão, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

## Contents

<b><i>Facilitating factors and barriers for returning to work in workers affected by Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs)</i></b>	122	Review
Jorge Henrique Santos Saldanha, Ana Paula Medeiros Pereira, Robson da Fonseca Neves, Mônica Angelim Gomes de Lima		
<b><i>The experience of the Worker's Health Observatory (Observatoriost) in Brazil</i></b>	139	Report on experience
Carlos Eduardo Siqueira, Francisco Pedra, Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Maria Maeno, Hermano Albuquerque de Castro		
<b><i>Occupational Health in central New York: a publicly funded occupational health clinical center after 25 years</i></b>	149	
Michael B. Lax		
<b><i>Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória</i></b>	162	Book review
José Marçal Jackson Filho		
		<b>Errata</b>
	165	Errata

José Marçal Jackson Filho<sup>1</sup>  
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela<sup>2</sup>  
Eduardo Garcia Garcia<sup>3</sup>  
Ildeberto Muniz de Almeida<sup>4</sup>

## Sobre a “aceitabilidade social” dos acidentes do trabalho e o inaceitável conceito de ato inseguro

*Concerning the “social acceptability” of work accidents and the unacceptable concept of unsafe behavior*

<sup>1</sup> Editor científico da RBSO. Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Editor associado da RBSO. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Editor executivo da RBSO. Centro Técnico Nacional da Fundacentro, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Membro do Conselho Editorial da RBSO. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Recentemente, o Fórum *Acidente de trabalho, análise, prevenção e aspectos associados*<sup>5</sup>, por meio de seu grupo coordenador, propôs manifesto público<sup>6</sup> visando ao banimento dos métodos de análise de acidentes baseados no ato inseguro, que levam à culpabilização dos trabalhadores, vítimas dos acidentes.

A *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* havia editado, em 2007, no volume 32 número 115, dossiê sobre o tema “Acidentes do trabalho e sua prevenção”. A intenção dos editores do dossiê (ALMEIDA; JACKSON FILHO, 2007) foi destacar a insuficiência dos métodos “tradicionais de análise de acidentes”, fundados nas ideias de “ato inseguro” ou “erro humano” e publicar pesquisas e estudos baseados em abordagens sistêmicas e/ou organizacionais.

No entanto, a despeito dos avanços da ciência em compreender tais fenômenos, os métodos tradicionais permanecem hegemônicos no seio de nossa sociedade, nas empresas e instituições, nas normas e regras profissionais. Judicializa-se o problema e não se opera a prevenção, sendo as decisões judiciais influenciadas por estes modelos e, conseqüentemente, produzindo injustiça e impactando negativamente na vida dos trabalhadores e de seus familiares. Daí a importância do manifesto público acima referido.

Assim, considerando que, do ponto de vista científico e, em particular, do estado da arte das pesquisas no campo da análise de catástrofes e acidentes do trabalho, a persistência do uso da noção de ato inseguro é inaceitável (LLORY; MONTMAYEL, 2010), decidimos discutir neste editorial o porquê da sua “aceitabilidade social”. Para fazê-lo, apoiar-nos-emos na análise antropológica proposta por Mary Douglas (1985) em *Risk acceptability according to the Social Sciences*<sup>7</sup>.

Douglas argumenta que os *processos culturais*, que definem quais perigos devem ser enfrentados, operam “por meio de *procedimentos institucionais para atribuição de responsabilidades*” (p. 53; destaques pelos autores deste editorial). Do ponto de vista metodológico, aponta a necessidade de mudança do foco das análises, em geral voltado aos indivíduos, para as instituições.

Embora se preocupe com a questão dos riscos de catástrofes naturais, a analogia com o tratamento institucional de outros problemas sociais continua válida, isto é, se considerarmos a problemática dos acidentes do trabalho, cada cultura, cada Estado se organiza para enfrentá-los definindo suas regras, seus valores, seus mecanismos institucionais.

<sup>5</sup> O fórum é uma iniciativa pluri-institucional dedicada ao tema da análise e prevenção de acidentes. Integra atividades de extensão, educação continuada e pesquisa. Maiores informações sobre o fórum podem ser obtidas no site <<http://www.moodle.fmb.unesp.br/course/view.php?id=52>>.

<sup>6</sup> O manifesto *O papel nefasto da “culpa da vítima” para a análise e prevenção dos acidentes de trabalho* está disponível, por meio eletrônico, no endereço: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=P2013N41135>>.

<sup>7</sup> Tradução livre: Aceitabilidade social de acordo com as ciências sociais.

Um dos mecanismos a que se refere Douglas é a “atribuição pública de culpa” (p. 56), o que permite, segundo a autora, à maioria das organizações, resolver seus próprios problemas organizacionais. Nesse sentido, deve-se discutir o caso da atribuição da culpa à própria vítima do seu infortúnio.

Segundo Douglas:

Quando a vítima morreu esta estratégia deixa de colocar como “bode expiatório” as pessoas vivas. Rapidamente terminam as disputas e permite às comissões de inquérito concluir com um veredito de morte por causas naturais ou morte acidental ou erro humano, deste modo invoca-se a natureza para deixar todos de fora da questão. Trata-se da familiar crítica marxista de como a hegemonia de classe traz a máquina da justiça a seu serviço. Culpar a vítima é efetivo para silenciar as acusações de todo o sistema social. [...] Culpar a vítima é boa tática para se lavar as mãos em todos os tipos de ocasiões. Quando o piloto morto pode ser culpado pelo erro que levou seu avião ao acidente, não há necessidade de se investigar profundamente a adequação do controle do tráfego aéreo ou o estado do avião. (p. 56-57)

A autora também evoca outros aspectos associados ao comportamento das comunidades profissionais e instituições diante do enfrentamento e da percepção dos riscos e que nos ajudam a refletir. De um lado, mostra a relação entre o desenho de determinada política pública, no caso para enfrentar um surto de gripe suína, e a organização da comunidade profissional. Nos Estados Unidos, adotou-se a vacinação em todo o país, enquanto na Inglaterra os especialistas apostaram que a gripe não era uma ameaça. Conclui dizendo que “uma comunidade pode tomar uma decisão de política pública ousada correndo mais riscos se é forte suficiente para proteger da culpa os tomadores de decisão” (DOUGLAS, p. 61). Por outro, ao discutir a investigação do acidente de *Three Miles Island*, mostra como diferenças culturais influenciam nos critérios e no comportamento de agências reguladoras e/ou inspetorias.

Temos, então, elementos para discutir o porquê da “aceitabilidade social” do método de análise de acidentes baseado na oposição entre ato e condição insegura, legitimada tecnicamente pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ao publicar a norma NBR 14280/2001 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2001). Isto é, precisamos olhar para nossa cultura, nossos valores e nossas instituições que justificam este instrumento social de produção de injustiça.

Não podemos deixar de considerar, pois se constitui em valor que predomina em várias instituições e organizações, a existência de certo “preconceito de classe”, ou seja, como mostrou Lima (2001), os quadros das empresas, em geral oriundos da classe média, tendem a considerar os trabalhadores como pessoas de pouca responsabilidade, desprovidas de conhecimentos e educação. Tal julgamento tem óbvias implicações na compreensão dos acidentes, uma vez que “como esses profissionais e técnicos estão colocados em posição objetivamente oposta aos trabalhadores, surge espontaneamente a tendência aos julgamentos a *priori* dos comportamentos observados, já que o distanciamento social torna ainda mais obscuro o sentido dos atos de trabalho” (p. 141). Dentro desta ideologia, como não levantar a hipótese da falta de atenção, do erro dos trabalhadores em caso de acidente?

A análise acurada dos acidentes mostra, todavia, outra faceta. Vilela et al. (2004), ao analisarem 71 laudos de acidentes emitidos pelo Instituto de Criminalista de Piracicaba, mostraram que, a despeito da existência de condições de extremo risco, 80% dos laudos concluem como sendo “ato inseguro” a causa principal dos acidentes. Dessa forma, em situações de trabalho em que não havia condições mínimas de segurança, os trabalhadores foram responsabilizados pelos acidentes “*com repercussão favorável aos interesses das empresas*” (p. 578; destaque pelos autores deste editorial).

Pode-se dizer que, no caso do Brasil, a atribuição de culpa aos trabalhadores vítimas dos acidentes que sofrem é tipicamente um mecanismo, como mostrara Douglas (1985), para desresponsabilizar engenheiros e profissionais de segurança, assim como a direção e as próprias empresas, do mesmo modo que as instituições públicas envolvidas por sua inação ou modo de ação (FILGUEIRAS, 2012). Evidentemente que, ao se culpar as vítimas, diretores e empresas não podem ser responsabilizados ou processados judicialmente pelos danos materiais e aos trabalhadores envolvidos. Mas, por que tendem os profissionais de segurança a responsabilizar, na maioria das vezes, os trabalhadores?

A resposta é simples: no caso brasileiro, os profissionais de segurança são contratados pelas próprias empresas e, embora considerados os prepostos pela empresa no tocante à segurança (segundo a legislação), não possuem, em geral, qualquer margem de ação para influenciar os sistemas de produção na adoção de medidas de proteção. Assim, quando ocorre um acidente, o que podem fazer para se proteger (judicialmente) é transferir a responsabilidade aos trabalhadores vítimas, o que também garante a proteção das empresas.

Isso significa que a publicação da norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2001), certamente considerada como resultado do trabalho de “especialistas em segurança”, legitima uma metodologia que não serve para “melhorar as condições de trabalho”, nem para desenvolver políticas de prevenção (VILELA et al., 2004), mas, ao contrário, constitui-se em “fator distal de risco” de novos acidentes. Sabe-se que a gestão de riscos efetiva depende não apenas dos conhecimentos técnico-científicos dos especialistas, mas também da experiência, do conhecimento, do saber-fazer dos trabalhadores (GARRIGOU et al.). Na situação brasileira, a oposição entre profissionais e trabalhadores impede qualquer forma de participação e cooperação, pois a desconfiança caracteriza a relação entre eles em boa parte das empresas. Como construir sistemas de produção seguros sob esta base insegura de relações sociais?

A estabilidade da situação também se deve evidentemente à atuação do Estado. Para Filgueiras (2012), “o Estado contribuiu para a precarização do trabalho por meio da regulação do direito do trabalho nas últimas duas décadas, em parte por algumas mudanças nas normas, mas, principalmente pelo modo operatório das suas instituições de vigilância do direito do trabalho” (p. 448). Isto é, segundo o autor, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério Público do Trabalho e a Justiça do Trabalho têm adotado “um padrão de atuação conciliatório com a ilegalidade” (p. 449), que é praticada pelas empresas ao descumprir as normas. “Em regra, eles não impuseram perdas financeiras aos empregadores flagrados desrespeitando as normas de proteção ao trabalho.” (p. 449). Por outro lado, a fragilização política dos trabalhadores e de suas entidades de representação nas atuais relações de trabalho tem diminuído seu poder de resistir e lutar pela mudança cultural e política em oposição a tais práticas perversas de atribuição de culpa.

Podemos concluir, enfim, que o silêncio da comunidade profissional e científica, das instituições e da academia a respeito das condições de trabalho até o momento não é por mero acaso... Como diz Douglas, “a miopia persistente, a seletividade e contradição tolerada não são em geral sinais de fraqueza de percepção, mas sinais da forte intenção de proteger certos valores e suas variantes institucionais” (p. 3).

Como “nenhum modo de conhecer é imune às formas contemporâneas de pressão cultural” (DOUGLAS, 1985, p. 3), o manifesto proposto pelo Fórum de acidentes, 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 de ações regressivas) mostram que possibilidades concretas de mudança estão surgindo.

Nesse sentido, a RBSO afirma seu apoio ao movimento do Fórum de acidentes e ao referido manifesto, esperando provocar uma mudança cultural que nos leve a outros patamares de prevenção.

## Referências

ALMEIDA, I. M.; JACKSON FILHO, J. M. Acidentes e sua prevenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.132, n. 115, p. 7-18, 2007.

DOUGLAS, M. *Risk acceptability according to the Social Sciences*. New York: Rusell Sage Foundation, 1985.

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.

GARRIGOU, A. et al. Preventionists’ activities: an issue not always well known. In: KARWORSKI, W. (Ed.). *International Encyclopedia of Ergonomics and*

*Human Factors*. London: Taylor & Francis, 1999. p. 3302-3307.

LIMA, F. P. A. A formação em Ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino de metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M. R. *Trabalho – educação – saúde: um mosaico em múltiplos tons*. São Paulo: Fundacentro, 2001. p. 133-148.

LLORY, M.; MONTMAYEL, R. *L'accident et l'organisation*. Bordeaux: Preventique, 2010.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-579, 2004

Francisco Antonio de Castro Lacaz<sup>1</sup>  
José Marçal Jackson Filho<sup>2</sup>  
Danilo Fernandes Costa<sup>3</sup>  
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela<sup>4</sup>

## Resultado da parceria entre a RBSO e o GT Saúde do Trabalhador da Abrasco

*Result from the partnership between RBSO and Abrasco's worker's health technical comitee*

---

<sup>1</sup> Editor convidado. Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Editor científico da RBSO. Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Editor convidado. Superintendência Regional do Trabalho de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Editor associado da RBSO. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

No Editorial intitulado “Atendendo a um chamamento”, publicado pela *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (RBSO) em 2010 (MACHADO; LACAZ, 2010), foi anunciada a aproximação entre o Grupo de Trabalho “Saúde do Trabalhador” da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a editoria da RBSO, após a formalização da intenção dos editores da Revista em estabelecer relações mais consistentes com o campo Saúde do Trabalhador, inserido, frise-se, na Saúde Coletiva, a partir das formulações relacionadas à determinação social do processo saúde-doença e do protagonismo do trabalho nesta determinação.

Tal posicionamento foi defendido durante oficina do GT no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado pela Abrasco em Olinda-PE, no período de 31 de outubro a 04 de novembro de 2009, para que a RBSO, pioneira no Brasil na publicação de artigos referentes às relações Trabalho e Saúde desde 1973, portanto há quarenta anos, pudesse assumir um papel relevante na divulgação dos resultados de estudos e pesquisas desenvolvidos a partir do olhar da Saúde do Trabalhador.

No Editorial “A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador” (ALGRANTI, E. et al., 2009), foi reforçado e anunciado que a RBSO se propunha a “[...] consolidar seus objetivos e cumprir a missão de ‘publicar artigos científicos relevantes para o desenvolvimento do conhecimento e para incrementar o debate teórico científico no campo da SST’” (p. 105).

Considerando o tempo de maturação de proposições como esta, cerca de três anos e meio depois, na presente edição trazemos a público o primeiro fruto concreto daquela aproximação iniciada em 2009. Trata-se do dossiê temático *Atenção integral em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública*. Nele encontram-se artigos que expressam vários desenvolvimentos teórico-metodológicos e experiências no campo da Saúde do Trabalhador, explicitando avanços na área de vigilância e de promoção, apesar dos vários limites e entraves que ainda persistem para a implantação de uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador, como aponta o artigo debate que abre este número da RBSO.

No texto de “chamada” do dossiê, não obstante os promissores avanços teóricos e conceituais que podem ser constatados ao longo dos últimos trinta anos, havíamos relacionado aspectos essenciais e os desafios para a consolidação das práticas sociais e institucionais no tocante a:

- implantação de uma efetiva ação interinstitucional que envolva as áreas da saúde, trabalho, previdência, meio ambiente, políticas de desenvolvimento;
- estruturação e disseminação pública de informações epidemiológicas que, além de ser um direito do cidadão, poderia orientar a priorização de ações de vigilância e prevenção;
- estruturação de uma rede articulada que se apoie em corpo funcional estável e qualificado para o enfrentamento da complexidade dos conflitos e invisibilidade dos determinantes dos riscos relacionados ao trabalho;
- fortalecimento do controle social como protagonista para a intervenção nos processos nocivos de trabalho.

Neste dossiê, em vários artigos, por meio do relato de resultados de estudos acadêmicos, frutos de projetos de pesquisas, teses e dissertações, e de experiências desenvolvidas no âmbito dos serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a universidade ou com outras instituições que compõem o espaço de interlocução que vem sendo construído pelo campo ao longo dos últimos trinta anos, busca-se abordar alguns dos desafios e questões acima apontados. Importante ressaltar que, no ano de 1984, ocorreu a primeira reunião científica patrocinada pela Abrasco, em Campos do Jordão, na qual se deram importantes discussões na busca de um *aggiornamento* das questões que já assinalavam, a partir dos Serviços de Saúde, a efervescência da emergência do campo.

Assim, ao tornar público, no volume 38, número 127 da RBSO, este *primeiro* conjunto de artigos relativos ao dossiê temático sobre *Atenção integral*

*em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública, concretiza-se*, de forma inequívoca, a parceria entre a Abrasco, através do Grupo de Trabalho em Saúde do Trabalhador, e a RBSO. Na verdade, trata-se de dar concretude à intenção explicitada no Editorial “Atendendo a um chamamento”, pois, naquela oportunidade, ainda no primeiro semestre do ano de 2010, foi dito que:

Assim, a Abrasco, através do GT de Saúde do Trabalhador, vem a público somar-se ao chamamento anunciado pelo Conselho Editorial da RBSO, visando estabelecer uma parceria promissora para ambos os lados, na perspectiva de contribuir para que o conhecimento produzido seja socializado, e que tal fato colabore para a elaboração de políticas sociais de abrangência nacional embasadas nas formulações do campo da Saúde do Trabalhador. (MACHADO; LACAZ, 2010)

Como editores do presente dossiê da RBSO, que será composto por mais um número, esperamos que ele venha a estimular o debate acerca dos passos ainda a serem dados na caminhada em direção a uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil, ou seja, política que se constitua em espaço que expresse a verdadeira interlocução intra e intersetorial das várias instâncias relacionadas ao campo Saúde do Trabalhador, tanto aquelas ligadas aos trabalhadores, como aquelas vinculadas aos órgãos do Aparelho de Estado e à universidade. Dessa forma, acreditamos que a política pública poderá ter ressonância junto à sociedade civil organizada e assumir um papel importante no enfrentamento das novas e velhas questões do campo nesta etapa do capitalismo brasileiro, que continua a provocar efeitos e danos inaceitáveis à saúde dos trabalhadores tanto do campo, quanto da cidade.

## Referências

ALGRANTI, E. et al. A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 104-105, jul./dez. 2009.

MACHADO, J. H. M.; LACAZ, F. A. C. Atendendo a um chamamento. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 6, jan./jun. 2010.

Danilo Costa<sup>1</sup>  
Francisco Antonio de Castro Lacaz<sup>2</sup>  
José Marçal Jackson Filho<sup>3</sup>  
Rodolfo Andrade Gouveia Vilela<sup>4</sup>

## Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública

*Worker's Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy*

---

<sup>1</sup> Superintendência Regional do Trabalho de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

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

<sup>3</sup> Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Contato:*

José Marçal Jackson Filho

*Email:*

jose.jackson@fundacentro.gov.br

### Resumo

O texto debate a situação da atenção integral em Saúde do Trabalhador no Brasil. Os avanços e as contradições das políticas públicas no campo são analisados a partir do contexto de crescimento econômico brasileiro, que ocorre em detrimento das políticas sociais, da insuficiente ação do Estado no âmbito da prevenção e, por fim, dos desafios colocados aos serviços pela recém-publicada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Pretende-se assim fomentar a discussão, o entendimento, a implementação e o avanço das ações em Saúde do Trabalhador, que deveriam estar no centro das políticas públicas.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; integralidade; vigilância em saúde do trabalhador; prevenção.

### Abstract

*The paper addresses the current policy and practice of Brazilian worker's health integrated care. The particularly discussed issues are: advances and contradictions of the public policies analyzed along with the Brazilian economic growth; the controversial state agenda with economical development to detriment of some social policies as the integration of the public health care system; evidences of the insufficient governmental action, as far as prevention is concerned, are pointed out; and, finally, current challenges faced by workers' health services as result of the recently approved Worker's Health National Policy. Arguments posed intend to encourage the discussion, the understanding, the implementation and advances of Worker's Health Policy and Practice. We argue that the integrated view of Health Care System shall be placed among the core of public policies.*

**Keywords:** worker's health; Worker's Health National Policy; integrated health care; worker's health surveillance; prevention.

Recebido: 18/01/2013

Aprovado: 22/01/2013

## Introdução

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

Dados oficiais revelam que persistem em todo o mundo acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Os dados nacionais e internacionais mostram a magnitude destes eventos para a Saúde Pública. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem anualmente cerca de 270 milhões acidentes do trabalho no mundo, sendo que 2 milhões deles são fatais e, segundo “a OIT, o Brasil ocupa o 4º Lugar no *ranking* mundial de acidentes fatais” (ZINET, 2012, p. 16).

No ano de 2010, conforme dados da Previdência Social, de um total de cerca de 720 mil acidentes, mais de 2.500 resultaram em mortes e houve mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente (ZINET, 2012). Tais acidentes também acarretam em impacto orçamentário, tendo sido gastos em 2010 cerca de R\$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (ZINET, 2012).

Sabe-se, no entanto, que tais dados representam apenas uma parte do total dos acidentes efetivamente ocorridos, por excluírem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal, que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), atingiram 37,4% dos trabalhadores brasileiros em 2009 (ZINET, 2012). Além da reconhecida subnotificação, assiste-se ao aumento dos agravos e ao surgimento de novo perfil de morbidade, em especial as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os problemas de saúde mental decorrentes da reestruturação da economia e da produção (GORENDER, 1997).

Comparações internacionais realizadas na década passada mostravam o Brasil em posição crítica com três mortes a cada duas horas e três acidentes de trabalho não fatais a cada um minuto (FACHINNI et al., 2005). Ao utilizar como referência os trabalhadores segurados da Previdência Social, que são sujeitos de estatísticas mais adequadas para comparação internacional, verifica-se que a taxa de mortalidade foi de 11

por 100 mil trabalhadores no Brasil, no ano 2000, enquanto a Finlândia apresentou taxa de 2,3 e a França 4,4 por 100 mil (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

Sabe-se que as ações de prevenção se valem de abordagens distintas do ponto de vista teórico e metodológico, com maior ou menor impacto sobre os determinantes dos agravos presentes nas situações de trabalho. Nesse sentido, como parte integrante da Saúde Coletiva, o campo da ST constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo da ST preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 1996).

Dessa forma, os atores do campo da ST agem coletivamente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. Para isso, defendem uma abordagem inter(trans)disciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, 2003).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST. Configura-se como uma estratégia no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (MENDES, 1996; PINHEIRO, 1996).

Neste campo, busca-se o agir integral, tendo o conceito de *vigilância em saúde* como eixo orientador dessa prática, abrangendo três níveis de atuação: as causas ou os determinantes; os riscos ou a exposição; os danos ou as consequências (PAIM, 1999; PORTO, 2007; BRASIL, 1998).

Conquista social garantida na Constituição Federal de 1988 e consolidada pela Lei nº 8.080/90, tais ações devem ser desenvolvidas pelo Estado brasileiro, sendo consideradas também como competências do SUS.

Todavia, condições de trabalho decentes não se constituem em critério, na maioria das vezes, para o estabelecimento de políticas públicas que visam ao desenvolvimento, como pode ser observado, por

exemplo, no que se refere às políticas de crescimento e aceleração da economia do país, expressas no chamado Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal.

Por outro lado, o desenvolvimento do campo da ST nos últimos 25 anos vive uma situação paradoxal, pelo atraso na implantação de política efetiva<sup>5</sup>, pois, embora em número crescente, muitos serviços funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores. Além disso, observa-se a falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no próprio setor saúde e que possam ser implantadas tendo como referência as várias experiências inovadoras e exitosas que legitimam a importância da ação pública no campo (LACAZ, 2010).

A propósito dessa realidade, inventário realizado no ano 2010/2011 apontou a existência de dificuldades importantes: impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que implicam, muitas vezes, em sua liberação sem que possam ser utilizados de forma adequada; desafios na formação de profissionais em ST, visto ainda serem esparsos os esforços de formação deste tipo de profissional, apesar de seu crescimento nos últimos anos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação dos trabalhadores no controle social devido a constrangimentos diversos, como a perda de representação dos trabalhadores de base, precária democracia nos locais de trabalho, o que dificulta a participação até mesmo em inspeções rotineiras dos órgãos públicos. O estudo mostrou, ainda, que há lacuna na produção de informações sobre o impacto na saúde, visto que, considerando a grande quantidade de agravos à saúde, há uma dissociação de ações e programas de investimentos visando à melhoria de condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores, embora presente, não é constante, o que revela certa ambiguidade na sua atuação (MACHADO; SANTANA, 2011).

Como se explica, então, a efetividade de serviços que produzem e realizam, de fato, ações em ST, mesmo perante constrangimentos, limitações e restrições advindas das políticas públicas na área social e das políticas econômicas? Quais fatores favoráveis a tais ações podem ser apropriados pelos outros serviços? Como influenciar o desenho e a

implementação de políticas no campo? Quais desafios estão colocados aos serviços de ST nas ações de assistência, vigilância/prevenção, reabilitação e promoção? Quais os limites destas iniciativas diante de determinantes macroestruturais da economia ou de outras definições políticas institucionais adotadas no país?

Além disso, cabe indagar se a publicação recente dos instrumentos legais que tratam de duas políticas – a Política Nacional de Segurança e de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011) e a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) – poderá servir de suporte à melhoria e à efetivação dos serviços.

O presente ensaio propõe este debate e busca dialogar com as várias contribuições deste número temático da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, tendo como propósito fomentar a discussão, o entendimento, a implementação e o avanço das ações em ST, que deveriam estar no centro das políticas públicas.

## O contexto: crescimento econômico em detrimento das políticas sociais

Nossas reflexões buscam entender as acentuadas mudanças no mundo do trabalho que ocorreram nas últimas décadas, sobretudo a partir dos anos 1970, e que provocaram discussões sobre suas consequências desiguais e combinadas, atingindo todos os trabalhadores, mas de maneira diversa nas diferentes regiões do mundo (ANTUNES, 2007).

Do ponto de vista histórico, no Brasil, o paradoxo dos últimos 60 anos está expresso no período de grande crescimento de 1950 até 1980, com restrição significativa da democracia após 1964, seguido de uma interrupção deste crescimento concomitante com a retomada do processo democrático, o qual, no entanto, não resultou na diminuição da desigualdade social. Neste período também se consolidou o processo de urbanização com uma migração intensa da população rural principalmente para as grandes metrópoles, sendo que moram nas cidades hoje 81,2% dos brasileiros. Nos anos 2000, houve uma retomada do crescimento com distribuição de renda e diminuição da pobreza, mas sem que ocorresse uma diminuição das desigualdades sociais a partir das políticas focais implementadas (SOARES, 2005; VIANNA, 2009).

<sup>5</sup> Como já haviam afirmado Minayo-Gomez e Lacaz em 2005, a ação do Estado brasileiro não tem sido efetiva devido à ausência de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ou seja, “a inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 798).

Um dos elementos constitutivos do desenvolvimento brasileiro é a alternância de etapas de crescimento e industrialização acelerada com momentos de recessão, inflação galopante e desmonte da estrutura produtiva existente, típicos do capitalismo tardio que caracteriza a realidade de nosso país.

As análises de tais mudanças estão inseridas na ideia de crise estrutural do capital, a qual tem como epifenômenos principais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva (ANDERSON, 1995; GORENDER, 1997; MESZAROS, 2002). Ambos são frutos de uma crise sistêmica (e estrutural) do modo de produção capitalista, que tem sua origem na queda da taxa de lucro verificada a partir dos anos 1970 nas economias ditas desenvolvidas (ANTUNES, 1999; BORÓN, 2000).

Este descompasso é acentuado no contexto atual do capitalismo contemporâneo, em sua feição globalizada, em que se observa a intensificação da competição internacional sob a hegemonia de modelos de crescimento e aceleração da economia de tipo não sustentáveis, com impactos negativos no meio ambiente, no trabalho, na saúde e na qualidade de vida das populações, como ocorre, sobretudo, no Brasil, na China e em outros países emergentes (DRUCK; FRANCO, 2007; RIGOTTO; MACIEL; BORSOL, 2010; KREIN, 2009; PIGNATI; MACHADO, 2011).

No interior das empresas, vigoram modos de gestão da produção de bens e de serviços cujo fim é capturar a subjetividade dos trabalhadores para engajá-los na condução e na operação dos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais. Sob esta lógica, o homem produtivo é instigado a pensar mais, porém de acordo com a racionalidade instrumental do capital (LIMA, 1996; ALVES 2011).

É marca destes tempos modernos o ideário de produzir “mais com menos”, ou seja, menor contingente, menor estoque, menor tempo, menor custo. Para tanto, são implantadas formas enxutas/flexíveis de gestão e organização do trabalho, incrementadas pelas tecnologias computacionais de alta velocidade, que geram, entre outros efeitos, intensificação e maior densidade de trabalho (FERREIRA, 2001; PINA, 2012). Entre os fatores que condicionam esta intensificação, podemos elencar: aumento das metas de produção; pressão da clientela; aceleração dos ritmos de trabalho; aumento de horas extras, das responsabilidades das funções e das tarefas, expresso na polivalência. O tempo de trabalho invade e impede cada vez mais o tempo de regulação social e familiar (KREIN, 2009).

Além disso, a precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, que ocorre pela via das terceirizações e das precárias condições de trabalho, a persistência de elevada rotatividade da força de trabalho,

o aumento da informalidade, a adoção de trabalhos em tempo parcial e em domicílio são elementos que também estão na origem dos agravos relacionados ao trabalho (KREIN, 2009).

Este movimento tem como alvo a desestabilização e o enfraquecimento dos coletivos de trabalho, com a conseqüente diluição e desvalorização da experiência e do saber dos trabalhadores (FERREIRA, 2001; LIMA, 2007; PINA, 2012). Dentre outros efeitos deletérios, a hegemonia deste modelo empresarial de gestão do trabalho tem levado ao enfraquecimento do movimento social em sua luta pela prevenção de agravos com as decorrentes dificuldades para a regulação pública por meio da ação sindical (PAULA, 2005). Portanto, nesta nova ordem econômica, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho mostra-se paradoxal. Por um lado, dispõe-se de tecnologias para a prevenção, crescentemente acessível e de domínio público. Por outro, no polo social das relações humanas, da cultura e da ideologia, observa-se uma deterioração das relações de trabalho e conseqüente agravamento dos riscos de adoecer e de acidentar (DRUCK; FRANCO, 2007). Ademais, é fundamental salientar que tal realidade foi plasmada em uma nova ordem e forma de organização do Estado e do seu papel dentro das chamadas Políticas Sociais, isto é, nos marcos do chamado neoliberalismo e da penetração no Aparelho de Estado da lógica privada, caracterizada pelo que ficou conhecido como gerencialismo (PAULA, 2005).

## **Ações públicas, o papel do Estado na atenção integral e as possibilidades de avanço na prevenção**

Os impactos de tal crise advinda das políticas calcadas no neoliberalismo e da nova configuração do mundo do trabalho sobre as políticas públicas e sociais, seja de saúde, trabalho ou de seguridade social, podem ser evidenciados nos estudos de diversos autores que discutem tal impacto tanto no mundo, como na América Latina e no Brasil, dentre eles Laurell (1995), Navarro (1995), Soares (2005) e Silva (2011). Tais autores analisam como as políticas sociais na América Latina e no Brasil passaram a incorporar elementos neoliberais e deixaram o recorte social-democrata que vinham adquirindo em sua essência. Dentre os elementos neoliberais das políticas sociais, estão as mudanças nos modelos de gestão das políticas sociais, especialmente de saúde, trabalho e previdência e seguridade social (VIANNA, 2000, 2009).

Diante do que ocorre nos processos produtivos, como foi apontado, sob a ótica do papel do Estado, observam-se falhas e contradições na sua ação de regulação pública, uma de suas funções essenciais. Assiste-se a uma completa desintegração e afastamento entre as instâncias econômicas que envolvem interesses industriais e agrícolas – hoje hegemônicas pelo chamado agronegócio, áreas que geram riscos à saúde e ao meio ambiente (NASRALA-NETO, 2011) – e as instâncias que atuam sobre tais efeitos e tentam controlá-los, como é o caso da ação dos setores trabalho, saúde, previdência social e meio ambiente (BRASIL, 2005a, 2005b). Até mesmo estas últimas, diretamente ligadas à proteção da sociedade e do meio ambiente, estão igualmente desintegradas, inexistindo no país ações articuladas inter-setoriais em prejuízo das ações preventivas (PIGNATI; MACHADO, 2011).

Assim, no âmbito das políticas públicas, a despeito de movimentos ambíguos e contraditórios, prevalecem medidas com o objetivo de desproteger e desregular a força de trabalho, colocando-a no mesmo patamar de outras mercadorias, à mercê das leis do mercado global (KREIN, 2009).

Nesta lógica, as empresas, com conivência e participação de governos de diferentes matizes, tentam afastar o Estado e a sociedade da regulação das relações de trabalho e, no seu lugar, propõem o controle pela via de sistemas voluntários de certificação, como as normas ISO, isto é, a ISO 9000 de qualidade, a ISO 14000 de gestão ambiental e a ISO 18000 de saúde e segurança. Tais *sistemas* de certificação são concebidos em território meramente mercadológico, controlados pelas empresas para servir aos seus interesses, uma vez que os processos decisórios excluem a participação das entidades públicas e da sociedade civil na regulação de assuntos de interesse público e essencialmente coletivo (VILELA; IGUTI, 1997).

Esta tendência se verifica, por exemplo, na unificação da Comunidade Europeia, que busca retirar dos estados nacionais o papel de normatização das questões de saúde e segurança. Segundo Mony e Druck (2007), a “globalização normativa” busca atender a uma lógica econômica com alterações profundas na elaboração das leis trabalhistas em relação à saúde dos trabalhadores, por exemplo. Segundo as autoras, o que se divulga como grande progresso no sentido da construção da “Europa Social” foi, na realidade, uma privatização mascarada na reformulação das leis trabalhistas, seja na Europa como um todo, seja em cada país: em nome da “simplificação da legislação social, o que se verifica é a aceleração da precarização que se desenvolve desde o fim dos anos 1970” (p. 37).

No Brasil, no que se refere aos setores Trabalho e Previdência Social, desde os anos 1970, em plena

ditadura militar, quando o país foi considerado campeão mundial de acidentes de trabalho, ocorre a formulação e a implantação das Portarias do Ministério do Trabalho, datadas de 1975, que regulamentaram a criação e a implantação de todo o aparato de controle da força de trabalho representado pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), tarefa esta delegada às empresas e que vigora até hoje. Na sequência, em 1978, foi publicada a Portaria nº 3.214, que culminava a estratégia desenvolvida pelo governo militar nestes anos (LACAZ, 1996). Pode-se dizer que a política de Estado constituída naquele período prevalece até hoje sem grandes mudanças substantivas.

No processo de modernização conservadora que ocorreu no país, a legislação foi “atualizada” mediante um modelo de gerenciamento de riscos sempre sob controle privado de âmbito empresarial e com uma regulação pública sem as mínimas condições políticas e operacionais para exercer este papel. Ademais, as equipes dos SESMT estão subordinadas à vontade e ao mando do empregador para exercer suas funções.

Em 1994, durante o governo Collor, acompanhando a mesma estratégia tutelar da saúde dos trabalhadores representada pelos SESMT da época da ditadura militar, implanta-se outro aparato burocrático-legal, que se expressa no Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), com pequeno impacto na real minimização e controle dos riscos (MIRANDA; DIAS, 2004). A investigação realizada por Miranda e Dias (2004) revela que menos de 1% das empresas analisadas tinha dados do PPRA em conformidade com as normas. Esta artificialidade se verifica também nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa), que, desprovidas de autonomia e poder de ação, na sua maioria transformam-se em comissões de fachada, realizando papel meramente protocolar, desprovido de qualquer conteúdo preventivo (LACAZ, 1983, 1996).

Ainda em 1994 foi estabelecido o mecanismo do tripartismo, negociação entre patronato, sindicatos e governo no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, tendo adotado a mesma sistemática de decisão da OIT, que visa à produção ou à reformulação das normas regulamentadoras. Sob esta perspectiva, a produção de regulamentações vindas do setor Trabalho, com relativo impacto social, tem caráter fragmentado e corporativo frequentemente atendendo interesses comerciais e empresariais que pouco protegem os trabalhadores (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011).

Hoje, pode-se afirmar que, apesar das inúmeras modificações políticas e econômicas vividas pelo país, em especial nos últimos 30 anos, os interes-

ses econômicos e a capacidade das elites brasileiras de hegemonizarem a política real – baseada, em um modelo de desenvolvimento que não considera os aspectos ambientais, sociais e as propostas de políticas públicas que possibilitam avanços dentro da organização do Estado – tem se sobreposto com muita vantagem aos esforços do *movimento social*, que se mantém dividido e, com frequência, aderente e mesmo cooptado.

É importante destacar que esta hegemonia política e ideológica tem sido capaz de envolver e vencer amplos setores da sociedade e do movimento social e sindical que outrora eram resistentes às propostas claramente predatórias e finalmente excludentes. A moeda do crescimento a qualquer custo tem tido o poder de levar de roldão todo o poder das instituições públicas na medida em que o Estado tem transferido parte de suas tarefas regulatórias para agências reguladoras, como a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), entre outras, deixando de lado seu papel de provedor e mantenedor de direitos sociais (LACAZ, 2010; SOARES, 2005).

Assim, cabe a indagação: como podem se institucionalizar ações no campo ST que se situam no enfrentamento das contradições capital-trabalho se a política real, que conjuga interesses do Estado e do capital, pauta-se pelos princípios do neoliberalismo, conforme assinala Laurell (1995).

Pode-se afirmar que é nesta política real que se encontram os motivos para a manutenção da fragmentação das ações institucionais, que se acompanham do esvaziamento dos serviços e das políticas públicas na perspectiva da anulação do papel do Estado provedor, e que dá origem a propostas fantasiosas por parte de seu aparato, como é o caso do Compromisso Nacional para Aperfeiçoar as Condições de Trabalho na Cana-de-Açúcar promovido pelo Gabinete da Casa Civil.

Tal compromisso, cujo objetivo é a melhoria nas condições de trabalho, cria sistema privado de certificação pago pelas usinas, sem o controle público do processo. Na prática, a despeito de itens importantes<sup>6</sup>, como o fim da terceirização que busca inibir a existência dos “gatos”, já eliminados no Estado de São Paulo por conta da ação contundente do Ministério

Público do Trabalho e do Grupo Móvel de auditores fiscais do MTE, o acordo busca maquiagem situações graves que repercutem sobre o binômio trabalho-saúde, visando diminuir a visibilidade dos problemas de ST e amenizar a imagem desgastada do setor no cenário internacional. Isto traz repercussões para os limites dos serviços de saúde, o que produz sua marginalização nos processos estruturais que hegemonizam hoje a dinâmica de nossa sociedade: a política econômica e industrial, a própria política de saúde e as políticas sociais em geral.

Neste sentido, a política de desenvolvimento econômico e industrial, posta em prática desde meados dos anos 1990, rivaliza com a perspectiva de dar prioridade ao trabalho saudável e emancipador da criatividade e das potencialidades humanas, objetivo central do campo da ST (LAURELL; NORIEGA, 1989; LACAZ, 2007). A propósito, nos anos 2000, outro fato chama atenção no que tange ao papel do Estado, que se torna ator central ao financiar, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)<sup>7</sup> e de fundos de pensão de empresas estatais, vários projetos de desenvolvimento (TAUTZ et al., 2010). O Estado, portanto, além de financiador, é algumas vezes sócio e parceiro estratégico do capital privado.

Nesta contradição entre o modelo de desenvolvimento econômico industrial hoje adotado e as políticas sociais, apareceram vários temas candentes, como a reação dos trabalhadores da construção civil às más condições de trabalho e aos acidentes de trabalho fatais, o que levou a greves em Jirau e o que também vem ocorrendo nos canteiros de obras do estádio do Maracanã e do Mineirão, processo ao qual se soma a ambiguidade da participação das centrais sindicais.

O uso da força pelos agentes de Estado na repressão à resistência dos trabalhadores tem sido denunciado em poucos veículos da mídia<sup>8</sup>. Aqui, cabe concordar com Oliveira (1999), que havia descrito o processo de destituição da fala e de anulação da política levado a cabo durante o “totalitarismo neoliberal” do governo FHC cujo ícone foi o fracasso da greve dos petroleiros de 1995, em um dos primeiros atos daquele governo contra uma ação de enfrentamento capital-trabalho<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Além destes, reproduz itens já previstos na legislação vigente e inclui aspectos risíveis, como a observância de ginástica laboral para os cortadores de cana!

<sup>7</sup> Digna de nota é a iniciativa da Plataforma BNDES, onde são mapeados os investimentos que utilizam recursos do banco e as consequências sociais e ambientais que provocam. Disponível em: [www.plataformabndes.org.br](http://www.plataformabndes.org.br). Acesso em: 11 ago. 2012.

<sup>8</sup> Como foi o caso da revolta de Jirau publicada na *Revista Piauí* (FUGITA, 2011).

<sup>9</sup> De certa forma, o mesmo ocorreu na recente greve dos funcionários públicos federais, a maior já registrada, devido à ação truculenta do governo Dilma Rousseff no trato do conflito.

Enquanto isso, valendo-se de dois pesos e duas medidas, a ação do Estado na responsabilização da Chevron, no caso do vazamento na Baía de Campos, não impôs taxativamente seu poder de regulação que visaria à reparação dos danos ambientais<sup>10</sup>.

Neste contexto em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi aprovado recentemente decreto presidencial que trata da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011)<sup>11</sup>. Esta iniciativa, fruto de pressões dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990, deveria ser uma resposta do Estado à fragmentação e à inconsistência das ações públicas na área. No entanto, uma avaliação do decreto mostra sua limitação e timidez, pois, ao invés de propor a integração e a articulação das ações interministeriais, praticamente reafirma as atribuições vigentes dos diferentes ministérios e instituições (BRASIL, 2011).

Dentre as várias inconsistências do decreto, chama atenção sua omissão no tocante ao fornecimento e à disponibilização dos dados e das informações epidemiológicas dos bancos de benefícios da Previdência Social, até hoje tratados como segredo fiscal por aquela instituição. No corpo do texto ainda se encontra materializada a manutenção da “queda de braço” entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde no tocante às ações de Vigilância dos processos de trabalho, com claro favorecimento do setor Trabalho neste aspecto<sup>12</sup>, enquanto ao setor Saúde restou a tímida posição de “fortalecimento das ações de vigilância”<sup>13</sup>.

## Os desafios dos serviços diante da nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Neste sentido, sabe-se que *as ações* do campo ST *têm se constituído*, ao longo dos últimos 30 anos, em uma política contra-hegemônica, ou seja, uma política de segundo nível e a reboque das políticas econômicas, dirigida para cidadãos de “segunda classe” (SANTOS, 1987), expressa em ações de resistência ao predomínio da lógica desenvolvimentista e financeira.

A despeito das enormes dificuldades para priorizar e fazer funcionar ações de Visat dentro do SUS, podemos citar alguns exemplos de sucesso<sup>14</sup> que deveriam orientar e inspirar ações programáticas em nível nacional, como os casos de: ação coordenada para controle da exposição ao benzeno nos postos de combustíveis; ação articulada para coibir o uso do amianto no Estado de São Paulo; ações interinstitucionais e negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho em algumas cidades do estado de São Paulo; vigilância à saúde do trabalhador canavieiro (Visat-Canavieiro); ação para diagnóstico e intervenção nos casos de contaminação ocupacional e ambiental da Shell/Basf na região de Campinas; a experiência de matriciamento das ações de ST na atenção básica em Amparo-SP, a experiência exitosa do Cesat Bahia, que integra as várias dimensões da atenção integral, dentre outras<sup>15</sup>.

É importante também salientar que tais iniciativas são possíveis principalmente devido ao engajamento de servidores que agem em prol da proteção à saúde integral destes cidadãos de “segunda classe”, daí a im-

<sup>10</sup> A propósito disso, é pedagógica a notícia veiculada pela *Folha de São Paulo*, edição de 13-11-2011, à p. A12 sob o título: “Vazamento de óleo em Campos aumenta” (VAZAMENTO..., 2011). Tratava-se do vazamento de óleo que vinha ocorrendo desde o dia 09-11-2011 no Campo do Frade em Campos (RJ). Pela notícia, observa-se que a empresa petrolífera multinacional Chevron, que administra o campo, adotou uma estratégia de contrainformação ao afirmar, no dia 10-11-2011, que estimava o vazamento em “10 metros cúbicos ou 60 barris”, informação esta que foi revista no dia 12-11-2011 dando conta, agora, de um vazamento de “64 a 104 metros cúbicos, ou o equivalente a 404 a 650 barris de petróleo”. Ademais, a matéria informava que a Chevron enviou “uma frota de navios de apoio para dar suporte à operação de controle da mancha [e] suspendeu as atividades de perfuração na área e está investigando as causas do episódio”. Ao final do texto, é informado que “A presidente Dilma Rousseff determinou ‘atenção redobrada e rigorosa apuração’ do vazamento”. Qualquer semelhança com o que aconteceu no golfo do México, às portas das águas marítimas dos Estados Unidos em 2010 pode não ser mera coincidência no que se refere à tomada de providências de controle, o que, no caso norte-americano, demorou meses para ocorrer, provocando uma catástrofe considerada como uma das maiores tragédias ambientais dos últimos tempos!

<sup>11</sup> Lei promulgada pela presidente Dilma Rousseff por meio do Decreto nº 7.602/2011, publicado no DOU de 08.11.2011 (BRASIL, 2011).

<sup>12</sup> “VI - Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego: a) formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho; [...]”

<sup>13</sup> “Cabe ao Ministério da Saúde: a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional; [...]”

<sup>14</sup> Citamos experiências das quais estamos mais próximos. Evidentemente que outras experiências de grande impacto foram realizadas em diversos municípios e estados do Brasil.

<sup>15</sup> As principais experiências paulistas citadas fazem parte das ações programáticas da Renast-SP, como pode ser observado no site do CVS: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog\\_det.asp?te\\_codigo=19&pr\\_codigo=10](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog_det.asp?te_codigo=19&pr_codigo=10) (Acesso em: jan. 2013). Algumas das experiências nacionais estão contempladas no presente Dossiê. Sobre a experiência do Cesat da Bahia, ver Nobre, Pena e Baptista (2011).

portância do protagonismo histórico de tais atores e do movimento sindical na sustentação dos serviços e do campo (LACAZ, 1996). Ademais, por um lado, *são a militância e os valores compartilhados* pelos servidores que permitem romper com os impedimentos intra e intersetoriais, *características comuns* às ações e aos serviços exitosos e efetivos; por outro, são a capacidade de inovação e os projetos, os instrumentos, os métodos, as formas de organização de tais serviços e os “arranjos sociais”, nos quais a participação dos trabalhadores é central, os elementos essenciais para o enfrentamento dos problemas que envolvem a saúde e o trabalho (JACKSON FILHO; BARREIRA, 2010).

Somente assim, com recursos suficientes, metodologias pertinentes, capacidade analítica, valores que defendem o interesse público, será possível tratar do “objeto complexo” do campo ST, que se caracteriza tanto pela natureza das relações sociais envolvidas, quanto pela multiplicidade de fatores (e suas relações) que determinam as atividades de trabalho e, conseqüentemente, os agravos (VILELA; ALMEIDA; MENDES, 2012).

A construção de sistemas de informação, o envolvimento dos trabalhadores, a adoção de métodos e referenciais teóricos apropriados permitem uma nova leitura da realidade multifacetada do trabalho contemporâneo, o que diminui a opacidade e invisibilidade dos problemas, visando produzir o que é chamado por Augusto (2005) de “heurística contra hegemônica” e que seria, segundo ela, “suficientemente consistente para contrapor ao domínio das verdades científicas que confundem até mesmo os juizes, peritos e lideranças sindicais mais bem-intencionados”, e fazer frente ao “*fetichismo* da ciência” que:

tem servido para continuar a produzir indicadores que invertem a complexidade da realidade, colocando a saúde subordinada a parâmetros simplistas de origem cientificamente duvidosos. (p. 809)

Contraditoriamente, o que se assiste, há muito tempo, como dissemos anteriormente, é que os serviços não perduram por longo período, uma vez que não há contrapartidas do Estado, como apontam Minayo-Gomez e Lacaz (2005).

Dessa forma, críticas pertinentes têm sido endereçadas à principal estratégia do Ministério da Saúde para incorporar as ações de ST no SUS, ou seja, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast (BRASIL, 2005a, 2005b, 2009), bem ilustrada pela fórmula – “a rede que não enreda” – de Leão e Vasconcellos (2011), ou às tentativas de transferir para a vigilância sanitária, ações de saúde do trabalhador cuja natureza complexa não pode ser capturada e enfrentada com a prática sanitária tradicional (JACKSON FILHO; CARDOSO; TEIXEIRA, 2008), afogada com demandas de toda ordem ou em rituais burocráticos cartoriais (ELER, 1998).

Diante deste quadro, é louvável a iniciativa do Ministério da Saúde de instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria MS nº 1.823/2012 (BRASIL, 2012), que estabelece a participação do SUS no contexto da PNSST, define as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis para o desenvolvimento da atuação integral em ST, reafirma o arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da ST e preconiza, de forma explícita, a ênfase na vigilância em seu Art. 2º:

visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012)

A despeito do esforço de consolidação que valoriza as ações de ST no SUS, observa-se ainda uma redação tímida no tocante à própria vigilância, eleita como estratégica na PNST. Exemplificando, o parágrafo 2º do artigo 14 estabelece que *cabem* aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) *ações* diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade”. Esta redação exprime uma dubiedade que se reflete na fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território. Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos Cerests, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam em muito às fronteiras do território municipal e mesmo estadual – como podemos exemplificar com a cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária que apresenta atualmente uma das maiores taxas de mortalidade pelo trabalho no país? Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica, atualmente contando com quadro reduzido e focado no aspecto assistencial?

O que se assiste em geral são Cerests sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas.

Além desta dubiedade e indefinição, as ações de ST pressupõem, por sua natureza, além de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, condição mínima para o enfrentamento dos problemas complexos do campo da ST, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

## Referências

- ALVES, G. *Trabalho e subjetividade*. O espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 9-23.
- ANTUNES, R. Centralidade do trabalho. In: \_\_\_\_\_. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999. p. 135-165.
- \_\_\_\_\_. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.) *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.
- AUGUSTO, L. G. S. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 808-809, 2005.
- BORÓN, A. Os “novos Leviatãs” e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Org.) *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-67.
- 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: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 9 set. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). *Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- \_\_\_\_\_. 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://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 07 de dezembro de 2005b. Disponível em: <<http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Portarian2437-RENAST.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 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*, 11 de novembro de 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2 de julho de 1998, Seção 1, p. 36, 1998. Disponível em: <[http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120\\_-\\_98.pdf](http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/3120_-_98.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. Indicadores da saúde e segurança no trabalho: fontes de dados e aplicações. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (Org.) *A Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. Brasília: Ipea, 2011. p. 290-328.
- DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho*. Terceirização e precarização. Campinas: Boitempo, 2007.
- ELER, S. M. M. M. *Um olhar sobre a vigilância sanitária*. 1998. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- FACHINNI, 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.
- FERREIRA, L. L. A intensificação do trabalho ou é proibido vacilar. In: DUARTE, F. (Org.) *Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo*. Rio de Janeiro: Lucerna, 2001. p. 268-280.
- FUGITA, F. Fogo na usina do desenvolvimento acelerado. *Piauí*, São Paulo, v. 5, n. 56, p. 38-42, 2011.
- GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 311-361, 1997.
- JACKSON FILHO, J. M.; BARREIRA, T. H. C. *Ação pública no campo da saúde do trabalhador: o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba*. São Paulo: Fundacentro, 2010. (Relatório de pesquisa).
- JACKSON FILHO, J. M.; CARDOSO, A.; TEIXEIRA, E. A construção da ação pública em saúde do trabalhador: o caso do serviço de saúde do trabalhador da secretaria municipal de uma grande cidade brasileira. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA, 2008, Porto Seguro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abergó, 2008. 1 CD-ROM.

- KREIN, J. D. Tendências recentes nas relações de trabalho no Brasil. In: BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D.; SALAS, C. (Org.). *Economia e trabalho*: Brasil e México. São Paulo: LTr, 2009. p. 199-226.
- LACAZ, F. A. C. *Saúde no trabalho*. 1983. 131 f. Dissertação (Mestrado em Medicina)–Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.
- \_\_\_\_\_. 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, 2007.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. O estudo do processo de trabalho: análise crítica de quatro propostas metodológicas. In: LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-98.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, 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. 453-489.
- LIMA, M. E. A. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- \_\_\_\_\_. Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da Segurança no Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 99-107, 2007.
- MACHADO, J. M. H.; SANTANA, V. (Orgs.). *1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario\\_renast.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MESZAROS, I. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MINAYO-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.
- MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.
- \_\_\_\_\_. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 125-136, 2003.
- MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, 2004.
- MONY, A. T.; DRUCK, G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 23-58.
- NASRALA-NETO, E. *Estudo da atuação da vigilância em saúde sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente em Municípios do Estado de Mato Grosso*. 2011. 193 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- NAVARRO, V. Produção e estado de bem estar: o contexto das reformas. In: LAURELL, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 91-124.
- NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.) *A Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios*. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011.
- OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição e anulação da política da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. São Paulo: Vozes, 1999. p. 55-81.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.
- PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.
- PIGNATI, W. A.; MACHADO, J. M. H. O agronegócio e seus impactos na saúde dos trabalhadores e da população do Estado do Mato Grosso. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 245-272.
- PINA, J. A. *Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística: estudo de caso na Mercedes Bens do Brasil*, São Bernardo do

Campo. 2012. 376 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

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. S. *Uma ecologia política dos riscos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

RIGOTTO, R. M.; MACIEL, R. H. M.; BORSOI, I. C. F. Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 217-228, 2010.

SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Edusp, 1987.

SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14. Disponível em: <[http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista\\_cadernos\\_de\\_Saude\\_adufjr\\_pelasaude.pdf](http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista_cadernos_de_Saude_adufjr_pelasaude.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2012.

SOARES, L. T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; OPAS; IDRC, 2005. p. 57-82.

TAUTZ, C. et al. O BNDES e a reforma do capitalismo brasileiro: um debate necessário. In: OS ANOS LULA:

contribuições para um balanço crítico 2003-2012. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 249-286.

VASCONCELLOS, 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.

VAZAMENTO de óleo em Campos aumenta. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, p. A12, 13 nov. 2011.

VIANNA, M. L. T. W. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não do modelo econômico) à seguridade social. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 66-83.

\_\_\_\_\_. O processo de americanização da proteção social para os brasileiros. In: \_\_\_\_\_. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; UCAM; IUPERJ, 2000. p. 138-177.

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.

VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M. Uma análise crítica da ISO 14000. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA, 4.; CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 8., 1997, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 1997. v. 1. p. 243-247.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros Amigos*, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

---

## Debatedor

### Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador

#### *Advances and hindrances in the implantation of the Brazilian National Worker's Health Policy*

Carlos Minayo Gómez<sup>1</sup>

Em linhas gerais, coincido com os autores do artigo “Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública” na extensa e fundamentada análise que realizam acerca da situação da sociedade brasileira e da saúde dos trabalhadores. Caberia

acrescentar apenas nessa interpretação crítica, que já vimos repetindo nas últimas décadas, a incorporação, em nossas análises, de algumas transformações recentes ocorridas no país. Pois, embora continuem elevados os níveis de desigualdade social, essas transformações trouxeram uma redução da condição de pobreza e um crescimento no número de trabalhadores empregados. Quanto à saúde do trabalhador, adicionaria que, no cenário apresentado, não deixa de ser significativo que o próprio Plano Nacional para 2012 a 2015 (BRASIL, 2011a), ao explicitar as condições de vida, trabalho e ambiente entre os determinantes e condicionantes de saúde, destaca unicamente a poluição do ar, as variáveis climáticas,

<sup>1</sup> Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: minayogo@ensp.fiocruz.br.

o uso intensivo de agrotóxicos e os desastres de origem natural ou antropogênicos.

Nesta discussão, pretendo deter-me principalmente nos avanços ocorridos e no que considero os principais obstáculos à implementação das políticas públicas de atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Abordarei, em primeiro lugar, as questões relativas à importância da formulação da Política. (1) Como fato relevante, cabe destacar que, finalmente, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (BRASIL, 2012), contemplando uma proposta que entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde vêm almejando desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. (2) Também é importante assinalar o decreto presidencial sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011b), que, como os autores referem, supostamente pretendia responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência. Apesar das limitações e das inconsistências frustrantes apontadas no texto em debate, o propósito dessa política pode representar uma abertura para articulações efetivas no futuro.

Considero que no documento da PNSTT está expresso de forma bastante consistente e pormenorizada o patrimônio reflexivo e de práticas acumulado ao longo das últimas décadas por setores acadêmicos, movimentos de trabalhadores e profissionais que atuam nos serviços. Dele constam também os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais.

Desta forma, temos uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos 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; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

Em seguida, passo a expor, segundo meu ponto de vista, alguns aspectos problemáticos e que nos questionam.

(1) Em primeiro lugar, assinalo como grande desafio, para profissionais e gestores que atuam na área, a própria implementação da citada Política pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), particularmente quanto ao fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no seu território de abrangência. Esse é um dos objetivos prioritários da PNSTT. O marco legal coloca um modelo ambicioso de ações a serem realizadas pela Visat, cuja efetivação está longe de se atingir perante a situação de hoje. São bastante limitadas às possibilidades de atuação de boa parte do quadro técnico atual, como pode observar-se nos inventários sobre a execução de ações da Renast, realizados a fim de identificar lacunas e potencialidades, visando à redefinição de rumos e estratégias de apoio para o fortalecimento dessa Rede.

(2) Podemos afirmar que, sem uma mudança na cultura assistencial que ainda persiste, dificilmente conseguiremos levar à prática o conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento dessas ações em 100% dos Cerest, conforme a meta prevista para 2015 pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério. Para atingir esse alvo, seria preciso seguir as principais orientações para um autêntico planejamento estratégico que suporia: analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a Visat com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar adequadamente os profissionais e os gestores.

É claro que em alguns Cerest já existe uma experiência acumulada de atuação em consonância com as premissas da Visat, como são os casos mencionados pelos autores: dizem respeito à vigilância da exposição ao benzeno em postos de combustíveis; aos acidentes de trabalho; ao setor canavieiro e ao banimento do amianto em processos de produção e de consumo. No entanto, temos que pensar em estratégias que possibilitem o avanço coletivo e que correspondam ao caráter de rede da Renast. Esse esforço exige uma articulação entre os pares, inclusive, aproveitando a riqueza de seus pontos de vista similares e diferentes.

(3) Na verdade, faltam planos operacionais nos diversos níveis que considerem a heterogeneidade dos Cerest, tanto em relação aos problemas

do território em que estão inseridos, quanto à capacidade de resposta das equipes. Falta também um diagnóstico preciso do quadro nacional, construído de forma participativa por gestores e técnicos e que pudesse servir de referência para a elaboração de propostas e o estabelecimento de prioridades, metas e meios para atingi-las. A rigor, são essas falhas na gestão, no monitoramento e numa avaliação que respondesse às observações que ouvimos frequentemente de técnicos dos Cerest na maior parte dos encontros nacionais ou regionais dos quais participam, quando se ressentem da pouca contribuição que trazem para sua prática cotidiana. Aí se incluem os que são organizados pelas instâncias do controle social. Falando claramente, considero, sintetizando os sentimentos de muitos participantes desses eventos, que há um uso abusivo do discurso, plenárias com discussões acaloradas, repetidas denúncias e vagos encaminhamentos de propostas fundamentais e viáveis para aprimoramento das práticas. Ao contrário, alguns eventos temáticos segmentados por setores produtivos considerados prioritários para vigilância ou que tratam da socialização de experiências têm se mostrado altamente proveitosos. Entre outros, encontram-se os realizados acerca da questão dos agrotóxicos, claramente uma prioridade nacional em todos os eventos que acontecem e para o qual a implantação do modelo de vigilância de populações expostas a agrotóxicos é considerada uma das estratégias focada particularmente para os Cerests localizados em áreas rurais.

- (4) É indiscutível a necessidade de enfrentar os desafios para aprimorar a formação de profissionais – muitos deles incorporados nos últimos anos – que não têm prática de atuar dentro de uma lógica de complexidade das ações requerida pela Visat. A tônica de um programa adequado deveria ser a de formação-ação, tendo como referências mais atuais as diretrizes de vigilância e as prioridades de diversos níveis. Experiências que já vêm sendo desenvolvidas nessa direção poderiam ser incorporadas, prevenindo-se, também, formas de acompanhamento, monitoramento e avaliação ao longo do desenvolvimento das ações e da formação continuada. A modo de ilustração, cabe mencionar o processo de qualificação implantado no programa de vigilância em acidentes de trabalho no Estado de São Paulo, que visa ao aprimoramento das habilidades dos técnicos para as investigações e as intervenções que mudem as situações geradoras de tais acidentes. Para isso, os gestores e os profis-

sionais contam com a parceria do Fórum de Acidentes de Trabalho: Análise, Prevenção e Aspectos Associados, coordenado por docentes das áreas de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Essa é uma das experiências que aporta elementos fundamentais para a formulação de um plano nacional de vigilância dos acidentes de trabalho fatais, cobrindo uma grande lacuna da área (VILELA; ALMEIDA; MENDES, 2012).

- (5) Outro aspecto a ser considerado é a contribuição que podem oferecer os vários cursos de formação já existentes, que estão baseados em modelos pedagógicos tradicionais ou de educação à distância, como é o caso: do mestrado profissional de vigilância em saúde do trabalhador; da educação à distância de especialização em saúde do trabalhador e ecologia humana; da especialização em epidemiologia de saúde do trabalhador e aperfeiçoamento de vigilância em saúde do trabalhador para agentes do controle social. Esses diferentes cursos precisariam ser avaliados dentro de uma proposta de implementação da PNSTT, indagando-se em que medida seus conteúdos e suas abordagens pedagógicas estão sintonizadas com as necessidades operacionais das diretrizes dessa política. Nesse sentido, estão sendo formulados alguns programas estratégicos de formação, particularmente nos estados, tendo como referências as diretrizes de vigilância e as categorias consideradas prioritárias: trabalhadores rurais das indústrias de frigoríficos.
- (6) Da mesma forma que em outras instâncias de participação dos usuários no setor saúde, a representação dos trabalhadores nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) apresenta grandes fragilidades. Convivemos hoje com um baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde. Questiona-se também se a proliferação de centrais surgidas nos últimos tempos não acaba sendo mais um fator limitante. Algumas iniciativas recentes, no entanto, adquirem importância, como a criação do observatório das centrais sindicais, que tem como prioridade nacional a questão dos óbitos por acidente de trabalho. Da mesma forma, cabe destacar os avanços observados nas reivindica-

ções de atenção à saúde dos trabalhadores nos sindicatos rurais. Em relação às Cist, embora na maioria dos Cerest estaduais tenham sido implantadas, seria preciso analisar sua composição, suas agendas de trabalho e seu grau de participação, por exemplo, na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das ações de Visat. Ultimamente, venho acompanhando a situação em boa parte dos estados e, salvo valiosas exceções, o quadro não é muito animador.

- (7) Em termos de articulação intersetorial, é importante ressaltar o aporte que membros do Ministério Público do Trabalho (MPT) têm dado ao longo destes últimos anos para a melhoria das condições e ambientes de trabalho. Frequentemente são verdadeiros promotores de articulações intersetoriais para formulação de demandas e adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas de saúde de trabalhadores em diversos setores produtivos. São muitos os avanços obtidos em todo o território nacional a partir das numerosas audiências públicas realizadas, da enorme quantidade de Termos de Ajuste de Conduta (TAC) firmados com empresas e de ações civis públicas encaminhadas. Algumas considerações podem ser feitas a respeito dos riscos de se judicializar o enfrentamento dos conflitos sociais e sobre certo protagonismo do MPT na condução de ações para melhoria das condições de trabalho, mas é inquestionável a eficiente função que vem ocupando, sobretudo frente às limitações ou às deficiências dos órgãos públicos de fiscalização e de vigilância dos ambientes de trabalho.

São muitas as críticas relativas ao distanciamento entre academia e serviços tanto na produção de conhecimentos, como de subsídios operacionais que contribuam para que a Renast possa desempenhar com maiores fundamentos a sua missão. Há, no entanto, docentes e pesquisadores de várias universidades, sobretudo públicas, que, imbuídos do senso de responsabilidade, empenham-se em desenvolver análises de situação e pesquisas básicas ou operacionais que expliquem cientificamente as origens e as dimensões dos problemas de saúde dos trabalhadores.

Um grande passo foi dado em 2012 para tornar mais orgânicas essas contribuições individuais e dispersas: o lançamento do edital da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para financiar projetos de estudo e pesquisa sobre temáticas consideradas prioritárias para subsidiar a implementação da PNSTT.

- (8) Finalmente, concordo com as ponderações dos autores do artigo sobre as limitações institucionais, em todos os níveis da política de recursos humanos na Renast, como já apontado em outra publicação (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005). Esse é um problema crônico que afeta também outros setores do estado brasileiro e particularmente da saúde que se encontram longe de conformar um estado moderno. Carecemos de um quadro qualificado, suficiente e estável de profissionais de carreira que garanta a institucionalidade de políticas e práticas, assim como as mudanças de diretrizes que se fizerem necessárias. A instabilidade com a qual convivem muitos profissionais com contratos precários vem sendo agravada frequentemente pela ausência de critérios técnicos na indicação dos gestores e pela predominância de motivações de cunho político partidário nas nomeações. Essa prática tão comum nas instituições públicas brasileiras costuma gerar descontinuidade ou retrocesso na implementação de linhas de trabalho relevantes e que exigiriam, ao contrário, um processo de aprofundamento.

Em resumo, é preciso reconhecer que recentemente se deu um passo importante para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras com a promulgação da PNSTT. No entanto, deparamo-nos hoje com um terreno árduo de aplicação das diretrizes e com problemas de gestão para implementação de ações efetivas. Temos para frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construimos. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista.

## Referências

BRASIL. 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*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília:

Ministério da Saúde, 2011a. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.602/2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 nov. 2011b. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>

[ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm](http://ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm)>. Acesso em: 13 jun. 2013.

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.

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*, v. 17, n. 10, p. 2817-2830, 2012.

Recebido: 05/03/2013

Aprovado: 07/03/2013

---

## Debatedor

### Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios

#### *Public Occupational Health Policies in Brazil: opportunities and challenges*

Claudia Vasques Chiavegatto<sup>1</sup>

Eduardo Algranti<sup>2</sup>

O ensaio de Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela apresenta uma crítica à forma como historicamente vêm sendo tratadas as questões do binômio saúde-trabalho no Brasil, pautada em interesses econômicos muitas vezes velados e atualmente regidos pela política neoliberal do Estado. Artigo lúcido, traz questões cujas respostas são fundamentais para o desenvolvimento efetivo de ações de saúde do trabalhador, como a identificação e o compartilhamento de experiências de sucesso, a construção compartilhada de políticas públicas e o reconhecimento dos nós críticos do processo de desenvolvimento destas ações, tanto no tangente à organização do trabalho nos serviços de saúde básica ou especializados, quanto no tocante a questões macroestruturais de economia e política.

A atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação: a) a vigilância, aqui incluídas as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes a um processo de trabalho e à consequente promoção de medidas que visam ao adequado controle dos perigos e riscos e de controle médico, assim como um programa que permita a co-

leta e a análise dos dados gerados; b) a assistência à saúde, incluindo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justo; e c) a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores.<sup>3</sup>

Pela interdisciplinaridade da área e o amplo leque de ações, há necessidade da interveniência de setores públicos distintos, representados pelo Trabalho, pela Saúde e pela Previdência, que deveriam atuar de forma conjunta e complementar. Estes setores, entretanto, trabalham com lógicas absolutamente distintas, fazendo com que a integração aconteça apenas em intenções e discursos, sem resultados práticos de expressão.

O setor Trabalho envereda por uma lógica de “tripartismo” para definir e pautar suas ações, permitindo pouca flexibilidade de ações, diferentemente do setor Saúde, que adota uma política de “pactuação” para desenvolver ações regionais e locais de saúde sujeita a constantes flutuações na dependência dos interesses políticos envolvidos. A Previdência acaba sendo o repositório final que acolhe as consequências de uma política ineficaz, adotando, por sua vez, um enfoque reducionista que privilegia uma visão contábil do grave problema das doenças e dos acidentes do trabalho. Tanto o setor Trabalho, quanto Previdência têm sua ingerência restrita aos trabalhadores formais. Somente o setor Saúde é capaz de levar a atenção aos trabalhadores informais, que representam cerca de 48% da população trabalhadora.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [cauvasques@yahoo.com.br](mailto:cauvasques@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Serviço de Medicina, Fundacentro, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2013.

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acesso em: 26 maio 2013.

Desde os anos 1990, o serviço público vem sofrendo profundas alterações. O chamado “desmonte” do serviço público não o é na realidade. Muito mais, trata-se de um “remonte” em que se privilegiam as áreas arrecadatórias em detrimento das áreas de normatizações, regulamentação e controle. O tema Saúde e Trabalho é um exemplo típico: a área do Trabalho tem privilegiado a questão da formalização do vínculo trabalhista em claro detrimento à inspeção de locais de trabalho por trazer visibilidade ao governo na forma de “novos postos de trabalho” e por aumentar a arrecadação. O setor Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) com sua rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) de distintos níveis e, mais recentemente, editou a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras (BRASIL, 2012), entretanto, a estruturação da rede enfrenta enormes obstáculos pela limitada importância desta área dentro da estrutura ministerial, aliada a interesses políticos que, com frequência, têm um grande impacto na constituição, nas atribuições e na autonomia dos Cerests. A Previdência, se por um lado inovou com a criação do Nexo Técnico Epidemiológico, criou mecanismos restritivos, como a alta programada de benefícios e a quase inexistência de reabilitação profissional, criando uma legião de doentes e acidentados que não têm o amparo do Estado nos seus direitos básicos.

A alta ineficiência do Estado cria um vazio que, por uma simples lei física, acaba sendo ocupado pelo Ministério Público (MP) e pelos Tribunais Regionais de Trabalho simplesmente porque não há instâncias a recorrer. Louve-se aqui a atuação do MP, que vem sendo um real parceiro para que um mínimo de equidade seja adicionado aos graves problemas individuais e de grupos que enfrentamos na rotina. Um tema de grande interesse a ser pesquisado é o custo envolvido na crescente judicialização das questões de saúde e trabalho. É provável que sejam muito superiores aos gastos envolvidos com a vigilância e a assistência à saúde, tanto para o Estado, quanto para as empresas.

Recentemente foi publicada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (BRASIL, 2011) que, como bem comentado por Costa e colegas, nada mais é do que o rol de atribuições de cada um dos setores, sem que haja a definição de linhas práticas de política que os integrem. Os autores dissertam sobre os problemas a serem enfrentados, referindo-se a algumas experiências pontuais bem-sucedidas, e ao mesmo tempo apontam os obstáculos, assim como a possibilidade da rede básica, auxiliada pelos Cerests, ter uma ação efetiva de impacto, principalmente no que concerne ao mercado informal. São desafios hercúleos em um contexto atual desfavorável.

Desde a criação do SUS, com a promulgação da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), têm sido numerosos os per-

calços do caminho em busca do desenvolvimento de ações abrangentes e integrais de saúde do trabalhador. Entende-se que a atenção integral aos trabalhadores deva ter como carro chefe ações desenvolvidas pela atenção primária, mas, não obstante, lançam os autores questionamento que se faz necessário: “Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica”? A resposta a tal inquirição deve ser SIM, mas existe a demanda de trabalho árduo para a superação dos inúmeros entraves a este caminho, que, apesar de recomendado e lógico, é também absolutamente desafiador. Alguns obstáculos começam a ser superados.

Se a princípio argumentava-se sobre a resistência dos profissionais da atenção primária, sobrecarregados de atividades e programas pelo governo federal, hoje caminhamos para a ampliação do olhar da atenção primária sobre o trabalho e para o reconhecimento dos seus reflexos sobre o viver e adoecer dos trabalhadores, de sua família e da comunidade, demonstrado por estudos que apontam o reconhecimento destes profissionais quanto ao seu papel no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador (CHIAVEGATTO, 2010; LACERDA E SILVA, 2009).

Entretanto, a estratégia de inserir estas ações na atenção primária só será efetiva se forem estruturadas profundas mudanças para a superação das dificuldades que se apresentam e que estão fundamentalmente ligadas a questões como o subdimensionamento das equipes, a formação e a capacitação inadequadas e a carência de suporte técnico efetivo, com procedimentos de referência e contrarreferência deficientes, dentre outras (DIAS et al., 2011).

Neste novo cenário, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT) tem adotado como estratégia a integração da vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos demais componentes da vigilância em saúde, comentada no texto de Costa e colegas como de difícil resultado prático, dada a complexidade de ações próprias da área de Saúde do Trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de Saúde dos Trabalhadores; a efetiva estruturação da Renast, no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS); o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (VILAS BOAS, 2011).

Dentre tais iniciativas estratégicas, podemos citar projetos de apoio matricial em saúde do trabalhador, nos quais tanto Cerests, quanto instâncias de gestão e referências técnicas em Saúde do Trabalhador e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) asseguram suporte assistencial e técnico-pedagógico à atenção

básica, assim como à atenção especializada e hospitalar; o compartilhamento de experiências exitosas através de mostras e oficinas; o estabelecimento de cooperação técnica com a Universidade Federal de Minas Gerais para a produção de conhecimento na área (DIAS, 2012); a revisão do Caderno de Atenção Básica número 5 (BRASIL, 2002) e a elaboração do Caderno de Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010), dentre outras.

Caminhamos para um novo momento da Saúde do Trabalhador com foco na prevenção e na promoção à saúde e os objetivos não serão alcançados sem um planejamento estratégico. Os dados sobre o trabalho até então sistematizados no Brasil são frágeis e de difícil acesso, restritos à parcela inserida no mercado formal da economia e sob a tutela da Previdência Social. Merece destaque neste contexto a iniciativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT) na produção de estatísticas apropriadas

para monitorar o progresso do trabalho decente, iniciativa da qual o Brasil faz parte e relativo ao qual, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com o apoio do Ministério do Trabalho e Emprego, do Fórum Nacional de Secretarias do Trabalho (Fonset) e a colaboração do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), vem ampliando a produção de indicadores capazes de refletir o real cenário do binômio saúde-trabalho no Brasil, incluindo crescentemente parcelas de trabalhadores até então à margem das estatísticas oficiais (GUIMARÃES, 2012).

Nesta nova era de produção de indicadores, o Sistema Único de Saúde deve assumir o seu papel na geração de dados enquanto instância com amplo acesso aos riscos domiciliados e à população trabalhadora na informalidade. Reforçando o ensaio de Costa e colegas, somente uma política de Estado adequada poderá dar sustento a este enfoque.

## Referências

- 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/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 13 jun. 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*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 13 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Cadernos de atenção básica*. Caderno nº 5. Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 03 maio 2013.

gov.br/ccivil\_03/\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

DIAS, E. C. (Coord.). *Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de saúde do trabalhador na atenção primária de saúde, no SUS*. Belo Horizonte: UFMG, 2012. (Relatório técnico final)

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 107-121.

CHIAVEGATTO, C. V. *A Atenção Primária e sua percepção quanto ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS em Minas Gerais*. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2010.

LACERDA E SILVA, T. *Contribuição ao processo de capacitação dos ACS para o desenvolvimento de ações de saúde do Trabalhador*. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

GUIMARÃES, J. R. S. *Perfil do trabalho decente no Brasil: um olhar sobre as unidades da Federação*. Brasília: OIT, 2012.

VILAS BOAS, S. W. Apresentação do manual da gestão da Renast. In: ENCONTRO NACIONAL DA RENAST, 5., 2011. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/v-encontro-nacional-renast>>. Acesso em: maio. 2013

Recebido: 10/06/2013

Aprovado: 13/06/2013

---

## Resposta dos autores

### *The authors' reply*

Danilo Costa<sup>1</sup>

Francisco Antonio de Castro Lacaz<sup>2</sup>

José Marçal Jackson Filho<sup>3</sup>

Rodolfo Andrade Gouveia Vilela<sup>4</sup>

Os autores agradecem aos debatedores pelos comentários e críticas colocados.

A recente publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (BRASIL, 2012) e seu processo de implementação tornam o debate muito oportuno. Entendemos que foi devido ao espírito de favorecer e viabilizar a atenção integral à saúde dos trabalhadores que os debatedores levantaram questões, fizeram críticas ou endossaram aspectos propostos no texto de debate. A objetividade e a clareza da redação contribuíram para o debate franco, servindo para a elaboração desta réplica.

Carlos Minayo Gomes sustenta a importância da promulgação das duas políticas, tanto a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador – PNSST (BRASIL, 2011), quanto a PNSTT (BRASIL, 2012), a qual, segundo ele, “se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença” (p. 22), mas cuja implementação se configura como grande desafio para profissionais e gestores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), “particularmente quanto ao fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)” (p. 22).

Na sua exposição, Minayo Gomes nos oferece um claro e objetivo diagnóstico do funcionamento da rede de serviços em saúde do trabalhador e de suas necessidades para superação dos seus problemas, assim como das relações com outros atores institucionais. No centro de sua análise, estão os “problemas de gestão para implementação de ações efetivas” (p. 24) em suas diferentes dimensões, desde a falta de “planos operacionais nos diversos níveis que considerem a heterogeneidade dos Cerest” (p. 22), a falta de “diagnóstico preciso do quadro nacional” (p. 23), até “a ausência de critérios técnicos na indicação de gestores” (p. 24).

Concordamos com Minayo-Gomes quando diz que, para reorientar-se em direção à Visat, como preconiza a PNSTT, *são necessários tanto a “mudança na cultura assistencial” de vários Cerest, quanto um “autêntico planejamento estratégico”* para que se possa atender às diretrizes e estratégias propostas nas metas ministeriais, integrando-as às necessidades da Visat (p. 22; *itálicos* pelos autores da resposta).

Com relação aos recursos humanos, aponta para problemas em diversos “níveis da política de recursos humanos na Renast” em especial aponta para a carência de “quadro qualificado, suficiente e estável de profissionais de carreira” (p. 24), assim como discute *a necessidade de aprimorar a formação, para capacitá-los a atuar “dentro de uma lógica de complexidade das ações requeridas pela Visat”* (p. 23; *itálicos* pelos autores da resposta).

Dentro desta perspectiva, afirma ser importante uma maior articulação entre os diversos cursos de formação disponíveis, seus conteúdos e métodos pedagógicos, e as necessidades para a implementação da PNSTT.

No seu diagnóstico, Minayo Gomes sublinha ainda a pouca mobilização das organizações de classe cujo protagonismo é fundamental para melhorar o funcionamento das instâncias de controle social e, conseqüentemente, sua participação necessária na definição de ações visando à Atenção Integral da Saúde dos Trabalhadores. Ao analisar a articulação intersetorial, discorre sobre a importância do protagonismo do Ministério Público diante das limitações dos órgãos de fiscalização para a melhoria das condições de trabalho, assim como aponta para os avanços nas interações entre academia e serviços, sublinhando o papel do edital lançado em 2012 para financiar pesquisas e estudos atrelados a objetos voltados à implementação da PNSTT.

Como não concordar com Minayo Gomes, uma vez que alimenta o debate sobre a implementação da PNSTT colocando questões precisas, ao mesmo tempo em que sugere caminhos para a resolução dos problemas? Além disso, amplia o escopo de questões que havíamos levantado no texto de debate, o que se constitui em contribuição maior para a efetividade das ações da Visat, agora sustentadas pela PNSTT.

A intervenção de Claudia Vasques Chiavegatto e Eduardo Algranti segue por outro caminho: defendem que “a atenção integral aos trabalhadores deva

<sup>1</sup> Superintendência Regional do Trabalho de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

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

<sup>3</sup> Centro Estadual do Rio de Janeiro da Fundacentro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

ter como carro chefe ações desenvolvidas pela atenção primária” (p. 26), ou seja, acreditam que ações de vigilância e intervenção possam ocorrer a partir das ações da rede básica.

A estratégia defendida por Chiavegatto e Algranti é respaldada por membros da Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador (CGST)<sup>5</sup> e por outros pesquisadores do nosso campo (ver, por exemplo, entrevista com a professora Elisabeth Dias, da Universidade Federal de Minas Gerais)<sup>6</sup> que acreditam que a atenção básica deve ser o centro propulsor das ações de Visat. *Esta não é, entretanto, nossa posição.* Para nós, esta diretriz incorre em grave equívoco teórico e prático. Por isso, explicitaremos a seguir as razões que nos levam a defender outro caminho para o desenvolvimento da estratégia de vigilância, ancorado na própria PNSTT que elegeu a Visat como o centro de afirmação da Saúde do Trabalhador no SUS.

Há amplo consenso de que é correta a estratégia da descentralização para fins assistenciais desde que suprida por ações sistemáticas de capacitação, supervisão e matriciamento, uma vez que não se advoga a atenção especializada de trabalhadores, portas de entrada específicas e apartadas da rede assistencial. No entanto, este raciocínio não se aplica de forma linear para a Visat simplesmente por se tratar de objetos distintos em sua natureza e complexidade.

Esta distinção não deixa de reconhecer que ambos, vigilância e atenção, reportam-se a aspectos de um processo único, que começa enquanto antecedentes situados no trabalho que adoecer, e resulta nos agravos que se manifestam enquanto desgaste no corpo adoecido, lesado e mutilado psíquica ou fisicamente. Se os objetos, embora vinculados, são distintos, profissionais com formações e competências distintas, outras estruturas e instrumentos se fazem necessários em cada uma destas esferas.

Lidar com a vigilância e a intervenção, como preconizam a Portaria nº 3.120/98 (BRASIL, 1998) e a recente PNSTT (BRASIL, 2012), conforme mostram as experiências bem-sucedidas, implica reconhecer sua complexidade, isto é, a capacidade de identificar, detectar, analisar, compreender, pesquisar, intervir sobre os determinantes do trabalho a fim de transformar o trabalho nocivo e perigoso em trabalho decente e saudável, compatível com o ser humano. Como pode ser observado nos casos de sucesso,

para enfrentar e sobreviver aos poderes econômicos e políticos e poder questionar a lógica de acumulação de capital vigente e os modos de gestão e de organização das empresas e seus fornecedores, que impactam negativamente a saúde dos trabalhadores, os serviços desenvolvem mecanismos de articulação política que, combinados a amplo conhecimento técnico sobre os diversos problemas que afetam a relação trabalho saúde, garantem a efetividade das ações de vigilância (não apenas). Alcançar tais objetivos exige dos serviços um conjunto complexo de atributos humanos e de instrumentalidades materiais e conceituais de monta.

Para agir de forma efetiva e colocar o trabalho como centro das atenções da vigilância, é preciso não apenas agir sobre seus fatores de risco conforme sugerem as disciplinas clássicas da higiene e segurança do trabalho, mas manter atualizado amplo ferramental teórico e conceitual de modo a compatibilizá-lo nas situações de intervenção (VILELA et al., 2012). Pode-se observar que as equipes dos Cerests mais atuantes possuem composição multidisciplinar, o que lhes permite analisar e conhecer em profundidade o trabalho real, dominar metodologias qualitativas e quantitativas, valer-se de ferramentas teóricas e conceituais da ergonomia da atividade, da sociologia, das engenharias, da fisiologia, da epidemiologia, da toxicologia etc. Tal arsenal teórico e conceitual é requisito essencial para disputar e ganhar dos representantes do capital no nível argumentativo.

Além dos aspectos teóricos, os coletivos colocam em prática seu saber-fazer prático e suas habilidades para a ampliação da comunidade de cooperação intra e extra SUS, o que tem favorecido o estabelecimento de pontes com os trabalhadores e seus representantes, bem como com a própria rede de atenção, como outras instituições públicas, imprensa etc. [ver, por exemplo, Minayo-Gomes (2011)]. Redes e laços de confiança essenciais ao estabelecimento de programas e alianças de longa duração podem ser observados, tendo inclusive repercussão favorável na mídia.

Não obstante a efetividade das ações e dos programas depender de mecanismos de proteção jurídica, estabilidade e renda compatíveis com o exercício de função essencial do Estado (como também argumentou Minayo-Gomes em seu texto de debate), as experiências bem-sucedidas mostram que a evolução da Visat é um processo de desenvolvimento e construção, ou seja, ao ser movida pelo objeto da trans-

<sup>5</sup> Pertencente ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> *O desafio de implantar ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária em Saúde.* Disponível em: <[http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast/saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador-em-acoas/desenvolvimento-de-acoas-de-saude-do-trabalhador-na-atencao-primaria-em-saude/Entrevista\\_maior\\_2011.pdf/view](http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast/saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador-em-acoas/desenvolvimento-de-acoas-de-saude-do-trabalhador-na-atencao-primaria-em-saude/Entrevista_maior_2011.pdf/view)>. Acesso em: 28 de junho de 2013.

formação dos ambientes e processos de trabalho, a equipe e os serviços são desafiados a transformar-se e a ampliar-se. Ao obter êxito, os serviços ampliam também seu poder e sua capacidade de agir. Novos objetos são almejados, suscitando novas evoluções (JACKSON FILHO; BARREIRA, 2010).

Dentro deste quadro, segundo nossa experiência nos serviços e na pesquisa, temos convicção de que a atenção básica não reúne as condições mínimas necessárias para tal desenvolvimento. Como mudar a “cultura assistencial” intrínseca à atenção básica, condição fundamental para atender as diretrizes e

estratégias em vigor com a PNSTT, como também nos diz Minayo Gomes no seu texto?

Não se estaria, mais uma vez, procurando soluções simplificadoras, de menor custo, típicas dos contextos de carência dos recursos, marcas da precarização e da intensificação do trabalho nas áreas das políticas sociais e que, de modo geral, são fadadas ao fracasso?

Certos de que o debate não se encerra aqui, esperamos que mais profissionais e pesquisadores se posicionem a fim de favorecer a implementação da PNSTT dentro deste espírito de defesa da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores.

## Referências

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 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](http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012. n. 165, Seção I, p. 46-51. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 30 junho 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. 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, 8 nov. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2013.

JACKSON FILHO, J. M.; BARREIRA, T. H. C. Ação pública no campo da saúde do trabalhador: o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba. São Paulo: Fundacentro, 2010. (Relatório de pesquisa).

MINAYO-GOMES; C. Produção de conhecimentos e intersectorialidade 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. 3363-3368, 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.

Recebido: 24/06/2013

Aprovado: 26/06/2013

## Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST)

Elizabeth Costa Dias<sup>1</sup>

Thais Lacerda e Silva<sup>2</sup>

*Contributions of the Primary Health Care system for implementation of the Brazilian National Occupational Safety and Health Plan (PNSST)*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Contato:**

Elizabeth Costa Dias

**E-mail:**

bethdias@medicina.ufmg.br

Apoio Financeiro: Fundo Nacional de Saúde (Projeto FNS nº 18720.9380001/07-023).

As autoras declaram que este artigo não apresenta conflito de interesses.

### Resumo

**Introdução:** o texto descreve a contribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção integral à saúde dos trabalhadores de acordo com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, considerando a organização das Redes de Atenção e o papel de coordenação atribuído à Atenção Primária em Saúde (APS). **Método:** realizaram-se revisão bibliográfica e análise de documentos normativos para identificar ações de atenção aos trabalhadores a serem desenvolvidas pelas equipes da APS. **Resultados:** as ações foram organizadas em seis grupos: a) diagnóstico situacional, incluindo a identificação das atividades produtivas; b) caracterização do perfil demográfico e epidemiológico dos trabalhadores; c) planejamento das ações com priorização de intervenções sobre problemas de saúde de maior frequência, risco e vulnerabilidade; d) assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho; e) ações educativas e de promoção da saúde; f) ações caracterizadas como de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Discute-se as potencialidades e limitações da APS para desenvolver as ações e recomenda-se o fomento da educação permanente e o matriciamento das ações pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e outras instâncias do SUS.

**Palavras-chave:** política pública de saúde; saúde do trabalhador; atenção primária em saúde; política de segurança e saúde no trabalho.

### Abstract

**Introduction:** This paper describes the contribution of the Brazilian Unified Health System (SUS) for a comprehensive approach to workers' health care as established by the National Occupational Safety and Health Plan (PNSST). It takes into account the Health Care Network organization, as well as the health surveillance coordination assigned to the Primary Health Care (PHC). **Method:** Through literature review and analysis of normative documents the authors identified health surveillance actions to be implemented by the PHC teams and their potentialities for workers' health purposes. **Results:** The identified actions were organized and discussed according to: a) a situational diagnosis, including work activities held in the region; b) workers' demographic and epidemiological profiles; c) planning of actions with priority to interventions aimed at the most frequent, hazardous and vulnerable health problems; d) assistance to victims of work-related injuries or diseases; e) educational actions and health promotion; f) workers' health surveillance actions. The authors discuss the PHC's potentialities and limitations in implementing Workers' Health Care actions and recommend that Workers' Health Reference Centers (Cerest) and other organizations included in the SUS system should provide permanent educational programs and appropriate technical support.

**Keywords:** public health policy; workers' health; primary health care; Brazilian national occupational safety and health plan (PNSST).

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 11/03/2013

Aprovado: 15/03/2013

## Introdução

A recente publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a), representa um marco histórico na abordagem das relações trabalho-saúde e doença no Brasil. Pela primeira vez, um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Busca-se, dessa forma, superar a fragmentação e a superposição das ações desenvolvidas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente por meio da articulação das ações de governo, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011a).

A PNSST tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, o diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação. Os objetivos propostos são a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele (BRASIL, 2011a).

A diretriz de incluir, no sistema nacional de promoção e proteção da saúde no trabalho, todos os trabalhadores brasileiros (os formalmente registrados de acordo com as prescrições da Consolidação das Leis do Trabalho, os autônomos, os domésticos e os informais, além de civis e militares, servidores da União, dos Estados e dos Municípios) é inovadora. Esse desafio é ampliado no contexto de transformações observadas no mundo do trabalho e no modelo prevalente de desenvolvimento adotado para o país, marcado pela precarização do trabalho e o desemprego estrutural, que reforçam a desigualdade social (DRUCK, 2011).

Assim, a efetiva implementação da PNSST exige políticas afirmativas de inclusão social e depende da participação dos trabalhadores, como destaca Facchini (2006) ao analisar a versão preliminar do documento apresentado como subsídio às discussões na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, sob a coordenação compartilhada dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.

O *Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*, publicado em abril de 2012, detalha os aspectos operacionais da Política visando facilitar sua implementação (BRASIL, 2012a).

Entre as competências atribuídas ao Ministério da Saúde, o artigo VII, letra a, explicita o fomento da:

[...] atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, incluindo a reabilitação física e psicossocial. (BRASIL, 2011a)

Entre os aspectos facilitadores para que o Ministério da Saúde desempenhe bem essa atribuição, o princípio constitucional da universalidade de acesso ao cuidado da saúde, presente também como um dos pilares para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), antecipa e contempla a prescrição do Decreto nº 7.602/11. Diferentemente da atuação do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, cujas práticas estão historicamente vinculadas aos trabalhadores do setor formal de trabalho, o SUS nasce sob a orientação de cuidar de todos os trabalhadores (BRASIL, 1990). A capilaridade da rede de serviços do SUS, presente em todos os municípios brasileiros, permite alcançar os trabalhadores, o mais próximo de onde moram e trabalham, por meio dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

Este texto discute a contribuição do SUS para a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores prescrita na PNSST, considerando o modelo da Rede da Atenção à Saúde e o papel ordenador e coordenador do cuidado atribuído à APS. No texto, as expressões “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são utilizadas como sinônimas, seguindo as orientações emanadas da Política Nacional de Atenção Básica de 2011 (BRASIL, 2011b).

## Métodos

Inicialmente, a partir de pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico e análise de documentos normativos que orientam a organização das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, foram identificadas as ações prescritas e/ou desenvolvidas no âmbito da APS consideradas no escopo da atenção integral à saúde dos trabalhadores. No que tange aos documentos normativos, destacam-se a Portaria nº 1.823/2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012b); a Portaria nº 2.488, de 2011 (BRASIL, 2011b), que explicita a Política Nacional de Atenção Básica; a Portaria nº 4.279 de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010); a Portaria nº 3.252 de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2009a); e a Portaria nº 2.728, também de 2009 (BRASIL, 2009b), que redefiniu a organização e o funcionamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Também foram incluídos na análise os instrumentos utilizados pelas equipes da APS, entre eles a ficha de cadastramento das famílias (Ficha A), a ficha de acompanhamento de grupos específicos e o registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D) (BRASIL, 2000), buscando os campos referentes à Saúde do Trabalhador ou de interesse à ela.

As ações identificadas foram analisadas e cotejadas com os resultados do estudo “Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Saúde da Família”<sup>3</sup>, desenvolvido por pesquisadores da área Saúde & Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por encomenda da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (SVS), com apoio do Fundo Nacional de Saúde (DIAS; LACERDA E SILVA, 2012).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer de número 256/08.

## Atenção integral à saúde do trabalhador no SUS

O conceito de atenção integral à saúde do trabalhador é polissêmico. A Constituição Federal de 1988 define o atendimento integral como diretriz e reforça a prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Porém, a Lei Orgânica nº 8.080 estabelece como princípio a integralidade da assistência, abrangendo as ações necessárias, em cada caso, em todos os níveis de atenção e, desse modo, permitindo a interpretação de que o termo se refere a ações assistenciais resolutivas (BRASIL, 1990).

De acordo com a PNSST, as ações de promoção e proteção da saúde e a prevenção de agravos e do adoecimento são indissociáveis da assistência, incluindo a reabilitação em nível individual e coletivo. Ao considerar os aspectos biológicos, sociopolíticos e culturais determinantes do processo saúde-doença, este conceito é o que mais se aproxima daquele proposto pelo movimento da Saúde do Trabalhador, o qual surge em sintonia com o processo de reorganização social e política do país ocorrido nos anos

1970-1980, enfatizando a contribuição do trabalho enquanto determinante das condições de vida e saúde. Além da atenção integral à saúde, propunha a ruptura com as práticas tradicionais da Saúde Ocupacional, a incorporação dos trabalhadores como sujeitos da própria saúde e a responsabilidade da rede pública de serviços de saúde no cuidado dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

O desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil, que consideram as relações produção-consumo, ambiente e saúde como determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, é um processo sociopolítico e técnico que se inicia no final dos anos 1970 e foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Desde então, as ações de Saúde do Trabalhador no SUS têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organização institucional nos três níveis de gestão do SUS. A criação da Renast, em 2002, representou um marco importante nesse processo, tendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) como *locus* privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, ampliando a visibilidade da área de Saúde do Trabalhador junto aos gestores e ao controle social (DIAS; HOEFEL, 2005).

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à APS o papel de eixo organizador das ações no SUS (BRASIL, 2006). Posteriormente, a Portaria nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no SUS, atribuindo à APS a função de centro de comunicação da rede (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde vem desde 1988 buscando formular um documento que explicita a política de atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS (PNST-SUS). A versão mais recente, construída sob a coordenação da área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, a CGSAT, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2011. A PNST-SUS reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a necessidade, no âmbito do SUS, de uma ação transversal de caráter transdisciplinar e interinstitucional, a necessidade de sintonia e de uma relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos e a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde. De acordo com o documento, as estratégias definidas

<sup>3</sup> A produção técnica resultante desse estudo está disponibilizada no “Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador”, do Ministério da Saúde e na Renast *online* e inclui três dissertações de Mestrado, dois trabalhos de conclusão de curso de especialização (TCC), três relatórios técnicos, cartilha e guia de apoio à capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um relatório final.

para a implantação da atenção integral à saúde do trabalhador compreendem: a) a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a APS; b) a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; c) a estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; d) o fortalecimento e a ampliação da articulação intersectorial; e) o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; f) o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; g) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2012b).

A contribuição do SUS para a atenção integral à saúde do trabalhador cresce em importância no contexto do processo de reestruturação produtiva e das mudanças na natureza e nas relações do trabalho, que redefinem o perfil dos trabalhadores e do processo saúde-doença, acarretando necessidades e desafios que a sociedade e o aparelho estatal encontram dificuldades para responder (NEHMY; DIAS, 2010).

Entre as características dos processos produtivos contemporâneos, o crescimento do trabalho informal e domiciliado e o aumento da vulnerabilidade, da desproteção social e da degradação ambiental podem ser encontrados mesmo nas cadeias produtivas mais complexas de setores da economia considerados mais fortes e/ou tradicionais, como, por exemplo, a indústria metalúrgica, do vestuário, calçadista, de alimentos, entre outras. Etapas ou parcelas do processo de trabalho são desenvolvidas em pequenas unidades, por vezes no próprio domicílio do trabalhador. Geralmente são atividades que agregam menos valor e/ou consideradas mais “sujeitas”, arriscadas e perigosas para a saúde (ANTUNES, 2004; NEHMY; DIAS, 2010).

Observa-se que o trabalho desenvolvido por microempresas ou no domicílio torna-se praticamente invisível, permanecendo à margem da regulação trabalhista, da inspeção, da fiscalização e da ação dos sindicatos e das organizações de trabalhadores (VIEIRA, 2009).

O modelo de desenvolvimento adotado no país aproxima os campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental pela compreensão de que os mesmos processos produtivos são responsáveis pela degradação do ambiente, em particular dos ambientes de trabalho, acarretando danos e agravos à saúde da população geral e dos trabalhadores (RIGOTTO, 2003).

Essa ampliação da percepção e da discussão acerca dos efeitos dos processos de produção e consumo presentes na sociedade moderna sobre a saúde humana e o ambiente tem sido acompanhada de crescente institucionalização das ações de Vigilância em

Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental nos três níveis de gestão do SUS, expressa na presença formal na estrutura organizacional e nos documentos normativos do atual modelo de atenção à saúde no país (NETTO et al., 2006; DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012).

Nesse cenário, para que o SUS seja capaz de prover atenção integral à saúde dos trabalhadores, é essencial que cada ponto de atenção do SUS e os setores responsáveis pela Vigilância em Saúde incorporem de forma sistemática a contribuição do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença das pessoas e da qualidade ambiental. A operacionalização da atenção integral depende da articulação entre diversos saberes, práticas e responsabilidades, da atuação inter e transdisciplinar e de sólida articulação intra e intersetorial.

A estratégia de organizar o SUS no modelo da RAS visa superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde e assegurar, aos usuários do SUS, ações e serviços necessários à resolução de seus problemas e necessidades de saúde, sendo 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 (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Nessa perspectiva, a Renast, cuja organização é anterior à Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010), vem buscando se adequar ao novo modelo, particularmente no que se refere às atribuições dos Cerest, que passam a assumir a tarefa de matricular ou subsidiar tecnicamente a rede SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. O fortalecimento da Visat e sua integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a APS são as principais diretrizes da PNST-SUS.

## **Contribuição da APS para a atenção integral à saúde dos trabalhadores**

Entre as características da APS que justificam sua centralidade no modelo da RAS destacam-se: a presença em todos os 5.564 municípios brasileiros e a potencialidade de organizar ações e serviços de saúde com base nas necessidades e nos problemas de saúde da população; oferecer atenção contínua e integral por equipe multidisciplinar e por considerar o usuário-sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b). A APS deve ter capacidade resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde e é considerada como pri-

meio nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os outros pontos de atenção (MENDES, 2010).

A atenção integral à saúde dos trabalhadores pode se beneficiar dessas características da APS, que favorecem: a oferta de serviços de saúde nos municípios, facilitando o acesso dos usuários-trabalhadores e a identificação de demandas e problemas de saúde relacionados às atividades produtivas desenvolvidas no território; o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de relações de confiança entre a equipe de saúde e a população, mediados pelo Agente Comunitário de Saúde; as ações de caráter multidisciplinar; a geração de informações de saúde mais fidedignas; e o estímulo à participação dos trabalhadores que estão organizados em formas menos tradicionais, que não os sindicatos (BRASIL, 2009c; SANTOS; RIGOTTO, 2011; LACERDA E SILVA; DIAS; SILVA, 2012).

O desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na APS possui amplo aparato legal e normativo, entre eles o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c), que regulamenta a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), a PNST-SUS (BRASIL, 2012b), a Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010), a Portaria nº 3.252/2009 (BRASIL, 2009a), que aprova as diretrizes para a organização da Vigilância em Saúde, e a Portaria nº 2.728/2009 (BRASIL, 2009b), que dispõe sobre a organização da Renast. É importante que, no processo de organização das ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, a centralidade da APS seja observada nesses documentos e sejam identificados os caminhos e as diretrizes apontados para a consolidação da atenção integral à saúde do trabalhador.

O documento da PNST-SUS orienta que as equipes da APS, de forma articulada com as demais instâncias da rede e com o apoio das áreas técnicas de saúde do trabalhador e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012b), devem desenvolver ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

O mesmo documento prescreve que o planejamento e o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos e sua distribuição nos territórios, cabendo à APS:

[...] considerar que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intra-domiciliares. (BRASIL, 2012b, p. 19)

É importante considerar que a adscrição das famílias à Estratégia Saúde da Família (ESF) considera apenas o critério domiciliar, no território. Para a Saúde do Trabalhador, esta lógica necessita ser mudada, de modo a permitir o acesso aos serviços de saúde de trabalhadores que não residem, mas trabalham no local e ali passam tempo significativo de suas vidas. A equipe deve se responsabilizar pelos usuários trabalhadores que *residem e os que trabalham* no território de abrangência da unidade.

A proposta de prover atenção aos trabalhadores que não residem, mas trabalham no território vem sendo defendida também no âmbito da APS. No estudo de avaliação da implementação da ESF em dez grandes centros urbanos, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2005, essa questão foi ressaltada principalmente em cidades “dormitórios” das regiões metropolitanas e o relatório recomenda a adscrição por local de trabalho ou por meio de inscrição individual dos usuários-trabalhadores em Unidades de Saúde da Família (USF) próximas aos locais de trabalho (SCOREL, 2005).

A utilização do critério de territorialização para a organização do processo de trabalho e o planejamento das ações de saúde da APS também enseja a operacionalização de práticas de Vigilância em Saúde no âmbito da APS, na medida em que a equipe de saúde consegue compreender o território em sua riqueza e complexidade e seus contextos de uso (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Com frequência, os fatores de risco e perigos gerados pelos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem as comunidades moradoras no entorno das unidades de produção e mesmo locais mais distantes. Neste contexto, as ações de vigilância em saúde do trabalhador devem ser inseridas no planejamento da atuação das equipes com base no conhecimento do perfil produtivo e dos fatores de riscos para a saúde da população, além do perfil dos trabalhadores. Para isso, é fundamental o apoio técnico e pedagógico dos setores da Vigilância em Saúde e do Cerest às equipes. Nesse sentido, a Portaria nº 3.252/2009 estabelece que a integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é diretriz obrigatória para a construção da integralidade do cuidado (BRASIL, 2009a).

Outra contribuição importante para o cuidado integral aos usuários trabalhadores são as ações desenvolvidas pelos ACS. Em suas práticas cotidianas de trabalho, eles reconhecem, por vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas. Além disso, conhecem os processos produtivos instalados no território e estabelecem relações entre essas atividades e o perfil ocupacional das famílias e a saúde das pessoas, suas

queixas, demandas e problemas que possam estar relacionadas ao trabalho. Porém, os ACS se queixam da falta de continuidade do cuidado aos trabalhadores, ressentem-se da falta de preparo técnico para entender e orientar sobre essas questões e das dificuldades de interlocução com as equipes, que muitas vezes não valorizam suas observações (LACERDA E SILVA; DIAS; SILVA, 2012).

Embora se reconheça as possibilidades e a relevância das contribuições da APS para a atenção integral à saúde, é importante considerar as dificuldades estruturais que perpassam a efetivação do papel da APS no SUS, na atualidade. A desvalorização social traduzida na ausência de um plano de carreira gera alta rotatividade dos profissionais, particularmente dos médicos. Também são significativos: a deficiência da infraestrutura, refletida na precariedade da rede física; a inadequação das condições de trabalho; o baixo índice de conectividade e informatização; a ausência de fluxos bem definidos e eficientes de regulação; a hegemonia das ações assistenciais, que ocupam a maior parte do tempo de trabalho das equipes; deficiências na formação e de suporte técnico para o enfrentamento de situações e o desenvolvimento de ações de alta complexidade; e a sobrecarga de trabalho das equipes, entre outras.

### **Lições aprendidas: o que as práticas das equipes da APS estão nos ensinando?**

As práticas das equipes de saúde da APS, envolvendo ações de cuidado diferenciado aos usuários-trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, estão registradas na literatura técnica sob a forma de dissertações de mestrado, artigos em periódicos e, de modo expressivo, nos relatos de experiências em congressos e reuniões técnicas da área da Atenção Básica e da Saúde Coletiva (DIAS; LACERDA E SILVA, 2012).

De modo esquemático, essas ações podem ser organizadas em seis grandes eixos: a) diagnóstico situacional, que inclui o levantamento e/ou a identificação das atividades produtivas desenvolvidas em um dado território; b) caracterização do perfil demográfico dos usuários-trabalhadores que residem no território e o perfil epidemiológico traduzido nos agravos e nas formas de adoecimento prevalentes; c) o planejamento das ações, com a priorização de intervenções sobre os problemas de saúde de maior frequência, risco e vulnerabilidade; d) definição dos procedimentos de assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho, organizados em linhas de cuidado; e) ações educativas e de promoção da saúde, com orientação sobre fatores de risco para a saúde e medidas de proteção

e direitos previdenciários; e f) ações caracterizadas como de Visat (DIAS, LACERDA E SILVA, 2012).

### **O diagnóstico situacional do território**

A implantação do trabalho de uma equipe da APS em um dado território é sempre precedida da elaboração de um diagnóstico local de situação. Assim, quando se propõe contemplar as questões de Saúde do Trabalhador é necessário incorporar a este diagnóstico inicial duas informações básicas: que atividades produtivas são desenvolvidas nesse território e quem são os trabalhadores que ali residem (e, idealmente, ali trabalham). E, se possível, de que adoecem e morrem os trabalhadores que compõem a população adscrita no território de uma equipe de saúde.

Na rotina de trabalho das equipes, esse reconhecimento já é feito, principalmente, pelos ACS no processo de realização do “Mapeamento do Território” ou “Diagnóstico Local” conforme denominado em algumas regiões. Esse diagnóstico, em geral, é feito por ocasião da implantação da Unidade Básica de Saúde em um determinado território, mas deve ser atualizado periodicamente. Ele é a base para que a equipe conheça seu território de atuação e a população sob sua responsabilidade. O conhecimento do território pela equipe de saúde e a percepção deles sobre questões-problemas relacionadas ao trabalho foram destacados no estudo de Dias, Bertolini e Pimenta (2011).

É importante conhecer o perfil dos usuários-trabalhadores, considerando, minimamente: a idade, o sexo, a escolaridade e a ocupação; a identificação de chefes de família desempregados e em outra situação de vulnerabilidade social e possíveis doenças ou agravos que podem estar associadas. A identificação dos processos produtivos instalados no território permite inferir alguns dos fatores de risco e perigos para a saúde e o ambiente associados às atividades produtivas. Essas informações coletadas, organizadas e discutidas pela equipe de saúde estão sendo denominadas, neste texto, como Diagnóstico em Saúde do Trabalhador.

A identificação dos usuários-trabalhadores e suas características, como sexo, idade e ocupação, podem ser obtidas na Ficha A, de cadastramento familiar. É atribuição do ACS cadastrar todas as famílias adscritas às unidades básicas de saúde, sendo coletadas e registradas na ficha diversas informações sobre essas famílias (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Já a identificação dos processos produtivos instalados no território é realizada no momento do Mapeamento da Área de Atuação da equipe de saúde, em que os ACS identificam no mapa hospitais, escolas, igrejas, postos policiais, campo de futebol, quadra de esporte, rios, locais propensos a inundações, depósitos onde

são despejados lixos, fábricas, comércio em geral, entre outros. O mapeamento dos processos produtivos é essencial para o planejamento e a execução das ações de saúde pelas equipes, considerando que as atividades produtivas interferem na condição de vida e saúde das pessoas. Esse mapeamento permite inferir o perfil de adoecimento, bem como os possíveis riscos e perigos para a saúde dos trabalhadores, da população e também para o ambiente, advindos dessas atividades.

O Mapeamento da Área de Atuação permite ao ACS e aos outros membros da equipe: conhecer os caminhos mais fáceis para chegar aos locais necessários; identificar as barreiras geográficas que dificultam o caminho das pessoas até os serviços de saúde; conhecer a realidade da comunidade e planejar como resolver os problemas de saúde com mais eficácia; planejar as visitas domiciliares; identificar as microáreas de risco; entre outras questões. O mapa consiste em uma ferramenta indispensável para o trabalho da equipe de saúde, devendo representar o desenho de todo o território de atuação (BRASIL, 2009a).

O preenchimento adequado do campo “doenças ou condições referidas”, presente na Ficha A, também permite a aproximação quanto ao perfil epidemiológico e de possíveis agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Em geral, os ACS preenchem neste campo as condições e/ou doenças referidas pelos membros das famílias, tais como diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outras. Além dessas condições, é importante que o agente seja orientado a preencher o item acidente de trabalho (AT) nos casos em que o usuário referir o ocorrido ou mesmo doença relacionada ao trabalho (DRT).

Na visita para cadastramento das famílias, o ACS também deve ser orientado sobre a importância do preenchimento do campo “Observações”, com vistas à identificação da existência de atividades de trabalho desenvolvidas nos espaços domiciliares e peridomiciliares, como, por exemplo, costura, produção e venda de alimentos, manicure, produção de produtos de limpeza, entre outros.

## O planejamento da atuação da equipe e as ações de assistência

O planejamento das ações direcionadas aos trabalhadores, a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, deve se basear nas informações sistematizadas nas etapas do Diagnóstico Situacional, no cadastramento das famílias e em informações sobre o perfil epidemiológico dos trabalhadores. A partir delas é possível priorizar as intervenções sobre os problemas de saúde dos trabalhadores considerando a frequência, a gravidade e a vulnerabilidade.

Outra fonte importante de informação para o planejamento das ações são as queixas dos trabalhadores que procuram a UBS na demanda espontânea. Para qualquer ação de cuidado a esse usuário-trabalhador é essencial que o profissional de saúde que o acolha investigue se suas queixas ou problemas de saúde podem estar relacionadas ao trabalho que realiza.

Nesse aspecto, é importante lembrar que os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas não relacionadas ao trabalho, mas frequentemente o trabalho ou as condições em que este é realizado são responsáveis diretamente pelo agravo ou adoecimento, ou contribuem para torná-lo mais precoce, mais grave ou de tratamento mais difícil. Este conjunto conforma o elenco das doenças relacionadas ao trabalho, que no Brasil compõem a *Lista Brasileira de Doenças Relacionadas ao Trabalho* (BRASIL, 1999).

O reconhecimento do usuário enquanto trabalhador começa no preenchimento da Ficha A, conforme já assinalado, por meio do registro da ocupação dos membros da família. Embora seja um instrumento importante, sua utilização para subsidiar a suspeita da relação entre o adoecimento e o trabalho é frágil, pois os ACS não são preparados para este registro, além da ficha não contemplar a ocupação pregressa e sim a atual. Outras abordagens feitas pelas equipes da APS e que constituem momentos importantes de se reconhecer o usuário enquanto trabalhador e coletar informações sobre sua história ocupacional são o acolhimento e a consulta médica ou do enfermeiro.

Tradicionalmente, na formação médica e dos enfermeiros, pouca ou nenhuma atenção é dada à coleta da história ocupacional, o que faz com que os profissionais, em geral, tenham dificuldades em inseri-la em suas práticas de trabalho (CHIAVEGATTO, 2010). Entre as perguntas básicas que devem ser feitas ao trabalhador estão: o que faz; como faz; que produtos e instrumentos utiliza; em que condições executa o trabalho; há quanto tempo; em que ritmo; quais as exigências de produtividade, entre outras (DIAS; LAUAR, 2012).

Ouvir o trabalhador falando de seu trabalho, de suas impressões e sentimentos, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele é a tradução prática da recomendação feita aos médicos por Ramazzini quanto à necessidade de perguntar a seus pacientes: “Qual é a sua profissão?” e considerar a resposta no raciocínio clínico (RAMAZZINI, 2000).

A escuta especializada do trabalhador, valorizada na atualidade na qualificação e humanização do cuidado, permite conhecer as tarefas mais frequentes que ele executa, as exigências em termos de esforço físico, posturas, gestos e movimentos, a descrição de produ-

tos usados com respectivas quantidades e tempo de uso, a presença ou não de cheiros e/ou interferências em atividades (por exemplo, ruído e comunicação), o número de peças produzidas, a intensidade e as formas de controle de ritmos de trabalho, as interações existentes com outras tarefas, os imprevistos e os incidentes que podem aumentar as exposições, os dados do ambiente físico, como tipo de instalação, *layout*, contaminação por contiguidade, ruído, emanações, produtos intermediários, ventilação, medidas de proteção coletivas e individuais (DIAS; LAUAR, 2012).

Em alguns casos, a investigação de uma doença relacionada ao trabalho, identificada a partir da anamnese clínico-ocupacional, pode demandar informações complementares a serem buscadas, por exemplo, na bibliografia especializada ou junto à empresa onde o paciente trabalha ou trabalhou.

Ao término da coleta da história, deve ser feito um resumo no prontuário contendo, no mínimo: as funções desempenhadas pelo trabalhador com o respectivo tempo de trabalho e os principais fatores de risco a que o paciente esteve exposto, um breve inventário dos riscos ocupacionais e a possível relação com as queixas ou os achados clínicos. Este procedimento facilitará o raciocínio clínico, o estabelecimento de nexos entre o trabalho e a doença apresentada pelo paciente e servirá como orientação para os procedimentos propedêuticos, terapêuticos e demais condutas a serem adotadas.

A coleta da história ocupacional é essencial para: auxiliar no diagnóstico e na definição do plano terapêutico e estabelecer a relação entre o agravo ou doença e o trabalho; possibilitar a notificação do agravo no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan), quando pertinente; identificar possíveis riscos e perigos envolvidos no trabalho do usuário; orientar o trabalhador sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários e sobre a gênese, a evolução e a prevenção de sua patologia; e desencadear ações de vigilância e intervenções em ambientes de trabalho de modo articulado com a Vigilância em Saúde.

Considerando que os problemas de saúde relacionados ao trabalho muitas vezes são complexos e não podem ser resolvidos no âmbito da APS, para que esta coordene, de fato, o cuidado integral da saúde do usuário-trabalhador é essencial contar com o apoio dos demais pontos de atenção à saúde, de modo a garantir o diagnóstico correto e o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho a fim de definir adequadamente o plano terapêutico. Para isso, é necessária a estruturação do fluxo de referência e contrarreferência do usuário-trabalhador, e contar com fluxos e processos de regulação estabelecidos em linhas de cuidado, construídas para cada um dos agravos prevalentes, orientadas pelas infor-

mações obtidas no diagnóstico situacional e perfil das atividades produtivas presentes no território.

## **Ações educativas, de promoção da saúde e orientação dos usuários-trabalhadores**

O desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde integra, conceitualmente, o cotidiano das equipes da APS e são realizadas no domicílio, na UBS e em outros espaços comunitários. Para a Saúde do Trabalhador, essas ações têm o propósito de ampliar a compreensão sobre o papel do trabalho na produção do processo saúde-doença e esclarecer e identificar os fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, as medidas de prevenção e controle, as obrigações dos empregadores e os direitos assegurados ao trabalhador pelas políticas públicas. Elas devem contribuir para o empoderamento dos trabalhadores na luta por melhores condições de vida e de trabalho.

As ações educativas requerem o estabelecimento de uma relação de confiança com o usuário, o vínculo que possibilita o diálogo e exige dos ACS e dos demais profissionais o aperfeiçoamento da escuta do usuário sobre suas condições de vida e saúde, sua percepção sobre o trabalho, bem como sobre os fatores de riscos presentes na atividade, as repercussões sobre a saúde e as medidas de proteção disponíveis.

São exemplos de ações educativas a serem desenvolvidas com o usuário-trabalhador pela equipe da APS, com destaque para os ACS: a) orientação dos trabalhadores sobre a presença de perigos para saúde na atividade e as medidas de proteção e prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; b) informações sobre os serviços de saúde disponíveis, os fluxos ou caminhos na rede de cuidado à sua saúde; os fluxos de atendimento e o acompanhamento do usuário-trabalhador em qualquer ponto de atenção em que ele esteja; c) orientações sobre os direitos trabalhistas e previdenciários (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Muitas das atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas em grupo, aproveitando aqueles já formados na unidade, como, por exemplo, os grupos de hipertensos e de gestantes, para discutir aspectos das relações trabalho-saúde. Também podem ser organizados novos grupos considerando os interesses: grupo etário, agravos e situações de vulnerabilidade ou exposição.

O ACS desempenha papel fundamental no desenvolvimento das ações educativas, atuando como mediador, tradutor e elo entre as equipes de saúde e a comunidade. Como membro da equipe e morador do território em que trabalha, possui amplo conhe-

cimento sobre os processos produtivos instalados no território e a influência desses na saúde das pessoas e também sobre o ambiente. Conhece de modo particular o perfil ocupacional das famílias e as principais queixas, demandas e problemas que possam estar relacionadas ao trabalho. Porém, para desenvolver bem seu trabalho, ele necessita ser capacitado e contar com suporte técnico permanente.

## **A Vigilância da Saúde do Trabalhador na APS**

A Vigilância em Saúde é, na atualidade, um dos grandes desafios para o SUS e para a APS em particular. Conceitualmente, a Vigilância em Saúde envolve ações de promoção, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde e abrange os seguintes componentes: Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Visat, Vigilância da Situação de Saúde e Promoção da Saúde (BRASIL, 2009a).

A Visat compreende: um conjunto de ações e práticas de vigilância dos agravos relacionados ao trabalho; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho; o acompanhamento de indicadores para avaliação da situação de saúde; e articulação de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012b).

Para que essas ações sejam efetivadas na APS, é essencial que os setores de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, além de outros níveis técnicos do SUS, apoiem as equipes, desenvolvendo ações compartilhadas e garantindo o fluxo e a resolutividade das ações, como, por exemplo: a discussão de casos considerados mais “complexos”, a elaboração conjunta de roteiros de inspeção, de vistorias em ambientes de trabalho, a análise da situação de saúde, entre outras.

Nos fóruns de discussão da Saúde do Trabalhador, como no X Congresso da Abrasco<sup>4</sup>, realizado em Porto Alegre, tem sido questionada a adequação de se denominar ações desenvolvidas pelas equipes da APS como “de vigilância em saúde do trabalhador”, uma vez que não cumprem alguns dos pressupostos básicos da Visat, entre eles o envolvimento dos trabalhadores em todas as etapas do processo e o foco na transformação das condições de trabalho geradoras de doença. Entretanto, é importante reconhecer que, apesar de incompletas, muitas dessas ações representam práticas inovadoras das equipes e possibilitam identificar situações-problema, muitas vezes complexas e que desencadeiam ações em articulação com as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental e de cunho in-

terinstitucional, em parceria com a fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

A experiência e os estudos disponíveis têm mostrado que as equipes da APS consideram os fatores determinantes da saúde presentes no meio ambiente e atuam sobre eles, e essa experiência pode ser estendida aos ambientes de trabalho. Porém, as intervenções sobre os determinantes com frequência requerem atuação integrada com setores de Meio Ambiente, do Trabalho, Ministério Público, entre outros (REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR, 2011; VILAS BOAS; DIAS, 2008; FERNANDES, 2012).

Outra ação importante de vigilância refere-se à investigação e à notificação ao Sinan de agravos à saúde relacionados ao trabalho, prescrita na Portaria nº 104/2011. Nesse sentido, é muito importante reverter o atual quadro de sub-registro e dar visibilidade ao problema para que as questões de saúde do trabalhador entrem na agenda técnica e política dos gestores e do controle social do SUS. Alguns fatores que contribuem para a subnotificação podem ser facilmente corrigidos, como, por exemplo, a exigência de que apenas sejam notificados casos confirmados, com exceção das intoxicações exógenas, e de que as notificações sejam realizadas pelos serviços da rede sentinela da Renast.

A Ficha D, utilizada pelas equipes da APS para registrar atividades, procedimentos e notificação é fonte de informação importante para a análise de situação de saúde dos trabalhadores. Nela, devem ser registrados mensalmente os atendimentos específicos de acidentados no trabalho. Embora esse registro seja importante, é preciso modificar a orientação disponível no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o preenchimento do campo, o qual define que deverão ser registrados apenas acidentes de trabalho para o qual foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que é um instrumento da Previdência Social e se refere apenas aos acidentes ocorridos com trabalhadores segurados pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) e fere o princípio da universalidade do SUS.

Outro instrumento importante na coleta de informações sobre as condições de vida e saúde da população é a Ficha A. No campo de doenças e/ou condições referidas, recomenda-se que os ACS incluam as siglas AT (acidente de trabalho) e DRT (doença relacionada ao trabalho), devendo ser previamente preparados para reconhecer usuários-trabalhadores com agravos relacionados ao trabalho. Esses registros devem ser acompanhados e analisados pelas equipes com o apoio de técnicos das vigilâncias.

<sup>4</sup> CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 10., 2012, Porto Alegre. Página eletrônica. Porto Alegre: ABRASCO; UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva2012.com.br/home.asp>>. Acesso em: 24 maio 2013.

Sintetizando, são exemplos de ações de Visat que devem ser incorporadas ao processo de trabalho das equipes da APS: a) mapeamento dos processos produtivos do território e identificação dos riscos e perigos à saúde associados às atividades; b) identificação do perfil ocupacional e de trabalhadores mais vulneráveis (desempregados, trabalho infantil, trabalho domiciliar, entre outros); c) notificação no Sinan de agravos relacionados ao trabalho e acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores para definição de ações prioritárias; d) articulação intrasectorial para a vigilância dos processos e ambientes de trabalho; e e) promoção da saúde, com ênfase no empoderamento dos trabalhadores e orientações sobre a prevenção de riscos e perigos (BRASIL, 2011d; DIAS; LACERDA E SILVA; ALMEIDA, 2012).

Nas ações de vigilância de ambientes de trabalho domiciliar, busca-se conhecer as condições presentes no ambiente de trabalho, visando corrigir, diminuir ou eliminar as situações perigosas para a saúde dos trabalhadores e familiares, por vezes idosos e crianças, mais vulneráveis. A colaboração e a participação dos trabalhadores é essencial tanto para identificação e reconhecimento dos riscos que envolvem o desenvolvimento de seu trabalho, quanto para a definição das medidas a serem adotadas para proteger a saúde.

Sintetizando, as ações de Visat na APS são: a) suporte técnico para a investigação dos agravos de saúde do trabalhador de notificação compulsória; b) apoio à construção, mapeamento e análise do perfil produtivo e do perfil de morbimortalidade da população trabalhadora; c) vigilância de ambientes de trabalho de forma integrada com a Vigilância em Saúde e outros setores.

As ações de vigilância no âmbito da APS, em especial a vigilância dos ambientes de trabalho, deve contar com o apoio de outros dispositivos do SUS, como a Vigilância Sanitária, a Visat, a Vigilância Ambiental e os Cerest. Muitos municípios, principalmente nos de menor porte, possuem apenas os setores de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Nesses casos, recomenda-se a ampliação do objeto de intervenção dessas vigilâncias, incluindo as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores.

## **Desafios e proposições para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador**

Assim, ao se pensar em desenvolver ou fomentar ações de Saúde do Trabalhador na APS são necessárias mudanças nos processos de trabalho das equipes e sólido investimento na educação permanente e no suporte técnico das ações. Outra questão a ser

enfrentada é o fortalecimento dos mecanismos de participação dos trabalhadores, particularmente do setor informal de trabalho.

Finalizando essas reflexões sobre a importância e as possibilidades das ações de Saúde do Trabalhador na APS, pode-se dizer que essas são possíveis e já existem, apesar de assistemáticas e descontínuas. Para inserir as ações de vigilância nas práticas cotidianas das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família, os profissionais necessitam desenvolver habilidades, utilizar as ferramentas de investigação, registro, análise, programação e planejamento de modo a organizar ações previstas e de atenção à demanda espontânea a fim de mudar a qualidade de vida das pessoas do território onde atuam.

Entre as dificuldades a serem superadas para sua ampliação e real institucionalização nas práticas cotidianas das equipes, a mais urgente a ser equacionada se refere à sobrecarga de trabalho das equipes submetidas a exigências de produzir um conjunto de ações prescritas, às quais devem responder para garantir o cumprimento das metas estabelecidas (CHIAVEGATTO, 2010; DIAS, 2010).

Neste sentido, a consolidação do cuidado integral à saúde dos trabalhadores na APS requer algumas ações, entre elas a incorporação, no cotidiano das equipes, do conceito de que os processos produtivos desenvolvidos no território e as suas relações com o ambiente e a saúde das pessoas determinam necessidades de saúde que devem ser abordadas por meio da articulação de ações intra e intersetoriais, de processos sólidos de educação permanente, além da adoção da metodologia de apoio matricial das ações, conforme previsto na Portaria nº 3.252/09 (BRASIL, 2009a).

Outra questão importante refere-se à modificação do processo de trabalho das equipes, que até o momento enfatiza o desenvolvimento de ações assistenciais e o cumprimento de metas pré-estabelecidas. Embora, esteja previsto que a equipe trabalhe com base nas necessidades locais, identificadas a partir do Diagnóstico Situacional, observa-se que muitas ainda estão centradas no desenvolvimento dos programas prioritários do governo federal, a exemplo do Programa Saúde da Criança. Além disso, é necessário que o ACS seja inserido de fato na equipe, devendo ser valorizadas e utilizadas no planejamento das ações de saúde, as informações coletadas por ele junto à comunidade.

A educação permanente deve possibilitar a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Para a Saúde do Trabalhador, a qualificação dessas práticas pode se dar pela inclusão da temática nos cursos pré-formatados e pela estruturação de processos de educação permanente que partem da vivência das equipes de saúde e dos problemas identificados que relacionam o processo trabalho-saúde-doença.

Finalmente, é importante pensar no apoio matricial do trabalho das equipes da APS. Conceitualmente, o apoio matricial consiste em arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho que visa oferecer suporte técnico e pedagógico em áreas específicas (DIMENSTEIN et al., 2009). A vinculação da estratégia de apoio matricial aos processos de educação permanente potencializa em muito o desenvolvimento de conhecimento e habilidades de gestão do cui-

dado aos usuários-trabalhadores pela APS. O apoio matricial às equipes da APS para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador pode ser visto, na atualidade, como desafio e oportunidade para a redefinição do papel dos Cerest. Porém, além dos Cerest, são potenciais matriciadoras dessas ações, as referências técnicas estaduais e municipais em Saúde do Trabalhador e profissionais da Vigilância em Saúde, em especial da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

## Contribuições de autoria

Ambas autoras participaram no delineamento, na análise e na elaboração do manuscrito.

## Referências

ANTUNES, R. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do Capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

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/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 nov. de 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *SIAB*. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.252/GM, 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. 2009a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 20 março 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 nov. 2009b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 20 março 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. 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, 8 nov. 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, 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 Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508/GM, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização

do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 jun. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html>>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 104/GM, 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 jan. 2011d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 13 maio 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. *Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*. Brasília/DF, abril de 2012a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.823/GM, 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 ago. 2012b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 20 março 2013.

CHIAVEGATTO, C. V. *Percepção dos profissionais de nível superior da atenção primária quanto ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS em Minas Gerais*. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DIAS, E. C. (Coord.). *Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. 63 p. (Relatório técnico-científico). Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708\\_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 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. 817-828, 2005.

DIAS, E. C.; LACERDA E SILVA, T. *Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária de Saúde, no SUS*. Relatório Final (agosto 2008 a dezembro 2012). Belo Horizonte: UFMG, 2012.

DIAS, E. C.; LACERDA E SILVA, T.; ALMEIDA, M. H. C. *Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador*

na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DIAS, E. C.; LAUAR, I. D. Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e ações decorrentes. In: PEDROSO, E. R. P.; ROCHA, M. O. C. (Org.). *Clínica Médica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. No prelo.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. 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, jun. 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em USF: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 42, n. 1, p. 35-55, 2011. Número especial.

SCOREL, S. (Coord.). *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados*. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

FACCHINI, L. A. Vigilância em saúde do trabalhador: uma aproximação prática. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 50-56, jan./jun. 2006.

FERNANDES, L. M. M. *Ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária de Saúde: estudo de caso de experiência desenvolvida no SUS de Minas Gerais*. 87 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

LACERDA E SILVA, T., DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. da. Contribuição do Agente Comunitário de Saúde na produção do cuidado aos trabalhadores. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2012. (no prelo).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

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.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p. 13-23, 2010. Suplemento.

NETTO, G. F. et al. Saúde e ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; OPAS, 2006. p. 152-170.

RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. 3. ed. Tradução Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro, 2000.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/recursos/desenvolvimento-a%C3%A7%C3%B5es-sa%C3%BAde-trabalhador-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 8 mar. 2013.

RIGOTTO, R. M. Saúde ambiental e saúde dos trabalhadores: uma aproximação promissora

entre o verde e o vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003.

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, 2011.

VIEIRA, M. C. F. *O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009*. 2009. 60 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2009.

VILAS BOAS, S. W.; DIAS, E. C. Contribuição para a discussão sobre as políticas no setor sucro-alcooleiro e as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. In: PLATAFORMA BNDES. *Impactos da indústria canavieira no Brasil*. [Rio de Janeiro]: IBASE, 2008. (Versão Preliminar).

Edvânia Ângela de Souza Lourenço<sup>1</sup>  
Francisco Antonio de Castro Lacaz<sup>2</sup>

## Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP

*Challenges for implementation of Brazilian National Occupational Health Policy in the Unified Health System (SUS): the case of the region of Franca, São Paulo, Brazil*

<sup>1</sup> Departamento de Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Franca, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

*Contato:*

Edvânia Ângela de Souza Lourenço

*E-mail:*

edvaniaangela@hotmail.com

Este texto discute os dados parciais do projeto de pesquisa "O processo de trabalho na agroindústria canavieira: os desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Sindicatos dos Trabalhadores", financiado pelo CNPq, conforme edital 02/2010, sob número 401.159/2010/8, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Universidade Estadual de São Paulo (Unesp), Franca. Processo nº 023/2010.

Os autores declaram que este trabalho não apresenta conflito de interesses.

### Resumo

O artigo oferece subsídios teórico-práticos para a análise da Atenção à Saúde do Trabalhador desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de um locus determinado, a região de Franca, interior do Estado de São Paulo, busca-se identificar os desafios da implantação da política de saúde do trabalhador frente às especificidades da relação trabalho e saúde na agroindústria canavieira. Toma como referência entrevistas coletivas realizadas com trabalhadores da saúde, especificamente os fiscais sanitários e os interlocutores em saúde do trabalhador. Como resultado, verifica-se a necessidade de maior preparação técnica para os profissionais desenvolverem as ações de saúde do trabalhador e maior integração entre os serviços, sobretudo no que diz respeito às notificações dos agravos e às ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.

**Palavras-chave:** saúde pública; saúde do trabalhador; vigilância em saúde; notificação compulsória; trabalho rural.

### Abstract

*This article offers theoretical and practical elements for an analysis of the Worker's Health Care Program developed by the Brazilian Unified Health System (SUS). From a determined locus, the region of Franca, State of São Paulo, it aims at identifying the challenges for implementation of the National Occupational Health Policy, due to the particularities of the work/health relationship within the sugarcane agro-industry. It is based on group interviews involving health workers, specifically sanitary inspectors and the worker's health interlocutors. The results showed that health care professionals must be better prepared, from the technical point of view, to be able to perform actions related to workers' health. These results also indicated the need for a greater integration between health services, particularly when damage notification and workers' health surveillance are concerned.*

**Keywords:** public health; worker's health; health surveillance; mandatory notification; rural labor.

Recebido: 13/03/2012

Revisado: 15/03/2013

Aprovado: 19/03/2013

## Introdução

A respeito do campo Saúde do Trabalhador (ST), pode-se dizer que, no Brasil, a partir do contexto econômico, social e político dos anos de 1980, vem-se estruturando uma rede de serviços como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) para: assistir todo trabalhador vítima de agravo à saúde; identificar a relação do agravo com o trabalho; realizar os registros epidemiológicos e, ainda, ações de vigilância nos ambientes de trabalho (DIAS, HOEFEL, 2005; LACAZ, 2010; MINAYO-GOMEZ, 2011).

Atualmente, a ST no SUS busca disseminar suas ações para os vários serviços, não mais se concentrando em um único órgão, no caso, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). Tais centros, a partir do que é preconizado pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a par dos princípios e das diretrizes do SUS (BRASIL, 2002, 2005, 2009b), têm a responsabilidade de inserir a ST na Atenção Básica, considerando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), e também na média e na alta complexidade. Com isso, visa desenvolver ações que vão além da assistência e que garantam a prevenção, a promoção, a vigilância e um sistema de informação capaz de oferecer dados acerca das condições de trabalho e saúde a fim de nortear ações mais efetivas na prevenção dos males à saúde (MAENO; CARMO, 2005; DIAS; HOEFEL, 2005; LACAZ, 2010; MINAYO-GOMEZ, 2011; SANTOS; LACAZ, 2011).

A estruturação das ações de saúde do trabalhador no SUS está ancorada diretamente nas mudanças conceituais que se deram a partir da formulação do campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador (ST). Diferentemente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a ST considera o trabalhador como sujeito de saber e, portanto, ele deve participar do desenvolvimento das ações, sobretudo por meio dos Conselhos Gestores e das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST (LACAZ, 1996, 2007).

Do início do século XXI até os dias atuais, o campo da ST vem buscando ampliar espaço no interior do SUS. Tal estratégia tem provocado o aumento contínuo das ações, habilitando Cerests em todos os Estados brasileiros, sendo que só no Estado de São Paulo concentram-se 45 centros de referência de abrangência regional dentro da já citada estratégia da Renast (LACAZ, 2010).

Lacaz (2010) explicita que a ST no SUS vem sendo desenvolvida por meio dos Cerests regionais e implementada por meio de, pelo menos, duas vertentes: rede sentinela e vigilância em saúde. A rede sentinela condiz com a preparação e a capacidade técnico-ope-

rativa dos serviços de saúde em diagnosticar, prevenir, tratar e notificar os agravos à saúde dos trabalhadores. Sublinha a importância da preparação técnica dos trabalhadores da saúde para reconhecer a centralidade do trabalho no processo saúde-doença e, ainda, aponta para a necessidade de alimentar o sistema de informação, o que, em tese, possibilita a criação de um observatório regional cujos holofotes podem iluminar o planejamento de ações sistemáticas para a interrupção destes problemas.

A Vigilância em ST (Visat) deve estar integrada ao conceito de vigilância em saúde, considerando a necessidade de articulação das vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e dela própria (LACAZ, 2010).

Um grande desafio para a implantação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador é a integração entre os vários Ministérios – Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego –, pois, como aponta Lacaz (2010), ainda persiste uma verdadeira salada institucional, com atribuições e normatizações específicas de cada um e uma fragmentação de atribuições, apesar da implementação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador sancionada pela Presidência da República (BRASIL, 2011b).

Minayo-Gomez (2011), ao discutir o campo ST, chama a atenção para alguns avanços, mas também para limites do campo. Pelo lado da produção do conhecimento científico, destaca a pluralidade de pesquisas que vêm sendo feitas com enfoque na relação trabalho e saúde, envolvendo várias áreas do conhecimento e instituições de ensino-pesquisa. Todavia, segundo sua análise, muitos desses estudos ainda carecem de maior aprofundamento conceitual e metodológico, além de permanecerem distantes da rede de serviços e políticas sociais (MINAYO-GOMEZ, 2011).

No âmbito do SUS, apesar do estabelecimento das diretrizes da Política Nacional, de suas atribuições e definições regulatórias, ainda não foi possível construir um panorama da situação da saúde dos trabalhadores no Brasil, considerando as dificuldades de um amplo diagnóstico. Outros problemas, segundo Minayo-Gomez (2011), como a ausência de ações integradas e intersetoriais, de avaliações das ações, o distanciamento das universidades e dos programas de pós-graduação da rede de saúde, a histórica dicotomia entre os ministérios da Saúde, Previdência e Trabalho, entre outros, impõem sérios limites às ações de ST no SUS. O autor chama atenção também para a necessária articulação e integração da questão ambiental com a ST.

Vasconcelos e Machado (2011) enfatizam o não reconhecimento do papel do SUS no que tange às ações em ST no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e, dentre outros, nos projetos “desenvolvimentistas” financiados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES).

Considerando o contexto acima traçado, este texto objetiva trazer subsídios para o debate que gira em torno da implantação das ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, com enfoque para o setor agroindustrial canavieiro, a partir da experiência regional de Franca, SP. A tarefa é pensar como os profissionais que estão na ponta dos serviços de saúde veem a ST e quais as principais ações e desafios a desenvolver e enfrentar, sobretudo frente ao avanço do setor agroindustrial canavieiro.

## Método

A região contemplada pelo Cerest, regional Franca, a partir do princípio de regionalização e hierarquização, é constituída por vinte e dois municípios, em termos da administração da saúde, subdivididos em três microrregiões: Alta Anhanguera (composta de seis municípios: Ipuã, Morro Agudo, Orândia, Nuporanga, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra); Anhanguera (com sete municípios: Aramina, Buritizal, Guará, Ituverava, Igarapava, Jeriquara, Migué-lópolis); e Três Colinas (composta de nove: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista). Os vinte e dois municípios somam cerca de 700 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Para discutir os desafios do SUS frente à saúde dos trabalhadores do setor agroindustrial canavieiro, foram realizadas entrevistas coletivas, na forma de oficinas, com os trabalhadores dos vários serviços de saúde da região e entrevistas individuais com representantes das usinas, dos sindicatos e trabalhadores deste setor. Também foram realizadas visitas aos serviços de saúde dos municípios da região e levantadas as notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores, especificamente do setor agroindustrial canavieiro, considerando o período de 2005 a 2010.

Para a especificidade deste texto, foram selecionados apenas os depoimentos referentes às oficinas com profissionais da saúde da região de Franca, compreendendo os Interlocutores em Saúde do Trabalhador (IST), os quais são responsáveis pela implantação das ações de saúde do trabalhador no seu município, e os fiscais sanitários.

A coleta de dados por meio de oficinas, conforme discutido por Ribeiro (2005), cria um ambiente propício para a discussão da situação-problema pelos participantes, porque prevê mais de um encontro, ou seja, há uma continuidade da discussão, e também pelo fato de os sujeitos terem em comum o mesmo objeto de trabalho, neste caso, são trabalhadores da saúde responsáveis pela ST no seu município, o que contribui para o debate e a busca de enfrentamento dos problemas identificados.

Ao todo foram realizadas quatro oficinas no segundo semestre de 2011<sup>3</sup>. Todas foram gravadas, filmadas e o conteúdo dos depoimentos foi transcrito. A representação de cada município, nas oficinas, contou com mais de uma pessoa, com média de trinta participantes em cada encontro. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado com antecedência aos municípios.

Como um dos municípios não autorizou a divulgação do respectivo nome, apesar de ter autorizado a participação do seu funcionário, trabalhador da saúde, nas oficinas, definiu-se que a denominação das falas dos fiscais sanitários e dos ISTs utilizadas neste texto deveria ser identificada apenas por trabalhador da saúde seguido da região a que pertence, Alta Anhanguera, Três Colinas ou Anhanguera. Optou-se por fazer a denominação sempre no masculino por acreditar-se que a referência é o ser humano – ser social.

## Resultados e discussão

### a) Agravos à saúde dos trabalhadores: reconhecendo o problema como problema

Em estudo anterior, buscou-se documentar e discutir as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Cerest, regional-Franca, implantado em 2004 (LOURENÇO, 2009). A partir desse estudo, pode-se afirmar que o Cerest vem desenvolvendo ações em ST com representantes da Direção Regional de Saúde (DRS) VIII, do Grupo de Vigilância em Saúde (GVS) e dos 22 municípios que compõem a região. Estas ações abrangem desde encontros e fóruns de discussão acerca da política de ST até ações concretas de investigação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, implantação dos Relatórios de Atendimento aos Acidentes de Trabalho (RAAT) e da notificação

<sup>3</sup> As oficinas ocorreram nos dias um e dois de setembro, seis de outubro e oito de novembro de 2011. As duas primeiras oficinas ocorreram no salão de reuniões da Direção Regional de Saúde (DRS VIII) e as demais na Unesp-Franca. Ao final deste estudo, será realizada a quinta (última) oficina com os trabalhadores da saúde com o objetivo de socializar os dados. A realização das oficinas contou com a participação e o apoio das professoras Raquel Santos Sant'Ana e Onilda Alves do Carmo (Unesp-Franca), do Cerest regional Franca, da DRS VIII, do Grupo de Vigilância em Saúde (GVS) regional de Franca. Destaca-se também o apoio do Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (CVS/SES-SP), especificamente a área de Saúde do Trabalhador que acolheu esta proposta e inclusive participou de uma das oficinas.

compulsória dos agravos graves, fatais e que envolvam crianças e adolescentes, como proposto pelo Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-NET (BRASIL, 2004; 2011a).

A respeito da notificação, como será discutido adiante, é importante enfatizar que, em geral, ela depende dos profissionais da saúde, inclusive dos médicos, a quem cabe reconhecer o problema como relacionado ao trabalho e notificá-lo. Assim, tanto o RAAT, que é um instrumento epidemiológico para o registro de qualquer agravo à saúde dos trabalhadores (independentemente do seu vínculo empregatício), quanto o Sinan-NET, que é uma exigência legal para a notificação de onze agravos (BRASIL, 2004; 2011a), dependem da informação dos trabalhadores em geral, da ação dos profissionais da saúde para suscitar tal preenchimento, bem como de seu compromisso ético e político com a ST. Há de enfatizar também o papel dos gestores da saúde para que estas ações sejam efetivadas.

O Cerest, apesar de atuar regionalmente, não tem poder para interferir na gestão dos municípios. Dessa forma, a implantação do RAAT, nesta região, não foi acompanhada de nenhuma lei, mas apenas do trabalho “socioeducativo” dos técnicos do Cerest regional com os interlocutores em ST e também com os gestores em reuniões programadas junto à DRS local.

O Cerest, visando disseminar a política de ST nos 22 municípios de sua abrangência, necessita contar com o envolvimento de representantes destes municípios – os ISTs –, indicados pelos gestores municipais. Portanto, antes do Cerest ter contato com os ISTs dos vários municípios, é necessário realizar um trabalho com o gestor municipal para que ele defina um funcionário (o Interlocutor) para articular as ações de ST no seu município, o que demanda vários contatos e participação nas reuniões do Colegiado de Gestão Regional<sup>4</sup> para obter o compromisso do gestor com a defesa da ST. Ocorre que os gestores da saúde nem sempre se mantêm no cargo, uma vez que, durante um único mandato de governo municipal, podem passar dois ou mais gestores da saúde e essas mudanças não se fazem sem afetar a continuidade das ações, sendo comum mudarem também os responsáveis pelas várias políticas. Outras vezes, por não identificação do IST indicado com as ações em ST, acaba ocorrendo a mudança deste profissional. Assim, nos vários municípios, ocorre a descontinuidade das ações, como se observa na fala a seguir:

Oh, hoje, a gente quase não desenvolve. Lá no começo, quando saiu a história da Saúde do Trabalhador, que teve aqueles cursos, aí lá bem no começo,

alguém aqui foi fazer algumas visitas... acompanhar o corte de cana; hoje, a nossa cidade, assim, basicamente não está fazendo... (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

A partir das oficinas, verifica-se que, se em um determinado momento a realização de cursos e reuniões favoreceu o início das ações em ST, a não continuidade dessas atividades (de capacitação e de acompanhamento da implantação da ST na região) – que é papel precípua do Cerest – cria um vácuo entre o que é proposto e o que vem sendo feito:

[...] esse processo de RAAT, Saúde do Trabalhador, faz pouco tempo... Antes, assim, a gente não tem conhecimento se tinha uma pessoa responsável por isso, eu acho que não tinha... nem o RAAT... (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

Observa-se que a construção de um sistema de informação que ofereça uma fotografia dinâmica da relação trabalho e saúde está dependente da estrutura dos serviços de saúde no que tange à sua capacidade de diagnosticar, tratar, prevenir e notificar os agravos à saúde dos trabalhadores. Tal capacidade também está dependente da formação dos técnicos, portanto, as normatizações técnicas da ST no SUS devem ser articuladas ao processo de educação permanente dos trabalhadores da rede para rever a atenção tradicional baseada no modelo médico-assistencial e, sobretudo, reconhecer a determinação social do trabalho nos processos saúde-doença.

Ademais, o mecanismo de formação deve estar articulado à Política de Educação Permanente do trabalhador do SUS. Isto pode favorecer o reconhecimento do “problema como problema”, como foi enfatizado durante as oficinas: “Antes a gente nem pensava nessa coisa de Saúde do Trabalhador” (Trabalhador da Saúde, Anhanguera) e favorecer a autonomia do profissional, que, ao reconhecer o “problema como problema”, poderá buscar a interlocução com os diversos setores, a articulação com os demais profissionais e servidores do SUS, bem como a efetivação das ações de ST. No entanto, este técnico não pode ser visto como o “messias” que resolverá todos os problemas relacionados à efetivação das ações de ST. Na realidade, ele é apenas o interlocutor, ou seja, o responsável em fazer a comunicação com o gestor municipal e os demais responsáveis pelos serviços de saúde do seu município com a intenção de colocar em prática tais ações. Assim, o interlocutor não estará isento dos revezes da organização do trabalho na administração pública e das questões políticas e econômicas a ela relacionadas.

<sup>4</sup> “Para qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperativa entre os gestores, em cada Região de Saúde é constituído um Colegiado de Gestão Regional (CGR), com a participação de todos os municípios da região e da representação do estado. A constituição do CGR é uma etapa da regionalização que, para o pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, a regulação, a programação e a ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes” (BRASIL, 2009a).

Durante as oficinas e também a partir das visitas aos serviços de saúde desta região, em contato específico com o IST ou fiscal sanitário, observou-se que a mudança de interlocutor, quando ocorre, não é de modo programado, sendo comum a interrupção das ações por tempo indeterminado até que outro representante assumira seu papel. Este, por sua vez, nem sempre garante continuidade do que vinha sendo desenvolvido, pois, em alguns municípios que tiveram troca do interlocutor, não se localizou os RAATs referentes ao período de ação do IST que havia saído. Eles simplesmente desapareceram ou reduziram abruptamente.

[...] a interlocutora da saúde anterior era enfermeira padrão chefe, né, do posto de saúde. Então ela tava diretamente ligada com as enfermeiras que preenchem as RAATs, então assim, ela cobrava essa função. E hoje, como ela já não está mais participando do Cerest... não tá tendo cobrança pras enfermeiras que preenche e aí acabou ficando assim, mas a gente percebe que quando ela era interlocutora tinha muitas RAATs, muitas, e agora quando você foi lá, deu pra perceber isso, tem três ou quatro no ano... (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Uma limitação importante é que, na realidade, a dimensão ampla de ST fica dependente de ações de um profissional que, por algum motivo, foi indicado pelo gestor da saúde do município para participar das reuniões e demais atividades promovidas pelo Cerest, pela DRS ou pelo GVS, como se pode observar no depoimento que se segue:

[...] nós tamo sempre reunindo com o pessoal, conversando, debatendo, então, essa parte assim, nós tamo bem esclarecidos com relação ao Cerest. Mas a gente sai daqui frustrado pela questão de não poder fazer nada do que a gente recebe aqui; então nós sabemos o que é preciso, o que tem que fazer, mas, aí chega lá no município, já fica mais complicado de tá desempenhando um papel (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Observa-se que o técnico, aqui denominado Interlocutor em ST, deve receber as orientações passadas pelos órgãos citados e tentar implantá-las em seu município. Daí decorre uma primeira e grande dificuldade que é a falta de poder e autonomia desse técnico para incluir as ações na agenda do seu município ou no Plano Municipal de Saúde, como mencionado pelo interlocutor: “[...] aí chega lá no município, já fica mais complicado de tá desempenhando um papel” (Trabalhador da Saúde, Anhanguera).

Essa é uma questão que diz respeito ao reconhecimento da ST como um campo a ser abarcado pela política pública de saúde. Um segundo problema, e que muitas vezes se relaciona a esse, é que, quando o IST começa a ter uma preparação técnica e, portanto, sente-se mais seguro para discutir no âmbito local as

ações de ST, acaba sendo substituído. Assim, o Cerest, a DRS e o GVS estão sempre recomeçando o processo de formação em ST, que deveria ser continuado, mas que recomeça do zero sempre que há substituição do técnico: “[...] eu venho aqui de paraquedas. Porque chega pra nós assim..., que, veja, faz pouco tempo que eu entrei nessa área de Saúde do Trabalhador” (Trabalhador da Saúde, Três Colinas).

Eu acho que uma das dificuldades que a gente tem [...] é a falta de recurso humano que o município enfrenta, todos os municípios menores enfrentam isso [...] na verdade, Programa Saúde do Trabalhador, você não tem nem quem colocar. Então, fulano, você vai lá, aí você vai, mas e aí? Ele não tem disponibilidade pra tá desenvolvendo nenhum programa, nenhuma ação[...] (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Com isso, o cenário que se forma é o da heterogeneidade, da fragmentação e da descontinuidade das ações.

As ações de ST estão dependentes também da orientação da gestão. Se o gestor municipal não as vê como um foco importante da sua administração, acaba não designando um técnico para atuar no campo. Em consequência, se o município não designa uma pessoa ou constitui um setor específico para coordenar e efetivar tais ações, acaba favorecendo suas frequentes rupturas e a descontinuidade, como já indicado. Assim, é comum ouvir que antes se fazia determinadas atividades, mas houve interrupção, porque mudou o responsável pela ST no município ou mesmo as orientações dadas pelo Cerest.

Os depoimentos indicam a ausência de recursos humanos (e financeiros) e falta de vontade política em definir um técnico responsável para desenvolver as ações de ST. Neste sentido, destaca-se que a Renast prevê o repasse de verba para as ações de ST, o que vem sendo indicado como um facilitador para o reconhecimento deste campo de práticas e conhecimentos nas agendas municipais (SANTOS; LACAZ, 2011). Contudo, o fato da verba ser direcionada para os Cerests, que são regionais e geridos por determinado município, dificulta a ação no que se refere à alocação dos recursos regionalmente (LOURENÇO, 2009).

Lacaz (2010) indica que a regionalização dos Cerests significa a abrangência de uma população de mais de 500 mil habitantes. Na região em foco, o contingente populacional atinge cerca de 700 mil habitantes. Tal realidade acaba por impedir uma ação regionalmente eficaz, inclusive porque não se trata apenas do tamanho da população, mas também da diversidade dos problemas, que podem variar daqueles de uma realidade rural para outra eminentemente urbana.

Acredita-se que, quando o gestor conhece e defende o SUS, há uma possibilidade maior de realizar as ações de prevenção e promoção da saúde, mas quando ele tem um perfil meramente político, as ações tendem a sofrer rupturas com mais frequência. O perfil do técnico que assume as ações em ST também deve ser considerado. Se este tem interesse, acaba participando mais das reuniões e também incentivando a implantação das diretrizes de ST no seu município. Por outro lado, se não tem interesse e, por algum motivo, foi designado apenas para representar o município, acaba absorvendo o conteúdo sem a preocupação de transmiti-lo aos demais trabalhadores da saúde do seu município e, como nem sempre há cobranças, continua participando dos cursos e demais atividades sem buscar meios de implementar as ações em sua cidade.

### **b) A importância da notificação dos agravos em saúde dos trabalhadores e sua inconstância**

A inconstância das ações de ST no SUS reflete na notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores e, num efeito dominó, a ausência desses dados favorece à descontinuidade das ações. Na região de Franca, constata-se, por meio das oficinas e também do levantamento estatístico das notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores, considerando especificamente o setor agroindustrial canavieiro no período de 2005-2010, que os registros dos agravos apresentaram uma oscilação muito grande. Assim, há ano que determinado município se destaca pela quantidade de agravos notificados, mas, no ano seguinte, apresenta uma queda considerável. A inconstância da notificação pode estar relacionada, entre outros fatores, ao papel desempenhado pelo responsável pela ST, ou seja, se esse profissional tem autonomia para implantar as ações e se realiza acompanhamento e cobrança nos serviços de saúde para que haja a notificação dos agravos, é possível que esses registros se mantenham. Todavia, na falta desse profissional, as notificações diminuem ou desaparecem:

[...] nós temos com muitas dificuldades no preenchimento das RAAT, é, [...], faz quatro meses que não tem uma RAAT preenchida lá, e por mais que a gente converse, com o pessoal, com os responsáveis, ninguém faz nada [...] Então a gente fica um pouco de mãos atadas... (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

[...] é igual em qualquer cidade, o atendimento rápido, atender em vários lugares ao mesmo tempo, até porque tem poucos médicos no município.... eles não perdem muito tempo de fazer o nexa da doença com o trabalho. Então, hoje em dia, a gente vê muito isso mesmo, não notifica. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

[...] Chega um problema e a médica quer fazer o RAAT, mas pede algum exame, por exemplo, raio-x pro paciente, mas o paciente não volta, então ela não dá continuidade naquela RAAT, entendeu? (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

Além das mudanças na gestão da saúde destes municípios, que se relaciona à troca do profissional que desempenha o papel de IST e à autonomia que tem para desenvolver as ações de ST, verifica-se também a coexistência de outras questões que dificultam os registros dos agravos. Os depoimentos indicam a falta de autoridade do interlocutor ou a ausência de esforços nos municípios para exigir que os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho sejam notificados, o que se associa também com a brevidade do atendimento médico e as dificuldades para a conclusão dos RAAT, quando se necessita de algum exame para caracterizar o diagnóstico, por exemplo. São questões diretamente ligadas com a organização e a gestão dos serviços de saúde.

Além da falta de um direcionamento normativo dos municípios quanto à necessidade de se notificar os problemas de saúde relacionados ao trabalho, ainda subexistem as indefinições de responsabilidades pela notificação, como pode ser observado a seguir:

[...] realmente meu índice é baixo... quando acontece um acidente, como aconteceu um acidente de trajeto entre Sales Oliveira e Pontal. Ele se acidentou no perímetro de Sales Oliveira e não foi notificado nada em Sales, foi tudo pra Pontal. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

A Lei estadual nº 9.505 (SÃO PAULO [ESTADO], 1997) estabelece a obrigatoriedade da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a qual é um documento criado pela Previdência Social que obriga a empresa a comunicar ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) todo acidente ou doença relacionados ao trabalho (BRASIL, 1991). A CAT é um documento oficial que permite o levantamento estatístico dos agravos ocorridos no país, além de assegurar algumas garantias ao trabalhador, como, por exemplo, a estabilidade de um ano no emprego após o afastamento médico em consequência de acidente ou doença relacionados ao trabalho. Porém, é um documento que oferece cobertura apenas aos trabalhadores formais e, ainda assim, exclui os autônomos e as domésticas (LOURENÇO, 2011). Na busca de diminuir a subnotificação, sobretudo das doenças relacionadas ao trabalho, a Previdência Social criou o Nexa Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que explicitou um alto índice de doenças que, antes do NTEP, não estavam sendo notificadas, tais como: sofrimento mental relacionado ao trabalho e as lesões por esforço repetitivo (LER) (MACHADO; SORRATTO, CODD, 2010).

O SUS, como já destacado, vem criando instrumentos epidemiológicos, como o RAAT e o Sinan-NET, para o registro dos agravos independentemente do tipo de contrato de trabalho. Trata-se de seguir o princípio da universalidade.

Porém, muitas dificuldades ainda se colocam no meio do caminho da notificação de tais agravos. Coaduna com os fatores já indicados, a dificuldade do registro devido à localização da empresa, ou seja, pode ocorrer confusão quanto a quem cabe a responsabilidade do registro, como afirmado durante as oficinas:

[...] só que a empresa não era de Pontal, não era de Sales Oliveira, os trabalhadores também não eram de Sales Oliveira e o problema não foi pra mim... a notificação não foi feita... (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Mesmo quando existe a clareza quanto à responsabilidade da notificação, o fato da região ser constituída de municípios pequenos, que nem sempre contam com estrutura adequada para o atendimento da demanda, contribui para que os casos mais graves acabem sendo encaminhados para outros municípios.

[...] tem as RAAT de acidentes pequenos, que a gente tem esse atendimento feito no município, agora o problema que a gente acaba enfrentando é que a usina tá entre o município de Patrocínio e Batatais, então, provavelmente, tem atendimentos feitos em Batatais e isso não chega até nós... (Trabalhador, Três Colinas)

Quando o trabalhador vítima de algum agravo à sua saúde é encaminhado para atendimento médico em outro município, pode acontecer de o agravo não ser notificado ou ser notificado e não haver troca de informações entre o município que presta o atendimento e o local de residência ou de trabalho da pessoa atendida. Portanto, quando se trata de situações mais graves, segundo os participantes das oficinas:

[...] às vezes, pelo fato das cidades maiores ter um atendimento mais eficiente, é direcionado pra Orlandia ou São Joaquim da Barra, na minha situação... É, tem mês que a gente nem tem acidente que é a mesma situação da cidade de Nuporanga, certo, que tem uma grande empresa e tem vários acidentes, mas não tem tanta notificação. É isso que ocorre lá. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Acompanha as dificuldades de notificação no SUS, o fato de, muitas vezes, a CAT também não chegar até os serviços de saúde do município de origem do trabalhador acidentado, sobretudo quando se trata de trabalhador migrante.

Frise-se que os encaminhamentos a outros municípios são legítimos e seguem a diretriz da regionalização. Contudo, a ausência de normas intermunicipais e de troca de informações gera um mascaramento da realidade. Além disso, ainda persiste o medo que o trabalhador tem de que o preenchimento de algum documento crie dificuldades para o seu empregador, como expressado a seguir:

[...] tem patrão que não quer que funcionário preencha o RAAT, mesmo a gente falando que é mais pra um dado estatístico ele não quer, e acaba não preenchendo, não dá dado nenhum, pra não correr o risco de perder o emprego, né? Mas o que, que a gente vai fazer? (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

Outras dificuldades relacionam-se às estratégias criadas pelas empresas, sobretudo as maiores, para que os agravos não sejam notificados, como indicado:

[...] São Joaquim da Barra é um colegiado... tudo chega lá, vem de Ipuã, Nuporanga, às vezes vem de Sales, depende do agravo que houve, né? Então tudo cai ali no Hospital de São Joaquim da Barra...? (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

O município de São Joaquim é destacado pela lógica da Renast para ser Sentinela, ou seja, pelo seu porte e condições de infraestrutura, deve oferecer atendimentos de ST aos seus municípios/trabalhadores e das cidades menores, localizadas nas proximidades. Dessa forma, é de se supor que nele haveria uma concentração das notificações dos agravos. Contudo, as ocorrências, sobretudo as mais graves, acabam não sendo atendidas pelo hospital (Sentinela), como explica o entrevistado:

[...] Vamos supor, corte de tendões, isso acontece? Acontece, mas a Usina encaminha pra São Joaquim? Nada, nada. Ela envia tudo pra Ribeirão Preto, numa clínica especializada só pra resolver esse corte de tendão, não aparece mais... não é notificado... (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Ressalte-se que, entre o que é normatizado tanto em âmbito estadual, quanto federal e a sua aplicação prática no âmbito municipal, existe um hiato de tempo considerável, marcado pelas condições do município quanto à sua arrecadação, ao número de funcionários, à infraestrutura dos serviços, à preparação técnica dos trabalhadores da saúde (e do gestor também), o que deve ser levado em conta na programação das ações do Plano Municipal de Saúde. Além disso, ainda há o jogo de forças e interesses, o que contribui para a não efetivação das ações de ST. Não se trata de colocar toda a responsabilidade pelos registros dos agravos à saúde dos trabalhadores no IST ou no trabalhador da saúde, mas de reconhecer que a construção de um sistema de informação é o primeiro passo para efetivar e consolidar ações mais amplas, no sentido de criar um perfil epidemiológico da morbimortalidade dos trabalhadores que favoreça o conhecimento das situações agressoras à saúde para que assim possam ser transformadas. E isso é uma tarefa da política pública de saúde, para a qual o trabalhador pode contribuir, mas não é o único agente. Tais ações devem ser conectadas ao controle social (LACAZ, 2010).

### **c) Educação permanente em ST: uma marcante necessidade**

Como já foi dito, o Cerest, a DRS e o GVS da região de Franca têm promovido encontros, seminários, reuniões para discutir a inclusão das ações em ST no cotidiano dos serviços de saúde, bem como a notificação dos agravos. Mais recentemente houve uma aproximação e envolvimento da vigilância

epidemiológica por meio da implantação e alimentação do Sistema Nacional de Notificação, Sinan-NET (BRASIL, 2004).

Especificamente no caso das ações de vigilância, tem ocorrido um protagonismo do CVS/GVS na realização de cursos de capacitação para inspeções nos ambientes de trabalho, o que envolve análise da qualidade da água consumida pelos cortadores de cana e trabalhadores rurais e visitas às suas moradias.

Assim, pode-se dizer que a pactuação entre os gestores do Colegiado Regional tem estimulado a inserção daquelas ações na rotina dos serviços de saúde, mas elas ainda estão num estágio muito incipiente e heterogêneo. Contribui para a heterogeneidade das ações, a formação profissional dos ISTs e dos fiscais, bastante diferenciada. Em alguns municípios, o fiscal sanitário e o IST têm cursos de nível superior, em outros, cursos técnicos. Visando sanar tal lacuna, durante as oficinas foi enfatizado que o Cerest regional Franca está realizando um curso de especialização em ST, mas que privilegia os candidatos que têm curso de nível superior. Diante disso, vários profissionais (interlocutores e fiscais) reclamaram durante as oficinas, enfatizando que eles são os que estão tentando implantar a política de ST, mas foram preteridos no curso e, assim, quem foi contemplado é outro profissional que tem curso superior, mas que não tem nenhuma familiaridade com a ST e com o que vem sendo feito no município. Dessa maneira, tal importante iniciativa certamente não conseguirá resolver a lacuna na formação em ST por parte dos interlocutores e fiscais.

Frise-se que o despreparo técnico e a falta de tradição dos serviços de saúde nas ações de prevenção e de Visat favorecem uma falsa imagem da realidade, ainda mais quando se trata de problemas que têm pouca visibilidade, como é o caso das doenças relacionadas ao trabalho. Ainda existem muitas dificuldades para o trabalhador conseguir diagnosticar e tratar o seu problema de saúde como oriundo do processo de trabalho, o que acaba também refletindo nos dados relativos aos agravos à saúde dos trabalhadores em âmbito nacional (LOURENÇO, 2009, 2011).

#### **d) Vigilância em ST e o papel dos vários atores**

A partir das oficinas, pode-se afirmar que a ST, nesta região, ainda convive com uma falta de interação maior entre interlocutor em ST e fiscal sanitário.

Nas visitas aos municípios e também durante as oficinas, observou-se que, em alguns deles, existe apenas um profissional responsável pela ST, o que gera uma sobrecarga de trabalho e inviabiliza a construção de ações mais amplas e articuladas.

[...] eu também faço parte da vigilância, [...] tenho que cumprir meu horário [...], então eu fico fechada na farmácia, não dá tempo de eu fazer mais nada [...] eu também sou da vigilância sanitária, eu consigo fazer o básico da vigilância, não consigo atender tudo que tem que atender, meio ambiente, trabalho [...] (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

No entanto, é importante registrar também que se verificou, a partir deste estudo, que começa a ser criada uma estrutura, sobretudo nos municípios maiores, para desenvolver ST, pois, nestes, pode-se dividir a responsabilidade das ações entre o IST e o fiscal sanitário, ou seja, o primeiro participa das reuniões promovidas pelo Cerest, DRS/GVS, e fica responsável em levar as propostas para o seu município e lá implantar as orientações recebidas, ao passo que o segundo é aquele que tem o poder de autoridade sanitária e pode fazer fiscalização nos ambientes de trabalho. Ocorre que os fiscais sanitários, historicamente, estão habituados a tratar mais das questões afeitas aos alimentos, produtos farmacêuticos, controle de vetores do que com as ações em ST, até porque esse campo de conhecimento e intervenção ainda se situa como algo novo no cotidiano desses profissionais.

Muitos municípios não contam com profissionais especializados ou capacitados em ST, em especial no que se refere à Visat, e o aprendizado se dá no dia a dia, mediado pela demanda imediata e, algumas vezes, por cobranças do Cerest ou da DRS/GVS.

A gente foi, ontem, nessa usina fazer a visita, no setor de saúde ocupacional, falamos com a enfermeira responsável. E aí a gente fez essas questões<sup>5</sup> pra ela... (Trabalhador da Saúde, Anhanguera).

Observe-se que a segunda oficina objetivava a apresentação de alguns dados por parte dos participantes, acerca da situação de trabalho e saúde no seu município. Assim, diante da dificuldade de se obter e registrar as informações por meios próprios, alguns IST recorreram às usinas canavieiras, especificamente ao seu setor de Saúde Ocupacional. Dessa forma, acabaram transmitindo o discurso da usina.

[...] Aí, o que ela falou pra gente, foi o seguinte: que nessa usina, eles visam muito à segurança do trabalhador, entendeu? E realmente, [...] a gente verifica que eles tão muito voltados e preocupados com a saúde dos trabalhadores. (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

<sup>5</sup> Esclarece-se que as questões mencionadas pela entrevistada se referem ao roteiro roteador da segunda oficina realizada com os trabalhadores da saúde desta região. Pois, seguindo a metodologia proposta pelo projeto de pesquisa indicado na Introdução deste texto, no segundo encontro os participantes deveriam apresentar as ações de ST que desenvolvem no seu município, com enfoque para o setor agroindustrial canavieiro. Portanto, os participantes receberam um roteiro, com algumas questões, para nortear a sua apresentação, ocorrida no início da segunda oficina.

Destaca-se que apesar de ter a usina sucroalcooleira no seu território de atuação, o IST afirmou que ainda não havia realizado nenhuma ação de inspeção na referida empresa e a visita mencionada ocorreu de modo cordial, com o objetivo de buscar elementos para a participação na oficina. Assim acabou conhecendo apenas aquilo que os técnicos da usina mostraram e do modo como mostraram. Sabe-se que não é interessante para a empresa indicar os reais problemas que agridem a saúde dos seus trabalhadores (LOURENÇO, 2009). É digna de nota a afirmação de que a usina tem uma preocupação muito grande com a saúde dos seus trabalhadores, o que seria expresso pelas campanhas de vacinação realizadas.

[...] a gente, às vezes, participa de algumas campanhas de vacinação [...] Ela orientou a gente, que assim, no setor canavieiro, eles fazem orientações diárias, né? Eles têm os alojamentos que são de muito boa qualidade, né? [...] então, a gente percebeu que eles levam a sério mesmo. (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

É preciso que os técnicos responsáveis pela ST nos municípios tenham uma preparação específica para atuar neste campo, pois, além das necessidades relativas ao conhecimento técnico para reconhecer os perigos e as condições e os processos de trabalho que podem agredir à saúde, ainda existem as dificuldades criadas para ocultar a realidade:

[...] a gente percebe também, aquela história, infelizmente, quando você chega numa empresa do porte de uma usina canavieira, é, queira ou não, eles te bota num canto esperando [...] esse esperar, pra gente, dá a sensação de que eles tá mascarando a coisa, né? Agora, a gente também tem que ter um olhar mais crítico pra não deixar escapar certas coisas, né? (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

Alguns municípios apresentaram ações em ST mais estruturadas:

E a gente foi fazendo visita, pra ver as condições de moradia [refere-se ao trabalhador rural migrante], fazendo algumas adaptações, melhoramos condições de moradia, mas uma condição mínima de conforto de segurança. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

[...] quando eu tenho um problema, acidente grave, ou acidente fatal, eu investigo tudo, mando pra ser notificado no Sinan e também os acidentes com menores [...] (Trabalhador da Saúde, Três Colinas)

Os ISTs buscam também pela CAT, mas essa acaba sendo preenchida apenas em situações mais graves: “A CAT é muito difícil, o que a gente recebe mesmo são os RAATs” (Trabalhador da Saúde, Anhanguera).

A falta de preparo e tradição em ST aparece relacionada à dissociação entre assistência e vigilância à saúde:

Nós somos as articuladoras. [Não tem nenhum fiscal da vigilância ajudando vocês?] Não. A gente trabalha com a saúde dos trabalhadores e a gente alimenta os

programas, as notificações que chegam [...] A gente não tá muito ligado a esses trabalhadores [...] (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Convivendo com esses problemas, aparece a falta de estrutura dos municípios, mesmo aqueles que já vêm, em certa medida, realizando ações em ST. Vê-se que ainda há a falta de investimentos na infraestrutura e em recursos humanos: “[...] pra que aconteça vigilância e trabalho no campo, os municípios precisam investir em viaturas e funcionários [...]” (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera).

Lacaz (2010), citando o estudo de Pignati, realizado no estado do Mato Grosso, enfatiza as diferenças de infraestrutura entre as vigilâncias fitossanitária e sanitária: a primeira é marcada pelo gigantismo dos recursos e, a segunda, pela precarização, o que remete à conclusão que a soja é mais valorizada que o trabalhador.

A região de Franca tem tido a cana-de-açúcar como a principal cultura agrícola e conta com seis usinas sucroalcooleiras. Trata-se de uma nova complexidade, uma vez que a expansão da cultura da cana de açúcar foi acompanhada também da expansão dos problemas sociais, como verificado em estudo anterior (SANT’ANA; CARMO; LOURENÇO, 2011).

Além da dificuldade de se reconhecer em que medida os processos de trabalho agredem a saúde dos trabalhadores, os fiscais sanitários ainda enfrentam problemas quanto aos limites da extensão territorial, na medida em que as atividades da usina estão presentes em vários municípios. Todavia, cada fiscal deve se limitar à sua área distrital. Assim, a usina pode não estar localizada no município onde os trabalhadores estão cortando cana ou desenvolvendo outro tipo de atividade no trato desta cultura, mas se cria uma situação inusitada para estes municípios: alguns vizinhos próximos, outros mais distantes, recebem, em um só dia, uma grande quantidade de trabalhadores:

[...] um exemplo, a usina Vale do Rosário, tem dez frentes de trabalho, ela não é do meu município, mas ela manda pra lá [...] não tem quem fiscalizar [...], se ela ficar hoje e amanhã, segunda feira, ela já foi embora [...] (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Como indicado, não se trata apenas da questão do acidente em si, porque, no caso dele ocorrer, o trabalhador é atendido no serviço de saúde mais próximo, embora crie uma dificuldade para a notificação. O maior problema é que o município acaba não conseguindo acompanhar este processo de trabalho, como diz o trabalhador da saúde do Alta Anhanguera:

[...] e se aconteceu alguma irregularidade em relação à água ou em relação ao trabalhador, eu não vou ficar sabendo, nem o município de onde ela é [referência à usina], entendeu? [...]

Quanto aos insumos e à infraestrutura, o SUS local, por meio da Vigilância Sanitária, tem buscado acompanhar a qualidade da água fornecida aos trabalhadores rurais, dos equipamentos de proteção individual (EPI), do local para refeição, dos banheiros, das moradias etc., como se constata no depoimento que se segue:

[...] e a gente tá fiscalizando se essa água tá sendo, de que forma tá sendo levada pra lá, de onde ela tá sendo recolhida, se tá sendo higienizado o tanque de depósito dessa água, enfim, tem um monte de coisa que mesmo que não tendo a indústria instalada no seu município, mas tem essas outras questões de moradia, transporte, água... (Trabalhador da Saúde Anhanguera)

Contudo, apesar de se verificar, por meio dos depoimentos, que alguns municípios desenvolvem ações de vigilância nos ambientes de trabalho, muitos limites são exaltados em decorrência da falta de condição dos técnicos acompanharem o trabalho no campo, sobretudo no corte da cana.

[...] durante as inspeções rotineiras nas usinas, nós verificamos que os trabalhadores recebem o EPI, entendeu? Então, se acontece um acidente no momento de trabalho dele, eu não tenho como ficar sabendo, eu não tenho como fiscalizar todas as frentes o tempo todo, o dia inteiro, porque eu tenho outras coisas pra fazer na vigilância sanitária; mas eu já fiscalizei a usina, eu já sei que ele tem os EPIs, eu já sei que os trabalhadores receberam. (Trabalhador da Saúde Alta Anhanguera)

Ao focar na particularidade da cana, é importante considerar que, na época de safra da colheita, os municípios nem sempre estão preparados para atuarem de modo mais incisivo nestas questões, pois, além da carência de preparação técnica do fiscal sanitário e do IST, chama-se a atenção para o fato de que, em geral, as ações de fiscalização em ST privilegiavam mais os aspectos relativos aos ambientes de trabalho e ao uso de EPI, desconsiderando fatores importantes da organização e das relações sociais de trabalho. A par disso existe a falta de tradição do SUS municipal nas ações de Visat. Ademais, no período da safra, há o aumento do trabalho rural, distribuído nas várias frentes de trabalho, como mencionado pelos participantes das oficinas. Portanto, é preciso considerar ainda que esse apresenta algumas peculiaridades em relação ao urbano, facilmente localizado em determinado espaço circunscrito.

No campo, os trabalhadores estão espalhados nas lavouras ou no eito dos canaviais e a identificação dos problemas relacionados ao trabalho necessita de um esforço grande que não se faz sem percorrer alguns quilômetros de terra, muitas vezes pelo canal adentro (SILVA, 1999).

Assim, em época de colheita, os municípios acabam recebendo um contingente de trabalhadores que ficam espalhados nas várias fazendas ou frentes

de trabalho, mas não na condição de moradores. São trabalhadores itinerantes, que residem na cidade em acomodações precárias, como foi apontado e discutido durante as oficinas, e trabalham em lugares distantes e “invisíveis” à vida social daquela cidade, a qual passa a ser para eles apenas o local onde o corpo cansado e exaurido pelo dia de trabalho recarrega, minimamente, as suas energias, ou suas cidades dormitório (SILVA, 1999):

É [...] os nossos cortadores de cana, eles trabalham em toda a região, temos uma transportadora lá, leva os cortadores de cana pra Pontal, Barretos, Sertãozinho. De Guará a Pontal dá uns 60 km, mas para Sertãozinho dá uns 90 km. (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Além do desgaste da saúde, do cansaço diário decorrentes do processo de trabalho, ainda há o percurso de casa-trabalho-casa. Soma-se a isso a precariedade das moradias dos trabalhadores rurais, sobretudo dos cortadores de cana, que estimulam ações de inspeção por parte da Vigilância Sanitária regional em resposta aos pedidos do Ministério Público do Trabalho:

[...] a gente tem já desenvolvido junto com o Procurador Federal do Trabalho de Campinas, fiscalização em moradias que o próprio Procurador mandou pra nós o endereço, com isso a gente viu uma melhora. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Todavia, a fiscalização nas moradias não é uma prática desenvolvida por todos os municípios. Na realidade, verificou-se durante as oficinas que este tipo de atuação, decorrente de solicitações por parte do Ministério Público do Trabalho, ocorre apenas em alguns municípios. Além de não se configurar como uma prática uniforme entre todas as vigilâncias, ainda existe o fato de o trabalhador rural residir em um determinado município e trabalhar em outro:

[...] o problema maior, eu acredito, não é tanto São Joaquim, e sim as cidades circunvizinhas [...] em Joaquim já fica difícil, hoje em dia, pra arrumar casa [...] como eles não arrumam casa, então vai pras cidades circunvizinhas de São Joaquim. (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Há também que se considerar que, além da especificidade do trabalho na agricultura, marcado pelo período de safra e entressafra, ainda há o processo de proletarização e de desemprego no campo proporcionado pela “modernização” da agricultura, a qual criou uma massa assalariada itinerante que fica submetida a uma maior mobilidade, ou seja, um dia trabalha em um lugar, noutro em outro e, assim, por diante. Essa é uma dificuldade premente: não ter um lugar fixo de trabalho. O trabalho volante, de boia-fria ou temporário, é o resultado do modelo de agricultura baseado na concentração de terras e na monocultura. Ianni (1977, p. 47) já havia indicado que:

Ele tem sido chamado boia-fria, pau-de-arara, volante, trabalhador temporário, diarista ou outras denominações. Ao lado do usineiro e do IAA [Instituto de Açúcar e Álcool], ele simboliza o caráter das relações de produção imperante na agroindústria açucareira de Sertãozinho.

O autor reconhece também a presença de muitos outros personagens, tais como:

[...] administrador, capataz, feitor, fiscal, engenheiro, químico, tratorista, motorista, empreiteiro de mão de obra, trabalhador permanente, trabalhador temporário, mecânico, foguista, eletricista, colono, mensalista, diarista, servente etc. (IANNI, 1977, p. 48)

No entanto, o autor enfatiza que o boia-fria é o trabalhador mais característico das relações de produção imperantes na agroindústria açucareira. Atualmente, esse trabalhador sofre os impactos do desemprego proporcionado pela mecanização do corte da cana-de-açúcar (SANT'ANA; CARMO; LOURENÇO, 2011).

O trabalho itinerante pode representar inúmeros problemas para a organização política dos trabalhadores, uma vez que, a cada semana, o trabalho é desenvolvido em um lugar com características diferentes (SILVA, 1999). Além disso, a distância entre o lugar onde mora e o local de trabalho também deve ser considerado, como referido:

Nós temos cortadores que vão pra Uberlândia, a usina [...] que é 200 km, [...] mas é o pessoal que vem de fora e eles devem ser contratados de qualquer jeito, assim [...] mora em Igarapava e vão [...] duas horas e meia de viagem, de transporte, tanto é que levantam 3 horas da manhã. (Trabalhador da Saúde, Anhanguera)

Esta instabilidade do trabalho, uma vez que não se tem um contingente fixo de trabalhadores rurais ou cortadores de cana por município, como foi referido, faz com que, em poucos dias, os trabalhadores já não estejam mais na mesma localidade. Isso favorece a falta de comprometimento dos governos municipais em efetivar ações mais amplas e incisivas neste setor, em um contexto de distanciamento do movimento de trabalhadores pela defesa da saúde e melhores condições de vida e trabalho (LACAZ, 2010).

A "itinerância" do trabalho cria certos distanciamentos, por exemplo, com a base sindical a que o trabalhador pertence (THOMAZ JUNIOR, 2002). São problemas que se repetem, cotidianamente, e provocam rupturas de vínculos, de pensamentos e de classe, reduzindo a luta política por melhores condições de trabalho à mera remuneração pelas horas gastas até se chegar ao trabalho ou retornar deste, como é o caso da hora *in itinere*, que, apesar de importante, não resolve o problema e pode provocar sentimentos de resignação.

Entre as inúmeras dificuldades que o fiscal sanitário enfrenta para realizar vigilância em ST, desta-

ca-se, ainda, a responsabilidade das ações que, no cotidiano, pode ficar confusa quanto a quem deve fiscalizar quando a empresa empregadora é de outro município:

Pelo fato de voltar naquela questão, quem fiscaliza quem, quando um tá no município do outro, não é somente na questão de notificação, é questão de fiscalização. [...] porque se a frente da Vale do Rosário que é de Morro Agudo tá em Sales [...], ela também não tem condição de sair lá de Morro Agudo pra fiscalizar a frente que tá lá em Sales Oliveira, entendeu? Falta viatura e falta gente [...] (Trabalhador da Saúde, Alta Anhanguera)

Ademais, frise-se a necessidade de preparação técnica, pois cada vigilância municipal deve agir no seu território, mas como o trabalho rural, em especial a colheita da cana, tem a especificidade da mobilidade dos trabalhadores e ocorre a sua onipresença nestes municípios, é preciso que os municípios próximos se organizem e realizem ações integradas, como foi reforçado durante as oficinas.

## Considerações finais

A coleta de dados por meio de oficinas favoreceu a participação dos sujeitos para além da simples elucidação dos problemas, criando um ambiente propício ao envolvimento dos participantes no debate e na busca de alternativas que ofereçam apontamentos para o possível enfrentamento dos problemas.

Em alguns municípios, ou faltam profissionais, ou não há vontade política para designar profissionais para as ações de ST. Assim, pode ocorrer de o município contar com apenas um técnico (interlocutor ou fiscal sanitário) para implantar, acompanhar e fazer Visat. Nesse íterim, é forçoso destacar que nenhum desses profissionais – IST ou fiscal sanitário – está afeito apenas às ações de ST. Na realidade, há um acúmulo de funções e a ST chega para eles como mais uma função ou mais uma tarefa.

Nos últimos anos, a ST no SUS contou com uma série de normas e portarias que garantem a sua configuração no contexto da política pública de saúde. Contudo, no dia a dia dos serviços de saúde, ainda sobressaem problemas simples, mas muito sérios, como a descontinuidade das ações, ora porque não se tem funcionários preparados tecnicamente, ora porque houve a sua substituição, outras vezes porque não se documentam as ações e, como não há uma definição clara nas agendas municipais da ST, também não há quem as cobre (LACAZ, 2010).

Enfim, salta aos olhos a não uniformidade da implantação das ações de ST. Em alguns municípios, são incipientes, em outros, já estão mais organizadas, como demonstram os depoimentos que destacam as

visitas às moradias dos trabalhadores rurais e a investigação de acidentes de trabalho graves, sobretudo os acidentes que envolvem crianças, adolescentes, amputações e mortes, como preconizado inicialmente pela Portaria nº 777, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), e atualmente pela Portaria nº 104, que define as terminologias e a notificação compulsória das doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2011a). Acompanha essa realidade a falta de preparação técnica para as ações em saúde do trabalhador e, ainda, o acúmulo de tarefas a que os ISTs e os fiscais sani-

tários estão submetidos. Assim, se falta preparação técnica para fazer ST e se, ao mesmo tempo, o interlocutor e/ou fiscal, no caso da região de Franca, são responsáveis por várias outras ações, é de se esperar que a prioridade de trabalho seja para aquilo que é mais familiar e faz parte da rotina. Como se viu no caso aqui relatado, mesmo em uma região importante tanto do ponto de vista industrial, como agrícola, em muitos municípios a ST ainda não faz parte da rotina dos seus serviços de saúde e das prioridades da gestão municipal de saúde!

## Contribuições de autoria

Os autores contribuíram igualmente para a realização deste trabalho.

## Referências

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011b. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 22 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. (Atualizada até Setembro – 2011). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 ago. 1991. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadal: orientações para organização e funcionamento*, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10). Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume10.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/pacto_saude_volume10.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 777/GM, 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 Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011a. 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. Disponível em: <[\[bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2011/prt0104\\\_25\\\_01\\\_2011.html\]\(http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2011/prt0104\_25\_01\_2011.html\)>. Acesso em: 9 jun. 2012.](http://</a></p></div><div data-bbox=)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM, de 07 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009b. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. In: BRASIL. *Legislação em saúde do trabalhador: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 114-129.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implantar 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.

IANNI, O. *A classe operária vai ao campo*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1977. (Caderno CEBRAP, n. 24).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 22 maio 2012.

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. 2, p. 757-766, 2007.

- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. A. S. et al. (Org.). *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. 435 f. Tese (Doutorado em Medicina)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000114922&fd=y>>. Acesso em: 21 jun. 2013.
- LOURENÇO, E. A. S. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: alguns nós críticos. *Revista Pegada*, Presidente Prudente, v. 12, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/927/940>>. Acesso em: 14 fev. 2011.
- \_\_\_\_\_. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca*. 426 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista. Franca: Unesp, 2009. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/edvania.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.
- MACHADO, J.; SORRATTO, L.; CODO, W. *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa*. O NTEP e a Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MAENO, M.; CARMO, J. C. *Saúde do trabalhador no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Livro 1, v. 1-2.
- MINAYO-GOMEZ, C. Campo saúde do trabalhador; trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 23-34.
- RIBEIRO, H. P. *O juiz sem a toga: um estudo da percepção dos juizes sobre trabalho, saúde e democracia no judiciário*. Florianópolis: Lagoa, 2005.
- SANT'ANA, R. S.; CARMO, O. A.; LOURENÇO, E. A. S. *Questão agrária e saúde do trabalhador: desafios para o século XXI*. São Paulo: Unesp-Cultura Acadêmica, 2011.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 87-105.
- SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 9.505, de 11 de março de 1997. Disciplina as ações e os serviços de saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0007/LeiEstadual\\_1997\\_9505.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0007/LeiEstadual_1997_9505.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2010.
- SILVA, M. A. M. *Errantes do fim do século*. São Paulo: Editora da Unesp, 1999.
- THOMAZ JUNIOR, A. *Por trás dos canaviais, os “nós” da cana: a relação capital x trabalho e o movimento sindical dos trabalhadores na agroindústria canavieira paulista*. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.
- VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 37-65.

## Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras

Paulo Gilvane Lopes Pena<sup>1</sup>

Vera Martins<sup>2</sup>

Rita Franco Rego<sup>3</sup>

*Approving a policy to promote self-employed workers' health: the case of the artisanal fishermen and shellfish pickers*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>2</sup> Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard dos Santos (Hupes), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

*Contato:*

Paulo Gilvane Lopes Pena

*E-mail:*

pena@ufba.br

Este trabalho foi parcialmente subvencionado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia. Outorga – TSC0012/2009 e PET 0059/2010, e pelo Programa de Educação Tutorial (SESU-MEC e PROEXT-MEC) – Sigproj nº 78740.394.95861.10042011

Todos os autores declaram que não possuem interesses pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro neste manuscrito e que todo o apoio financeiro e material para esta pesquisa e trabalho estão claramente identificados no manuscrito.

Recebido: 01/03/2012

Revisado: 01/04/2013

Aprovado: 04/04/2013

### Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil não tem garantido o direito universal à saúde do trabalhador das categorias não assalariadas que não dispõem de proteção empregatícia ou suporte institucional típicos do mercado formal de trabalho. O presente estudo teve o objetivo de analisar os riscos e os agravos relacionados ao trabalho de pescadores e marisqueiras artesanais para contribuir com a construção de uma política de saúde do trabalhador não assalariado. Trata-se de um estudo de caso com metodologia qualitativa e abordagens etnográfica, ergonômica e de vigilância em saúde. O estudo foi realizado em comunidades de pescadores artesanais e marisqueiras, durante o período de 2005 a 2010. Os resultados evidenciaram: sobrecarga ergonômica condicionada por exposição a riscos variados; precárias condições de vida; invisibilidade dos acidentes e das doenças do trabalho, como lesões por esforço repetitivo; inexistência de ações de prevenção e de assistência à saúde; e a importância dos saberes tradicionais na organização do trabalho na pesca artesanal. O SUS e a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador poderiam assegurar ações de vigilância em saúde do trabalhador, realização de exames médicos ocupacionais e melhoria do reconhecimento das doenças do trabalho, garantindo a inclusão do direito à saúde do trabalhador às categorias artesanais e não assalariadas.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador; pescador artesanal; marisqueiras; trabalhador autônomo.

### Abstract

*The Brazilian public health system (SUS) has not been able to assure self-employed workers their universal right for health. These workers have neither the employment protection, nor the institutional support that is typical in the formal labor market. The present study aimed at analyzing the risks and health problems related to the artisanal fishermen's and shellfish pickers' work in order to contribute for the development of a workers' health policy toward the self-employed. It is a case study which adopts a qualitative methodology with ethnographic, ergonomic and health surveillance approaches. The study was conducted in artisanal fishing communities between 2005 and 2010. The results showed ergonomic overload caused by exposure to different risks; precarious living conditions; invisibility of accidents and occupational diseases, such as repetitive strain injuries; lack of actions concerning prevention and health care, and the relevance of traditional knowledge within the artisanal fisheries' labor organization. The Brazilian public health system and the National Occupational Health Network should provide both occupational health surveillance actions and occupational medical exams. These organizations should also contribute to increase awareness of occupational diseases, ensuring artisanal fishermen's and self-employed workers' right for health.*

**Keywords:** worker's health; artisanal fisherman, shellfish pickers; self-employed worker.

## Introdução

Há várias definições para a atividade artesanal, mas pode-se tomar a que a define como resultante de toda atividade de produção predominantemente manufatureira, realizada com a finalidade de comercialização imediata em oficinas de equipamentos rudimentares (domésticos ou não), organizadas e executadas de forma individual ou com auxiliares que participam de todas ou quase todas as etapas da produção (BOUDON et al., 1993). Assim, o artesanato representa o ato de produção realizado essencialmente de forma manual ou por meio de equipamentos simples.

As atividades artesanais são as mais variadas, podendo ser de natureza folclórica, produção de alimentos, artísticas, produtos industriais, pesca artesanal, dentre outros (BOUDON et al., 1993). Para Sachs (1996), elas podem ser consideradas categorias especiais que possuem uma qualidade essencial diante da crise do desemprego: o autoemprego.

No Brasil, os trabalhadores artesanais constituem grande contingente e estão fora das políticas de proteção à saúde do trabalhador. Embora geralmente inscritos no mercado informal de trabalho, os artesãos podem compor modalidades de trabalho precário em diversas formas contratuais, portanto formais e terceirizadas pelas empresas (DRUCK, 2011). Dentre as categorias regulamentadas, encontra-se o trabalho na pesca artesanal. A significativa parcela de artesãos no país se expressa em número aproximado de 8,5 milhões e é responsável pela produção de riqueza que gira em torno de 2,8% do PIB (SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS, 2009)

Podem ser ressaltados três aspectos que justificam a necessidade de se considerar a importância do trabalho artesanal como objeto de ação de política específica em Saúde do Trabalhador. Primeiramente, as informações estatísticas do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005) indicam a persistência do trabalho artesanal em proporções significativas no país, o que demanda abordagens com particularidades inexistentes nas relações assalariadas. Em segundo lugar, na natureza do trabalho artesanal não existe um mercado específico de compra e venda da força de trabalho, encontrando-se o artesão fora das relações de emprego, por isso não se aplicando a proteção regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no que tange à saúde do trabalhador. Finalmente, no que se refere às medidas de prevenção de doenças e acidentes do trabalho, a alternativa para as categorias não assalariadas concentra-se na aplicação do Direito Universal por meio da redução das iniquidades, sendo esta a esperança de melhoria das condições de trabalho, pois não dispõem de recursos próprios para investirem na proteção e na prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

Portanto, essas categorias não estão protegidas contra riscos existentes no trabalho contratual com o empregador (embora isto não assegure a saúde do trabalhador) e não há políticas do SUS que garantam ações semelhantes às encontradas para o assalariado. O resultado se expressa nas seguintes dimensões: ausência de acesso à atenção à saúde do trabalhador no SUS, considerando que são raríssimas as experiências da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) junto a essas categorias; ausência de assistência médica supletiva, a qual, para grande parte dos assalariados, supre, em muitos casos, as deficiências de diagnóstico, tratamento, notificação e reabilitação de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive no que se refere ao reconhecimento junto à previdência e ao seguro acidente; desconhecimento das doenças do trabalho, mantendo essas como patologias invisíveis e negligenciadas, considerando que elas persistem dada a ausência de ações de prevenção, tratamento e reabilitação.

O presente estudo se concentrou na esfera da saúde do pescador artesanal, incluindo a extração de mariscos. Essa categoria se inclui no leque de trabalhadores autônomos, não assalariados, mas que possui o direito previdenciário, inclusive o seguro acidentário, pois está enquadrada como segurada em regime especial (HORVATH JÚNIOR, 2005). Essa situação coloca em cena outra instituição importante para a saúde do trabalhador: a Previdência Social. Esta, que apesar de dispor dessa categoria como sua beneficiária, até a presente data não desenvolveu ações de inclusão do direito securitário no que se refere ao seguro acidentário.

Na perspectiva de desenvolver aspectos essenciais para uma política de saúde do trabalhador artesanal, fez-se um estudo de caso em uma comunidade de pescadores artesanais e marisqueiras que trabalham não necessariamente no mercado informal, pois possuem regulamentações específicas e direitos assegurados, inclusive no âmbito securitário e acidentário, e que sobrevivem em precárias condições de vida. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de analisar os riscos e os agravos relacionados ao trabalho de pescadores e marisqueiras artesanais e considerar suas particularidades para contribuir com a construção de uma política de saúde do trabalhador não assalariado.

Sobre o número de trabalhadores envolvidos na pesca no mundo, Arnason (1998) cita dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que estima existir um contingente de 25 a 34 milhões de homens e mulheres, sendo que aproximadamente 75% dos pescadores são artesãos. Devido à grandeza desse setor, houve a proposição de elaborar a Convenção nº 188 e a recomendação nº 199, aprovadas na Conferência Anual da OIT de 2007 (CÓRDOVA,

2009), referendado pelo Brasil, que em 2008 publicou as Normas Regulamentadoras nº 30 (BRASIL, 2002) e 31 (BRASIL, 2005), porém limitadas à pesca industrial e comercial.

No Brasil, a pesca artesanal representa uma importante modalidade de trabalho. Dados oficiais de 2009 indicam existir 833.205 pescadores artesanais (BRASIL, 2009) com a maior parte concentrada nos estados do Nordeste, que representa 47% do total. Segundo a mesma fonte oficial, a Bahia possui um número expressivo de 105.455 pescadores registrados até então. Destes, um contingente significativo e majoritariamente feminino desenvolve atividades parciais ou exclusivas na pesca artesanal do marisco. Estas estatísticas não consideram fatos contidos na precariedade do trabalho, como o trabalho da criança e do adolescente, os quais não raramente iniciam atividades na extração do marisco a partir dos três ou quatro anos de idade.

O trabalho na pesca é milenar e remonta aos modos de produção de coletores e caçadores. Trata-se de um processo de trabalho pré-capitalista, que atravessou, na antiguidade, modos de produção agrícola, escravista, feudal e que persiste até a presente data em muitas regiões do globo (HOSBSBAWM, 2000), inclusive no Brasil, inserido parcialmente na economia capitalista. Não há grandes modificações na sua estrutura básica. Esse imenso contingente de trabalhadores mantém-se no modo extrativista de coleta de mariscos mobilizando saberes milenares transmitidos por gerações fora da estrutura educacional formal. Em países socialmente desenvolvidos (ARNASON, 1998) e em algumas regiões do Brasil, principalmente no litoral de Santa Catarina, o método extrativista tem sido substituído pelo cultivo, implicando assim em revolução no processo de trabalho semelhante ao ocorrido na passagem do extrativismo agrícola primitivo para a agricultura tradicional (BRASIL, 2009).

A construção de políticas demanda a compreensão de culturas específicas de profissões artesanais em contextos de vulnerabilidade social que exigem abordagens teóricas e práticas diferenciadas. A adequação do método da vigilância a tais condições representa um imperativo categórico na construção de políticas específicas. Segundo Machado (2011), a relação da saúde com o processo de trabalho constitui objeto genérico de todas as práticas em saúde do trabalhador, o qual contextualiza as situações de risco técnico. Com isso, a aplicação do método da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) nos ambientes, processos e condições de trabalho parte geralmente da identificação de fatores de riscos (BRASIL, 1998). Esta ação pressupõe a existência de processos de trabalhos assalariados típicos, formais ou informais, concebidos para relações de emprego que se situam entre os hemisférios contraditórios do patronato e dos trabalhadores

(MACHADO, 2005). Mais ainda, o próprio conceito de processo de trabalho elaborado inicialmente para interpretar o setor produtivo industrial foi aplicado em vários estudos no âmbito da saúde do trabalhador, em especial na fábrica taylorista-fordista, conforme Gomez e Lacaz (2005). No entanto, pesquisas sobre relações entre saúde e processo de trabalho artesanal, categorias tradicionais e não assalariadas ainda são escassas, conforme revisão bibliográfica realizada por Rios, Rego e Pena (2011).

Ademais, acidente ou doença do trabalho na atividade artesanal ganha contornos previdenciário e jurídico diferenciados. Com algumas exceções, o artesão, em geral, não tem direito ao seguro acidentário, pois a maior parte do trabalho artesanal ocorre no setor informal da economia. Não existe a possibilidade de uma instituição do Estado exigir, no trabalho artesanal, a observância pelo empregador da prevenção dos riscos de acidentes e doenças do trabalho por meio de Normas Regulamentadoras, pois geralmente não há empregador, ao contrário do que ocorre com o trabalhador assalariado.

A descrição do estudo de caso de uma comunidade de pescadores artesanais e marisqueiras exemplifica a importância do conhecimento do processo de trabalho artesanal e a adequação das políticas na esfera da saúde pública.

## **O método para o estudo de caso de pescadores artesanais e marisqueiras**

De natureza qualitativa social e antropológica ou etnográfica, este estudo foi realizado no período de 2005 a 2010, em cinco comunidades de pescadores com populações entre 800 a 2.500 habitantes, situadas na região da Baía de Todos os Santos, Bahia. As populações formadas essencialmente por famílias de pescadores artesanais e marisqueiras apresentaram seus testemunhos sobre condições de vida, trabalho e saúde.

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo centrado na compreensão dos significados (GEERTZ, 1989) do processo de trabalho, incluindo a análise ergonômica (GUÉRIN et al., 2001; PARAGUAY, 2005) e a higiene do trabalho, a partir de entrevistas com moradores e de observações das relações sociais, particularmente das condições de trabalho, riscos, doenças e acidentes mais frequentes nas atividades da pesca artesanal. Utilizaram-se instrumentos como entrevistas em profundidade, observação participante, registros de campo, fotos e filmagens de atividades de mariscagem na praia e no manguezal. Foram entrevistados trinta mulheres e cinco homens, todos trabalhadores extrativistas de mariscos no manguezal e nos

arenosos das praias, que colaboraram com a pesquisa de modo voluntário. As entrevistas foram realizadas com sujeitos que vivenciaram processos de trabalho artesanal desde a infância nas regiões estudadas, com aceitação por meio da assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (os nomes dos sujeitos citados nas narrativas não foram revelados para preservar as identidades). Os casos suspeitos de doenças do trabalho identificados nas atividades de campo, principalmente as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), foram encaminhados ao ambulatório especializado em doenças do trabalho do hospital universitário da cidade de Salvador, Bahia. Este estudo foi aprovado por um comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA em 2008, com CAAE: 0032.0.054.000-07.

Os sujeitos do estudo são considerados pescadores artesanais e marisqueiras, os quais desenvolvem atividades grafadas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)<sup>4</sup>. Neste estudo, houve uma concentração nas atividades de marisqueira ou mariscadeira, sem desconsiderar o processo de trabalho do pescador em geral. Foram destacadas as questões relativas à percepção dos riscos existentes no trabalho, as relações entre a ocorrência de dor e trabalho e as formas de atenção médica recebida nas comunidades pesqueiras.

A partir da série de entrevistas e dos registros de campo, produtos da observação participante, realizou-se a interpretação dos dados qualitativos com ênfase: na reconstrução dos processos de trabalho artesanal da extração de mariscos; na organização do trabalho real e prescrito por meio das tradições; na construção do perfil qualitativo de riscos; nas demandas de Visat e da atenção à saúde junto a essa categoria profissional para, finalmente, propor ações consideradas importantes para a construção de uma política de saúde do trabalhador não assalariado.

## Resultados

### Processo de trabalho artesanal na mariscagem

O trabalho não assalariado se constitui na primeira condição a ser considerada na análise. A relação de trabalho dos pescadores artesanais e marisqueiras indica a inexistência de contrato de trabalho assalariado no exercício das atividades, conforme indica Braverman (1980), para iniciar a análise do processo de trabalho. Portanto, não há

relação de emprego ou assalariamento, pois o trabalho é desenvolvido individualmente ou em grupos familiares. A unidade de produção familiar parece ser a forma mais adequada de caracterização das relações de trabalho (SCHNEIDER, 2003).

O trabalho familiar produtivo emerge como condição singular no processo de trabalho artesanal. No capitalismo, a família passou a ser predominantemente de consumo, dependendo a sua sobrevivência de recursos econômicos designados como salário (GORZ, 1998). Na pesca artesanal, assim como em todo trabalho artesanal, a economia está organizada na esfera familiar e constitui, desse modo, em unidade de produção. Nessa condição, deveria se organizar, conseqüentemente, a ação na proteção à saúde desses trabalhadores. Nesse sentido, aproximam-se a organização do processo de trabalho artesanal e o conceito territorial do SUS centrado na Estratégia de Saúde da Família – ESF (MACHADO, 2011). Este conceito trabalhado pelo SUS poderia agregar a noção de família como unidade produtiva com riscos para a saúde na esfera doméstica e que necessitam de conhecimento e reconhecimento pelos profissionais da saúde para o desencadeamento das devidas ações preventivas e protetoras.

Por exemplo, as marisqueiras cozinham os mariscos em suas casas utilizando fogão à lenha, o que pode causar danos respiratórios em todos os membros da família. Estes agravos podem ser objetos da ação de vigilância à saúde, incluindo a atenção à saúde dos membros da família por parte da equipe de Saúde da Família, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Quando um membro da família adoecer e não pode trabalhar, todos da unidade produtiva familiar sofrem as conseqüências da redução da produção do alimento.

Nas comunidades estudadas, a pesca artesanal é de natureza extrativista, ou seja, uma atividade econômica primária de caráter predominantemente individual, com baixa divisão técnica, em que o pescador é o proprietário dos seus instrumentos de trabalho e sobrevive da venda do produto do seu trabalho. O pescador artesanal e a marisqueira dispõem de um saber próprio de ofício consubstanciado em crenças, valores, mitos apreendidos por meio de uma herança cultural secular. Em geral, não têm o Ensino Fundamental completo e muitos são analfabetos, situação que se assemelha aos 36,36% de analfabetos e 63,4% com Ensino Fundamental incompleto descritos por Pacheco (2006) em outra comunidade de pescadores

<sup>3</sup> “Catador de caranguejos e siris - Caranguejeiro, Catador de caranguejos, Catador de crustáceos, Catador de siris, Sirizeiro, Trabalhador na captura de crustáceos, Trabalhador na pesca de crustáceo... Pescador de peixes e camarões com redes, Pescador de peixes e camarões em embarcações de pequeno porte, Pescador de tarrafa (peixes e camarões), Remador na pesca de peixes e camarões, Tarrafeador na pesca de peixes e camarões” (BRASIL, 2012).

artesanais na Bahia. Apesar de se caracterizar como trabalho artesanal, tradicional, de baixa escolaridade, esta modalidade vive em um contexto capitalista contemporâneo.

Resquícios de nomadismo extrativista ainda persistem no processo de trabalho da pesca artesanal. Para o pescador, não há propriedade do local de trabalho no mar e no manguezal. Isto significa que no espaço onde ocorre a mariscagem não existe um ou mais territórios de pesca delimitados, como nas propriedades privadas das pisciculturas e mariculturas.<sup>5</sup> Por decorrência, o processo de trabalho não se encontra fundado na noção de território e sim na de espaço público, delimitado naturalmente pelas condições de ocorrência do marisco. Isso dificulta a organização das ações de Visat, especialmente junto às Unidades de Saúde da Família, que são centradas na noção de território com método de delimitação próprio do SUS.

A organização coletiva dos artesãos se estabelece junto à colônia de pesca, numa espécie de corporação do ofício de pescadores em que se encontram inscritos com direitos previdenciários assegurados por meio dessa modalidade de representação social (HORVATH JÚNIOR, 2005). O trabalho da pesca artesanal expressa o ambiente e o universo simbólico dos artesãos pescadores. Saberes e práticas revelam valores sobre a natureza e a pesca inscritos em tradições de um modo de pensar e fazer o trabalho artesanal, mais ainda, um modo gerencial milenar centrado na autonomia, na hierarquia familiar e na adoção de disciplinas fundadas em valores éticos e tradições.

O trabalho das marisqueiras, incluindo a coleta de mariscos, caracteriza-se pela produção artesanal clássica e é realizada principalmente por mulheres e crianças. A divisão técnica do trabalho é incipiente. As técnicas ou instrumentos de trabalho, rudimentares e adaptados à natureza, são basicamente: faca ou facão para a coleta de ostras em pedras; colher de pau ou alumínio e mesmo pequenas enxadas para cavar e/ou raspar e/ou cavar a areia e identificar o marisco; panela de alumínio e/ou lata para armazenamento de mariscos coletados; e balde para o transporte do produto até a residência para o preparo final e a venda. Há ainda diversos outros instrumentos de pesca extrativa, como: anzóis (varas e linhas); redes para pesca do camarão (várias, segundo o tipo de pesca – tarrafas, arrasto etc.); “gererés” ou manzuás (PACHECO, 2006) utilizados para captura do siri; canoas a remo e à vela (“traquete”); ratoeiras utilizadas na pesca do guaiamu; bombas (ilegais). A comercialização de alguns

mariscos exige limpeza e pré-cozimento, sendo estes realizados na forma clássica de cozinha doméstica com uso de fogão à lenha.

A divisão sexual do trabalho é marcante e a coleta de mariscos pode ser identificada com um trabalho predominantemente feminino. A presença constante de crianças e adolescentes no cotidiano das atividades amplia o período de tempo de exposição das pessoas aos riscos de adoecimentos e afasta a criança das atividades escolares, essenciais para sua formação humana:

O menino trabalha desde cinco anos. Quando eu tinha 6 anos meu pai morreu, não tinha as coisas, minha mãe trazia a gente pra maré pra poder mariscar. Inclusive eu estudei muito pouco, até a terceira série porque não dava pra gente estudar de manhã cedo por causa da maré... Se a gente fosse estudar de manhã cedo, não dava pra gente ter o que comer, não dava pra gente se vestir.

O trabalho dos pescadores e marisqueiras gera um produto alimentar com valor de uso e troca. Para o primeiro, as marisqueiras utilizam o produto do trabalho como alimento. Esta condição é definida como necessidade ou consumo. Quanto à venda, nem sempre se consegue vender tudo e nem sempre há lugar para guardar (congelamento). Neste caso, troca-se por outros produtos de valor comercial semelhante ou se consome. Trata-se de recurso que confere ao pescador e à marisqueira aproximadamente R\$ 80,00 ao mês: “Eu faço 02 quilos de catado de siri ou 03. Mas tem maré que eu não faço nenhum kilo. Aí eu guardo o que peguei pra inteirar em outra maré”. Esta renda equivalente a um quarto do salário mínimo da época representa um trabalho socialmente desvalorizado e sem condições de aquisição de equipamentos de proteção individual e coletiva contra acidentes e doenças do trabalho.

#### ***Organização do trabalho artesanal e a descrição da coleta de mariscos***

A organização temporal do trabalho na pesca artesanal na atividade de mariscagem é determinada pela natureza e caracterizada pela atividade individual ou em equipes formadas geralmente por grupos de relações familiares ou de vizinhança. A organização se estrutura por saberes e práticas dos pescadores e marisqueiras quanto a: locais de mariscagem adequados; tipo e uso de instrumentos de trabalho; previsão tradicional do tempo; escolha do marisco a ser coletado em função do valor econômico, do acesso e dos períodos de pesca na sua relação com a natureza; modalidades de limpeza e pré-cozimento.

<sup>5</sup> A inexistência de territórios ocorre também na pesca industrial (ARNASON, 1998), quando barcos pesqueiros de grande capacidade utilizam mares e rios delimitados apenas pelos territórios de países e fronteiras costeiras.

O conhecimento tradicional fala sobre os ciclos das marés, as especificidades de cada tipo de marisco, as estratégias e os instrumentos para sua captura, as áreas de maior ocorrência para mariscagem, as estações do ano e o ciclo lunar na influência da produção, além das formas de reprodução e melhores épocas para a pesca, dentre outros. Geralmente o pescador não descansa no ato de extração dos mariscos.

Em associação à tradição, outro condicionante importante se refere ao contingenciamento econômico. A miséria social impõe um ritmo intenso de trabalho para gerar mais produtos à venda, acelerando o trabalho de coleta de mariscos. Esta necessidade estabelece ritmos extenuantes com tarefas de esforços cíclicos, repetitivos e que condicionam a presença de riscos importantes para as LER/DORT. Conforma-se, assim, períodos de trabalho intenso com riscos para esse conjunto de patologias, diferente das cadências aceleradas impostas pelas gerências tayloristas do trabalho assalariado. Dessa maneira, o ritmo de trabalho não é determinado exteriormente, nem imposto por gerências, provém da experiência do artesão. Quanto mais necessita garantir a sobrevivência, mais se sobrecarrega de trabalho. No caso da atividade artesanal, a precariedade impõe uma conformação nociva do corpo ao trabalho com ritmos extenuantes, movimentos repetitivos sem pausas, redução da liberdade de criatividade, posturas inadequadas e outros condicionantes prejudiciais à saúde, dentre estes as LER/DORT: “Às vezes eu nem posso vim por causa da dor. Mas, eu venho mesmo de teimosa, porque preciso. Tenho de vir”.

A jornada de trabalho ainda continua por mais seis a oito horas, quando se soma o tempo de deslocamento, o período de limpeza, pré-cozimento e armazenamento do marisco, atividades realizadas na residência ou em áreas comuns na colônia de pescadores. No conjunto, a jornada completa das marisqueiras varia entre 10 a 14 horas por dia. Quando dores relativas aos esforços repetitivos ocorrem, elas podem se ausentar da atividade até que as condições de trabalho se restabeleçam. Quando adoecem, trabalham o quanto suportam os sintomas e, no limite, afastam-se, porém sem o recurso do direito securitário que ainda desconheciam:

É uma dor profunda que a gente não se aguenta. Tem que vim pra casa pra providenciar qualquer remédio, alho com limão, papa de farinha com alho... E se possível for, vai até para o médico.

Essa situação poderia mudar se houvesse reconhecimento das doenças do trabalho dessas pescadoras pela Previdência Social para o afastamento dos casos de invalidez temporária ou permanente.

Para o artesão típico, assim como se configura no trabalho de marisqueiras, não há férias, descanso semanal e dias de feriados remunerados. A decisão de não trabalhar implica na perda da produção correspondente. Dessa forma, era comum observar marisqueiras trabalhando ininterruptamente, ou na praia e no mangue, ou catando e ensacando o quilo de mariscos em casa.

A atividade real, “aquela que se mostra pelas ações” (PARAGUAY, 2005, p. 817), nesta modalidade, realiza-se em consonância com o trabalho “prescrito” pelas tradições, pois estas são genéricas e, portanto, adaptáveis ao que ocorre durante o trabalho no campo. Mais ainda, em função da ausência da prescrição formal, o saber tradicional de cada marisqueira se enriquece nas suas vivências, e com isso conteúdos singulares existem nas diversas formas de proteção aos riscos que podem variar dentro do contexto geral do saber tradicional.

A análise ergonômica realizada caracterizou a ocorrência de movimentos repetitivos em excesso, uso de força, posturas inadequadas, pausas insuficientes, contingenciamentos psíquicos e sociais (não pela coerção hierárquica, mas pelas condições sociais) em diversas etapas de procura, coleta, armazenamento, transporte e limpeza dos mariscos no arenoso da praia e no manguezal. Quanto aos movimentos repetitivos, trata-se de condições descritas em situações de riscos similares aos encontrados para as enfermidades da coluna e do tipo LER/DORT (ASSUNÇÃO; ALMEIDA, 2005). Entretanto, como visto anteriormente, o excesso de demandas cognitivas e físicas não se estrutura a partir da pressão temporal existente nas organizações de matriz taylorianas centradas no tempo artificial (FERNANDES; ASSUNÇÃO; CARVALHO, 2010), mas resulta do condicionamento do tempo natural expresso nos ciclos das marés.

### **Riscos e a Visat**

Sobre a Visat e as atividades da pesca artesanal, evidenciou-se a inexistência de informações sobre doenças e acidentes de trabalho e sobre a respectiva vigilância epidemiológica e sanitária (RIOS; REGO; PENA, 2011). A notificação de tais agravos é obrigatória para o regime da CLT e para algumas legislações sanitárias de Estados, mas, para o pescador artesanal, os sistemas de notificações do SUS e da Previdência Social não têm registrado doenças e acidentes do trabalho, pois estas informações dependem da capacidade de diagnóstico e reconhecimento da rede nas internações hospitalares e no atendimento ambulatorial no âmbito dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests). Entretanto, como os pescadores e as marisqueiras, na sua maioria, não têm acesso aos serviços de diagnósticos e reconhecimento de doenças do trabalho e desconhecem seus direitos

previdenciários, raramente procuram os serviços para nexos e registros de doenças, condição esta agravada pelo isolamento destas populações.

Considerando ainda que não existem obrigações nem tradições da cultura artesã orientadas para a realização de exames médicos de admissão, periódicos e de demissão, dentre outros, pode-se inferir que não há o fenômeno epidemiológico denominado “efeito do trabalhador sadio”, típico das condições de saúde de trabalhadores de empresas (SANTANA; CORDEIRO, 2005). Como no trabalho artesanal não há admissão nem demissão por meio de contrato, não se processam seleções de trabalhadores hígidos para compor o trabalho artesanal de pescadores e marisqueiras, como se verifica nas práticas do modelo de medicina do trabalho tayloristas (DAVEZIES et al., 1998). A inserção no trabalho artesanal ocorre geralmente junto à família, como aprendiz, e doença só se constitui empecilho quando as deficiências impõem inaptidão completa para o trabalho. Para muitos, trabalhar doente configura-se uma espécie de hábito, condicionado pelas necessidades econômicas de sobrevivência. O exemplo da dor assume o significado de uma condição do ofício, símbolo de dedicação e esforço empreendido, mesmo que sofrido, e não de um sintoma de uma patologia que pode ser evitada e tratada. A ausência de obrigações, como a realização de exames médicos admissionais, periódicos e outros realizados nas empresas, preserva os pescadores, as marisqueiras e os artesãos em geral da exclusão por doença no trabalho. No entanto, a ausência de políticas voltadas para a promoção da saúde e da realização de exames médicos de prevenção e diagnóstico de doenças relacionadas ao trabalho pelo SUS mantém este estado de invisibilidade epidemiológica dos fenômenos relativos à saúde do trabalhador artesanal.

Os riscos reconhecidos qualitativamente no trabalho da pesca artesanal e especialmente na atividade de extração de mariscos compõem uma relação com 61 tipos de doenças relacionadas ao trabalho na pesca e na mariscagem. Esses riscos e suas respectivas patologias foram identificados a partir da análise do processo de trabalho e da adequação às 200 patologias reconhecidas pelos Ministérios da Saúde e o da Previdência Social (BRASIL, 2001). São patologias graves como câncer de pele devido à exposição ao sol/raios ultravioleta e doenças descompressivas e barotraumas devido à exposição a altas pressões atmosféricas. Pescadores e marisqueiras com lesões e sintomas suspeitos de doenças do trabalho foram encaminhados ao ambulatório especializado em doenças do trabalho pertencente ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia, onde se diagnosticaram casos de dermatites ocupacionais diversas relacionadas à umidade, ao contato com

lana, a lesões traumáticas e ferimentos, patologias da coluna e LER/DORT. Estes são decorrentes de riscos ergonômicos com excesso de peso (pesamos até 50 quilos de mariscos transportados por mulheres), movimentos repetitivos sem pausas concentrados nas mãos, nos punhos, nos cotovelos e nos ombros decorrentes da coleta e do preparo dos mariscos. As principais formas de LER/DORT diagnosticadas no citado ambulatório foram: tenosionovites e tendinites, síndrome do túnel do carpo e síndrome cervicobraquial. Estas alterações já são relatadas em estudos sobre a pesca industrial, a exemplo de Olafsdottir (1998) e Aasmoe et al. (2008).

Em relação aos acidentes de trabalho citados nas entrevistas, destacam-se: afogamentos na água e nos manguezais (há relatos de marisqueiras que se afogam por não conseguir sair de lamaçais profundos existentes nos manguezais); acidentes com animais marinhos peçonhentos; acidentes perfurocortantes com mariscos, pedras e outras condições existentes no ambiente aquático de manguezais que causam ferimentos, fraturas, risco de tétano; acidentes com raios, dentre outros.

Em função das precárias condições de vida, não se observou uso de medidas de proteção, individual ou coletiva, para prevenir riscos relacionados ao trabalho atualmente utilizado na área de segurança e higiene. Apenas mulheres marisqueiras que realizaram exames pré-natais eram vacinadas contra o tétano, entretanto, muitas não tinham repetido as doses protetoras após dez anos.

#### ***Modalidade de proteção coletiva verificada na pesca artesanal para extração do marisco***

A antropoergonomia (MÉNDEZ, 2007), especialmente por meio da etnografia, permite compreender estratégias de proteções coletivas inscritas no saber do ofício e difíceis de serem identificadas sem o suporte de estudos culturais. No caso das marisqueiras, há um conhecimento herdado culturalmente no que tange à prevenção de situações de riscos relativos ao tempo, às marés, aos locais seguros para realização da pesca, ao conhecimento sobre correntes marinhas, ventos, intempéries, animais marinhos peçonhentos e perigosos em geral.

A incorporação de novas tecnologias de proteção coletiva depende, em geral, de suporte institucional, exceto em situações de cooperativismo de artesãos consolidado economicamente. O pescador, como qualquer outro artesão, em sua condição de autônomo, não possui a natureza protetora do direito do trabalho (pois não há relações de trabalho com a presença do empregador), mas possui proteção pelo direito à saúde por meio da Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador do SUS. Nesse sentido, a pro-

teção à saúde do trabalhador artesanal deveria ser objeto de ação da Visat do SUS.

Por exemplo, o trabalho do artesão não se constitui em foco de atenção do Ministério do Trabalho e Emprego, pois, para este artesão, não há relações de emprego e conflitos contratuais que exijam a inspeção da saúde do trabalhador. A proteção à saúde de milhões de trabalhadores artesanais no Brasil depende essencialmente da aplicação desse direito à saúde por meio das ações preventivas e assistenciais do SUS.

### ***Medidas de proteção individual para riscos no trabalho da pesca artesanal***

Da mesma forma, a antropoergonomia permite conhecer estratégias de proteção individual herdadas culturalmente e inscritas no saber popular. Como exemplo, não apenas no local estudado, mas em todas as culturas camponesas expostas ao sol, ainda se observa o uso de chapéu típico com abas largas, atualmente em desuso pelo modismo urbano.

Para o trabalhador assalariado, o empregador tem o pressuposto de protegê-lo de ambientes, máquinas e métodos de organização do trabalho que podem ter o caráter nocivo para a saúde (DIAS; MELO, 2005). Isto não ocorre no processo de trabalho artesanal, em que o próprio artesão organiza suas atividades e assume os riscos do ofício para sua saúde e dos seus aprendizes, obviamente quando conhecidos por meio da tradição. Portanto, geralmente são sujeitos no processo de trabalho e devem ser sujeitos também na proteção à sua saúde e de seus dependentes. Não há o ator social representado pelo empregador individual ou coletivo na questão da saúde do trabalhador.

Globalmente, os riscos variam em função do tipo de pesca e do marisco a ser coletado. A extração dos mariscos frequentes no arenoso de praia envolve um conjunto de atividades e exposição a riscos que se aproximam. Em relação aos crustáceos e moluscos prevalentes no mangue (caranguejo, quaiamum, aratu, ostras e sururu – estes dois últimos também presentes nas praias), o processo de trabalho envolve necessariamente a jornada com o corpo em parte imerso e na lama do mangue, inclusive com movimentos que podem levar à imersão total, com risco de afogamento em áreas profundas de lama.

Associam-se ao conjunto de riscos as precárias condições de higiene pessoal pela ausência de água potável e de uso de equipamentos de higiene como luvas, aventais, gorros e outros no tratamento do marisco – limpeza e cozimento. Isto leva à necessidade de venda imediata do marisco logo após a pesca. A ausência de beneficiamento (condições de estocagem) e a precariedade higiênica levam à realização cotidiana da pesca e ampliam a esfera dos riscos sanitários para toda a população consumidora.

## **Propostas preliminares para uma política de saúde do trabalhador artesanal sob a égide do SUS**

Este elenco demonstrativo de riscos de acidentes e de doenças do trabalho com base no estudo de caso de pescadores artesanais e marisqueiras que praticam o extrativismo de mariscos evidencia a gravidade das condições de trabalho e a necessidade de adoção de medidas na esfera da proteção à saúde do trabalhador. Isto pode ser caracterizado no contexto de vigilância da saúde, configurado pela invisibilidade epidemiológica, pela ausência do diagnóstico dos agravos e das respectivas terapêuticas e reabilitações eficazes, o que leva à inaplicabilidade do direito securitário. As consequências sociais e econômicas das enfermidades relacionadas ao trabalho que afligem não apenas esta, mas todas as categorias de trabalhadores artesanais deste país também se encontram desconhecidas.

O princípio da cobertura universal apresenta iniquidades nas políticas de saúde ao não contemplarem atualmente a inclusão de trabalhadores não organizados em sindicatos fortes e “inseridos na economia formal ou possuidores de mais elevado poder de pressão”, conforme Dias e Melo (2005, p. 1694). O essencial seria buscar a inclusão de todos aqueles que participam das atividades produtivas em uma dada sociedade. Trata-se de um desafio para o SUS na proteção universal à saúde do trabalhador e na redução de iniquidades, que significa proporcionar cobertura às categorias de trabalhadores artesanais não assalariadas.

Necessita-se, portanto, de modelo de Visat e de exames médicos preventivos para o trabalho na pesca artesanal. Este não teria suporte em ações coercitivas com multas e interdições importantes no modelo assalariado. Para estas populações sobreviventes nos limites da pobreza absoluta, as ações devem ter caráter intersetorial centradas no acesso à educação e à saúde; na valorização das tradições, que favorecem a proteção contra riscos; no fornecimento, pelo Estado, de suporte para a melhoria das condições de trabalho, renda e sustentabilidade; creches que permitam o trabalho das mulheres e a retirada das crianças do trabalho. Enfim, atenção à saúde integral.

Estudos sociológicos, antropológicos e ergonômicos (antropoergonômico) acerca de equipamentos de proteção individual (EPI) permitem a mobilização de saberes tradicionais e podem contribuir para a redução ou a eliminação de riscos para a saúde, além de indicar caminhos que assegurem mudanças nos processos de trabalho sem romper com as características fundamentais que têm garantido a sobrevivência dessas categorias (capacidade de autoemprego,

autonomia e viabilidade econômica centrada na produção familiar e/ou grupos cooperativados). Nesse sentido, torna-se essencial que o SUS, por meio da sua Visat, estude, produza e, sobretudo, forneça estes EPIs, da mesma forma que distribui preservativos para prevenção da Aids, vacinas, ajuda de custo para gestantes realizarem pré-natal etc.

Não é possível desenvolver o setor pesqueiro nacional sem conhecer quem são seus principais e mais antigos protagonistas: os pescadores artesanais. Neste sentido, torna-se fundamental a realização do censo da pesca, à semelhança do censo agropecuário, realizado pelo IBGE em 2006 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). Esta é a melhor forma de conhecer quantos são, onde estão e o que produzem os pescadores e as unidades familiares de pesca no Brasil, nas grandes regiões e nas unidades da Federação, atendendo, assim, a uma importante demanda por informações quantitativas sobre o tema, até então contemplada apenas em poucos trabalhos acadêmicos e científicos dispersos.

Em adição, há a necessidade de, junto com instituições de fomento à economia solidária e ao desenvolvimento sustentável, dar o suporte em ações que possam melhorar processos de trabalho na pesca artesanal e na agricultura familiar e construir medidas de proteção coletiva, seja ela cooperativa ou alicerçada na unidade de produção familiar. Categorias como essas não possuem condições, sem o fomento compartilhado do Estado, de atenuar os métodos penosos de trabalho, a exposição a riscos graves, como radiações não ionizantes e altas pressões atmosféricas, os movimentos repetitivos em excesso, dentre outros. Essas ações deveriam ser compartilhadas com instituições como o Ministério da Pesca e Aquicultura, o Ministério da Reforma Agrária e outros capazes de adicionar modelos de desenvolvimento local com o direito universal à saúde do trabalhador autônomo/artesanal, melhorando assim as condições de vida, trabalho e saúde dessas comunidades negligenciadas historicamente pelas políticas sociais.

Para efetivar as ações de vigilância à saúde, no que se refere à assistência, é necessária a aplicação dos princípios da descentralização, assistência integral e universalização da atenção à saúde do trabalhador, articulando as unidades de atenção básica do SUS à Renast (DIAS et al., 2011). O objetivo seria manter a saúde do trabalhador artesanal e sua condição de autônomo. Os Cerests deveriam realizar avaliação de riscos ocupacionais em trabalhadores artesanais da pesca, especialmente nas regiões de pesca artesanal, para orientar sobre exames médicos preventivos a serem realizados nas Unidades de Saúde da Família.

Os exames periódicos poderiam ser realizados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) capacitados para aplicar protocolos de rastreamento precoce das doenças relacionadas ao trabalho na pesca artesanal ou em qualquer categoria artesanal. Programas de vacinação de interesse ocupacional também são necessários junto ao periódico, a exemplo: vacinação antitetânica; contra a febre amarela (para áreas endêmicas), e outras em função dos riscos. As proposições desses exames poderiam ser sistematizadas com protocolos de proteção dos riscos relacionados ao trabalho da pesca a cada ano, associadas aos exames periódicos indicados pelo SUS para prevenção de doenças endêmicas.

Grande parte do pescado consumido pela população vem da pesca artesanal, o que impõe também ações de vigilância sanitária na produção, na venda e na comercialização do pescado, garantindo melhor renda para as comunidades e qualidade do pescado consumido.

Há a necessidade do SUS aplicar na área da saúde do trabalhador, especialmente para categorias negligenciadas pela atenção, políticas de proteção com o fornecimento de medidas de prevenção individual e coletiva. Essa concepção se encontra difundida para outras ações do SUS, como foi exemplificado anteriormente. Como se verificou em relação às precárias condições socioeconômicas dessa categoria, existe a necessidade de desenvolver tecnologias adequadas para EPI, com distribuição gratuita.

Verificou-se ainda a necessidade de implantação de creches para que as mães não levem as crianças para o trabalho. A realização de atividades de educação em saúde e de exames médicos nas crianças e nos adolescentes de famílias de pescadores pode reduzir o trabalho precoce e alertar para os riscos da inserção precoce no trabalho. Como observado nas comunidades, indica-se a necessidade de acompanhamento médico do trabalho do idoso com a finalidade de evitar doenças do trabalho ou agravamento delas. Essa vigilância médica preventiva associada à Visat precisaria ser realizada no âmbito da ESF com suporte de serviços de referência e contra referência em Visat e serviços médico-assistenciais sensíveis às especificidades do trabalho artesanal não assalariado.

## Conclusão

A construção da saúde do trabalhador envolve o reconhecimento da multiplicidade de mundos do trabalho inseridos na complexidade da sociedade brasileira. Nesse sentido, a Visat deve adotar abordagens inclusivas de categorias tradicionais desprovidas de mecanismos de pressões sociais e vulneráveis no mundo contemporâneo.

A pesca artesanal representa um desses desafios. Trata-se de homens, crianças e principalmente mulheres expostos aos mais variados riscos e a processos de adoecimento sem acesso à proteção de sua saúde enquanto trabalhadores. São categorias simultaneamente vulneráveis no âmbito social, diante da existência em condições de pobreza e resistentes ao manterem modos de trabalho tradicionais perante a gigantesca hegemonia da sociedade industrial e terciária. Nesse sentido, a redução das iniquidades na esfera da saúde do trabalhador no SUS leva à necessidade de ações que considerem as especificidades do pescador e de seu processo de trabalho artesanal e a sua condição de não assalariado. A ação pública deve considerar o fornecimento de proteção individual e coletiva construídas social e culturalmente, a garantia da realização de exames médicos preventivos para diagnóstico precoce das doenças relacionadas ao trabalho, assegurar a reabilitação profissional com o reconhecimento de nexos previdenciários, o aperfeiçoamento de sistemas de notificação de doenças e acidentes do trabalho artesanal e não assalariado, dentre outras. São exemplos de medidas que, generalizadas, poderiam induzir políticas de melhoria da saúde do trabalhador não assalariado.

No entanto, o pescador artesanal, de modo geral, não tem condições de compreender o modelo técnico proposto e muito menos recursos econômicos para viabilizá-los. Essencialmente, em conjunto com a busca da melhoria da saúde, é necessário em-

penho intersetorial para o fortalecimento de modelos sustentáveis de desenvolvimento que garantam a sobrevivência dos pescadores e de suas famílias em condições técnicas, econômicas, sociais, culturais e ambientais.

O presente artigo teceu reflexões sobre estratégias de desenvolvimento de ações de Visat considerando aspectos sociais, culturais e de saúde de uma população caracterizada como de profissão artesanal. Em função do caráter singular da metodologia dos estudos qualitativos e da escassez de pesquisas encontradas na literatura, existe a necessidade de realizar mais investigações para consubstanciar políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador artesanal e não assalariado. As indicações aqui apresentadas referem-se apenas a uma aproximação inicial, fundada em experiência de aproximadamente seis anos de trabalho de campo e abordagem metodológica que considerou a participação do sujeito artesão no processo. A expectativa é dar visibilidade social e sanitária a esta problemática para que seja objeto de políticas públicas de saúde voltadas para o trabalhador não assalariado e que vive em comunidades tradicionais encontradas em todo país. Em particular, pescadores e marisqueiras são cidadãos que trabalham dignamente e sobrevivem com métodos e técnicas arcaicos, como se fazia há incontáveis gerações, mas estão ainda desprovidos do direito à saúde do trabalhador.

## Contribuições de autoria

Pena, P. G. L. e Martins, V.: trabalharam na concepção e no delineamento do projeto, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação, na elaboração do manuscrito e na sua revisão crítica. Rego, R. F.: contribuiu na elaboração do manuscrito e na sua revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração dos funcionários do Serviço de Saúde Ocupacional (SESAO) do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard dos Santos (Hupes) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

## Referências

AASMOE, L. et al. Musculoskeletal symptoms among seafood production workers in North Norway. *Occupational Medicine*, Oxford, v. 58, p. 64-70, 2008.

ARNASON, R. General Profile. In: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. 3. ed. Geneva: International Labors Organization, 1998. p. 66.2-66.4. v. 3.

ASSUNÇÃO, A. A.; ALMEIDA, I. M. Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: membro

superior epescoço. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 315-345.

BOUDON, R. et al. (Dir.). *Dictionnaire de la Sociologie*. Paris: Edition Larousse, 1993.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. *Boletim Estatístico da Pesca e Aquicultura: Brasil 2008-2009*. Disponível em: <[http://www.sepaq.pa.gov.br/files/u1/anuario\\_da\\_pesca\\_completo.pdf](http://www.sepaq.pa.gov.br/files/u1/anuario_da_pesca_completo.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2009.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.120/GM, 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, DF, 02 jul. 1998. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_3120\\_de\\_01\\_07\\_1998.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_3120_de_01_07_1998.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SIT nº 34, de 04 de dezembro de 2002. Norma Regulamentadora nº 30. Dispõe sobre a proteção e a regulamentação das condições de segurança e saúde dos trabalhadores aquaviários. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 dez. 2002. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2012.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 86 de 03 de março de 2005. Norma Regulamentadora nº 31. Dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 mar. 2005. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF91BAE4A6A38/p\\_20050303\\_86.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF91BAE4A6A38/p_20050303_86.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2012*. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>>. Acesso em: 8 abr. 2013.
- BRAVERMAN, H. *O trabalho e o capital monopolista*: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. São Paulo: Zahar, 1980.
- CÓRDOVA, L. *Nova convenção da OIT busca melhorar as condições de trabalho de mais de quatro milhões de pescadores nas Américas*. OIT Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/nova-conven%C3%A7%C3%A3o-da-oit-busca-melhorar-condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-de-mais-de-quatro-milh%C3%B5es-de-pesc>>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- DAVEZIES, P. et al. Pour finir avec l'aptitude médicale. *Santé et Travail La Mutualité Française*, Paris, n. 23, p. 61-63, 1998.
- DIAS, E. C.; MELO, E. M. Políticas públicas em saúde e segurança no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 1683-1720.
- DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *A saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 107-121.
- DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 1, p. 35-55, 2011.
- FERNANDES, R. C. P. ASSUNÇÃO, A. A., CARVALHO, F. Tarefas repetitivas sob pressão temporal: os distúrbios músculo-esqueléticos e o trabalho industrial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 931-942, 2010.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-808, 2005.
- GORZ, A. *Métamorphoses du travail*: quête du sens; critique de la raison économique. Paris: Galilée, 1998.
- GUÉRIN, F. et al. *Comprendre le travail pour le transformer – la pratique de l'ergonomie*. São Paulo: Edgar Blücher, 2001.
- HORVATH JÚNIOR, M. *Direito Previdenciário*. São Paulo: Quartier Latin, 2005.
- HOSBSBAWM, E. J. *Os trabalhadores*: estudo sob a história do operariado. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Economia informal urbana 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/ecinf/2003/ecinf2003.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- \_\_\_\_\_. *Censo agropecuário 2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/>>. Acesso em: 11 abr. 2013.
- MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, 2005.
- \_\_\_\_\_. Perspectivas e pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *A saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.
- MÉNDEZ, A. L. Tendencias de investigación ergonómica entre los antropólogos físicos a partir de sus tesis de licenciatura. *Estudios de Antropología Biológica*, México, v. 13, n. 1, p. 41-55, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/21595>>. Acesso em: 11 abr. 2013.
- OLAFSDOTTIR, H. Musculoskeletal disorders among fishermen and workers in the fish processing industry. In: INTERNATIONAL LABORS ORGANIZATION. *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. 3. ed. Geneva: International Labors Organization, 1998. p. 66.17-66.19. v. 3.
- PACHECO, R. S. *Aspectos da ecologia de pescadores residentes na Península de Marauá-BA*: pesca, uso de recursos marinhos e dieta. Brasília. 2006. 110 f.

Dissertação (Mestrado em Ecologia)–Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PARAGUAY, A. I. B. B. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 811-823.

RIOS, A. O.; REGO, R. F.; PENA, P. G. L. Doenças em trabalhadores da pesca. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, n. 1, p. 175-188, jan./mar. 2011.

SACHS, I. Préface. In: CENTRE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION POUR LE DEVELOPPMENT. *Un monde solidaire: comprendre pour agir*. Paris: Syros, 1996. p. 9-12.

SANTANA, V. S.; CORDEIRO, R. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: MENDES, R. (Org.) *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 199-229.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. *Estudo Setorial Artesanato – Ceará 2009*. [S.I.]: Sebrae-CE, 2009. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E1B356515E8B5D6D83257625006D7DA9/\\$File/NT00041F56.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E1B356515E8B5D6D83257625006D7DA9/$File/NT00041F56.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SCHNEIDER, S. Teoria social, agricultura familiar e pluralidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 99-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15988.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

## Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte

Maria Dionísia do Amaral Dias<sup>1</sup>

*Understanding the work carried out by Primary Health Care units to develop actions in Worker's Health: the case of a medium-sized municipality in the state of São Paulo, Brazil*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo (Unesp). Botucatu, SP, Brasil.

*Contato:*

Maria Dionísia do Amaral Dias

*E-mail:*

dionisia@fmb.unesp.br

Pesquisa financiada pela Unesp, Programa Primeiros Projetos.

A autora declara que este trabalho não apresenta conflito de interesses.

### Resumo

**Introdução:** a integralidade da atenção em Saúde do Trabalhador (ST) exige a expansão das ações para a Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse sentido, compreender o trabalho na APS e suas possibilidades torna-se necessário para subsidiar os planos e as ações em ST com vistas à integralidade. **Objetivo:** apresentar a percepção de trabalhadores da APS, de município de médio porte do estado de São Paulo, quanto ao desenvolvimento das ações de ST em suas unidades de saúde. **Metodologia:** foi utilizado questionário autoaplicável com 20 perguntas desenvolvido pela pesquisadora. Utilizou-se análise descritiva das perguntas fechadas e de conteúdo das perguntas abertas. **Resultados:** 45% do total de profissionais respondeu, abrangendo todas as unidades de saúde do município e todas as categorias que compõem as equipes de APS. As respostas sugerem que os profissionais levam em consideração o trabalho dos usuários nos seus atendimentos e que algumas ações do campo da ST são desenvolvidas nas unidades de saúde. Os respondentes também apontam que suas dificuldades para a realização dessas ações se relacionam muito mais a aspectos da organização e gestão do sistema do que a especificidades da área de ST. **Conclusão:** O estudo aponta que a condição de trabalho do trabalhador da saúde é uma importante questão para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na APS.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde do trabalhador; integralidade da atenção em saúde; profissionais de saúde.

### Abstract

**Introduction:** Attention in Worker's Health (WH) integrality incites expansion of Primary Health Care (PHC) actions. So, it is necessary to understand the work carried out at PHC units and its possibilities to subsidize WH plans and procedures aiming at workers' health integral attention. **Objective:** To present PHC workers' perception concerning WH actions performed in health care units of a medium-sized municipality in the state of São Paulo. **Methodology:** data collected through a 20 question-self-assessment questionnaire prepared by the researcher, using descriptive analysis of closed questions and content analysis of open questions. **Results:** 45% of all workers answered the questionnaire. All health units in the municipality and all the professional categories part of the PHC teams were enclosed. The answers indicated that the PHC personnel, when providing assistance to users, take their jobs into consideration, and that some actions concerning worker's health are carried out at health care units. The respondents also pointed out that their difficulties to perform these actions are much more related to aspects of the system organization and management, than to the particularities of the worker's health area. **Conclusion:** The study indicates that health care worker's working condition is an important issue for the implementation of PHC worker's health actions

**Keywords:** primary health care; worker's health; integrality in health care; health personnel.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 26/03/2013

Aprovado: 22/04/2013

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem responsabilidade fundamental na Saúde do Trabalhador (ST) expressa desde o texto constitucional, apesar de ser compartilhada com outras áreas – como Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente, Justiça, Desenvolvimento Econômico, dentre outras – visto tratar-se de campo transdisciplinar e que exige políticas públicas transversais. Saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, significou uma mudança radical no modelo de saúde, pois antes havia a garantia para apenas parte da população, aquela inserida no mercado formal de trabalho e que contribuía para a Previdência Social, com priorização da atenção hospitalar especializada e das “tecnologias duras”<sup>2</sup>.

A integralidade proposta no sistema de saúde é também uma revolução no modelo e envolve pelo menos três dimensões: a do sujeito, enquanto ser humano único e integral – nem cindido em corpo/mente ou em sistemas e aparelhos, nem visto como a doença; a da atenção, implicando diversas ações que devem abranger a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; a do sistema, que, para alcançar a atenção integral, deve estar organizado em rede na qual os diversos níveis de atenção se articulam e se complementam (MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2006).

Para se alcançar tal objetivo, é imprescindível a “humanização”, no sentido de retomar a relação como essencial no cuidado à saúde, priorizar as “tecnologias leves”, no sentido de ser essa a base da atenção, conforme defendido por alguns pesquisadores da Saúde Pública (CAMPOS, 1991, 2006; MERHY, 2002; MERHY; FEUERWERKER, 2009; entre outros) e estimulado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL, 2004).

Essa humanização refere-se aos encontros que afetam pessoas e produzem maior autonomia dos sujeitos (DIAS, 2007), podendo ter duplo efeito positivo: o usuário passa a ser parte atuante do cuidado, ao invés de receber passivamente prescrições

de um ser todo poderoso (o profissional de saúde); e o profissional de saúde desempenha sua atividade de forma ativa, mas não autoritária, recuperando a sua potência real ao livrar-se de uma falsa onipotência, resultando em melhor qualidade e efetividade do seu cuidado e possivelmente maior satisfação no trabalho.

Os textos legais do SUS incorporam a concepção da ST como questão de saúde coletiva, o que implica no desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção, prevenção e controle de risco como responsabilidade do setor saúde, a serem realizadas em conjunto com as ações assistenciais (BRASIL, 1990).

Entretanto, a existência da lei não é o suficiente para transformar a realidade, particularmente no contexto do SUS – que está sendo construído na contramão do modelo político hegemônico e dos interesses do capital – e das características específicas do campo da ST – como a tensão capital-trabalho e dificuldades e entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Uma das importantes potencialidades do SUS para o desenvolvimento de ações de ST está no modelo de atenção e no desenvolvimento de estratégias, dentre elas destacam-se a Rede de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast)<sup>3</sup> e a Saúde da Família<sup>4</sup> para o fortalecimento da atenção primária como base principal do sistema.

Outra potencialidade do sistema de saúde é a participação social, que tem nas conferências e nos conselhos de saúde suas principais instâncias de discussão e deliberações com o conjunto de atores da sociedade.

Nesse contexto, a estratégia inicial da ST, operacionalizada somente por equipes e serviços especializados, começou a ser revista, visando à sua incorporação no Sistema e à ampliação no desenvolvimento das ações.

<sup>2</sup> Segundo Merhy (2002), o processo de trabalho em saúde envolve três “tecnologias”: “duras”, as ferramentas-máquinas como instrumentos para fazer exames de laboratórios, os instrumentos para examinar o paciente; “leve-duras”, os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados; “leves”, o processo de relações: em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos como de falas, escutas e interpretações.

<sup>3</sup> A Renast foi implantada pelo Ministério da Saúde como estratégia para a implementação da Saúde do Trabalhador no SUS, visando à sua efetiva institucionalização, tendo como base os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest (BRASIL, 2002).

<sup>4</sup> A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária, instituída pelo Ministério da Saúde, visando principalmente à ampliação de acesso e qualificação do cuidado, e opera com equipe básica – médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – e outros profissionais em menor escala, como equipes de saúde bucal e profissionais de áreas diversas em apoio matricial. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e de manutenção da saúde da comunidade.

A necessidade de inserção das ações de ST na rede de saúde, particularmente na Atenção Básica, é também apontada em resoluções de conferências de saúde, como as da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, última temática realizada, ocorrida em 2005, com intensa mobilização e participação: na etapa preparatória foram “1.240 conferências e encontros municipais, microrregionais e estaduais, culminando com a etapa nacional que congregou cerca de dois mil participantes” e aprovação de 344 resoluções (BRASIL, 2011b, p. 9). Dentre as resoluções, destaca-se a garantia do acesso dos trabalhadores a todos os serviços de saúde, em especial Atenção Básica, Urgência e Emergência e Saúde Mental:

[...] como estratégia para identificar, compreender e significar as necessidades de saúde dos trabalhadores, incluindo o terceiro turno no SUS, inclusive no atendimento odontológico. (BRASIL, 2011b, resolução 31, p. 144)

Em 2006, o Pacto pela Saúde redefiniu a organização da atenção à saúde no país e atribuiu à Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de eixo organizador das ações no SUS. Nesse cenário, torna-se imperativo desenvolver alternativas de organização das ações de Saúde do Trabalhador na APS, tendência que já vinha sendo observada desde o final dos anos 90. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010, p. 3)

Considerando a proposta da Atenção Básica no SUS, nota-se ser imprescindível que as equipes nesse nível de atenção estejam preparadas para incluir, em seu fazer diário, o trabalho como elemento fundamental da vida das pessoas e dentre os determinantes do processo saúde/doença, desenvolvendo, portanto, ações de ST:

A Atenção Básica caracteriza-se 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, 2011a)

Se no processo de cuidado e responsabilização é necessária a prática da Vigilância em Saúde, com conhecimento dos problemas e das características dos grupos populacionais de seu território<sup>5</sup>, as equipes de Atenção Primária à Saúde necessariamente deverão incorporar aspectos relativos ao trabalho das pessoas em suas ações e abordagens aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

Contudo, é sabido que o SUS está em construção, enfrentando permanentemente muitos desafios, em particular com relação ao campo da ST. Nesse contexto, considera-se importante conhecer a realidade da ST no âmbito municipal a fim de orientar ações e estratégias que contribuam para a sua efetiva implantação com garantias à integralidade da atenção.

Para que o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) desempenhe sua função em relação à Atenção Básica, são necessárias diversas ações, não podendo se limitar a capacitações técnicas pontuais. A educação permanente e o apoio matricial mostram-se estratégias importantes na implantação e na manutenção das ações de ST na Atenção Básica (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011). Contudo, é necessário conhecer e compreender a realidade dos serviços para elaboração de propostas que colaborem efetivamente nessa tarefa.

Para que profissionais de saúde ampliem e qualifiquem o cuidado, é necessário que estabeleçam relações com bons vínculos, nas quais se considere o outro em sua singularidade. Ao fazer isso, espera-se que incluam o trabalho na vida dessa pessoa, isto é, considerem o lugar, o papel e a condição do trabalho do usuário em suas conversas e anamneses e no raciocínio clínico. Nesse processo, ao mesmo tempo, o profissional de saúde sairá de um lugar passivo, de repetidor de rotinas de trabalho sem reflexão, o que adoce, faz sofrer e diminui a qualidade e resolutividade do seu trabalho. Em outras palavras, considera-se que incorporar o trabalho no processo de cuidado é uma amplificação e qualificação deste, o que traz resultados positivos aos usuários e aos profissionais da saúde.

A “prescrição” do SUS para o cuidado na Atenção Básica inclui resolutividade com qualidade do cuidado, estabelecimento de bons vínculos com os usuários e responsabilização pela saúde da população do território (BRASIL, 2011a). No entanto, o trabalho na saúde nessa concepção exige que os profissionais saiam de uma posição de acomodação, pois é preciso transformar processos de trabalho, o que pode ocasionar uma intensificação geradora de danos à saúde ou de defesas, individuais e coletivas, que poderiam impedir a qualidade do cuidado. Para viabilizar a proposta, são necessárias diversas ações, sobretudo no campo da gestão do sistema, que abram espaços democráticos, participativos, criativos e reflexivos no cotidiano de trabalho das equipes, transformando o trabalho alienado e fragmentado, vivido como esvaziado de conteúdo,

<sup>5</sup> Território refere-se a uma área geográfica delimitada, com uma população específica, conforme a concepção da Atenção Primária à Saúde, em que as equipes de uma unidade de saúde ou de uma equipe de Saúde da Família têm a “responsabilidade sanitária por um território de referência” (BRASIL, 2011a).

conforme analisam diversos autores do campo da gestão em saúde (MERHY, 2002; FEUERWERKER, 2005; CAMPOS, 2007):

[...] o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (Helman, 2003). Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002). (FEUERWERKER, 2005, p. 501)

Não é possível, portanto, a incorporação da ST na Atenção Básica sem considerar os trabalhadores de saúde e seu trabalho, sendo este aspecto elementar na gestão em saúde e também no campo da ST, tanto por uma questão de coerência, quanto para aprofundamento da análise que permita orientar melhores ações estratégicas para a implantação/implementação de ações de ST na APS.

O cuidado integral em uma prática de clínica ampliada e gestão participativa, além de favorecer a inclusão de aspectos importantes da ST no cuidado, também poderá ser fonte de maior satisfação aos profissionais e, portanto, elemento protetor de suas saúdes.

Saúde é aqui concebida como potência de ação<sup>6</sup>, incorporando a dimensão ética e afetiva como seus indicadores. Saúde, então, compreendida:

[...] como a capacidade de pensar, sentir e agir, com consciência de si (dos desejos e sentimentos, dos motivos) e consciência do mundo (de sua inserção no humano e do contexto em que se dá essa inserção). (DIAS, 2007, p.72)

Isso permitiria realizar reflexões da vida e ações necessárias no mundo, o que inclui a si mesmo para manter o movimento de expansão e não cristalização.

Mas isso não é capacidade que emana do indivíduo, é capacidade processual decorrente dos encontros, isso é, é processo sócio-histórico que coloca o indivíduo inserido no mundo de relações que é a vida humana. (DIAS, 2007, p.75)

E os encontros constituem a principal ferramenta do trabalho em saúde: do trabalhador da saúde com o usuário, no cuidado; do gestor com o usuário e com os trabalhadores da saúde, na gestão do sistema; do trabalhador da saúde “especialista” com o trabalhador da saúde “generalista”; e outros tantos.

Enfim, para atuar na implantação da ST no SUS é necessário considerar o trabalho de todos os atores, usuários e profissionais de saúde. Trabalho como dimensão fundamental do processo saúde/doença, em uma relação que não é causal e é afetada por processos sociais.

Neste sentido, está-se desenvolvendo pesquisa visando conhecer o microcontexto da ST no SUS municipal<sup>7</sup>, analisando a incorporação da ST no cotidiano do cuidado na Atenção Básica de rede municipal de saúde. A investigação envolveu etapa exploratória, com aplicação de questionário, e etapa qualitativa para aprofundamento das questões apontadas na primeira, envolvendo entrevistas abertas e grupos focais.

O objetivo do presente artigo é apresentar a percepção de trabalhadores da APS, de município de médio porte, quanto ao desenvolvimento das ações de ST em suas unidades de saúde. Trata-se dos resultados da etapa exploratória da pesquisa acima referida.

## Procedimentos metodológicos

O desenvolvimento de ações de ST em serviços da Atenção Básica de rede municipal de saúde foi apreendido a partir da percepção declarada em questionário por trabalhadores de saúde de município de médio porte no estado de São Paulo.

Inicialmente, por meio de exposição oral e escrita da pesquisadora em uma das reuniões que ordinariamente ocorrem na Secretaria de Saúde, foram apresentados os objetivos e os procedimentos da pesquisa aos enfermeiros responsáveis pelas equipes nas unidades de saúde. Logo após, foram enviados convites com apresentação da pesquisa, por escrito, a todos os 370 funcionários de todas as unidades de saúde no nível básico existentes no município, aos cuidados das enfermeiras, juntamente com os questionários, de autoaplicação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em número igual ao total de funcionários de cada unidade. Junto a este material, foram enviados dois envelopes iden-

<sup>6</sup> Potência de ação ou de agir, uma concepção do filósofo Espinosa em *Ética* (1677), pode ser explicada como conatus, energia de vida, é “a capacidade de ser afetado e afetar o outro num processo de possibilidades infinitas de composição da vida” (SAWAIA, 2004, p. 17, apud DIAS, 2007, p. 73).

<sup>7</sup> Pesquisa “A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: uma abordagem psicossocial na gestão da Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FMB/Unesp, Processo n° 3398/2009. Financiamento Programa Primeiros Projetos da Pró-Reitoria de Pesquisa-UNESP.

tificados como “questionários” e “termos de consentimento” para colocação dos formulários preenchidos separadamente. Após o período acordado com a enfermeira (de uma a duas semanas), os envelopes foram recolhidos em cada unidade de saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2010. O instrumento foi respondido voluntariamente pelos participantes e não continha identificação do respondente. O TCLE foi assinado por todos que responderam ao questionário. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa FMB/Unesp (3398/2009).

Participaram da pesquisa profissionais de todas as categorias que compõem as equipes de APS, de todas as 18 unidades do município – 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 10 Unidades de Saúde da Família (USF).

O questionário apresentou 20 questões, a maioria de múltipla escolha, referentes a: identificação de queixas/sintomas/agravs relacionados com o trabalho do usuário; tipos de ações de ST realizadas no serviço; agravs relacionados ao trabalho mais comuns no atendimento na unidade; conhecimento da rede de saúde e quanto aos serviços e fluxos para ST; capacitação em ST – pergunta indireta; avaliação de condições técnicas para ações de ST – própria e da equipe; dificuldades e necessidades para desenvolvimento de ações de ST.

As perguntas fechadas elencaram conjunto de alternativas para resposta conforme pré-categorização baseada em documentos oficiais de ST no SUS e conhecimento empírico.

As perguntas abertas do questionário de pesquisa são as seguintes: a) Qual (quais) agravo(s) relacionado(s) ao trabalho mais comumente é (são) atendido(s) na unidade em que você trabalha?; b) Quais as suas dificuldades no desenvolvimento de ações de ST?; c) O que você considera importante para o serviço implantar ou melhorar a assistência em ST?; d) Na estrutura do SUS, qual o serviço destinado à referência em saúde do trabalhador?; e) Tema de capacitação que tenha participado em serviço nos últimos dois anos (em complementação a ter assinalado “sim”). Para estas questões, foi realizada análise com categorização das respostas

a partir do que emergiu de sua leitura flutuante (AGUIAR; OZELLA, 2006).

O município de estudo está localizado no interior do estado de São Paulo, com uma população de 130.183 habitantes e alto desenvolvimento humano (IDH ano 2000 = 0,822), apresentando queda no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)<sup>8</sup>. O município é referência regional em serviços e comércio. O setor de serviços constitui-se como principal atividade econômica, seguido da indústria, a qual apresenta perfil diversificado.

Quanto à estrutura do sistema de saúde, em 2010 o município possuía 18 unidades de saúde de Atenção Primária, um hospital de referência secundária, um de terciária para uma macrorregião, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, um Cerest integrante da Renast. O Cerest, existente desde 2003, é referência para 12 municípios da região circunvizinha. Por possuir este serviço, o município constitui-se em campo de pesquisa importante para questões referentes ao desenvolvimento de ações de ST em rede municipal de saúde, considerando-se a função dos Cerest<sup>9</sup>. Contudo, a pesquisa restringe-se aos profissionais do município sede do Cerest, considerando haver interesse do gestor municipal nas ações de ST – pressuposto pela existência do serviço – e a suposta facilidade do Cerest em operar dentro do próprio município.

## Resultados e discussão

Os 168 questionários respondidos correspondem a 45% do total de funcionários da Atenção Básica do município no ano da pesquisa, abrangem todas as funções existentes nos serviços (**Tabela 1**) e, considerando o total de respondentes, distribuem-se proporcionalmente entre os dois tipos de serviço: 80 respondentes eram lotados em UBS e 88 em USF. Apesar de todas as categorias estarem representadas entre os respondentes, destaca-se a baixa participação de médicos e cirurgiões dentistas, profissionais com atuação de relevância nas equipes de Atenção Primária e com papel importante na assistência aos trabalhadores.

<sup>8</sup> IPRS: em 2008 estava classificado como grupo 1 - municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais; em 2010 foi classificado como grupo 2 - municípios com níveis de riqueza elevados, mas que não exibem bons indicadores sociais (os dados sobre população, IDH e IPRS do município foram obtidos em: FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/producao/perfil/>>. Acesso em: 15 fev. 2012).

<sup>9</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o Cerest “desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência” (Brasil, 2002). Na estratégia da Renast, o Cerest constitui-se em centro articulador e organizador, no seu território de abrangência, de ações intra e intersetoriais “com função de retaguarda técnica e polo irradiador de ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica”, deixando de ser porta de entrada do Sistema de Saúde (Brasil, 2002).

**Tabela 1** Respondentes do questionário segundo categoria profissional, tipo de serviço e percentual de participação em relação ao total de funcionários das unidades de atenção primária do município pesquisado, 2010

Categoria profissional	Nº respondentes			Percentual de respondentes em relação ao total de funcionários
	UBS*	USF**	Total	
Auxiliar/Técnico de enfermagem (TE)	37	17	54	50%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	-	38	38	47%
Enfermeiro (ENF)	15	12	27	87%
Médico (MED)	12	6	18	31%
Auxiliar Administrativo (AA)	5	6	11	69%
Dentista (CD)	4	3	7	24%
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	4	2	6	22%
Auxiliar de Serviços Gerais	1	1	2	20%
Fonoaudiólogo	1	0	1	5%
Residente multissaúde da família (1 enfermeiro e 1 fisioterapeuta)	-	2	2	-
Sem informação	1	1	2	-
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>88</b>	<b>168</b>	<b>45%</b>

\* UBS – Unidade Básica de Saúde (participaram funcionários das oito unidades do município)

\*\* USF – Unidade de Saúde da Família (participaram funcionários das dez unidades do município)

Fonte: Questionários de Pesquisa

Dos 168 respondentes ao questionário, 149 disseram identificar queixas e sintomas de usuários do serviço como agravos relacionados ao trabalho: 78 relataram que isso ocorre com muita frequência e 71 referiram que ocorria algumas vezes. Os profissionais que responderam ao questionário, das diferentes categorias, também afirmam buscar informação sobre o trabalho do usuário em seus atendimentos: todos os 27 enfermeiros, 15 dos 18 médicos, 34 dos 38 ACS e 43 dos 54 auxiliar/técnicos de enfermagem.

Quanto às ações de ST desenvolvidas na unidade de saúde, a *assistência ao trabalhador* é assinalada em 89 dos 168 questionários, seguida de *notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho*, com 74 respostas. Com menor frequência, foram assinaladas: *educação e promoção em ST*, em 46 dos questionários; *prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho*, em 36; *vigilância em ambientes de trabalho*, em 11 questionários.

Estes conjuntos de respostas sugerem que, por parte dos profissionais da saúde na APS, há percepção do trabalho como determinante do processo saúde/doença, que eles buscam realizar um atendimento ampliado e que algumas atividades de ST são desenvolvidas pelas unidades de saúde neste município.

Quanto aos agravos relacionados ao trabalho atendidos na unidade de saúde, as LER/DORT são as mais mencionadas, seguidas de problemas de coluna (lombalgias, dor na coluna) e transtornos mentais (**Tabela 2**).

Este resultado está condizente com o perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores na atualidade. Dados estatísticos da Previdência Social demonstram serem estes os agravos mais incidentes entre as doenças do trabalho: em 2010, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho (Grupo XIII da CID-10) corresponderam a cerca de 50% das doenças do trabalho registradas no INSS; e transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (grupo V da CID-10) a 5,8% (BRASIL, 2010).

Este perfil é compatível com as características do mundo do trabalho na atualidade. O conhecimento e os avanços tecnológicos permitiram a eliminação ou o controle de muitos fatores de risco físico, químico e biológico, mas o desenvolvimento do capitalismo lapidou os modos de produção, introduzindo cargas e desgastes concernentes à organização e à gestão do trabalho. Esses são “riscos” mais sutis e estão na gênese das LER/DORT e dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

**Tabela 2** Problemas de saúde relacionados ao trabalho mencionados pelos 168 participantes como mais comuns na unidade de saúde do respondente

<i>Agravo mencionado*</i>	<i>Menções**</i>
LER/DORT	111
Lombalgia/dor na coluna	61
Transtornos mentais	21
Acidente de trabalho	13
Intoxicação	6
Doença auditiva	2
Doença da voz	1
Alergias	1
Odontalgia	1
Não sei	6
Em branco	18
Resposta incoerente com a pergunta	3
Total	244

\* Classificados e agrupados pela autora

\*\* Referem-se ao número de respondentes que referiram cada agravo.

Fonte: Questionários de Pesquisa

Quanto ao conhecimento do território de abrangência<sup>10</sup> da unidade de saúde em aspectos de interesse à ST, os respondentes informam conhecer as atividades econômicas e o tipo de ocupação e emprego das pessoas da área de abrangência. Os dados sugerem haver alguma atribuição de relevância à categoria trabalho no reconhecimento do território de atuação por parte dos profissionais participantes da pesquisa, embora informem não conhecer tanto os fatores de riscos ambientais e ocupacionais, o que seria esperado, visto estar preconizado na Política de Atenção Básica que, no processo de territorialização, as equipes identifiquem grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011a).

A maioria dos respondentes indica sentimento de despreparo técnico para atender às demandas em ST, tanto entre os das UBS, quanto das USF, entretanto, acreditam que sua equipe tem essas condições. Este achado pode estar relacionado à valorização da equipe na Saúde da Família, sendo necessária melhor avaliação da questão com aprofundamento não realizado nesta etapa da pesquisa.

Uma dimensão cujo resultado indica questões de interesse à implantação e ao fortalecimento de ações de ST na APS é a que trata das dificuldades e das neces-

sidades apontadas pelos respondentes para o desenvolvimento de ações na área.

As respostas relatadas pelos profissionais mostram que as maiores dificuldades relacionam-se a aspectos da organização e da gestão do trabalho no sistema de saúde municipal e não às peculiaridades da ST (**Quadro 1**).

As respostas classificadas como sendo do âmbito da gestão sugerem haver alta pressão de tempo e demanda nos serviços de saúde, infraestrutura insatisfatória, desarticulação entre os serviços da rede e desconhecimento técnico específico, dificultando a realização das tarefas. As categorizadas como relativas ao sistema de saúde seguem na mesma linha ao indicarem falhas na rede de saúde que deixam a equipe da APS sem retaguarda adequada ao cuidado. Apontam, portanto, para questões referentes às condições de trabalho dos próprios profissionais da saúde.

Estes aspectos estão também na gênese do sofrimento e do adoecimento de profissionais de saúde, sobretudo na APS, como vem sendo demonstrado por inúmeros estudos, como Braga, Carvalho e Binder (2010, 2012), Machado e Assunção (2012), Chiavegato Filho (2011), Lancman et al. (2009), Ramminger e Brito (2008), Ribeiro (2006), dentre outros.

<sup>10</sup> Questão fechada do questionário, com alternativas de resposta “Sim” e “Não” para cada um dos seguintes itens: Você conhece o território de abrangência da sua unidade de saúde em relação a: a) atividades econômicas presentes no território; b) tipo de ocupação exercida pela população do território; c) fatores de riscos ambientais presentes no território; d) fatores de riscos ocupacionais presentes no território; e) tipo de emprego da população do território.

**Quadro 1** Categorização das respostas\* referentes a dificuldades no desenvolvimento de ações de ST por profissionais de serviços de APS em um município de médio porte, 2010

<i>Categoria de resposta</i>	<i>Exemplos de respostas**</i>
Formação	Falta de capacitação – técnica e legislação. Falta de conhecimento técnico.
Gestão da saúde	Falta de profissionais, excesso de demanda – atendimento breve, no qual, muitas vezes, a questão do trabalho deixa de ser considerada, não sendo possível a relação do diagnóstico com as condições de trabalho. Falta de estímulo por parte dos gestores em relação à saúde do trabalhador. Falta de tempo para desenvolver ações programáticas de prevenção de acidentes. Infraestrutura. Desinformação; falta de orientações pelo órgão competente. Dificuldade de fluxo. Amparo legal.
Sistema de saúde	Encaminhamentos. Referência e contrarreferência – Cerest e especialidades. Retaguarda exames (demora). Resolutividade. Acompanhamento adequado dos trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho. Falta de um diagnóstico mais precoce.
Especificidades da ST	Estabelecer o nexo causal. Orientar e informar os pacientes sobre seus direitos. Sensação de impotência em relação aos agravos de ST pela complexidade de fatores que envolvem o cuidar e o prevenir. Burocracia. Perícia INSS.
Prevenção	Prevenção; atuar no trabalho do paciente; fiscalização no ambiente de trabalho. Conscientizar as empresas sobre humanização. Má compreensão pelos empregadores.
Inespecífico	Todas. Nenhuma.

\* 109 dos 168 questionários foram considerados válidos para a questão.

\*\* Uma mesma resposta ao questionário pode ter tido conteúdo desdobrado e classificado em mais de uma categoria.

Fonte: Questionários de Pesquisa

Quanto às necessidades para o serviço de saúde (Quadro 2), os respondentes mostraram novamente a importância da gestão e da organização do Sistema de Saúde. De modo geral, as respostas apresentadas nesta questão se relacionam com as dificuldades apontadas, sendo mais específicas, e reforçam a relevância das condições de trabalho dos profissionais de saúde para a viabilização do cuidado ampliado e integral. Sugerem recursos necessários à realização de todo o trabalho na APS e não específicos para o desenvolvimento de ações de ST.

Nota-se que, para os participantes da pesquisa, os recursos para melhorar a atenção em ST estão fora do âmbito da Unidade de Saúde, o que pode significar tanto que a gestão do sistema deixa muitos vazios, ficando os trabalhadores da saúde sem condições mínimas necessárias para o trabalho, como também o sentimento de impotência dos funcionários na resolução de problemas, o que faz com que considerem apenas soluções fora de seu âmbito de ação. Algumas respostas também sugerem compreensão simplista de questões do âmbito da ST, por exemplo, ao apontar ação informativa como possível solução de problemas.

**Quadro 2** Categorização das respostas\* referentes a necessidades para o serviço implantar/melhorar a assistência em ST, por profissionais de serviços de APS em um município de médio porte, 2010

<i>Categoria de resposta</i>	<i>Exemplos de respostas**</i>
No âmbito do sistema/gestor de saúde	Profissionais capacitados para identificação dos casos e atendimento. Atualização e capacitação rotineira. Manuais técnicos disponíveis, possibilidade de discussão de casos. Mais informações ao conjunto da rede básica. Implantar e melhorar fluxo definido e funcional. Mais serviços para atendimento do trabalhador. Serviço que atua junto ao paciente no controle de doenças. Resultados de exames com laudos preenchidos corretamente e mais seriedade por parte do INSS. Referência e contrarreferência. Melhorar acesso a especialidades (fisioterapia p.ex.). Rede integrada entre os serviços. Implantar um sistema de informação eficiente sobre doenças do trabalho. Mais prevenção, orientação e médicos. Resolutividade quanto à sua saúde e seu trabalho (condições para o trabalho) Informação ao trabalhador sobre seus direitos e deveres em relação à saúde. Rede de apoio a questões trabalhistas.
No âmbito do Cerest	“Acho que isso cabe ao Cerest.” Melhorar funcionamento do Cerest quanto à realização das ações de vigilância e na relação com a rede básica de saúde. Fiscalização no ambiente de trabalho. Mais informações ao trabalhador. Fazer palestras com os encarregados ou empregadores nas unidades de saúde.
No âmbito do próprio serviço	Incorporar mais a anamnese ocupacional nas consultas. Mais disponibilidade de atendimento ao paciente. Maior autonomia para triagem de consultas extras em geral. Realizar notificação compulsória. Intensificar o atendimento para saber quais providências tomar. Realizar grupos. Melhorar comunicação com serviço secundário e Cerest. Presença de especialistas na USF, como ortopedista, fisioterapeuta. Obter mais conhecimento e prática em saúde pública. Muita dedicação com amor.
Não entenderam a questão	“nós temos centro de referencia da saúde do trabalhador”. “Sim”.

\*111 dos 168 questionários foram considerados válidos para a questão.

\*\* Uma mesma resposta ao questionário pode ter tido conteúdo desdobrado e classificado em mais de uma categoria.

Fonte: Questionários de Pesquisa

## Considerações finais

Estes resultados indicam que as principais dificuldades quanto ao desenvolvimento de ações de ST, indicadas pelos profissionais da saúde na APS do município estudado, em geral não estão vinculadas à falta de percepção da relação existente entre trabalho e saúde, contrariamente ao que se poderia supor pelo senso comum. Antes, referem-se a questões das condições de trabalho que eles próprios tenham para desenvolver suas atividades. Pode-se di-

zer, portanto, que a inclusão de ações de ST na APS depende também das condições de trabalho na APS.

Não se pode descartar, obviamente, a necessidade de investimentos na formação técnica dos profissionais, garantindo o acesso a conhecimentos específicos da área de ST e o apoio matricial das equipes de referência; contudo os profissionais participantes da pesquisa aqui apresentada revelam que há carência de muito mais.

Aspectos relacionados à gestão do sistema de saúde local e à organização do trabalho são perce-

bidos pelos funcionários que atuam na APS como fatores que dificultam o desenvolvimento de ações mais ampliadas no serviço de saúde, dentre elas as de Saúde do Trabalhador, comprometendo a integralidade do cuidado.

Questões como quantidade de consultas, referências do nível secundário do Sistema, acesso a procedimentos diagnósticos, valorização de ações preventivas, integração real da rede de saúde, dentre outras, destacam-se como relevantes na viabilização do desenvolvimento de ações de ST.

Os resultados encontrados podem oferecer indicações aos que estejam buscando a implantação de ações de ST na APS, tais como a importância de considerar os profissionais de saúde enquanto trabalhadores, o que implica em buscar: compreender os processos e a organização do seu trabalho; contribuir para o desenvolvimento da emancipação desses sujeitos; transformações nas condições objetivas e subjetivas de trabalho. Afinal, como aponta Pimenta (2006, p. 388):

[...] a gestão das organizações de saúde é uma atividade complexa e que exige muito investimento da equipe de gestão e dos trabalhadores para lograr resultados satisfatórios para os usuários e para os próprios trabalhadores.

Temos, portanto, duas faces de uma mesma moeda, já conhecidas há séculos: quanto melhores as condições objetivas e subjetivas do trabalho, melhor será a qualidade dos resultados desse trabalho!

Não é possível, na área de Saúde, desconsiderar uma dessas faces, visto que a essência do trabalho é relacional. Para tanto, a gestão democrática e participativa na Saúde, com investimento em processos de educação permanente das equipes e desenvolvimento de estratégias como o apoio matricial, tem se destacado como promotora de melhores condições de trabalho por: permitir espaços de liberdade na organização do trabalho nos serviços de saúde, saindo da administração rígida e somente com con-

trole quantitativo de procedimentos; propiciar situações de reflexão e discussão do trabalho para seu melhor desenvolvimento; favorecer aos profissionais de saúde a transformação com vistas à emancipação. Portanto, recuperar a potência de ação de profissionais de saúde é promover uma rede de cuidados promotores de potência de ação aos usuários do Sistema.

Este deveria ser um desafio de todo gestor e de todo profissional da saúde:

[...] construção de espaços de gestão como estratégia para construir uma rede de serviços de saúde centrada no cuidado do usuário e na constituição dos trabalhadores enquanto sujeitos desse processo. (PIMENTA, 2006, p. 387)

E, neste sentido, a implementação de ações de ST nas atividades da APS poderá ser realizada como situação que colabore com a amplificação e a qualificação do processo de cuidado ao usuário, trazendo resultados positivos aos dois polos da relação, os usuários e os profissionais da saúde, ao invés de ser considerada simplesmente como tarefa a ser incluída no rol do que deva ser cumprido.

Profissionais de saúde trabalhando em condições precarizadas têm recursos volitivos e afetivos para uma prática clínica ampliada e o desenvolvimento de ações preventivas? Uma possível identificação com o usuário que adoecce no trabalho interfere na qualidade do cuidado e em que sentido isso ocorre?

Responder estas e outras questões constitui-se em processo importante para uma ampliação também da abordagem da gestão na saúde, para além de modelos, protocolos e conceitos preconcebidos, que operam como trabalho prescrito, mas não bastam para melhorar a qualidade do cuidado rumo à integralidade.

O cenário aqui exposto indica a necessidade de aprofundamento dos achados por meio de pesquisas visando a aproximações a possíveis respostas às perguntas acima.

## Agradecimentos

Agradeço às alunas de Iniciação Científica que colaboraram na coleta e na organização de dados: Maria Clara Fernandes Pereira Cruvinel (bolsista), Laís Soares Vello e Tayla Borges Soares (voluntárias).

## Referências

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

BRAGA, L. C. de. *Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de*

*saúde de município do interior paulista*. 2012. 112 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2012.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. 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, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 setembro 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 27 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1679/GM, 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 27 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho 2010*. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1209>>. 2010. Acesso em: 29 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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 Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 27 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Trabalhar sim! Adoecer, não!* O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalhar\\_sim\\_adoecer\\_nao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalhar_sim_adoecer_nao.pdf)>. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série D. Reuniões e Conferências). Acesso em: 27 maio 2013.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHIAVEGATO FILHO, L. G. *Trabalho e saúde*: estudo com médicos do SUS Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade. 2011. 190 f. Tese (Doutorado em Psicologia)–Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

DIAS, M. D. do A. *A saúde de trabalhadores jovens como indicador psicossocial da dialética exclusão/inclusão*. Estudo de caso com jovens operárias em indústrias de confecção. 2007. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

DIAS, M. D. do A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. 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.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

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, 2009.

MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Org.). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-56.

PIMENTA, A. L. *Saúde de Amparo*: a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. 288 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

PINHEIRO, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco/UERJ/Cespec, 2006.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 36-49, 2008.

RIBEIRO, S. F. R. *O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho*. 2006. 162 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.  
*Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos,*

conceituais, normativos e diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Relatório técnico-científico.  
Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708\\_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000708_Desenvolvimento%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2013.

## Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas

Maria Angélica Tavares de Medeiros<sup>1</sup>

Vera Lúcia Salerno<sup>2</sup>

Mírian Pedrollo Silvestre<sup>2</sup>

Lilian Vieira Magalhães<sup>3</sup>

*Occupational Health Policy: revisiting the case of Workers' Reference Centre in Campinas, São Paulo, Brazil*

<sup>1</sup> Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo *Campus* Baixada Santista, Santos, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Faculty of Health Sciences, Western University, Ontario, Canadá.

*Contato:*

Maria Angélica Tavares de Medeiros

*E-mail:*

angelica.medeiros@unifesp.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesses.

### Resumo

**Introdução:** O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Campinas nasceu em 1986 como demanda sindical. **Objetivo:** Este artigo analisou a trajetória do Cerest-Campinas, cotejando desafios identificados em estudo de 2001 com a realidade de 2012. **Métodos:** utilizou-se análise secundária, comparando-se os dados de 2001 com o momento atual. Em caderno de campo registraram-se reflexões e depoimentos de profissionais para análise de conteúdo. **Resultados:** Embora a vigilância apresente limitações estruturais relacionadas à marginalização da política de Saúde do Trabalhador, houve avanços na assistência. No entanto, os óbices verificados em 2001 se agravaram atualmente. Dificuldades na gestão e no financiamento, aliadas a problemas e mudanças na administração municipal, geraram uma crise que, em 2011, ensejou o movimento “Em defesa do Cerest”. Chamou a atenção, igualmente ao estudo anterior, o grau de envolvimento da equipe que, não obstante os impasses, segue enfrentando os problemas. **Conclusão:** O Cerest sobrevive no seio de contradições e grandes desafios permanecem. A ameaça de fechamento reacendeu o compromisso dos sujeitos historicamente envolvidos (profissionais e sindicatos), sugerindo possibilidades que, a depender do rearranjo de forças político-institucionais, podem colaborar na consolidação da política de Saúde do Trabalhador nos planos local e nacional.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador; serviços de saúde do trabalhador; política de saúde; Sistema Único de Saúde.

### Abstract

**Introduction:** *The Regional Occupational Health Reference Center (Cerest) opened in Campinas, São Paulo State, Brazil, in 1986, as a union demand. Objective: To analyse the trajectory of Cerest-Campinas comparing the challenges identified in a 2001 study with the 2012 reality. Methods: Secondary analysis was carried out comparing the current moment with data from 2001. For content analysis, the authors recorded Cerest workers' reflections and testimonies in a field notebook. Results: Although there are structural limitations concerning Surveillance, especially regarding marginalization of the Occupational Health Policy, there has been progress in Health Care. Nevertheless, the obstacles faced in 2001 are greater nowadays. Difficulties in management and financing coupled with municipal administration problems caused a crisis culminating in a movement “In defence of Cerest” (2011). As in the previous study, a relevant fact was the degree of personal involvement of Cerest workers, as they, in spite of all difficulties, kept resisting. Conclusion: Cerest survives amidst contradictions, and challenges remain. The threat of its closing called back the commitment of historical actors (professionals and unions) involved, suggesting possibilities, which, depending on rearrangement of political institutional powers, can consolidate workers' health policy, in local and nationwide levels.*

**Keywords:** occupational health; occupational health services; health policy; Brazilian Unified Health System.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 19/04/2013

Aprovado: 23/04/2013

## Introdução

No cenário brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), a agenda da Saúde do Trabalhador compõe um dos desafios a serem enfrentados face ao quadro de morbimortalidade dessa população e à complexa malha causal implicada na relação entre trabalho e saúde.

Historicamente, as políticas públicas em saúde e trabalho operam em conformidade com as determinações do sistema capitalista brasileiro, em cada momento específico de realização da acumulação (FALEIROS, 1992). Por seu turno, a lógica operacional das instituições governamentais atuantes na área de saúde do trabalhador, como o Ministério do Trabalho e Emprego e o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), é marcada pela fragmentação e desarticulação, pouco incidindo sobre as condições insalubres dos processos de trabalho (DIAS, 1994; LACAZ, 1996; GOMEZ; COSTA, 1997; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012). Este é um dos móveis da construção de programas de Saúde do Trabalhador em finais da década de 1980, em resposta à insuficiência das intervenções estatais.

Tais experiências compõem momento fértil do cenário nacional: somando o ressurgimento do movimento sindical no ABC paulista, em finais da década de 1970, em oposição ao arrocho salarial do período militar (1964-1986), ao debate em torno da Reforma Sanitária, aliado ao agravamento das condições de saúde em geral e dos trabalhadores em particular (CHASIN, 2000; MEDEIROS, 2001; LACAZ, 2007; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

Este texto se propõe a revisitar a trajetória do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest-Campinas) à luz de estudo realizado no período de 1986 a 1998 (MEDEIROS, 2001). Partindo da síntese dos principais resultados daquela pesquisa, pretende-se realizar uma primeira reflexão, procurando verificar em que medida o serviço avançou na superação dos impasses ali identificados e na consolidação do modelo de gestão e funcionamento previamente proposto.

## Considerações metodológicas

A investigação de Medeiros (2001), de caráter qualitativo, envolveu acervos documentais e entrevistas, tendo sido realizada uma análise imanente das fontes (CHASIN, 2000), que parte do respeito à sua lógica interna, buscando apreender a totalidade na qual se situa essa realidade, que é dinâmica e está inscrita na processualidade histórica nacional.

O presente estudo foi construído a partir de metodologias de análise secundária, frequentemente utilizadas em pesquisas da área de saúde (BISHOP, 2007; FIELDING, 2000). Neste caso, a análise secundária objetivou articular uma perspectiva histórica, por intermédio da revisão de dados primários produzidos uma década atrás (MEDEIROS, 2001). O novo estudo levou em conta condicionantes sociais atuais, notadamente as diretrizes políticas de saúde e trabalho (LACAZ; SANTOS, 2010), bem como a reestruturação da produção (ANTUNES, 2009).

Após uma atualização da literatura na área, evidências do estudo anterior, relativas aos impasses e desafios do Cerest-Campinas, foram contrastadas com a realidade de 2012 a partir da experiência acumulada por indivíduos que ainda atuam no serviço (agora coautores do presente artigo). Reuniões de planejamento entre as quatro autoras foram realizadas para a revisão dos referidos dados primários. Um caderno de campo foi criado para registrar estes diálogos, além de depoimentos informais de integrantes da equipe do serviço. Em outra frente de trabalho, as autoras compilaram dados recentes da produção do Cerest-Campinas, bem como variado material jornalístico referente às atividades atuais do serviço. Todo o material obtido foi, então, retrabalhado, a partir de análises de conteúdo que produziram os resultados ora apresentados (MINAYO, 2002).

O recorte do estudo atual privilegiou o exame de uma política cujo mote foi a integração das ações de assistência médica individual e vigilância nos locais de trabalho.

Há que ressaltar, entretanto, que análises secundárias de dados qualitativos, ainda que realizadas pelos mesmos pesquisadores responsáveis pela coleta original, como no caso deste artigo, não se destinam a produzir conhecimentos novos sobre o material antigo (PARRY; MAUTHNER, 2005). Análises secundárias se dispõem, de fato, a repensar os questionamentos originais a partir de uma realidade atual, que pode ou não ter sido alterada em suas condições estruturais e contextuais. É exatamente a relação entre estrutura e contexto que interessa revisitar no caso do Cerest-Campinas. Eis, portanto, o que foi possível rever, reproblematicar, recategorizar e até reafirmar, uma década depois.

## Resultados e discussão

### *O Cerest-Campinas: configurações e contradições*

O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Campinas nasceu em 1986, tendo como peculiaridade o fato de ter sido gerado por demanda dos próprios trabalhadores (MEDEIROS, 2001). Em 2003, incorporou-se à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), no processo de regu-

lamentação do SUS, desdobrado em novas portarias e decretos, ampliando e descentralizando as ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2005, 2009a, 2009b, 2011). Em 2006, o serviço passou a ser chamado de Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest), igualmente aos semelhantes no país (BRASIL, 2005). O Cerest-Campinas possui uma área de abrangência de nove municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Hortolândia, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré e Valinhos (BRASIL, 2002), com uma população estimada em 2.067.939 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O marco zero dessa trajetória se estabeleceu pela convergência entre mobilização sindical contra a insalubridade gerada pelos processos de trabalho e a permeabilidade institucional da gestão municipal, que propiciou o acolhimento da demanda. A força desse encontro desvelou a elevada incidência de doenças relacionadas ao trabalho nas décadas de 1980 e 1990. Enfatizavam, os depoimentos, que a participação dos sindicatos na fundação do então PST decorreu da necessidade de superação do assistencialismo vigente, sendo “[...] um projeto nascido fora da instituição” (Profissional entrevistado 5, MEDEIROS, 2001, p. 171). O Programa, por sua vez, subsidiou o movimento sindical em negociações coletivas com o reconhecimento do nexos causal entre trabalho e agravo (MEDEIROS, 2001).

A inovação impressa pelos programas de saúde do trabalhador na década de 1980 é reconhecida por vários autores (OLIVEIRA, 1994; LACAZ, 1996; LACAZ, 2007), sobretudo no que se refere a suplantarem o assistencialismo inaugurado no período Vargas (anos 1940), atrelando os sindicatos ao Estado. “A pujança para tanto é dada pela renovação sindical de finais da década de 1970, reposicionando o movimento dos trabalhadores na cena política nacional” (MEDEIROS, 2001, p. 170).

Sobre os pressupostos da atenção figuram o reconhecimento da relação entre saúde-doença e processo de trabalho e a interlocução com os trabalhadores; o aprimoramento da capacidade de diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho na rede de saúde; e a premência de redução dos riscos nos locais de trabalho pela articulação interinstitucional, integrando órgãos de assistência, sindicatos e instituições com poder de polícia.

A cogestão sindical do Cerest foi mencionada, no estudo de Medeiros (2001), não somente como o impulso originário do Programa, mas como móvel de sustentação política, antecedendo o controle social proposto pelo SUS (1990), quando a antiga Comissão Sindical se tornou Conselho Gestor. “O Conselho, que já existia desde 1987, foi posto como Conselho Local

na Unidade de Saúde do Trabalhador” (Profissional entrevistado 1, MEDEIROS, 2001, p. 177). Premidos pela ausência de apoio do poder local, era patente nas falas a pressão política que o movimento sindical exerceu como suporte ao serviço, conforme os depoentes: “A nossa maneira de atuar é via Comissão Sindical [...] que participa ao vivo das discussões, traz prá gente e leva alguma coisa que foi decidida aqui” (Profissional entrevistado 4, MEDEIROS, 2001, p. 180):

É uma relação de ajuda mútua [...] um respaldo fundamental que a instituição Prefeitura não nos dá. Cada vez que precisamos da Prefeitura para sustentar posições políticas, não tem sido muito tranquilo e o movimento sindical dá e, por outro lado, acho que respondemos para eles fazendo a discussão, ainda que sem o impacto desejado. (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 179)

Eu enxergo essa participação dos sindicatos como fundamental para a existência e manutenção, para fazer com que o serviço seja um serviço de referência dos mais importantes a nível nacional [...] Na minha opinião, independente das administrações municipais [...] mantém-se a importância política do serviço. Não só por causa do trabalho técnico daqui, mas por causa da importância política disto, que peita, muitas vezes, grandes metalúrgicas e várias empresas que têm influência no poder municipal, estadual e até nacional. Isto se mantém, graças a essa articulação política que o movimento sindical garante. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 180)

A omissão do poder local parece determinar o caráter marginal da incorporação do Cerest à política municipal de saúde. Indagados a respeito da posição que ocupa a saúde do trabalhador no município, os atores revelaram o distanciamento entre o que é feito no âmbito interno e nos demais níveis da política de saúde:

Quando a gente fala em Política de Saúde do Trabalhador no município é quase uma coisa etérea. O que o CRST faz, faz porque resolveu fazer, não é porque veio uma diretriz política discutida no Conselho Municipal de Saúde. (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 98)

Com alocação de recursos subordinada às orientações políticas de cada gestão, o serviço foi considerado um “apêndice” (Profissional 1, MEDEIROS, 2001, p. 97) do sistema. Sobressai o isolamento quando os profissionais acusam a posição menor que ocupa a política de saúde do trabalhador na rede de saúde (MEDEIROS, 2001).

Essa fragilidade com que se movimenta o serviço obstaculiza a constituição de base mais sólida de sustentação. Da análise das fontes depreendeu-se que, desde o primeiro ano de funcionamento do Programa (1987) até 1998, o Cerest-Campinas sofreu periódicas descontinuidades de suas ações face às distintas orientações das gestões municipais (MEDEIROS, 2001). Nos anos 2000, segundo observações empíricas dos atores remanescentes, esse impasse não foi resolvido.

Os limites do processo de institucionalização da atenção à saúde do trabalhador pelas redes de saúde foram notificados por análises realizadas na década de 1990 (DIAS, 1994; CAVALCANTI, 1996; GOMEZ; COSTA, 1997). Para Lacaz (1996), a ausência de respaldo às ações dos centros de referência é um elemento estrutural que acompanhará sua constituição.

No caso de Campinas (MEDEIROS, 2001), contudo, ao mesmo tempo em que os atores envolvidos denunciavam os impasses, em sentido aparentemente oposto reafirmavam o papel do Cerest, salientando o mérito de ter sobrevivido à vaga que desarticulou as propostas da década de 1980:

O Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas é fundamental nisso, porque outras iniciativas da época tiveram importância e depois retrocederam. Não tem basicamente nada hoje [...] não tem esse viés do Programa de Campinas, [...] que é a questão sindical. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 101)

Nessa direção, os entrevistados argumentavam “[...] em favor de avanços significativos, ainda que permeados por contradições”, envolvendo não somente poder local, mas o fato de o serviço assumir a perspectiva do trabalho, suscitando o confronto com os interesses do capital. Para sustentar um serviço entremeadado de conflitos, a aposta foi na reafirmação do apoio sindical e na construção de parcerias inter-setoriais (MEDEIROS, 2001, p. 102).

Na seara das relações intersetoriais, contribuiu para a qualificação do Cerest-Campinas, o termo de cooperação Brasil-Itália, firmado em 1994, entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e as secretarias de saúde dos municípios, fomentando a capacitação dos profissionais para a vigilância e a assistência e o investimento em equipamentos para maior resolutividade diagnóstica. Parceria produtiva foi igualmente verificada na relação de troca com as universidades (Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas e Universidade Estadual de Campinas – Unicamp), dando suporte às formulações da política, enquanto o Cerest contribuiu para a formação, oferecendo estágios interdisciplinares. Constatou-se deslocamento favorável, notadamente no que se refere ao convênio entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Ministério Público do Trabalho (MPT), assinado em 1995, visando à cooperação mútua para melhorar as condições dos ambientes de trabalho e prevenir doenças e acidentes de trabalho (MEDEIROS, 2001).

### ***Assistência e vigilância: como operar as duas ações?***

Apesar de ter sua origem anterior à Constituição e de ser anterior ao SUS em quatro anos, o Cerest-Campinas foi concebido tendo em vista a integralidade, a contemplar ações de assistência, vigilância e educação em saúde do trabalhador, contando com

equipe interdisciplinar. Em fórum interinstitucional de 1993, promovido em parceria com a PUC-Campinas, avaliou-se o serviço e foram delineadas diretrizes para essas três frentes (MEDEIROS, 2001).

Até meados dos anos 1990, a demanda era composta, majoritariamente, por encaminhamento sindical. Em 1990, o serviço assumiu a Coordenação de Acidentes de Trabalho, antes a cargo do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), organizando a demanda e qualificando a atenção, com o estabelecimento donexo causal entre doença/acidente e trabalho. Pretendia-se, assim, chegar aos ambientes de trabalho, acesso cujas bases legais só foram instituídas no município em 1992. Os atores ressaltaram o protagonismo do Cerest-Campinas no incremento dos registros de doenças relacionadas ao trabalho, o que, nos anos 1990, foi decisivo para os diagnósticos de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT (MEDEIROS, 2001).

Se até 1990 o Programa carecia de clientela mais constante, a outra face desse problema foi o esgotamento da capacidade de assistência, envolvida progressivamente no atendimento aos acidentados no trabalho (AT). Sanados os entraves burocráticos vigentes e estabelecida a legislação municipal sobre Vigilância Sanitária, deu-se o passo seguinte para atender às diretrizes do SUS de descentralização e hierarquização. Desse modo, em 1994 iniciou-se a descentralização do atendimento aos AT para a Rede Básica de Saúde. O intuito naquele momento era criar as condições de realização da tarefa própria do Cerest – a atenção integral à saúde do trabalhador – promovendo o rearranjo da assistência individual, organizando a demanda por critérios de vigilância nos locais de trabalho e ordenando ações em tais ambientes, segundo a legislação (BRASIL, 1990), atendendo eventos mais complexos e organizando o sistema de informação via Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Contudo, os entrevistados por Medeiros (2001) apontaram que a descentralização prejudicou a qualidade do registro, exacerbando o crônico problema das falhas do sistema de informações em saúde.

Somado a isso, surgiu um complicador no cenário: a partir de 1993, o perfil dos diagnósticos realizados no serviço sofreu alteração: “[...] nos reorganizamos e nesse meio tempo já veio o advento da LER e não carecemos mais da falta de demanda, pelo contrário [...]” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 130). Atualmente, 85% dos diagnósticos do Cerest-Campinas são de LER/DORT acompanhados de quadros de ansiedade/depressão, retroalimentando a dor (SALERNO; SILVESTRE; SABINO, 2011).

A explosão dos casos de LER resultou em uma crise do Cerest, o qual, à época, premido pela assistência, pareceu adiar o projeto de atuação mais efetiva em vigilância. As características dessa síndrome agravam a crise, pois se trata de problema de difícil resolução imediata: “[...] A assistência de uma perda auditiva é fazer o diagnóstico e uma audiometria, uma vez por ano e orientar. LER não, LER vem e fica” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 131).

[...] Quando a gente está bem consegue atuar em vigilância, ter uma atuação legal em assistência, quando a gente fica mal em recursos humanos e materiais a gente só faz assistência basicamente. (Profissional entrevistado 4, MEDEIROS, 2001, p. 133)

Frente ao cenário de recrudescimento da LER e considerando diretriz do SUS, iniciou-se, em 1998, o debate acerca da descentralização da assistência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campinas, representando, segundo depoimentos, medida essencial para desafogar a demanda, realizar ações preventivas e retomar o projeto original (MEDEIROS, 2001).

A descentralização deve fazer com que o nosso serviço venha a ter mais ações de vigilância em ambiente de trabalho e aí conseguiremos ter um pouco mais de resultados porque, com demanda de 80% de LER, a gente acaba ficando dentro do consultório na maior parte do tempo. (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 136)

Naquele momento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava implantada na maior parte da Atenção Básica do município. A partir da capacitação daqueles profissionais e da organização da retaguarda de exames subsidiários, a equipe julgava ser possível operacionalizar essa medida, cabendo ao Cerest o papel de operar, realmente, como referência de maior complexidade para os casos que, no nível primário, não fossem passíveis de solução. A descentralização da vigilância foi impulsionada com a migração de trabalhadores do Cerest-Campinas para os níveis distritais a partir de 2001. Esse processo foi avaliado por Balista, Santiago e Correa-Filho (2011a, 2011b), que concluíram que a implantação das ações de vigilância em saúde do trabalhador nas UBS de Campinas, em 2006, foi parcial, comprometendo a qualidade dos registros de interesse epidemiológico e o reconhecimento denexo causal com o trabalho.

Com a incorporação das atribuições em saúde do trabalhador pelo SUS (BRASIL, 1990) a vigilância em saúde do trabalhador ganhou estatuto legal, o que, contudo, somente se efetivou após o convênio com o MPT, mencionado anteriormente. Foi por ausência de respaldo da Prefeitura que se recorreu a essa aliança: “Se nós vamos lá, vamos com poder de polícia inquestionável, vamos como assistentes técnicos do Promotor, não há o que falar. Muda o poder de força” (Profissional entrevistado 3, MEDEIROS, 2001, p. 104).

O sentido primordial desse convênio foi emprestar poder ao Cerest, permitindo o exercício da autoridade outorgada pelo SUS, contudo não realizada. Segundo Medeiros (2001), as argumentações convergiram para o reconhecimento de que a parceria representou passo importante na história do Cerest, facilitando a vigilância dos locais de trabalho. Mesmo assim, os limites internos do serviço não foram suplantados, sobretudo quanto à falta de estrutura condizente com as necessidades: “[...] só gostaria de poder trabalhar mais isso, tendo mais técnicos aqui que pudessem trabalhar essa questão de Assistência e da Vigilância também” (Profissional entrevistado 2, MEDEIROS, 2001, p. 107).

A concepção da vigilância do Cerest-Campinas baseou-se no Modelo Operário Italiano (ODDONE et al., 1986), partindo do desvendamento da insalubridade no chão da produção e da demanda por nexo causal para propor intervenções conjuntas com a organização dos trabalhadores. As intervenções de vigilância seguiam a lógica da atuação por projetos, conforme experiência italiana, podendo ser desencadeadas por denúncia sindical ou como derivação dos convênios Brasil/Itália com o Ministério Público ou ainda a partir de dados resultantes do atendimento ambulatorial, tratados como informação de saúde. Pela priorização de um ramo de atividades, a equipe buscava cobrir a totalidade daquele setor.

À revelia das limitações internas, como a ausência de recursos e o pequeno número de profissionais capacitados para atuar na vigilância, foram identificados resultados positivos na redução da mortalidade na construção civil, bem como em intervenções relacionadas à intoxicação por chumbo, solventes, ruídos e cerâmicas (MEDEIROS, 2001). A partir da compilação de documentos internos, feita em 2012 pelos autores deste artigo, verificou-se que, desde o início do serviço, registraram-se 556 prontuários de vistorias em locais de trabalho, nos quais constam informações sobre processos de fiscalização (Cerest-Campinas, 2012).

Quanto ao tratamento analítico da informação, há que referir a incipiente sistematização do quadro de morbimortalidade dos trabalhadores em Campinas. Não se consegue medir o impacto dessas ações, conforme depoimentos da pesquisa de Medeiros (2001):

A gente conseguiu dar esse salto de qualidade na vigilância, mas não tem padrão de mensuração. [...] A gente está achando que o que chega aqui não é problema tão grave, [...] já é um caso um pouco menos horrível do que o que chegava antes. (Profissional entrevistado 4, p. 151)

Outro entrevistado atribuiu esse problema à inexistência de denominador confiável (MEDEIROS, 2001).

Assim, naquele estudo (MEDEIROS, 2001), sinalizaram-se falhas no sistema de informações transcendentais ao serviço, obstaculizando a ação da vigilância. O instrumento oficial de registros de morbimortalidade no trabalho (CAT) restringia-se ao setor formal da economia, em franco encolhimento. Na literatura científica, a subnotificação de agravos tem sido reiterada (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005; CORDEIRO et al, 2005; DIAS et al., 2011), em que pese a contribuição dos Cerests no aprimoramento de notificações no Brasil (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012). A esse respeito, em revisão sobre iniquidades em saúde entre trabalhadores brasileiros, Dias et al. (2011) verificaram a fragmentação e a pouca eficácia das políticas públicas de saúde e proteção para responder às demandas decorrentes da informalização do trabalho.

A partir do estudo sobre o Cerest-Campinas, identificou-se um conjunto de óbices à realização de intervenção adequada nos locais de trabalho. Paralelamente à precariedade estrutural e às dificuldades da assistência, caminharam os efeitos nocivos da reordenação do capital nos anos 1990, como o deslocamento da capacidade de absorção de mão de obra do setor secundário da economia para o terciário e a expansão do mercado informal (POCHMANN, 1999).

A terceirização não somente dificultou o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, como interferiu na vigilância em função da mobilidade da força de trabalho. O capital também terceirizou os riscos, deslocando, dos países centrais para a periferia, as plantas das empresas e os processos de trabalho mais danosos (MELO; ALMEIDA; MATTOS, 1998). O refluxo da participação sindical em programas de saúde do trabalhador decorrente desse processo foi constatado por outras investigações (LACAZ, 1996; LAURELL; NORIEGA, 1989). O desemprego estrutural mudou o foco de atenção, de modo que, segundo líder sindical entrevistado em 2001:

[...] os trabalhadores nunca estiveram tanto na defensiva como estão agora [...] estão sendo eliminados postos de trabalho, são pessoas que saem do mercado de trabalho e vão ficar na marginalidade. (Líder sindical entrevistado, MEDEIROS, 2001, p. 184)

As mudanças no mundo da produção entre as décadas de 1980 e 1990 acarretaram perda de poder de fogo dos representantes do trabalho, enfraquecendo os sindicatos e criando um lapso entre o reconhecimento de avanços na cogestão sindical do serviço e os interesses mais urgentes de manutenção do emprego, que afastavam o movimento sindical de atuação mais efetiva na temática saúde/trabalho. De acordo com a pesquisa anterior (MEDEIROS, 2001), com o refluxo do movimento sindical, o Cerest perdeu sua potência, empobrecendo como espaço de articulação política para modificar os ambientes

de trabalho. Também se localizou um embate entre a demanda que os sindicatos traziam em períodos de crise, de assistência individual, e aquilo que se considerava primordial: a integralidade da atenção compreendendo assistência e ação conjunta de vigilância no local de trabalho. De acordo com o entrevistado, “[...] Estamos tendo problemas sérios, temos uma demanda extremamente crescente, que é o desemprego. Então, a área ambulatorial está encontrando dificuldades [...]” (Líder sindical entrevistado, MEDEIROS, 2001, p. 134).

### ***Velhos problemas, novas ideias? Velhas ideias, novos problemas? O que há de novo no mundo do trabalho no contexto brasileiro?***

Os desafios brasileiros contemporâneos do mundo do trabalho são inúmeros e alarmantes. Mudanças demográficas que acarretam enormes dificuldades nos sistemas de previdência, pensões e seguros em geral; novas configurações demográficas da força de trabalho; o crescente envelhecimento das qualificações; a redistribuição geográfica, tanto interna, quanto globalmente, dos processos produtivos, para citar apenas alguns. Na raiz deste contexto, a volatilidade e a velocidade extrema dos processos.

O *cyberproletariado*, caracterizado por Antunes (2009) como um contingente de trabalho cada vez mais virtual e rarefeito, sumariza o novo modelo de precarização. Neste novo modo de trabalhar, o controle dos processos de trabalho se dá pela própria tecnologia, pela fiscalização eletrônica da produção e dos tempos mortos. Consolidada-se, assim, a instabilidade dos contratos, travestida em “liberdade” do trabalhador, que já não recebe qualquer benefício dos empregadores, mas que está “livre” para ir e vir. A chamada flexibilização do trabalho (ANTUNES, 2009; LACAZ; SANTOS, 2010), com a progressiva desregulamentação dos contratos e benefícios, engendra um cenário fortemente competitivo e individualizado, no qual as representações sindicais perdem espaço e poder, e que encontra paralelos diretos em um novo modo de conviver em sociedade. Permanentemente conectados, mas desenraizados, o que os trabalhadores contemporâneos e seus desafios reiteram é a necessidade de reconhecer a complexidade das interações que tornam real o quase virtual trabalho.

Sem entrar na discussão das eventuais causas e efeitos, parece clara a relação entre esses modos desenraizados de viver e a crescente temporariedade do trabalho. Como Zygmunt Bauman (2003) vem mostrando, em escala global, a fragilidade dos laços sociais e afetivos determina a impossibilidade de projetos de longo prazo. Relações familiares e profissionais, bem como projetos políticos, são estabeleci-

das de maneira frouxa e movediça, modificando-se em velocidade exponencial, o que impede a reflexão e frustra tentativas de resistência.

No caso do mundo do trabalho, são processos de produção que se reterritorializam a cada momento, contratos precários que se renovam e se refazem em bases sempre mais desasseguradas, indivíduos soltos que se lançam ao trabalho sem qualquer garantia de permanência, visto que o tempo parcial ou o teletrabalho, hiperexplorado, darão conta das tarefas em prazo cada vez menor, envolvendo cada vez menos trabalhadores.

De acordo com Chasin (2000, p. 304):

Sem dúvida, a nova (des) ordem internacional do capital, produzido e reproduzido com alta tecnologia no mercado globalizado, não é a materialização de um sopro divino de bonança, plasmada em opulência e justiça. É, porém, e será cada vez mais, até onde possam os horizontes ser hoje vislumbrados, o mundo real a ser vivido por todos, embora sob a diversidade com que os países estejam habilitados a participar dele por efeito do desenvolvimento desigual que os enferma.

Os trabalhadores brasileiros, principalmente os jovens, respondem a este contexto ora pela aceitação tácita, ora buscando revertê-lo com estratégias individuais às vezes desesperadas e infrutíferas, como mostram os enormes contingentes de candidatos a concursos públicos que, supostamente, garantiram empregos permanentes em um tempo de absoluta volatibilidade profissional. Tecnologias, estratégias comerciais e modelos gerenciais envelhecem em velocidade muito superior às frágeis e inúteis tentativas de prevê-las e controlá-las. Conceitos de durabilidade perdem sentido tanto para relações afetivas, quanto para produtos e projetos.

Já reconhecida, a incapacidade acadêmica de dar conta dos problemas da sociedade torna-se agora justificável pela imprevisibilidade do mundo contemporâneo (LACAZ; SANTOS, 2010). Como mostraram Lacaz e Santos (2010), a academia, o movimento sindical e os serviços públicos tiveram um papel fundamental na construção de um campo de saberes e práticas relacionados à saúde dos trabalhadores brasileiros desde os anos 1970. Entretanto, ainda segundo os mesmos autores, a partir dos anos 1990 certo “produtivismo acadêmico” e a fragilização do movimento sindical agravaram o distanciamento entre estes atores, resultando em uma formulação de políticas e práticas públicas quase à revelia dos trabalhadores, o que, conforme se tem visto, tem graves consequências.

Isso porque, como lembra Bambra (2011), o trabalho continua tendo um papel fundamental na distribuição da morbimortalidade. A distribuição desigual dos agravos físicos e psicológicos, seja pelo

tipo de vínculo de trabalho, seja pela ausência dele, como no desemprego, tem relação direta com a economia política de cada nação, assinala a mesma autora, o que reitera a sua importância na “etiologia da inequidade na saúde” (BAMBRA, 2011, p. 746).

O mundo do trabalho, ainda que nas últimas décadas tenha sido palco de extremas alterações tecnológicas e gerenciais nos processos e na sua organização, mantém a conhecida distribuição verticalizada dos riscos. Relatório publicado em 2005 mostrou que, nos países da zona do euro, profissionais de serviços e escritórios têm exposição 50% menor a significativos agravos físicos (exposição química, ruído, trabalho em turno, trabalho repetitivo, entre outros) do que aqueles que realizam o chamado trabalho braçal (EUROPEAN WORKING CONDITIONS OBSERVATORY, 2005 apud BAMBRA, 2011).

No Brasil, ao mesmo tempo em que permanece um elevado número de mortes relacionadas ao trabalho, cujo exemplo recente são as ocorrências com *motoboys* (KIELING et al., 2011), a morbimortalidade dos trabalhadores obedece às características do perfil da população brasileira como um todo, que padece, simultaneamente, de doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis (SCHMIDT et al., 2011). Dessa maneira, a morbidade relacionada ao trabalho atual se caracteriza pela persistência de velhos males (como asbestose, pneumoconiose, silicose, dermatites ocupacionais e perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), doenças cujas formas de prevenção são sobejamente conhecidas), aos quais se somam LER/DORT, envenenamentos por agrotóxicos, cânceres relacionados ao trabalho, distúrbios psicossociais e doenças relacionadas ao estresse no trabalho, como o *burnout* (DIAS et al., 2011).

Exemplo vivo desse quadro é ilustrado pelo próprio Cerest-Campinas, que, até fins do primeiro semestre de 2012, registrou 843 casos de LER/DORT, 72 de distúrbios mentais relacionados ao trabalho e 48 de câncer (com 12 óbitos), além de 1.101 casos de pneumoconiose (com 18 óbitos) e 126 de PAIR (BRASIL, 2007).

De forma paralela e coerente com tal realidade, a Previdência Social modificou gradativamente a forma de considerar incapacidade para o trabalho e determinar tempo de concessão de benefício, além de ter eliminado, na prática, a possibilidade de reabilitação profissional (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Isso resultou na maior dificuldade de tratamento e reinserção no mercado formal dos trabalhadores vitimados por agravos relacionadas ao trabalho.

O Cerest-Campinas procura fazer frente a esse quadro, intervindo sobre os locais de trabalho, autuando e instaurando processos administrativos, sempre com a participação ativa dos trabalhadores e de

seus representantes. No esgotamento das vias administrativas municipais, apela-se ao MPT. Apesar das repercussões da reestruturação produtiva sobre a mobilização sindical, o serviço registra processos bem-sucedidos, como o recente acordo obtido pelo MPT e o Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas contra uma grande empresa multinacional (Processo nº 0153600-70.2008.5.15.0014 ACP 9ª VT), condenada em R\$ 1 milhão pela exposição de trabalhadores a riscos ergonômicos (BRASIL, 2013).

## Considerações finais: desafios da agenda atual

Do período que compreendeu a pesquisa sobre a trajetória do Cerest-Campinas (1987 a 1998) até 2012, a partir da análise secundária realizada, foi constatado que se seguiu buscando a construção das condições para a realização daquilo que foi configurado como a razão da existência do Cerest: a ação em ambientes de trabalho conjugada à assistência e à educação em saúde do trabalhador.

Um balanço do estudo de Medeiros (2001) mostra que, das três áreas que compõem o Cerest (assistência, vigilância e educação), a assistência assumiu peso maior, seja pela demanda, seja pela ausência de respaldo político-institucional para a realização plena da política de saúde do trabalhador no município. Diante do complexo cenário de morbimortalidade relacionada ao trabalho, decorrente da reordenação do capital, a assistência gerou maiores investimentos em relação às demais frentes do serviço. Esse processo foi denominado por Medeiros (2001), naquele momento, “ditadura da assistência”. Do percurso daquela investigação sobressaíram as sucessivas tentativas de organização para consolidar a vigilância, a ação preventiva no local de trabalho, assumida como componente essencial para a afirmação da atenção integral.

Onze anos depois, olhando para aquele cenário ante os desdobramentos históricos da política de saúde do trabalhador no SUS, uma releitura sugeriria que outras questões entravam a integralidade. Segundo as análises dos registros do caderno de campo produzido para este artigo, conclui-se que, em 2012, ao refletir sobre a dificuldade crônica da vigilância em saúde, a equipe do Cerest-Campinas reconhece limites da própria formação para atuar na fiscalização de ambientes de trabalho, diante da complexidade que isso encerra. Disso se conclui, ainda, que o processo de amalgamar conhecimentos da relação saúde/trabalho/doença – a interlocução com os trabalhadores e o poder de polícia dado pela legislação sanitária – é árduo e penoso. Acrescem-se as restrições na mensuração do alcance da atividade de

vigilância na melhoria do processo saúde/trabalho/doença. Em um serviço que nasce e se desenvolve com limitações estruturais, a equipe do serviço sugere que as barreiras à consolidação da vigilância se relacionam à marginalização da política de saúde do trabalhador no SUS.

Das parcerias intersetoriais, o MPT segue como aliado de peso, emprestando poder ao Cerest para exercer vigilância de forma mais contundente. O respaldo facultado por essa associação, no entanto, denuncia a insuficiência da premissa legal que atribui, a partir do SUS, a condição de autoridade sanitária aos técnicos da saúde do trabalhador, conforme já apontado no estudo anterior (MEDEIROS, 2001).

Dos avanços na contradição destacam-se a consolidação da assistência pela qualificação dos sistemas de diagnóstico e informação. O compromisso da equipe do Cerest com a saúde do trabalhador de Campinas é outro indicativo de conquista na contradição, configurando um movimento de resistência pelo projeto coletivo outrora elaborado à luz de experiências nacionais e internacionais. Da análise de conteúdo, confrontando dados primários produzidos anteriormente (MEDEIROS, 2001) com a realidade atual, chama a atenção o empenho incansável dos envolvidos, que seguem resistindo por entenderem a premência em dar respostas, procurando manter a rede de apoio, não obstante a marginalização do Cerest no plano da política municipal.

É no interior desse embate que se estabelece a trajetória da política. Relação que se constrói na contradição entre a necessidade do tratamento imediato da doença, posta pelos trabalhadores ativos e desempregados, de um lado, e o esforço cotidiano de ir além disto, de intervir nas causas a partir da ação no coletivo, de outro.

Os impasses apontados por Medeiros (2001) parecem ter se agravado no momento atual (2012), de acordo com os resultados deste artigo. Passada mais de década daquele estudo, o serviço sofreu significativa redução do número de profissionais, sem reposição das vagas perdidas (CAMPINAS, 2011a), mergulhando em uma crise, em 2011, que ameaçou sua sobrevivência. Segundo análise dos registros de campo, tal crise eclodiu pelo acúmulo de velhos problemas, já verificados na pesquisa anterior, incluindo as dificuldades na gestão e no financiamento do serviço, que provocou seu refluxo. Agravaram esse quadro questões de corrupção na administração do município de Campinas que culminaram em mudanças traumáticas da Prefeitura (CAMPINAS, 2011c).

As consequências da debacle atingiram o SUS no conjunto, ocasionando redução de profissionais e de material, inclusive medicamentos e insumos,

não manutenção predial e, o mais grave, o progressivo esvaziamento nas decisões do Conselho Municipal de Saúde, recentemente corrigido por força dos novos conselheiros eleitos (CAMPINAS, 2011b). A utilização do orçamento da saúde do trabalhador, lotado no Fundo Municipal de Saúde, inviabilizou-se pelos impedimentos da gestão de compras de materiais em razão das denúncias por corrupção (CAMPINAS, 2011c).

O imbróglio da política municipal repercutiu igualmente sobre a descentralização da vigilância em saúde. Segundo registros de campo, os atores remanescentes no serviço apontam limites na coordenação desse processo, como a não capacitação das equipes do SUS que já atuavam em outras frentes, como a vigilância sanitária de medicamentos e de alimentos. Acrescentam que a migração dos profissionais de vigilância do Cerest-Campinas para as regiões de saúde acentuou o distanciamento dos poucos sindicatos ainda parceiros, comprometendo as vitórias, tanto na verificação de riscos pelos trabalhadores, quanto nos procedimentos próprios da vigilância, como as atuações.

Em contrapartida a esta crise, volta ao cenário a resistência, provocando importante mobilização dos técnicos do serviço em associação com diretores sindicais e movimentos populares. Assim foi criado, em 2011, o movimento *Em defesa do Cerest-Campinas*, que força a gestão municipal a cumprir deliberações do Conselho Municipal de Saúde de recompor a equipe técnica multidisciplinar, realizar reforma do Cerest e de utilizar os recursos financeiros acumulados provenientes da Renast (EM DEFESA DO CEREST, 2011). Esse recente processo sugere possibilidades de

rearranjo do serviço, o que somente novas investigações poderão analisar.

A crise de 2011 parece confirmar as tendências identificadas no estudo anterior (MEDEIROS, 2001) e reafirmadas pela análise resultante do presente estudo. O Cerest sobrevive no seio de contradições e a ameaça de seu fechamento reacendeu o compromisso orgânico da equipe e o protagonismo dos sindicatos e das associações.

Ao final das comemorações de 25 anos de experiência do Cerest-Campinas, este artigo permitiu concluir que longo caminho ainda está por percorrer no propósito de interferir na redução da morbimortalidade dos trabalhadores da região. Os avanços obtidos na atenção e na demonstração de que cabe ao SUS fiscalizar ambientes de trabalho, assim como o faz para qualquer outra atividade que ponha em risco a saúde humana, parecem insuficientes para aproximar a equipe dos seus objetivos originários. Aquilo que poderá vir a ser, portanto, depende não apenas da ação persistente dos envolvidos, mas do rearranjo de forças sociais e político-institucionais na consolidação da política de saúde do trabalhador no plano local e nacional.

Convém registrar os limites desta análise, que se valeu de outras formas de evidência no intuito de provocar novas investigações. Neste sentido, a revisita a este lugar, em 2012, procurou tão somente apontar o que chamou atenção na pesquisa anterior e o que está por ser analisado atualmente, tarefa à qual reflexões propositivas podem contribuir para vislumbrar a superação das contradições identificadas.

## Agradecimentos

À equipe do Cerest-Campinas.

## Contribuição dos autores

Medeiros, M. A. T. de; Magalhães, L. V.: conceberam o artigo e coordenaram a redação da versão final. Silvestre, M. P.; Salerno, V. L.: participaram da discussão e da redação final.

## Referências

ANTUNES, R. As formas diferenciadas da reestruturação produtiva e o mundo do trabalho no Brasil. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 1, p. 35-49, 2009. Disponível em: <[http://relet.iesp.uerj.br/Relet\\_21/21-2.pdf](http://relet.iesp.uerj.br/Relet_21/21-2.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R. 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, 2011a.

\_\_\_\_\_. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 759-768, abril 2011b.

BAMBRA, C. Work, worklessness, and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 65, p. 746-750, 2011.

BAUMAN, Z. *Liquid love: on the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity, 2003.

BISHOP, L. A reflexive account of reusing qualitative data: beyond primary/secondary dualism. *Sociological Research Online* [Online], v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.socresonline.org.uk/12/3/2.html>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

BRASIL. 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.437/GM, 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. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437\\_07\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html)>. Acesso em: 25 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009b. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252\\_22\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). *RENAST online*. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/cerests/cerest-regional-campinas>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Trabalho. *Empresa é condenada por adoecimento de trabalhador*, 20 de março de 2013. Disponível em: <[http://portal.mpt.gov.br/wps/portal/portal\\_do\\_mpt/](http://portal.mpt.gov.br/wps/portal/portal_do_mpt/)>

comunicacao/noticias/conteudo\_noticia!/ut/p/c4/04\_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hH92BPJydDRwN\_E3cjA88QU1N3L7OgMC93I\_2CbEdFAAovLRY!/?WCM\_GLOBAL\_CONTEXT=/wps/wcm/connect/mpt/portal+do+mpt/comunicacao/noticias/empresa+e+condenada+por+adoecimento+de+trabalhador>. Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 8 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. *Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde*. Fevereiro, março, abril, maio de 2011. 2011a. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 9., Relatório Final - versão preliminar. Campinas, 2011b. 84 p. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Decreto Legislativo nº 3.326, de 20 de agosto de 2011. Dispõe sobre a cassação do mandato do Prefeito de Campinas Dr. Hélio de Oliveira Santos. *Diário Oficial do Município de Campinas*, 23 de agosto de 2011, p. 17. 2011c. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/bibjuri/decleg3326.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

CAVALCANTI, V. L. *Construindo a atenção à saúde do trabalhador no SUS: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro*. 1996. 274 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CAMPINAS. *Arquivos de documentos: prontuários de vistorias em locais de trabalho, organizados por número e nome e local vistoriado*. Mimeografado, 2012.

CHASIN, J. *A miséria brasileira: 1964-1994 – do golpe militar à crise social*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem, 2000.

CORDEIRO, R. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil.

- Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1574-1583, 2005.
- DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- DIAS, E. C. et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2452-2460, 2011.
- EM DEFESA do Cerest Campinas SUS. Blog, 2011. Disponível em: <<http://emdefesadocerest.wordpress.com/>>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- FALEIROS, V. P. *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.
- FIELDING, N. The shared fate of two innovations in qualitative methodology: the relationship of qualitative software and secondary analysis of archived qualitative data. *Forum: Qualitative Social Research*, v. 1, n. 3, art. 22, Dec. 2000. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1039/2248>>. Acesso em: 18 jul. 2012.
- 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, 2012.
- GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE, Cidades, São Paulo*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 13 abr. 2013.
- KIELING, R. R. et al. Mental disorders and delivery motorcycle drivers (motoboy): a dangerous association. *European Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 23-27, jan. 2011.
- LACAZ, F. A. C. *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, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- \_\_\_\_\_. 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, 2007.
- LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. Saúde do trabalhador hoje: re-visitando atores sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, Supl. 2, p. 5-11, abr./jun. 2010.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- 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, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- MELO, A. I. S. C.; ALMEIDA, G. E. S.; MATTOS, U. A. O. Na corda bamba do trabalho precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA, A. E. (Org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 195-215.
- MINAYO, M. C. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: M. C. MINAYO; S. DESLANDES (Ed.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, L. S. B. de. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 80*. 1994. 238 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- PARRY, O.; MAUTHNER, N. Back to basics: who re-uses qualitative data and why? *Sociology*, v. 39, p. 337-342, 2005.
- POCHMANN, M. *O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século*. São Paulo: Contexto, 1999.
- SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; SABINO, M. O. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 128-138, 2011.
- SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, jun. 2011.
- TAKAHASHI, M. A.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.

Maria Teresa Bruni Daldon<sup>1</sup>  
Selma Lancman<sup>2</sup>

## Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas

*Worker's health surveillance – trends and uncertainties*

---

<sup>1</sup> Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Freguesia do Ó, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

*Contato:*

Maria Teresa Bruni Daldon

*E-mail:*

mtbdaldon@usp.br

Ensaio baseado no levantamento bibliográfico que compõe a pesquisa de mestrado desenvolvida pela primeira autora, sob orientação da segunda, intitulada *Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador*, no programa de Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os autores declaram que este trabalho não foi subvencionado e não apresenta conflitos de interesse.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 11/03/2013

Aprovado: 14/03/2013

### Resumo

No contexto atual do mundo do trabalho, é fundamental que a Vigilância em Saúde do Trabalhador possa, por meio de mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho, promover a saúde dos trabalhadores e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho. O objetivo deste ensaio é refletir sobre o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador com ênfase no município de São Paulo. Com base em revisão bibliográfica e documental, abordamos o fluxo e os impedimentos das ações atuais nessa área, no contexto do Sistema Único de Saúde, enfocando a distância entre conhecimento teórico, sua apreensão e sua aplicação. Iniciamos por uma retrospectiva histórica e conceitual do campo da Saúde do Trabalhador. Na sequência, fazemos uma reflexão sobre as políticas de governo para Vigilância em Saúde do Trabalhador e sobre os conceitos de Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Complementando a reflexão, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é analisada a partir da perspectiva de diferentes autores. Concluímos que é preciso requalificar a estrutura organizacional da saúde pública no Brasil, incluindo indicadores qualitativos de avaliação do impacto das ações e contemplando os diferentes processos de trabalho e a diversidade de necessidades de cada serviço voltado à ST no âmbito do SUS.

**Palavras-chave:** saúde do trabalhador; vigilância em saúde do trabalhador; política de saúde; serviços de saúde do trabalhador; programas nacionais de saúde.

### Abstract

*In the current labor context, it is essential that Worker's Health Surveillance can promote workers' health and prevent work related diseases and accidents by means of research, analysis and intervention on the processes, work environments, organizations and labor relations. The objective of this essay is to bethink workers' health surveillance process, particularly in the city of São Paulo. Based on literature review and documental analysis, we discuss the current flow and the impediments of the Brazilian Unified Health System (SUS) actions concerning workers' health surveillance, approaching the gap between theoretical knowledge, its understanding and applicability. We start by a historical and conceptual retrospective of the Worker's Health subject. Then, we analyze the Brazilian governmental policies on Worker's Health Surveillance as well as the concepts of Health Surveillance and Worker's Health Surveillance, considering perspectives of different authors on Surveillance of Worker's Health. We conclude by pointing at the need of re-qualifying the Brazilian public health organizational structure, including the qualitative indicators of the actions impact, taking into account the different work processes and the diversity of needs in each of SUS' Worker's Health services.*

**Keywords:** occupational health; worker's health surveillance; health policy; occupational health services; national health programs.

## Introdução

Os processos de trabalho baseados nas novas formas e métodos de organização do trabalho, no aumento da competitividade e na avaliação por desempenho fragilizam as relações sociais, rompem os laços de solidariedade e levam a um maior individualismo e à solidão. Fica dificultada, portanto, a construção de “estratégias coletivas de defesa” – segundo conceito desenvolvido por Dejours (LANCMAN; SZNELWAR, 2004) – que poderiam proteger os trabalhadores do sofrimento e do adoecimento gerado por situações e condições de trabalho. Essas estratégias protetoras facilitariam a criação de processos capazes de transformar o trabalho e de fortalecer as relações de cooperação entre os trabalhadores.

As elevadas cargas e os processos de trabalho insalubres e perigosos, os equipamentos e as tecnologias ultrapassadas, os ambientes de trabalho inóspitos, as novas formas de organização e divisão do trabalho, a flexibilidade nos contratos e a consequente perda de direitos de proteção ou garantias, entre vários fatores, aumentam o adoecimento, a invalidez e a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho (ANTUNES, 1995; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; ALVES, 2000; ABREU; RESENDE, 2001; TOLDRA et al., 2010).

Esses fatos modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores com a presença de novas doenças e a intensificação de outras já existentes (RIGOTTO, 1998; SENNETT, 1999; ALVES, 2000; HELOANI; CAPITÃO, 2003; BERNARDO, 2006).

O enfraquecimento dos sindicatos é mais um fator que caminha lado a lado com a precarização dos trabalhos formal e informal, comprometendo sua atuação, sempre fundamental na construção do campo Saúde do Trabalhador (ST) e na busca por processos de trabalho mais salubres (LACAZ, 1996, 2007; MACHADO, 1997; NARDI, 2004; BRITO, 2005; LACAZ; FLORIO, 2009; SANTOS, 2010).

Diante desse panorama e dos elevados números de acidentes e adoecimento no trabalho (BRASIL, 2011), os serviços públicos de saúde deveriam buscar respostas para assegurar condições e processos de trabalho dignos, atenuar os problemas de saúde relacionados ao trabalho e desenvolver formas de intervenção capazes de reverter esse quadro. Estaria a Vigilância em Saúde do Trabalhador respondendo a essa demanda?

O objetivo deste ensaio é refletir sobre o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), com ênfase no município de São Paulo. Abordaremos o fluxo e os impedimentos das ações atuais nessa área, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma leitura histórica e conceitual, enfocando a distância entre conhecimento teórico, sua apreensão

e sua aplicação, a fim de contribuir para uma reflexão crítica do desenvolvimento das políticas públicas de saúde/trabalho e das próprias ações em Visat, gerando soluções efetivas para o cenário atual.

## Metodologia

O presente ensaio foi estruturado a partir da consulta a livros, artigos de periódicos científicos, dissertações e teses. Também foram consultados documentos governamentais, legislações e atas de conferências federais, estaduais e municipais relativos à Saúde Pública no SUS e à área de Saúde do Trabalhador.

O material foi utilizado como fonte de dados simples. Buscaram-se nesses textos elementos históricos e conceituais referentes ao tema abordado para um aprofundamento no campo da Visat e a compreensão das políticas e diretrizes que a norteiam, bem como os fatores que interferem nos rumos e no alcance dessas ações.

Essa base de dados abrangeu material produzido desde os anos 1980 até os nossos dias, momento histórico de implantação do SUS e de mudanças importantes nas políticas de Saúde do Trabalhador no país. O levantamento se deu no período de outubro de 2009 a julho de 2011.

Buscou-se enriquecer os textos de referência na área com material coletado em diversas bases virtuais qualificadas, dentre as quais destacamos: Biblioteca Virtual em Saúde da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Lilacs, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do acervo digital/eletrônico da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Escola Médica Virtual da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). Ainda, o Portal do Ministério da Saúde e o da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Os descritores empregados foram: Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Política de Saúde do Trabalhador, Serviços de Saúde do Trabalhador e Programas Nacionais de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (CEP/SMS) sob o nº 467/09 CAAE 0232.0.162.015-09 e pela Comissão de Ética para a Análise de Pesquisas (CAAPesp) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o nº 1136/09.

## Resultados e discussão

### Retrospectiva histórica e conceitual do campo da Saúde do Trabalhador

Nas práticas desenvolvidas nessa área, diversas concepções conceituais parecem coexistir e muitos dos profissionais que atuam em Visat parecem ter pouca crítica acerca dos pressupostos que norteiam sua prática (DALDON, 2012). Assim, propomos essa retrospectiva a fim de elucidar as raízes das práticas atuais.

Diferentes compreensões da relação saúde-trabalho estão ligadas a fatores históricos e sociais e não parecem ser lineares. Ao longo do tempo, o trabalho vem sendo pensado como determinante do processo saúde-doença e discutido em instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho – OIT (LAURELL, 1985; RIBEIRO; LACAZ, 1985; SPEDO, 1998; LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, 2006).

No Brasil, a expressão Saúde do Trabalhador (ST) começou nos anos 70 e 80 do século passado indicando o campo de conhecimentos vinculado a uma área ou programa de saúde (MENDES; DIAS, 1991; LANCMAN, 2004; VASCONCELLOS, 2007).

As transformações no mundo do trabalho deixaram claro que era preciso compreender melhor o papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença. Os modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho, com seu conceito monocausal de doença, e pela Saúde Ocupacional mostraram-se insuficientes (LACAZ, 1983; RIBEIRO; LACAZ, 1985; LAURELL, 1985; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; BRITO, 2004; MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Apesar de considerar a multicausalidade, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores de risco na produção da doença, a Saúde Ocupacional mantém como critérios a avaliação da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. A despeito dessa abordagem incluir, progressivamente, em suas equipes, outros profissionais além do médico (MENDES; DIAS, 1991), os agentes/riscos continuaram sendo assumidos como inerentes ao trabalho, sem considerar o contexto que determina sua existência, repetindo na prática as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas de segurança à saúde adotadas nesse modelo restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nessas duas correntes, com enfoques reducionistas, a relação saúde-trabalho é compreendida como simples causa e efeito e é desconsiderado o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o processo saúde-doença, bem como

a centralidade do trabalho na determinação desse processo. Elas negligenciam a necessidade de que os trabalhadores participem efetivamente das decisões acerca da organização e da gestão dos processos produtivos (LACAZ, 1983; RIBEIRO; LACAZ, 1985; LAURELL, 1985; LACAZ, 1996; BRITO, 2004). Essas correntes estão, portanto, longe de responder à demanda dos trabalhadores por uma atenção integral à saúde e por um trabalho digno e saudável.

Buscando responder às questões de saúde pública ligadas às condições de trabalho e de vida, a partir do final dos anos 1960 surgiram diversos movimentos.

A Reforma Sanitária Italiana deu origem ao Modelo Operário, que tem como premissa para as ações transformadoras a interlocução com os operários e o reconhecimento de seu saber, derivado da própria experiência. Ele inova com a construção de mapas de risco e dos “grupos homogêneos de risco” (grupos submetidos às mesmas condições de trabalho), nos quais os operários não delegam aos técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento aí obtido. Os achados são classificados em “grupos de risco” e os processos reivindicatórios, pautados na “validação consensual” resultante da discussão coletiva das avaliações (ODDONE et al., 1986; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). A noção de “grupo de risco” do Modelo Operário valoriza a inter-relação entre os fatores de risco no processo de adoecimento. É, portanto, diferente do conceito dado ao “risco” pela Medicina do Trabalho. No entanto, ambos podem ser entendidos como insuficientes para explicar a dinâmica global do processo de trabalho e suas relações com a saúde e o adoecimento.

Com a Medicina Social Latino-Americana, modelo proposto por Laurell e Noriega (1989) que considera a determinação social, e discutindo amplamente o processo de produção e saúde, trabalho e desgaste operário, esses autores introduziram em seus trabalhos a categoria cargas de trabalho dividida em físicas, químicas, biológicas, mecânicas e, ainda, fisiológicas. Essa categoria estaria atrelada à noção de processo de desgaste, distanciando-se do conceito de risco, que eles consideravam insuficiente para apreender a lógica global do processo de trabalho e saúde. Eles chamaram a atenção para o sinergismo das cargas e também para a necessidade de analisá-las em conjunto, dentro de seu contexto. Os autores entenderam que, no processo de análise do trabalho, os elementos interagem dinamicamente entre si e com o trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda efetiva e/ou potencial da capacidade corporal e psíquica. Dependendo do contexto e de como o trabalhador enfrenta tais cargas, é que se dá o desgaste.

Laurell e Noriega (1989) acrescentaram a noção de reversibilidade dos processos de desgaste, mostrando que as perdas de capacidade poderiam ser recuperadas em certos casos e que o desgaste não necessariamente se expressava em forma de doença. Essa corrente incorporou a ideia de trabalhador não como um ser passivo, mas como agente de mudança, com saberes e vivências sobre seu trabalho acumulados coletivamente (SANTOS, 2001).

Para a Medicina Social Latino-Americana, as exigências decorrentes da organização do trabalho e da atividade do trabalhador têm papel relevante na conformação dos perfis de saúde-doença dos coletivos de trabalhadores. O caráter complexo e inespecífico do desgaste e sua invisibilidade para os olhares menos atentos merece destaque.

No Brasil, no final dos anos 1970, uma nova concepção denominada “Saúde do Trabalhador” rompeu com os velhos modelos de compreensão dos modos de produzir doenças (MENDES; DIAS, 1991, WAISSMANN; CASTRO, 1996), e tanto a Medicina Social Latino-Americana, como o Modelo Operário Italiano (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997) tiveram reflexos na estruturação das ações de Visat no país.

Esse processo foi impulsionado pelo desenvolvimento da Saúde Coletiva durante o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que propunha uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade, incluindo a ST como direito universal (BRASIL, 2006).

Textos produzidos por Pinheiro (1996), Machado (1997), Santos (2001) e pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador da Bahia – Cesat (2002) contam que, sob influência da Medicina Social Latino-Americana e da Reforma Sanitária Italiana, no Brasil, tanto a ST, quanto a Visat passaram a considerar a determinação social da saúde e a questionar a adoção exclusiva de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito. Em algumas práticas e gestões, foram introduzidas metodologias participativas em saúde, englobando a validação consensual em grupos homogêneos e a atenção à dinâmica entre o sujeito individual e o coletivo, inerentes ao mundo do trabalho.

Desde o início, na Saúde do Trabalhador, novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito, como o conceito de determinação social do processo saúde-doença. A Visat deve abarcar não apenas os riscos e os agravos/efeitos à saúde, mas também o processo de trabalho e os determinantes de tais condições com vistas à promoção da saúde. Essa forma de vigilância valoriza a subjetividade e o saber dos trabalhadores e busca ser um instrumento de transformação social articulado ao

contexto social (PINHEIRO, 1996; CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002).

Nessa perspectiva de compreensão do processo trabalho-saúde-doença, a Visat segue apropriando-se de diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem, articulando a epidemiologia, a saúde coletiva, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia franco-belga, entre outras. Incorpora, assim, o pensamento de vários autores, entre os quais: Dejours, Abdoucheli e Christian (1994); Dejours (1997, 1999, 2004); Wisner (1994); Guérin et al. (2001); Daniellou (2004); Lancman e Uchida (2003); Lancman e Sznclwar (2004); Lancman e Heloani (2004); Seligmann-Silva (1994); Sato (1991, 2002); Sato, Lacaz e Bernardo (2006); Vilela (2002, 2003, 2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010).

Outro avanço em Visat é a composição das equipes, que conta com profissionais de diversas áreas de conhecimento (médicos do trabalho e de outras especialidades, assistentes sociais, dentistas, educadores em saúde pública, enfermeiros, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais entre outros), favorecendo a melhor contextualização, interpretação e compreensão da gama de relações sociais e técnicas que conformam a produção e da complexidade e subjetividade dos diversos atores aí envolvidos (DALDON, 2012).

Ao longo do tempo, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) da cidade de São Paulo, os processos de Visat incluíram a realização de grupos de discussão sobre as situações de trabalho, e as estratégias de mudanças foram construídas em conjunto entre equipe de vigilância e trabalhadores das empresas investigadas. Também incluíram o levantamento e o estudo territorial para compreensão das características das empresas e das possíveis doenças e acidentes que estavam sendo gerados e, assim, norteando as estratégias de intervenção (DALDON, 2012).

Na compreensão da realidade do setor de serviços nessa cidade, foram desenvolvidos, pelos Cerests municipais em parceria com a Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa), projetos que envolveram questionários e entrevistas com trabalhadores que facilitaram o entendimento de questões subjetivas do trabalho e da própria organização do trabalho. Aspectos considerados importantes pela Análise Ergonômica do Trabalho, como absenteísmo, sazonalidade, organização do trabalho, relação com colegas e chefia entre outros, foram analisados (DALDON, 2012).

Entre avanços e retrocessos, a Visat segue transformando-se influenciada pela conjuntura socioeconômica e pelas políticas de saúde vigentes (LAUREL apud FREITAS; LACAZ; ROCHA, 1985; DIAS; HOEFEL, 2005; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997; DALDON, 2012).

## Política de governo para Vigilância em Saúde do Trabalhador

Por mais de 50 anos, no Brasil, intervir no espaço do trabalho era papel do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com ações limitadas às normas da Higiene e Segurança do Trabalho e com sanções exclusivamente vinculadas a essas leis e normas. Somente a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988) e, ainda, da Lei Orgânica de Saúde (LOS) – Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) é que o setor de saúde do Estado passou a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho.

Hoje, o aparelho de Estado brasileiro voltado para a atenção à saúde do trabalhador está estruturado basicamente em quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação), em duas fundações (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho – Fundacentro – e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e em centros de atenção à saúde do trabalhador do SUS que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), especialmente os Cerests inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas há pouca, ou nenhuma, articulação entre essas estruturas. Suas atribuições, por vezes, superpõem-se, como no que se refere às informações, à Visat, à reabilitação, à formação e à fiscalização (VASCONCELLOS, 2007).

Os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social limitam-se a ações ligadas ao mercado formal e aos seus segurados. Dessa forma, uma vez que o SUS segue o princípio da universalidade, ações mais abrangentes que atendam ao conjunto de novas demandas de saúde-trabalho, sobretudo aos trabalhadores autônomos ou ligados ao setor informal, parecem estar delegadas a esse sistema (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

A Visat surge com o intuito de promover e proteger a saúde do trabalhador, evitando situações e condições geradoras de sofrimento, de doenças profissionais e de acidentes de trabalho. Para alcançar tais objetivos, devem incorporar sistemática e criteriosa avaliação e planejamento da demanda e do alcance das ações desenvolvidas (MACHADO, 1996; VILELA, 2003).

O papel da Visat não é apenas fiscalizador, mas também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente. Suas ações não se voltam apenas para o trabalhador, mas também para os gestores das empresas que devem ser sensibilizados para a importância de tais mudanças.

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, publicada pela Portaria nº 3.120/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), passou a regular a Visat no âmbito do SUS e estabeleceu que, embora preservando suas peculiaridades regionais, tais ações deveriam manter linhas mestras de atuação compatibilizando instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências. Segundo essa Portaria, para as ações de Visat, devem ser desenvolvidos mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A Portaria conceitua Visat 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, Anexo, item 2, p. 3)

A Visat está intimamente relacionada às estratégias de operacionalização de uma determinada política de saúde. É influenciada por condições sociais e econômicas, envolve aspectos legais e é permeada pelo controle social (os representantes do controle social são os membros de conselhos gestores, os sindicatos, os trabalhadores das empresas, os usuários dos serviços dos Cerests, as associações de bairro e a própria comunidade na qual estão inseridos). Trata-se de um conjunto complexo com diferentes frentes de trabalho e que incorpora conhecimentos de diversas instâncias. Inclui componentes essenciais, como: a informação e suas diretrizes de ação; a intervenção em processos, condições e ambientes de trabalho; a educação, a comunicação e a promoção da saúde; a participação do controle social e dos diferentes atores comprometidos no processo.

Dependendo do formato institucional vigente, mesmo incorporada ao organograma e às práticas do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, a ST tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da vigilância, ora na assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS (DIAS; HOEFEL, 2005). Isso indica que aspectos políticos e a capacidade reivindicativa dos diversos atores interferem mais que os problemas técnicos quando se trata de implementar soluções aos agravos do trabalho (LAUREL apud FREITAS; LACAZ; ROCHA, 1985).

Em resposta à necessidade de construção de uma estrutura capaz de abarcar as atribuições e ações em ST, foi criada em 2002 a Renast. Ela reconhece a fragmentação e a sobreposição de responsabilidades pelas ações de saúde e segurança dos trabalhadores – diluída nos três setores: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social – e a necessidade de uma atuação transversal que integre esses setores (SANTORUM, 2006).

A Renast deveria representar o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da ST por meio de uma proposta de reunir as condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para sua execução, com uma política permanente de financiamento de ações de ST (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2011). No entanto, esse processo é recente e ainda tem muito para avançar.

Com ela foram habilitados vários Cerests além dos já existentes em todo o país (SANTORUM, 2006; SANTOS, 2010). Todavia, após sua criação, pouco se tem aprofundado no entendimento da influência dessa rede nas experiências dos Cerests, especialmente em Visat. Por isso, vários autores (BERTOLINI, 2007; DIAS et al., 2008, 2009; SANTOS, 2010) apontam que os rumos da ST ainda são um campo vasto para trabalhos futuros.

A Renast não tem conseguido cumprir as metas a que se propõe. Os mecanismos de acesso ao repasse dos recursos nela previstos são complexos e inviabilizam um planejamento em longo prazo e até mesmo o uso desses recursos pelos gestores diretos dos serviços (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; DALDON, 2012). Uma das explicações propostas para essa situação seria a ausência de uma Política de Saúde do Trabalhador estruturada nos municípios e aprovada pelo controle social local, exigência mínima da Renast para a liberação de recursos. Outra explicação seria a falta de vontade política das instâncias superiores. Contudo, faltam estudos sistemáticos que expliquem esse fato.

Assim, com a ausência efetiva de investimentos, vários serviços de ST seguem com múltiplas carências, que se tornaram empecilhos para o estabelecimento de uma rotina voltada para a Visat (SANTOS, 2010).

Diante da gigantesca quantidade de acidentes e doenças decorrentes do trabalho (BRASIL, 2011), a Visat deveria ser considerada estratégica e mesmo um fio condutor de transformações nos ambientes e processos produtivos.

O *Manual de Gestão e Gerenciamento*, da Renast (BRASIL, 2006, p. 37-38 e p. 77), reconhece a “indissociabilidade das ações assistenciais e de Vigilância em Saúde como um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador”, mas, na prática, elas estão a cada dia mais desintegradas. Vários serviços tendem a abordagens em ST tradicionalmente voltadas para a assistência e a reabilitação, desvinculadas da Visat e com pouco investimento em práticas de promoção e prevenção. Outros se voltam quase que exclusivamente para a Visat. É ínfimo o envolvimento dos programas de atenção básica por meio dos agentes comunitários de saúde e das redes locais de assistência, dos serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade, os quais teriam, entre outros, um papel fundamental na captação de casos índices de acidentes e doenças profissionais (BRASIL, 2006; DALDON, 2012).

Para Lacaz, Machado e Porto (2002, 2006) e Hoefel, Dias e Silva (2011), a avaliação sistemática da articulação entre assistência e vigilância e a concreta implantação de um modelo que reforce essa integração, conforme é proposto pela Renast (BRASIL, 2006), poderia levar à melhoria da qualidade das intervenções nela previstas.

### **Vigilância em saúde e vigilância em saúde do trabalhador**

Muita confusão é feita entre as diferentes vigilâncias e é fundamental compreender o papel de cada uma delas e a importância do casamento entre essas modalidades para garantir que se efetive um conceito ampliado de vigilância em saúde.

Vários autores (ODDONE et al., 1986; MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1996, 2007; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PORTO; MACHADO; FREITAS, 2000; MACHADO; PORTO, 2003; LACAZ et al., 2002; VASCONCELLOS, 2007; SANTOS, 2010) apontam a necessidade de superar as concepções que se restringem às clássicas Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e até Médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, as quais, atuando de forma desarticulada e até dissociada, não dão conta do processo trabalho-saúde.

É preciso consolidar o conceito de Visat e compreender sua especificidade. Tambellini (1986) dizia que a atuação da Visat distinguia-se da Vigilância em Saúde em geral e de outras disciplinas no campo da saúde e trabalho por ter como objeto específico a investigação e a intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Para ela, ainda havia fragmentação e pouca articulação entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação, o que dificultava que essa concepção fosse de fato incorporada na prática. Parece-nos que, nos últimos anos, não houve avanços em muitos desses aspectos.

Durante muito tempo, à Vigilância Epidemiológica coube o limite técnico das informações sobre a ocorrência das doenças e à Vigilância Sanitária, o de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (WÜNSCH FILHO et al., 1992, apud SANTOS, 2001). A Visat busca superar essa dicotomia e integrar as diferentes ações, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 1997; MACHADO, 1997), agindo sobre os problemas de modo contínuo, considerando o território, os determinantes clínicos, epidemiológicos e sociais e as condições de vida das populações (MONKEM, 2000 apud LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Parece-nos que a Visat não deve ser entendida apenas como uma somatória de ações de Vigi-

lância Sanitária e Epidemiológica voltadas para a proteção da saúde do trabalhador, como propõe a LOS nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) ou o Código Sanitário Municipal de São Paulo (CSM) (SÃO PAULO, [MUNICÍPIO], 2004).

O próprio *Manual de Gestão e Gerenciamento* da Renast (BRASIL, 2006) não apresenta uma definição do que é entendido por Vigilância em Saúde do Trabalhador em si.

No entender das Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 3.252/09 GM/MS (BRASIL, 2009), a Visat não é uma área desvinculada ou independente da Vigilância em Saúde como um todo, mas, ao contrário, ela acrescenta ao conjunto de ações da Vigilância em Saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando as práticas sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde (BRASIL, 1998; 2009).

Essas portarias adotam uma concepção mais abrangente de saúde relacionada ao processo de produção e consideram a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional. Diferentes definições estão presentes em diversas normas e regulamentações brasileiras referentes às Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde. É possível consultá-las na LOS (BRASIL, 1990), nas próprias Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 3.252/09 GM/MS (BRASIL 2009), no CSM (SÃO PAULO [MUNICÍPIO], 2004) e no *Manual de Gestão e Gerenciamento* da Renast (BRASIL, 2006). A despeito do avanço nas definições, não fica claro nessas portarias como se darão as ações de Visat e não são assegurados os meios para sua realização, tais como recursos materiais, humanos e formação profissional. Não especificam a quem cabe e como serão realizados o planejamento e a avaliação de tais práticas em cada território.

Nos textos aqui analisados, a expressão Vigilância Sanitária foi por vezes utilizada como sinônimo de Visat ou de Vigilância em Saúde. Parece-nos importante que as diferenças entre elas estejam claras e uma compreensão mais ampliada do que seja a Visat parece ser fundamental para que ela ganhe espaço intra e interinstitucional e se legitime como um campo de atuação distinto das demais formas de vigilância, mesmo que intrinsecamente relacionado a elas.

Ainda hoje há entraves para que a Visat consolide-se, e as diretrizes visando à prevenção e à promoção de saúde seguem sendo implantadas lentamente. Em parte, isso se deve à estrutura das instituições do SUS, que ainda se encontra fortemente cristalizada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. Assim, a perspectiva inovadora e integradora

da Visat, a qual se aproxima da visão moderna de Vigilância em Saúde, não se concretiza na prática (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Mesmo com os avanços e as conquistas dos últimos anos, ainda há um distanciamento entre a realidade prática da Visat e o que é disposto nas políticas e normatizações que tratam desse tema e que prescrevem o trabalho a ser feito pelos profissionais dos serviços de ST. Isso exige dos trabalhadores de Visat ajustes e intenso comprometimento para garantir a continuidade de seus trabalhos (OLIVEIRA et al., 1997, MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

### Visat sob a perspectiva de diferentes autores

Diferentes livros, artigos científicos, dissertações e teses que tratam da Visat, desde os anos 1980 até os nossos dias, demonstram a importância do tema, o qual vem sendo discutido por vários autores que se complementam no entendimento e na avaliação de seus rumos.

#### a) Fluxo e impedimento das ações de Visat no contexto do SUS

A Visat é complexa e deve ser considerada sob diferentes perspectivas. Para autores como Oddone et al. (1986), Mendes e Dias (1991), Lacaz (1996, 2007), Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), Porto, Machado e Freitas (2000), Machado e Porto (2003), Lacaz, Machado e Porto (2002), Vasconcellos (2007), Santos (2001, 2010), ela é um desafio que implica na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais (sendo os trabalhadores fundamentais) e do próprio controle social no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Machado (1997) comenta que, além de definição da abrangência territorial de atuação, o processo de introdução de ações de Visat no SUS carece de:

[...] consolidação institucional, de reconhecimento social, mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social). Também precisa de aprofundamento conceitual.

Existem questões importantes a se considerar, como a capacidade de implementar as políticas públicas, seus desdobramentos no campo das práticas e os conflitos de atribuições na esfera das instituições públicas, além da necessidade de aprofundamento dos instrumentos normativos, afirmam Oliveira et al. (1997), Mendes et al. (1993), Porto, Machado e Freitas (2000), Lacaz, Machado e Porto (2002; 2006) e Sato e Bernardo (2005). Essa situação, somada à dificuldade em estabelecer competências intersetoriais e a integração delas, leva, por vezes, a longos processos fadados ao insucesso, comenta Oliveira (1994).

Santos (2001) descreve como positivas as parcerias com ministérios que têm atuações afins, como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego ou o da Previdência e Assistência Social, pois possibilitam potencializar as ações de Visat e os recursos, evitando intervenções superpostas e/ou pontuais. A autora observou, no entanto, a dificuldade de articulação com as instituições representativas desses ministérios, como a então Delegacia Regional do Trabalho (DRT), hoje denominada Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), e o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Spedo (1998) aponta instituições (DRT à época) que continuavam desenvolvendo apenas ações de fiscalização sobre as empresas a partir de denúncias e demandas pontuais, sem qualquer aproximação com a vigilância em saúde. Segundo Machado (1996), essas atuações têm demonstrado apenas uma eficácia pontual e momentânea.

Existem experiências positivas nas parcerias entre Cerests e Ministério Público do Trabalho (CHEREM et al., 2009; DALDON, 2012). Já em relação ao Ministério do Trabalho e Emprego, Lacaz (1992 apud SANTOS, 2001) diz que a Visat, ao desenvolver intervenções nos locais de trabalho nocivos à saúde, deveria ir além do que fazem as tradicionais fiscalizações dos órgãos ligados a esse Ministério, conseguindo, a partir da abordagem epidemiológica do risco, planejar suas ações para se antecipar aos acidentes e às doenças do trabalho.

Segundo Santorum (2006), há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados acerca das ações de Visat e os desdobramentos que a vida solicita dos responsáveis por executá-las. Ela afirma, ainda, que os protagonistas da Visat no Brasil precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superarem, no seu dia a dia, as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de problemas identificados no âmago das organizações produtivas, no qual há o confronto entre interesses privados e direitos publicamente constituídos em nosso país.

A autora ressalta ainda a necessidade de criação de dispositivos que contribuam para o processo de legitimação e institucionalização da Visat e de desenvolvimento de estratégias de investigação, intervenção e formação em saúde que privilegiem os saberes oriundos da experiência, favorecendo o enfrentamento dos embates do percurso de execução e efetivação das vigilâncias. Santorum (2006) aponta como primordial uma reflexão sobre a intervenção e os recursos metodológicos para mediar as relações de saúde-trabalho, colocando em debate as perspectivas já existentes e as que podem ser construídas para desenvolver uma atuação que realmente envolva todos os sujeitos diretamente implicados nesse processo.

Mesmo que as negociações para transformações no trabalho ainda estejam, em certos casos, muito atreladas aos aspectos punitivos impostos às empre-

sas, dificultando abordagens mais amplas, os serviços de ST propõem-se a realizar ações de Visat para além da mera aplicação de sanções vinculadas a leis e normas (VILELA, 2003).

### ***b) Participação dos trabalhadores das empresas nas Vigilâncias em Saúde do Trabalhador***

Abordagens que incluem a participação ativa dos trabalhadores são dificultadas pelas condições impostas pelas relações de trabalho de nossos dias. Os profissionais que realizam as ações de Visat temem colocar os trabalhadores na linha de represálias e até mesmo de demissões, sejam aqueles com os quais conversam no momento das vigilâncias, ou os que sofreram algum tipo de acidente de trabalho que esteja em investigação, ou até mesmo os que procuram os serviços de ST para assistência.

Segundo Brito (2005), a importância dessa participação explica-se pelo fato do trabalhador ser um sujeito ativo diante das situações que enfrenta e capaz não só de criar coletivamente estratégias de enfrentamento significativas na garantia de sua saúde, mas também de produzir um conhecimento tácito que não deve ser ignorado. Para corroborar essa concepção de trabalhador como sujeito ativo, o autor recorreu a Tambellini (1976, apud BRITO, 2005, p. 885), que se referiu à capacidade das coletividades de responder com plasticidade às condições em que vivem, e a Nouroudine (2003, apud BRITO, 2005, p. 885), que explica que é somente por meio de uma audácia, que envolve correr riscos, que o trabalhador enfrenta os desafios da atividade (real) do trabalho, dando conta daquilo que não está previsto pela organização (prescrita) do trabalho.

Mas Porto, Lacaz e Machado (2003) apontam, entre as dificuldades para garantir a participação ativa dos trabalhadores nas intervenções, as encontradas nas ações que envolvem pequenas e médias empresas e o setor informal da economia. Nesse último, a precariedade de vínculos dificulta a presença de interlocutores e a própria configuração de redes de apoio.

Para Santorum (2006), a Visat deveria poder proporcionar um espaço para a interlocução com os trabalhadores valorizando o olhar deles sobre a atividade que realizam e facilitando-lhes um processo de apropriação de seus saberes e de seu poder de transformação/ação.

Faltam, no entanto, condições que garantam essa aproximação sem que dela resultem retaliações aos trabalhadores.

### ***c) Equipes profissionais de intervenção***

Machado (1996) propôs um modelo de Visat em que a intervenção interdisciplinar é o pressuposto básico para que se realize a investigação da relação entre processo de trabalho e saúde. Para esse autor,

os componentes epidemiológicos, sociais e tecnológicos constituem essa ação interdisciplinar e atuam como mediadores da relação entre saúde e trabalho. No entanto, para esse mesmo autor, a formação profissional dos componentes das equipes de vigilância precisa superar os limites decorrentes do elevado número de abordagens quantitativas, comuns nos primeiros estudos da ST, e suprir a carência de aperfeiçoamento das abordagens qualitativas existentes. Ele considera a importância da articulação entre essas duas abordagens para uma compreensão e intervenção mais plena do campo (MACHADO, 1997).

Minayo-Gomes e Lacaz (2005) alertam que, em sua observação da realidade brasileira, ainda há um predomínio de profissionais oriundos de formações clássicas, como medicina (clínica e toxicologia) e higiene industrial (engenheiros e técnicos de segurança). Assim, nas ações de Visat desenvolvidas no Brasil nos dias de hoje, diferentes referenciais se fazem presentes e dependem mais da formação profissional dos técnicos e do contexto em que esses atores desempenham suas funções do que de uma política de ST proposta pelo Estado.

É fundamental para a qualidade das ações de Visat a constante reciclagem e a capacitação dos profissionais atuantes, bem como a instituição de espaços para a discussão e compartilhamento dos diferentes saberes, lógicas e conceitos que norteiam o trabalho. Santos (2001) critica a ausência de uma política de Estado para a formação e a capacitação de recursos humanos para atuar em Visat.

Corroborando essa preocupação, temos a falta de concursos públicos suficientes para prover a carência de profissionais dessa área e para repor e renovar os profissionais ora atuantes. Se não houver um planejamento, sua experiência acumulada perder-se-á quando eles se apresentarem.

#### ***d) Campo conceitual e as práticas em Vigilâncias em Saúde do Trabalhador***

Minayo-Gomez e Thedim Costa (1997) criticam a ST afirmando que, apesar dos avanços no campo conceitual de suas práticas, no cotidiano, ela ainda se depara com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Colocam, assim, em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação. Para eles, nesse campo, estão evidentes os conflitos entre interesses econômicos imediatistas e a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005) propõem que sejam balanceadas a historicidade e a conjuntura em que se dão as relações de produção, as demandas sociais, os impactos epidemiológicos e os fatores que influenciam as disputas

e as negociações próprias do contexto onde se desenrolam as ações de Visat. Seguindo nessa linha, para Machado (1997), os componentes sociais – a situação econômica, a organização e a experiência dos trabalhadores – devem fazer parte da análise do processo de trabalho tanto quanto as situações de risco e o tipo de tecnologia utilizada em determinado processo de produção.

Entre as diferentes correntes de pensamento que influenciam a Visat, para melhor compreender os riscos ou as cargas e exigências que se manifestam concretamente nos processos de trabalho, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) defendem o uso da ergonomia de corrente francesa (WISNER, 1987), empregando os conceitos que diferenciam a tarefa prescrita da atividade real de trabalho. Essas diferenças estão presentes no dia a dia, em que as situações não prescritas exigem a mediação dos trabalhadores para garantir a produção e/ou prevenir acidentes.

Machado (2005) valoriza a aplicação tanto das bases da epidemiologia social da América Latina (LAURELL; NORIEGA, 1989), quanto da ergonomia francesa, afirmando que ambas trouxeram avanços e fundamentos essenciais para a intervenção em ST, pois analisam o trabalho como ele acontece de fato. No entanto, para Machado (2005), os conceitos desenvolvidos por essas disciplinas, como o de carga e atividade, não são suficientes para abarcar a dimensão socioeconômica da relação saúde-trabalho e poderiam trazer tensões aos grupos em suas práticas institucionais.

Apesar de reconhecer as dificuldades próprias de um enfrentamento de poderes consolidados, preconceitos e pouca disponibilidade para o diálogo entre as disciplinas, Machado (2005) recomenda que sejam adotados conceitos que conciliem os diferentes saberes, visando a uma ação transdisciplinar e transversal inter e intrassetorial, em que tais conceitos sejam compartilhados por diversas disciplinas.

A lógica e os conceitos adotados pelas equipes técnicas no desenvolvimento de suas ações trazem repercussões individuais e coletivas para a saúde dos trabalhadores das empresas sob intervenção, como explicam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 29):

Se predominam os referentes às condições materiais, terão ênfase determinados agentes capazes de ocasionar patologias diagnosticadas por critérios clínicos e toxicológicos. Se o foco de atenção volta-se prioritariamente para os aspectos ligados à organização do trabalho, aparecem com maior significância os efeitos de caráter psicossocial.

Sato (1996) considera importante a reflexão a respeito do aporte teórico que desenhará as ações em ST, devendo partir da definição do que é problema

de saúde, passar pelo procedimento de sua identificação e chegar às estratégias de intervenção no contexto da Visat. Para ela, a lógica que conduz às diferentes estratégias de intervenção é qualitativamente fundamental e determinante da linha de atuação que será adotada na prática.

Assim, quando a lógica adotada é direcionada pela escolha dos problemas pautados por estudos empíricos, a intervenção possivelmente procurará eliminar e controlar os riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e “ergonômicos”. Já, quando se adota a noção de problema a partir da percepção e do conhecimento do trabalhador, essa atuação buscará modificar a relação do trabalhador com o contexto de trabalho.

Ainda, segundo Sato (1996), na construção do conhecimento prático em Visat, as diferentes lógicas e estratégias devem ser consideradas, e os instrumentos que estão disponíveis e as diversas formas de conhecimento devem ser ponderados, cuidando-se para que as especificidades de cada uma sejam respeitadas e se use o que há de melhor nelas.

Pelo que já foi aqui apresentado, fica evidente que, apesar dessa forma de atuação ser aspirada por muitos dos profissionais que atuam em Visat, ainda estamos muito distantes de ter condições estruturais, sociais e políticas que viabilizem essa prática. A realidade diária parece engolir e sufocar essa meta ambiciosa.

#### ***e) Dificuldades na implantação e no desenvolvimento das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador***

Scopinho (2004) diz que a desordenada ação estatal na área, com falta de planejamento, leva ao fato de que muitas ações só se concretizam devido às características pessoais e à boa vontade de alguns profissionais. Considerar esses aspectos parece ser fundamental para que a Visat efetive-se na prática e para que se consolide uma Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Assim, essa ausência de planejamento e política tem influenciado negativamente os rumos da Visat no país e sobrecarregado os profissionais, os quais se sentem impelidos pela rotina diária a estabelecer as metas e os meios e a encontrar recursos para a realização das vigilâncias.

Vilela (2003), em trabalho sobre as experiências do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba, apresentou outras dificuldades percebidas na implantação da Visat: falta de assessoria e de suporte técnico; limitação de recursos humanos e materiais (espaço físico e equipamentos diversos: veículo para transporte, eletroeletrônicos e artigos de informática); capacitação técnica deficitária; falta de treinamentos e de discussões sistemáticas acerca das práticas de Visat na cidade.

Segundo Sanches et al. (2009), a complexidade e a diversidade das ações de Visat, a cada novo setor em que se intervém, evidenciam as dificuldades presentes em diversos Cerests e que são agravadas pela inexperiência desses serviços em determinados setores e pela carência, despreparo ou falta de capacitação dos profissionais.

As autoras apontam ainda:

[...] dificuldades nas relações interinstitucionais intra e extra SUS; carência de informações sobre os riscos existentes no parque produtivo e sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores; dificuldades no estabelecimento de prioridades e incorporação nas ações programáticas existentes; dificuldades metodológicas para a identificação, reconhecimento e avaliação de situações de risco e para a proposição de soluções pertinentes; dificuldades para a utilização de instrumentos administrativos legais como termos, autos de infração e de imposição de penalidade, embargos e interdições. (SANCHES et al., 2009, p. 42)

O estudo realizado por Dias (1994), considerado o primeiro levantamento sistemático de caráter nacional sobre programas e serviços de saúde dos trabalhadores, foi atualizado por Lacaz, Machado e Porto (2002; 2006) entre 2001 e 2002, período anterior à Renast. Os autores fizeram uma breve discussão sobre Visat, com tópicos como a distribuição regional dos serviços; as ações de Visat neles desenvolvidas; as relações intra/intersetoriais; o controle social; a avaliação de impacto e as bases de intervenção e planejamento das ações realizadas. Observaram obstáculos como falta de formalização das relações interinstitucionais e distanciamento entre universidades e SUS, expresso na ausência de retaguarda técnica e científica para avaliar as ações. Eles também apontaram limitações político-legais para as ações no nível local, além de reduzida participação de representantes dos trabalhadores no planejamento e na realização da Visat (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2006). Este estudo é ainda atual e muitas dessas fragilidades continuam presentes.

#### ***f) Planejamento das intervenções em Vigilâncias em Saúde do Trabalhador e avaliação do seu impacto***

A quase inexistência de indicadores para avaliar o impacto das intervenções em Visat e a não utilização sistemática desses indicadores para avaliar tal impacto foi estudada por Lacaz, Machado e Porto (2006) e considerada uma carência dos serviços de ST. À época, eles observaram que poucos utilizavam tais indicadores na avaliação do impacto de suas intervenções de Visat (28% dos serviços municipais e 27% dos estaduais). Isso pode ser indicativo da não priorização e da despreocupação com a análise dos resultados das intervenções. Segundo os autores, são usados roteiros de vistoria e outras formas de acompanhamento,

destacando-se as informações que alimentam distintos bancos de dados relativos a riscos e agravos do trabalho e à investigação de acidentes graves, porém, faltam instrumentos para avaliar os resultados das ações. Para os autores, já em 2001, gestores estaduais e municipais discutiam propostas de aproximação com as universidades para a proposição de instrumentos de análise do impacto das intervenções, porém, a concretização dessa proposta caminha a passos lentos.

Considerando a complexidade e o caráter dinâmico da Visat, Santos (2001) salientou que, nessas ações, cada novo processo deve ponderar as condições específicas da empresa em questão, como as de caráter tecnológico, a temporalidade para o estabelecimento de prazos para as medidas a serem tomadas, a organização e a sistematização das etapas a serem cumpridas.

Fato nem sempre considerado pelos gestores das ações de Visat é que, como foi observado por Sato (1996), ao se considerar o conhecimento prático nas ações de vigilância, é preciso que se tenha uma elasticidade maior de tempo. Os dados não estão prontos e as próprias técnicas empregadas para coleta e análise dos achados demandam uma observação prolongada, capaz de apreender a organização do trabalho e de conhecer o trabalho executado.

Está claro que, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para a Visat (BRASIL, 1998, 2002, 2006, 2009), as ações não deveriam ser apenas pontuais nem restritas a inspeções com caráter de policiamento e normatização. No entanto, hoje parece haver um retrocesso e alguns serviços de ST têm sido compelidos a ações desencadeadas basicamente em resposta a acidentes de trabalho notificados, sem que haja um planejamento dessas ações e sem que seja avaliado o alcance do trabalho que vem sendo realizado, correndo assim o risco de se distanciarem de seus reais objetivos.

Entre outros fatores, isso vem ocorrendo por conta da obrigatoriedade legal e do compromisso estabelecido na pactuação estado-municípios de que se realize a investigação de 100% dos acidentes de trabalho fatais e de, pelo menos, 50% dos acidentes de trabalho graves ocorridos em todo o estado de São Paulo (CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009) sem que seja estabelecida uma sistematização dessa demanda, um dimensionamento da capacidade dos serviços em relação a ela e, ainda, diante dos precários recursos materiais, humanos e técnicos disponíveis para esses serviços. Ainda mais inatingível é o pacto pela saúde assinado pelo município de São Paulo, nos anos 2008 e 2009, o qual aponta como meta a investigação de 100% dos acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos (SÃO PAULO [MUNICÍPIO], 2009).

Em grandes cidades como a de São Paulo, com uma demanda sensivelmente maior que a capacidade das equipes de Visat, essa situação é grave. Sua população residente era de 11.244.369 pessoas em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a; 2010b), isso sem se considerar a região metropolitana, da qual provem parte dos trabalhadores da cidade. São Paulo ocupa uma área de 1.523,28 km<sup>2</sup> e, em 2008, contava com 520.533 unidades industriais e 5.241.615 pessoas ocupadas somente nesse setor (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Em 2010, a área de Saúde do Trabalhador da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa) em São Paulo contava com 97 profissionais atuantes em Visat, divididos entre a própria sede da Covisa e outros seis Cerests. Eles desenvolvem atividades de intervenção em empresas, vigilância epidemiológica e, nos casos dos Cerests, também a capacitação da rede de saúde para a atenção à ST, além da assistência a trabalhadores adoecidos e/ou sequelados em função do trabalho.

Parece que, em cidades menores, como a de Piracicaba (SP), os serviços estão conseguindo organizar-se de forma a realizar a Visat a contento, e sua equipe de trabalho tem tido acesso à formação e capacitação que vem garantindo a qualidade de sua atuação (VILELA, 2010). Mas o mesmo não se repete na capital do estado.

## Conclusão

Na Visat devem ser utilizados mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho buscando a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho. No entanto, esses mecanismos terão um fim em si mesmos se não considerarem a dinâmica realidade do trabalho e se ficarem baseados apenas na exigência de cumprimento das leis, no controle dos riscos, na investigação pontual de acidentes de trabalho e na repetição de modelos ultrapassados, como o da Medicina do Trabalho e o da Saúde Ocupacional. É importante saber sob qual ponto de vista e de qual modelo partem as ações de Visat.

Acreditamos que os processos de vigilância devam incluir a participação dos trabalhadores de forma a garantir que as transformações decorrentes dessas ações traduzam suas necessidades, sejam por eles apropriadas e validadas. Assim, as ações iniciadas pelas equipes de Visat poderão ser continuadas pelos próprios trabalhadores ao longo do tempo, acompanhando as constantes mudanças presentes no mundo do trabalho. Eles tornar-se-iam verdadeiros multiplicadores.

Muitos dos profissionais que atuam na Visat continuam a desenvolver ações em direção aos princípios do SUS, buscando concretizar um modelo que integre a assistência e a vigilância/intervenção. Na prática, nos dias de hoje, observa-se que essa integração ainda tem ligações tênues e estruturalmente frágeis e seu valor parece estar sendo esquecido.

A Visat carece de indicadores para avaliar o impacto de suas ações, fato que pode contribuir para a invisibilidade e a ausência de registro dos esforços dos profissionais que nela atuam, bem como para o insucesso de seu trabalho. Esse vazio deixado pela incerteza sobre os frutos do próprio tra-

balho, pela falta de reconhecimento institucional e até mesmo de alguns pares é fonte de sofrimento, desmotivação e ansiedade para os que executam a Visat.

É preciso uma requalificação da estrutura organizacional da saúde pública no Brasil a fim de contemplar os diferentes processos de trabalho e a diversidade de necessidades de cada serviço voltado à ST. Só assim, essa área poderá desenvolver-se no âmbito do SUS e cumprir todas suas atribuições nas cinco frentes de trabalho previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas.

## Contribuições de autoria

Daldon, M. T. B.: contribuição substancial no projeto e no delineamento, no levantamento de dados e na sua análise e interpretação; elaboração do manuscrito e contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão publicada. Lancman, S.: elaboração do manuscrito e contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

ABREU, A. C. S.; RESENDE, L. M. Reestruturação produtiva: algumas reflexões sobre seus rebatimentos no serviço social. *Serviço Social em Revista*, Londrina: Universidade Estadual de Londrina, v. 4, n. 1, jul./dez. 2001. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v4n1\\_reestrut.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n1_reestrut.htm)>. Acesso em: 12 mar. 2011.

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

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Unicamp, 1995.

BERNARDO, M. H. *Discurso flexível, trabalho duro: o contraste entre o discurso de gestão empresarial e a vivência dos trabalhadores*. 2006. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

BERTOLINI, G. *A incorporação das ações de saúde do trabalhador na atenção básica: a experiência de Amparo/SP*. (Especialização)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 24 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde - LOS. 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. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ACS, 1990.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: <[http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap\\_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf](http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf)>. Acesso em: 2 maio 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 (RENAST) no SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 2 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de gestão e gerenciamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 2 maio 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. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252\\_da\\_vigilancia\\_em\\_saude\\_0501\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf)>. Acesso em: 2 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, 2011*. Brasília: MTE; MPS, 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1602>>. Acesso em: 16 maio 2013.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M. et al. (Org.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114.

\_\_\_\_\_. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-889, out./dez., 2005.

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância em saúde do trabalhador*. Salvador: Sesab, 2002.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Seminário Acidentes de Trabalho: notificar – investigar – prevenir*. 2009. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/ev\\_ler.asp?gt\\_codigo=&ev\\_codigo=211](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/ev_ler.asp?gt_codigo=&ev_codigo=211)>. Acesso em: 2 fev. 2010.

CHEREM, A. J. et al. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 93-98, 2009.

DALDON, M. T. B. *Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2012. 200 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)–Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DANIELLOU, F. (Org.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

\_\_\_\_\_. *A Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

\_\_\_\_\_. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15; Fiocruz, 2004. p. 105-126.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; CHRISTIAN, J. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia, utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 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*. Belo Horizonte, 2008. (Relatório técnico-científico). Mimeo.

\_\_\_\_\_. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

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.

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

GUERÍN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 2., p. 102-108, abr./jun. 2003.

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., 2011, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde. 2011. p. 72-78.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cadastro Central de Empresas (CEMPRE). Estatísticas do Cadastro Central de Empresas, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/cadastroempresa/2008/default.shtm>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Cadastro Central de Empresas (CEMPRE). *Censo 2010*. 2010a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1708](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708)>. Acesso em: 28 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. *Censo 2010, população do município de São Paulo*. 2010b. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao\\_por\\_municipio\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio_zip.shtm)>. Acesso em: 12 mar. 2011.

LACAZ, F. A. C. *Saúde no Trabalho*. 1983. 147 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

\_\_\_\_\_. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

\_\_\_\_\_. 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.

LACAZ, F. A. C.; FLORIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde na virada do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123- 2134, 2009.

- LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M.; PORTO, M. F. S. Estudo da situação e tendências da vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Relatório Final, setembro de 2002. Apoio financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Apoio logístico: Abrasco. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatrioFinal%20.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009.
- \_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: diagnóstico inicial. *REVISA - Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 112-121, 2006.
- LANCMAN, S. *Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional*, 2004. 189 f. Tese (Livro de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- LANCMAN, S.; HELOANI, R. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação no trabalho. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo15; Fiocruz, 2004.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*, São Paulo, v. 6, p. 77-88, 2003.
- LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985. p. 255-276.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*: São Paulo: Cebes/Hucitec, 1989.
- MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- \_\_\_\_\_. Processo de vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997.
- \_\_\_\_\_. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 987-992, out./dez., 2005.
- 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.
- 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.
- MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993. p. 159-185.
- 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-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
- NARDI, H. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinariedade. In: MERLO, A. R. C. *Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 43-64.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, L. S. B. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980*. 1994. 237 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- OLIVEIRA, M. H. B. et al. Análise comparativa dos dispositivos de Saúde do Trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 425-433, 1997.
- 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)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27 n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.
- PORTO, M. F. S.; MACHADO, J. M. H.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA: O SUJEITO NA SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. *Anais...* Salvador: Abrasco, 2000. (CD-Rom).
- RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. (Org.). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: Imesp-Diesat, 1985.
- RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 25, n. 93/94, p. 9-20, dez. 1998.
- SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do Cerest nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no setor canavieiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 37-43, jan./mar. 2009.
- SANTORUM, K. M. T. *Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2006. 173 f. Tese (Doutorado

em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, A. P. L. *Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo*. 2001. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. *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 Ciências)–Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

SÃO PAULO (Município). Lei Municipal nº 13.725 de 09 de janeiro de 2004. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo. 2004. Disponível em: <<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/financas/legislacao/Lei-13725-2004.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. *Pacto pela saúde 2008/2009, Relatório dos indicadores do pacto pela vida 2008 – Município de São Paulo*, 22 de junho de 2009. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/RltIndicPctVd%202008\\_2009.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/RltIndicPctVd%202008_2009.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2010.

SATO, L. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbanos*. 1991. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_. 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, out./dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Prevenção de agravos à Saúde do Trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-1157, set./out. 2002.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigação em Saúde Pública em São Paulo. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SCOPINHO, R. A. Controle social do trabalho no setor sucroalcooleiro: reflexões sobre o comportamento das empresas, do Estado e dos movimentos sociais organizados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 7, p. 11-29, dez. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez; UFRJ, 1994.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SPEDO, S. M. *Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 1998. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

TAMBELLINI, A. T. Política nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 1986, Brasília, DF. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 1986.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TOLDRA, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, p. 10-22, 2010.

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, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 269-275, 1997.

VILELA, R. A. G. *Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho: a experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba; construindo prevenção e desvelando a impunidade*. 2002. 386 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

\_\_\_\_\_. *Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho*. São Paulo: LTR, 2003.

\_\_\_\_\_. *Da vigilância para a prevenção: contribuição da ergonomia da atividade no aprimoramento do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho SIVAT – Piracicaba*. 2010. 138 f. Tese (Livre-docência em Saúde Ambiental)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VILELA R. A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: o caso dos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da família de Piracicaba – SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.

WAISSMANN, W.; CASTRO, J. A. P. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. 1996. In: TEXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 15-25.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho, ergonomia: métodos e técnicas*. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

\_\_\_\_\_. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. Tradução Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente

Luís Henrique da Costa Leão<sup>1</sup>  
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos<sup>1</sup>

*On the trails of commodity chains – reflections on a surveillance policy integrating health, labor and environment*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública  
Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz  
(Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Contato:*

Luís Henrique da Costa Leão.

*Email:*

luis\_leao@hotmail.com

Financiamento: Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Proex-Capes), conforme Edital de “Apoio Financeiro a Projetos de Discentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública”, 2010.

Ensaio baseado na dissertação de mestrado de Luís Henrique da Costa Leão intitulada “Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde”, defendida em 2011 na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 05/04/2013

Aprovado: 09/04/2013

### Resumo

O objetivo deste ensaio é apresentar e discutir subsídios teóricos e práticos para uma política de vigilância em saúde, trabalho e ambiente sobre as cadeias produtivas. A partir das teorias ligadas à noção de complexidade e ao pensamento sistêmico em saúde coletiva, é discutida uma política integradora em alguns princípios: intrasetorialidade (integração das vigilâncias do SUS); intersetorialidade (articulação dos setores governamentais – previdência, meio ambiente, trabalho, agricultura, desenvolvimento, indústria e comércio exterior, entre outros – e setores não governamentais); controle social (incorporação dos saberes de atores e grupos da sociedade civil, comunidade local, trabalhadores, população e movimento social em geral); e transdisciplinaridade (diálogo de diversas disciplinas do campo científico e outros saberes). Estes princípios são potencialmente capazes de nortear uma vigilância integradora sobre os elos componentes de uma cadeia, principalmente considerando suas repercussões socioambientais nos elos de extração, transporte, produção, distribuição, consumo e descarte. Eleger as cadeias produtivas como meio de conexão de ações, serviços e estruturas do Estado com a sociedade é uma alternativa para possibilitar práticas de intervenção integradas sobre a complexa relação saúde, trabalho e ambiente, superando o modelo fragmentado e pontual.

**Palavras-chave:** produção de produtos; vigilância da população; vigilância sanitária de ambientes; vigilância em saúde do trabalhador.

### Abstract

*This essay purpose is to present and discuss theoretical and practical subsidies for a health, labor and environmental surveillance policy on commodity chains. Based on theories related to the notion of complexity and to the systemic thought in public health, it discusses an integrating policy based on the following principles: intra-sector (integration of Brazilian health system – SUS- surveillances); inter-sector (articulation of the governmental sectors – social security, environment, labor, agriculture, development, industry and foreign trade, among others, and non-governmental sectors); social control (incorporating the knowledge of actors and civil society groups, local community, workers, citizens and social movements in general); and trans-disciplinary (dialogue between various disciplines within science and other fields). These principles are capable to guide an integrating surveillance on the commodity chain links, mainly considering their social-environmental impacts on such links as: mining, transport, production, distribution, consumption and disposal. Choosing commodity chains as a strategy to connect governmental and society actions, services and structures is an alternative to enable integrated intervention practices on the complex health, labor and environment relations, overcoming the fragmentary and rigid model.*

**Keywords:** production of products; population surveillance; environmental health surveillance; worker's health surveillance.

## Introdução

A vigilância em saúde é uma área de conhecimentos e intervenções do campo da saúde coletiva com vinculações institucionais com o Sistema Único de Saúde (SUS) cujo objetivo é atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença nos grupos sociais.

Tem sido conceituada como análise permanente da situação da saúde, composta por um conjunto de ações que visam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações nos territórios, garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

Seu objeto não se restringe às doenças transmissíveis e aos fatores de risco, mas abrange os elementos sociais, econômicos e culturais que condicionam a saúde pública, sendo sua missão conhecer e intervir sobre esses determinantes.

Enquanto campo de práticas institucionais, a vigilância tem encontrado obstáculos em suas estruturas e dinâmicas de ação, tais como a ênfase na assistência à saúde ainda marcante no SUS, a falta de entrosamento entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, a baixa articulação intersetorial e a pouca participação da população nos processos (LEÃO, 2011).

Além desses impasses, a vigilância tem o desafio de enfrentar uma série de questões sociais e sanitárias do atual momento histórico, marcado pela globalização da economia, pela degradação ambiental, pela exclusão social e pela precarização das condições de trabalho e vida.

Nas sociedades capitalistas globais, o Estado Democrático de Direito, junto com organizações da sociedade civil, necessita retomar a capacidade de intervir sobre os determinantes dos problemas de saúde e formular políticas de vigilância relacionadas à qualidade de vida, à solidariedade, à equidade, à democracia, ao desenvolvimento e à participação (FREITAS, 2003).

Uma das marcas da configuração econômica e social do século XXI é a formação de cadeias produtivas, que são processos de produção, comercialização e distribuição/exportação de bens e serviços organizados como um sistema. Esses processos são, por vezes, geograficamente dispersos nos territórios nacionais, ligados a demandas mundiais, que formam uma rede conectando os três setores da economia: a agricultura, a indústria e os serviços.

A engenharia de produção, a economia e a administração, entre outras áreas do conhecimento, utilizam a categoria “Cadeias Produtivas” e termos correlatos, como “Cadeia de Suprimento” e “Cadeia de Fornecimento” (PEROSA; VIEIRA; NITZSCHE,

2006; BIANCHINI; ASSUMPÇÃO, 2002), que em geral significam “um conjunto de etapas consecutivas pelas quais passam e vão sendo transformados e transferidos os diversos insumos” (PROCHNIK; HAGUENAUER, 2002, p. 144) e “uma rede de trabalho e processos de produção, cujo resultado final é um produto acabado” (HOPKINS; WALLERSTEIN, 1986, p. 159). Elas são compostas de diferentes processos de trabalho, fluxos de materiais e produtos, envolvendo diversas inserções de mão de obra formal, informal, entre outras.

Ao longo dos processos dessas cadeias, existe uma variedade de situações problemáticas do ponto de vista da saúde pública, pois, ao mesmo tempo em que geram riquezas, criam riscos e danos à saúde e ao ambiente em todo o ciclo produtivo.

Estudos acadêmicos e ações de movimentos sociais e organizações da sociedade civil têm demonstrado a necessidade de investigação de toda a cadeia produtiva, porque essa perspectiva de análise é um poderoso instrumento para o enfrentamento de situações de vulnerabilidades socioambientais.

No âmbito da sociologia do trabalho latino-americana, por exemplo, Abramo (2005) considera fundamental analisar a cadeia completa para a compreensão das novas modalidades de trabalho para além dos ambientes das fábricas e de situações de precariedade no trabalho na atualidade.

Relatórios, pesquisas e ações de movimentos sociais também tratam da questão. Em um relatório sobre os impactos da produção do etanol sobre a terra, o meio ambiente e a sociedade é enfatizado que:

[...] para além das normas legais, porém, outras bases que visem preservação ambiental e efetivação dos direitos fundamentais e do bem-estar social devem ser observadas ou estimuladas por atores presentes na cadeia produtiva de agroenergia. (CENTRO DE MONITORAMENTO DE AGROCOMBUSTÍVEIS, 2010, p. 62)

Veras e Cesara (2004) mostram que, na cadeia produtiva do aço brasileiro, pode-se verificar a existência de trabalho análogo à escravidão em carvoarias da selva amazônica, ligadas a grandes siderúrgicas nacionais que, contraditoriamente, possuem certificação de qualidade internacional.

Outra investigação que envolveu organizações não governamentais, a Comissão Nacional para a Erradicação do Trabalho Escravo (Conatrae) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelou cadeias produtivas de mercadorias brasileiras produzidas com esse mesmo tipo de trabalho. Foram identificados problemas em várias cadeias, como pecuária bovina, carvão vegetal, soja, algodão, ma-

deira, milho, arroz, feijão, frutas, batata, cana-de-açúcar, entre outras (PACTO..., 2012).

Além de trazer à tona uma diversidade de problemas sociais, ambientais, trabalhistas, previdenciários e sanitários no âmbito das cadeias produtivas, essas pesquisas e relatórios têm contribuído para o desenvolvimento de mecanismos de regulação e controle que visam a enfrentar tais situações problemáticas.

A pesquisa acima relatada contribuiu para a criação do Pacto Nacional pela Erradicação do Trabalho Escravo no Brasil (2012), que recomenda intervenções sobre cadeias produtivas através da formalização das relações de trabalho entre produtores e fornecedores, cumprimentos das legislações trabalhistas, previdenciárias, de saúde e segurança, e prevê restrições comerciais a empresas ou pessoas identificadas nas cadeias que se utilizem de condições de trabalho degradantes.

A formulação de pactos neste molde, voluntários e dependentes da colaboração das empresas e dos atores institucionais, tem sido uma via de controle das cadeias produtivas.

Outras publicações divulgam problemas sociais e ambientais em cadeias de produção apostando na conscientização dos consumidores como forma de controle (ONG REPÓRTER BRASIL; PAPEL SOCIAL COMUNICAÇÃO, 2008). Esses estudos, marcados pelas lutas sociais de enfrentamento da exploração humana e da degradação ambiental, objetivam informar aos consumidores a importância de rejeitarem os produtos disponíveis no mercado que tenham crimes ambientais e trabalhistas em suas cadeias produtivas. O relatório *Conexões Sustentáveis São Paulo – Amazônia. Quem se beneficia com a destruição da Amazônia?*, por exemplo, identificou várias empresas que mantiveram relações comerciais com proprietários e investidores rurais responsáveis por trabalho análogo à escravidão e a crimes ambientais na Amazônia (ONG REPÓRTER BRASIL; PAPEL SOCIAL COMUNICAÇÃO, 2008).

Nesta mesma direção, em 2011, foram apresentadas, em meios de comunicação de massa, irregularidades como o desmatamento ilegal e também o trabalho análogo à escravidão nas cadeias da carne, da soja e da madeira (MELO, 2011).

As complexidades das cadeias produtivas e suas repercussões na saúde dos trabalhadores e ambiental deflagram a necessidade de pesquisas e investigações sobre novos mecanismos de intervenção do Estado do ponto de vista da saúde pública, principalmente considerando a insuficiência do modelo de controle das cadeias produtivas via consumo/comércio e pactuações voluntaristas.

Existem poucos estudos que abordam essa temática sob a ótica da saúde coletiva na perspectiva da vigilância, ainda que as situações precárias no contexto das cadeias produtivas sejam marcantes no Brasil e demandem respostas na área da saúde, tanto no campo científico, quanto no institucional.

Leão (2011) verificou a escassez de pesquisas de vigilância em saúde sobre cadeias produtivas, indicando a necessidade de aprofundar as perspectivas teórico-metodológicas para suprir esta lacuna.

Daí a necessidade de subsidiar a vigilância com referenciais teóricos capazes de favorecer análises do tema no campo científico, bem como ações institucionais e propostas políticas.

O objetivo do presente ensaio é apresentar e discutir subsídios teóricos e práticos para uma política de vigilância em saúde, trabalho e ambiente sobre as cadeias produtivas. Apresenta referenciais teóricos para que ela integre a relação saúde, trabalho e ambiente tomando as cadeias produtivas como objeto central da ação. Acreditamos que a intervenção sobre as cadeias de produção possa consistir em uma perspectiva capaz de gerar novos processos de trabalho dos serviços de vigilância para enfrentar as problemáticas atuais do mundo do trabalho.

Esta discussão teórica e metodológica se baseia nos referenciais das abordagens sistêmicas e suas implicações para a vigilância em saúde no SUS (POSSAS, 2001; WALTNER-TOEWS, 2001; LEVINS; LOPEZ, 1999; MORIN, 1999; CAPRA, 1998; BERTALANFFY, 1986).

A partir das teorias ligadas à noção de complexidade e ao pensamento sistêmico (BERTALANFFY, 1986; MORIN, 1999), apresentamos uma revisão teórica da abordagem ecossistêmica e da ecossocial em saúde coletiva (MINAYO-GOMEZ; MINAYO, 2006; PORTO, 2005; KRIEGER, 2001; LEVINS; LOPEZ, 1999) para subsidiar as reflexões sobre uma proposta integradora para a vigilância.

Com base nesses referenciais, analisamos os princípios regentes da vigilância em saúde, suas principais normativas, bem como relatórios de fóruns e seminários organizados pelo Ministério da Saúde.

Também realizamos uma análise documental de documentos legais, pesquisas e relatórios produzidos por movimentos sociais e entidades da sociedade civil que têm como foco as cadeias produtivas.

A partir destes elementos, abordamos alguns princípios (intra-setorialidade, inter-setorialidade, controle social e transdisciplinaridade) que contribuem para a estruturação de uma vigilância em saúde, trabalho e ambiente sobre as cadeias produtivas.

## Perspectivas integradoras para a vigilância em saúde

No século XIX, a ciência moderna caracterizava-se pelo paradigma positivista, com ênfase na fragmentação de fenômenos como método para compreendê-los. Em sua trajetória, fez um movimento de “especialização”, desenvolvendo disciplinas encapsuladas em seus universos particulares.

Tal ciência, segundo Edgar Morin, baseou-se em um pensamento que isola e separa: um pensamento “simplicador” e mutilador (MORIN, 1999).

No decorrer do século XX, diversas críticas surgiram sobre a fragmentação do campo científico e emergiram novas perspectivas de cunho holístico. A biologia, por exemplo, que por um momento analisou fenômenos vitais reduzindo-os a entidades atômicas e processos parciais, começou a investigar não somente partes e processos isolados, mas a organização, a ordem e as dinâmicas interações entre elas (BERTALANFFY, 1986).

Outras disciplinas caminharam nessa direção. Determinadas linhas da Psicologia, como a Gestalt, buscaram compreender os fenômenos mentais não como a soma das suas unidades elementares, mas como totalidades. Abordagens das Ciências Sociais, que concebiam a sociedade como a soma de indivíduos, também passaram a focar a sociedade, a economia e a nação como um todo superordenado às suas partes (BERTALANFFY, 1986). Essas formas mais holísticas de perceber e analisar os fenômenos influenciaram o surgimento da teoria sistêmica, na primeira metade do século XX. O biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy contribuiu consideravelmente para o amadurecimento deste paradigma ao desenvolver a Teoria Geral dos Sistemas, sendo precedido pelas teorias da informação de Shannon e Weaver e da Tectologia de Alexander Bogdanov, pesquisadores que também desenvolveram perspectivas sistêmicas (CAPRA, 1998).

As concepções de Bertalanffy estabeleceram o pensamento sistêmico como um movimento científico, pois ele acreditava que uma teoria geral dos sistemas ofereceria um arcabouço conceitual geral para unificar várias disciplinas científicas isoladas e fragmentadas (CAPRA, 1998).

Partindo da noção de que um sistema é um conjunto de elementos em interação, a Teoria Geral dos Sistemas busca oferecer princípios válidos para sistemas em geral, independente da natureza e da relação entre os elementos que os compõem (BERTALANFFY, 1986).

Essa teoria passou a ser aplicada às concepções de administração de organizações durante os anos 1960, havendo uma crescente difusão de estudos sobre formas, vantagens e configurações de rede intra e inter-organizacionais (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

O paradigma sistêmico focaliza a complexidade dos fenômenos e se baseia em dimensões que o diferem das teorias tradicionais. Ele sustenta a ideia de complexidade em substituição à de simplicidade dos fenômenos, contrapõe a noção de estabilidade e regularidade à perspectiva de instabilidade, e traz à tona a ideia de intersubjetividade na constituição da realidade, substituindo a crença em uma objetividade externa aos sujeitos (MINAYO-GOMEZ; MINAYO, 2006).

A partir da teoria sistêmica, o campo da saúde coletiva tem produzido novas abordagens teóricas, como a ecossistêmica e a ecossocial.

Diversos estudos nesse campo as identificam como importantes referenciais para compreender e intervir em fenômenos complexos, ligados a problemas ambientais, desenvolvimento sustentável, promoção da saúde, entre outros (BREILH, 2008; PORTO, 2007, 2001; POSSAS, 2001; WALTNER-TOEWS, 2001; LEVINS; LOPEZ, 1999).

A perspectiva ecossistêmica em saúde representa um referencial teórico relativamente novo no campo e surgiu como fruto de inquietações e preocupações que americanos e canadenses demonstravam em relação à área dos Grandes Lagos, que fora invadida por projetos agrícolas e industriais no processo de desenvolvimento econômico daquelas nações. Seu objetivo é desenvolver conhecimentos e estratégias de intervenção no que tange à relação saúde-ambiente a partir de realidades concretas, tendo como pilares centrais a transdisciplinaridade, a participação social e a equidade de gênero (MINAYO-GOMES; MINAYO, 2006).

Este enfoque é apropriado para a intervenção da saúde pública sobre os espaços de desenvolvimento humano, pois apresenta vantagens como: possibilidade de formação de redes, promoção de sociedades saudáveis em ecossistemas sustentáveis e atuação integrada em saúde (AUGUSTO, 2009).

De acordo com Minayo-Gomez e Minayo (2006), do ponto de vista metodológico, essa perspectiva traz desafios, dentre os quais: mudar o enfoque linear de diferentes disciplinas para um enfoque dinâmico de interação, exercitando a transdisciplinaridade; conseguir a participação dos agentes sociais envolvidos no problema em análise; e superar a acumulação de dados ou a descrição de problemas, identificando espaços de negociação intersetoriais e soluções práticas viáveis.

A perspectiva ecossocial, por sua vez, foi proposta por Levins e Lopez (1999) e vem sendo defendida por alguns autores como Porto (2005) e Krieger (2001). Possui um enfoque abrangente que conecta aspectos sociais e ecológicos no entendimento de problemas de saúde das populações.

Tal perspectiva, longe de ser uma teoria totalizante, visa a produzir princípios integrais que orientem a investigação e as ações práticas (KRIEGER, 2001), facilitando a discussão integrada de questões de saúde, trabalho e ambiente.

Compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ecológicas e sociais é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde dos trabalhadores, da população em geral ou dos ecossistemas. (PORTO, 2005, p. 837)

Diante dos problemas socioambientais e das situações de vulnerabilidades nos territórios são necessárias reflexões e intervenções da saúde pública que considerem as diversas dimensões dos problemas, calcadas em referenciais mais amplos dos fenômenos (PORTO, 2007; AUGUSTO, 2003; BREILH, 2003; MINAYO; MIRANDA, 2002). A perspectiva holística poderia ser a chave para uma grande e necessária abordagem integral em saúde pública (LEVY, 1996).

Essas perspectivas sistêmicas no campo da saúde coletiva contribuem para a melhor compreensão dos fenômenos do mundo do trabalho e de suas inter-relações com a saúde da população e do meio ambiente.

No campo da vigilância em saúde, a lógica da teoria sistêmica, ao oferecer um enfoque holístico e contemplar a complexidade das relações entre as partes de qualquer sistema, pode subsidiar análises e intervenções integradoras, contribuindo para a superação da fragmentação do sistema de vigilância e das ações pontuais dos seus processos de trabalho. E, da mesma forma, pode proporcionar condições de abordar uma cadeia produtiva como um sistema de processos de produção, distribuição, comercialização e descarte de bens e serviços.

## Uma vigilância com referencial sistêmico

A política de saúde do Estado brasileiro, inspirada nos ideais do Estado de Bem-Estar Social, fundamenta-se nos princípios e nas diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, controle social, hierarquização e descentralização política e administrativa (RONCALLI, 2003).

Baseada nesses princípios, a vigilância em saúde tem o objetivo de gerar compreensão sobre os determi-

nantes e condicionantes da saúde da população, bem como intervir neles, os quais são definidos pela legislação como alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

A forma como a sociedade se organiza, social e economicamente, determina as condições de vida da sua população, cabendo à vigilância conhecer-intervir nesses elementos, que ganham feições específicas em cada região e espaço geográfico, em contextos históricos, culturais e sociais específicos.

As cadeias produtivas movimentam a economia e seus processos de geração de bens e serviços interferem nesses elementos, repercutindo nas condições de habitação, transporte e trabalho das regiões e originando novos riscos à saúde e problemas socioambientais.

Essa realidade desafia as estruturas da vigilância pelas multiplicidades de fatores condicionantes, riscos e danos potenciais que as cadeias provocam: repercussões econômicas, sociais, ambientais, sanitárias e culturais; pela sua dimensão espacial, que extrapola limites jurisdicionais de atuação dos agentes de saúde; e pela complexidade de questões políticas e econômicas que envolvem: estruturas políticas e ações governamentais de incentivo às cadeias.

Isso demanda da vigilância em saúde pública estar referenciada em abordagens integradoras que contribuam para a ampliação das intervenções sobre os fatores condicionantes da saúde, indo além das doenças e dos fatores de risco, vinculando os processos saúde-doença aos processos de trabalho no escopo das cadeias produtivas.

Nesta direção, a articulação do setor saúde entre si e com outros setores governamentais e o controle social, por meio de uma abordagem transdisciplinar na produção de conhecimentos, é princípio de caráter holístico fundamental para a vigilância.

## Da fragmentação à articulação das vigilâncias (intra-setorialidade)

Referenciais integradores podem subsidiar novos processos organizativos da vigilância em saúde no SUS, visando superar a segmentação das suas estruturas.

É possível afirmar que as práticas e as formas de organização da vigilância nos serviços de saúde pública não constituem um sistema integrado e articulado. Ao contrário, o paradigma da especialização entre as instâncias é dominante. O que se verifica é uma fragmentação das estruturas e das ações, separadas em compartimentos nomeados vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, vigilância da violência, nutricional, entre outras.

A vigilância epidemiológica em geral não se articula com as ações de fiscalização sanitária e não trabalha com informações geradas nos processos produtivos e indicadores de saúde do trabalhador, ambientais e sociais; a vigilância sanitária não incorpora a participação da sociedade em seus processos e focaliza produtos e serviços, abstraindo-se dos processos de produção, sem articulações intra e trans-setoriais, e com enfoque punitivo; a vigilância ambiental tende a examinar os processos produtivos “extramuros” das fábricas, desconsiderando a fonte primária intraprocessual de danos ambientais (VASCONCELLOS, 2007).

A divisão e a distinção entre os objetos de atuação e os objetivos institucionais específicos para cada ente da vigilância são necessárias para a organização do processo de trabalho, a definição de papéis e os recursos humanos e financeiros. O problema fundamental reside na falta de conexão entre as partes desse sistema, na fragilidade da cooperação para atuações conjuntas e nos obstáculos para o fluxo de informações.

Esforços para a implementação e a consolidação de mecanismos legais e técnicos de integração das vigilâncias podem ser percebidos nas Portarias do Ministério da Saúde nº 3.252 de 2009 (BRASIL, 2009) e nº 104 de 2011 (BRASIL, 2011b), entre outras.

Essas legislações dispõem sobre as atividades da vigilância em saúde e as atribuições de cada ente do sistema, estabelecendo também diretrizes para as notificações compulsórias a fim de gerar informação epidemiológica. De certo modo, contribuem para superar esta problemática, pela ênfase na noção de “sistema de vigilância”. No entanto, a fragmentação é flagrante em relação aos objetos de atuação, principalmente porque separa, de modo estanque, os campos saúde do trabalhador, saúde ambiental e saúde do consumidor. Assim, os fenômenos relativos a

cada uma dessas áreas ficam sob a responsabilidade de entes e estruturas da vigilância desconexas entre si – vigilância em saúde do trabalhador, ambiental e sanitária, respectivamente.

Este olhar fragmentado das estruturas de vigilância deixa escapar o fato de que fenômenos de saúde-doença nos trabalhadores e na população em geral, bem como problemas ambientais, podem ser gerados simultaneamente e de modo sinérgico e ter vinculação direta com a existência de uma mesma cadeia produtiva no seu território de atuação. Ou seja, a vigilância fica fragmentada em torno de uma só fonte geradora dos problemas – a cadeia produtiva.

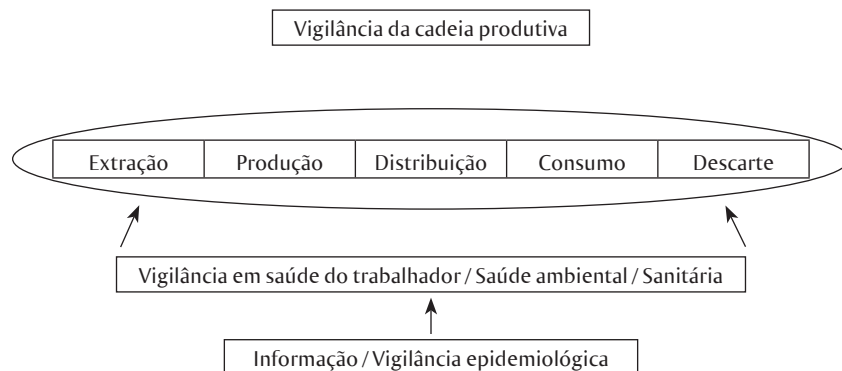
Conforme já asseverava Tambellini (1988), os três campos de preocupações e práticas, saúde do trabalhador, saúde ambiental e saúde do consumidor, são partes indissociáveis do processo produção-saúde. Nesse sentido, a intervenção da vigilância sobre toda a cadeia, de modo integrado, tem o potencial de agrupar esses três campos – saúde de quem consome os produtos finais, de quem trabalha nas etapas da cadeia e a saúde ambiental em todo o processo.

Uma vigilância integral que considere a saúde do trabalhador, a saúde ambiental e a saúde do consumidor, inclusive, é uma necessidade para o sistema de saúde a fim de ir além do atual modelo não sistêmico.

Nesta direção, a vigilância, em seus enfoques ambiental, epidemiológico, sanitário e de saúde do trabalhador, articular-se-ia em torno de uma cadeia, favorecendo a superação da fragmentação presente na atual configuração (**Figura 1**).

Uma questão importante a ser destacada também, no contexto das intervenções em saúde pública nas cadeias produtivas, é sua extensão territorial, porque demandam mais articulações nas estruturas da vigilância.

**Figura 1** Integração da vigilância em saúde sobre cadeias produtivas



Fonte: Autores

Uma cadeia produtiva não necessariamente se limita a um determinado município, estado ou até mesmo nação, podendo atravessar várias regiões gerando riscos, danos e agravos à saúde e ao meio ambiente em diversos espaços geográficos que extrapolam os limites de atuação territorial dos entes federativos do Estado.

A intervenção em toda a cadeia produtiva torna-se um elemento crucial para o enfrentamento de situações problemáticas em nível local que estejam conectadas a processos globais da economia capitalista contemporânea e submetidas a estruturas de poder político com práticas de inibição da atuação da vigilância. E, para isso, sólidas pactuações interfederativas são alternativas estratégicas, sendo necessário envolvimento de todos os âmbitos, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite – CIT<sup>2</sup> (BRASIL, 1990) e outros espaços de pactuação. Isto também contribui para a sinergia dos entes da vigilância em saúde, remetendo às articulações não apenas intrasetoriais, mas também intersetoriais.

#### **Do isolamento à articulação intersetorial (intersectorialidade)**

Sob o ponto de vista sistêmico, a complexidade, tanto da relação saúde, trabalho e ambiente, quanto dos fenômenos econômicos e sociais no âmbito das cadeias produtivas, não pode ser entendida como a soma de elementos isolados e analisada por setores governamentais separadamente.

São, assim, requeridas articulações intersetoriais capazes de subsidiar atuações sistêmicas sobre as cadeias de produção.

A intersectorialidade é considerada princípio fundamental para a construção de políticas públicas de saúde e se refere à articulação entre setores governamentais para ações de intervenção eficazes e resolutivas sobre objetos complexos:

Como prática de ação política e de gestão, a intersectorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na Saúde esse conceito é facilmente compreensível, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 43)

Assim, uma política de vigilância integradora deve estabelecer mecanismos mais sólidos de intersectorialidade, buscando fortalecer as articulações entre setores do governo como o SUS, entre os ministérios da União e também nas instâncias estaduais e municipais.

No entanto, de que forma integrar? Como gerar as articulações entre estruturas distintas para que dialoguem e ajam em parcerias alcançando os resultados esperados?

Essas questões são cruciais porque a intersectorialidade é discurso corrente no campo da saúde pública, mas ainda carece de materialidade, pois são dominantes as práticas segmentadoras dos setores governamentais, frente às quais os agentes (ministérios e órgãos públicos) dificilmente conseguem gerar processos de atuação conjunta.

Consideramos que o foco nas cadeias produtivas pode conferir maior concretude à intersectorialidade na vigilância em saúde, trabalho e ambiente, sendo o eixo gerador da articulação dos setores governamentais.

A amplitude territorial da cadeia e suas dinâmicas de ação, bem como todos os seus processos perpassam os domínios dos diferentes órgãos reguladores dos setores do Estado, e este é um dos motivos capazes de gerar fios condutores de ações conjuntas e mecanismos de controle e intervenção intersetoriais.

Nesse sentido, as competências legais e técnicas de cada setor e seus órgãos específicos, em articulação protagonizada pelo setor saúde, seriam canalizadas para uma cadeia específica, gerando processos e ações em todos os seus elos nos estados e municípios que atravessa.

É preciso também considerar, que as ações setorializadas favorecem a perpetuação dos impactos ambientais, sociais e sanitários das cadeias produtivas, pois os recursos financeiros e humanos, as estruturas organizacionais e os processos de trabalho de cada setor isoladamente não são capazes de criar intervenções contínuas, sistemáticas e resolutivas.

Criar mecanismos mais sólidos de intersectorialidade sobre cadeias produtivas contribui para negar essa cultura de inspiração mecanicista e mutiladora que subsidia políticas e ações isoladas em processos organizacionais ensimesmados na máquina de governo.

Uma política de vigilância diante da complexa realidade a enfrentar – a relação saúde, trabalho e

<sup>2</sup> A CIB e a CIT são foros de negociação e pactuação entre gestores no que tange aos aspectos operacionais do SUS e tem como objetivos: decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, conforme os planos de saúde aprovados pelos conselhos; definir diretrizes de organização das redes de ações e serviços de saúde; e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os entes federados.

ambiente nas cadeias produtivas – deve conferir materialidade às articulações entre os atores governamentais, incluindo também os sujeitos coletivos, as entidades da sociedade civil e os movimentos sociais em todos os processos.

### Do “participacionismo” à participação (controle social)

O controle social foi estabelecido como um dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 1990), institucionalizando a participação da população na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Esta participação abre espaços para a criação de políticas que sejam, de fato, *públicas*, como preconiza a saúde coletiva, e não apenas estatais:

Esta, sem dúvida, foi a direção do movimento das políticas públicas de saúde que culminou no SUS. Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 566)

Os espaços de representação da sociedade nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde são os conselhos, as conferências e as comissões diversas. A questão problemática é que esses espaços correm o risco de se tornarem lócus de excessivo “participacionismo” e reduzida participação (MINAYO-GOMEZ, 2011), na medida em que os movimentos e as representações da sociedade assumam papéis meramente burocráticos.

A proposição de uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente implica na criação de formas de participação da sociedade para além de conselhos, conferências e comissões.

Um mecanismo importante para isso consiste no estabelecimento de fóruns permanentes e comissões nacionais e regionais articuladoras de movimentos sociais, representações de trabalhadores e conselhos de saúde, ambiente etc., acerca de cadeias produtivas.

Reunir movimentos e atores diversos em torno dos problemas de uma cadeia produtiva contribui para agrupar os movimentos sociais reivindicatórios e as lutas sindicais, contrariamente à setorialização e à dispersão de bandeiras de reivindicação.

Neste sentido, a atuação coletiva sobre uma cadeia produtiva gera possibilidades de investigações diversas em um processo contínuo de levantamento de situações relativas à saúde, trabalho, meio ambiente e às vulnerabilidades sociais, podendo levar à construção de ações de intervenção estratégicas.

A criação de espaços para a participação da sociedade na vigilância em saúde contribui, portanto,

para uma política horizontal, conformando uma vigilância de caráter coletivo frente ao tecnicismo e ao corporativismo nas práticas de intervenção.

### Do tecnicismo disciplinar ao olhar complexo (transdisciplinaridade).

No campo da saúde pública, três modelos de construção do conhecimento se constituíram historicamente. O modelo multidisciplinar no século XIX, o interdisciplinar nas primeiras décadas do século XX e o transdisciplinar a partir da década de 1980 (LUZ, 2009). A transdisciplinaridade tende a ser o modelo dominante dada a complexidade do objeto da saúde pública – o processo de determinação de saúde/doença.

A diferença interessante em relação a esse “modelo” de produção de conhecimento, ou paradigma científico, é que o conhecimento assim produzido pode integrar não apenas produção gerada a partir da pesquisa experimental, como da pesquisa quantitativa (epidemiológica, demográfica), qualitativa, e das pesquisas aplicadas, como no planejamento. Pode integrar também conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços (ou pacientes), superando assim a clivagem senso comum × ciência, típica da modernidade. (LUZ, 2009, p. 309)

Como foi exposto, a perspectiva sistêmica emergiu como um paradigma contraposto ao modelo de produção de conhecimento baseado na especialidade, indo além da disciplinaridade vinculada ao “paradigma da simplificação” (MORIN, 1999).

A transdisciplinaridade, como importante aspecto da perceptiva sistêmica, contribui para a vigilância incorporar outros saberes nas ações de intervenção, invertendo a lógica operacional hegemônica baseada nas ações de técnicos especialistas e contribuindo também para a superação de paradigmas fragmentadores e disciplinares.

Uma política que promova intervenções integradas e alicerçadas em processos transdisciplinares articula conhecimentos técnicos, disciplinares e populares, produzindo saberes contextualizados capazes de subsidiar formas e alternativas de controle da cadeia produtiva.

Essa perspectiva rompe com o paradigma disciplinar de análise dos fenômenos e ressalta a viabilidade de construção de processos de vigilância de caráter complexo. Essa vigilância da complexidade, seguindo a compreensão de Edgar Morin (1999), busca criar meios e possibilidades de diálogo entre variados campos científicos e os saberes populares, os conhecimentos gerados por agentes de movimentos sociais, entre outros.

A vigilância somaria aos seus processos de geração de informação técnica, via notificações de agravos, doenças e demais ocorrências nas unidades de

saúde, informações de cunho cultural que revelem vivências e expressões de vida e trabalho nos grupos humanos. Isso demanda a criação de novas modalidades de geração de informação de caráter transdisciplinar para a atuação da vigilância.

Em síntese, o referencial sistêmico subsidia reflexões sobre uma política de vigilância em saúde intras-setorial (integra as vigilâncias do SUS) e intersetorial (integra setores do governo), com fortalecimento do controle social (integra movimentos sociais e a população) e de caráter transdisciplinar (integra saberes).

## Uma vigilância integradora sobre cadeias produtivas

A partir das abordagens sistêmicas que subsidiam uma vigilância holística, serão discutidas as possibilidades e as características de uma política de vigilância em saúde, trabalho e ambiente sobre as cadeias produtivas, considerando duas dimensões: a configuração de cada elo das cadeias e as situações de saúde, trabalho e ambiente, bem como as repercussões socioambientais de seu entorno.

### Da visão pontual ao olhar integral sobre a cadeia (cadeia *em si*)

Uma política integradora de vigilância em saúde sobre as cadeias produtivas focaliza atuações constantes e sistemáticas sobre todos os seus elos, enfocando as especificidades de cada etapa e as possibilidades de controle e negociação em todas (Figura 2).

Essa política preconiza o conhecimento, a pesquisa, a intervenção, o acompanhamento contínuo, a criação de acordos, leis específicas e sanções comerciais sobre as cadeias de produção, engendrando processos deflagradores de riscos e danos à

saúde pública e recomendando ações para sua erradicação e/ou controle.

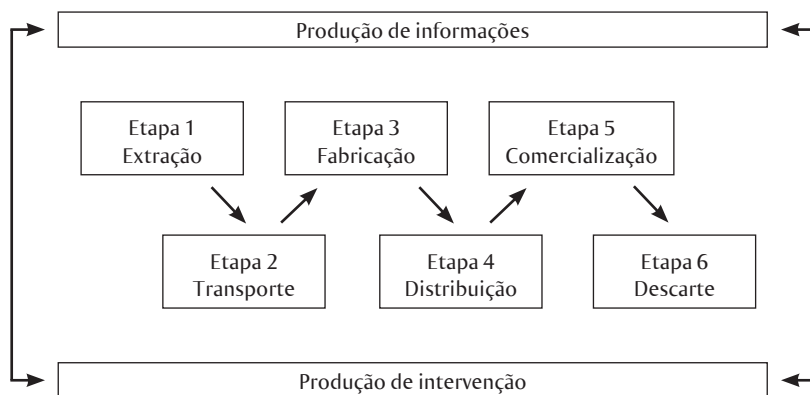
No processo de vigilância, é primordial perceber os principais segmentos que compõem a cadeia para identificar as empresas e os setores envolvidos, os fluxos de atividades, operações e mão de obra, sem perder a dimensão do todo da cadeia. A visão integral sobre a cadeia facilita a articulação de mecanismos, agentes e meios de intervenção sobre ela.

As configurações das cadeias produtivas variam em função do tipo de bem produzido, das operações realizadas, da força de trabalho em atividade, das tecnologias empregadas, das políticas de incentivo e das características sócio-culturais dos territórios que atravessam.

A cadeia produtiva do petróleo, por exemplo, é extremamente complexa do ponto de vista dos processos tecnológicos utilizados na extração, na produção e no refino. A extração ocorre geralmente em plataformas marítimas, sendo transportado para as refinarias, onde é processado e refinado, e em seguida distribuído para o mercado nacional e internacional, chegando ao consumidor. Já as cadeias de fruticultura são compostas por outras operações, emprega diferentes tecnologias, possui outro perfil de mão de obra, atravessa espaços territoriais diferenciados, bem como possui outras políticas de incentivo econômico. As ramificações de cada cadeia produtiva e a distribuição dos subprodutos envolvem fluxos de pessoas, processos e materiais distintos e, em geral, estão suscetíveis à precariedade do ponto de vista da saúde do trabalhador e ambiental.

Nesse contexto, a diversidade das cadeias produtivas precisa ser observada nos processos de intervenção por meio da análise e compreensão de suas especificidades e variáveis, como insumos utilizados, produto final, território usado, características da mão de obra, tecnologias empregadas, agentes envolvidos, instituições de apoio, entre outras coisas.

Figura 2 Etapas gerais de uma cadeia produtiva e processos de vigilância



Fonte: Autores

A identificação e a análise dos seus elos/etapas e de suas características podem revelar pontos-chaves para a criação de estratégias de controle com vistas a gerar processos de mudanças substanciais. Para isso, é necessário estruturar ações sobre todos os elos, produzindo informações através de diversos mapeamentos, caracterização dos processos, operações e tecnologias e identificando situações relativas à saúde, trabalho e ambiente. As informações geradas subsidiam a elaboração de ações interventivas de fiscalização sanitária, inspeção técnica, negociação coletiva, fóruns ampliados de debate, busca de soluções e demais ações necessárias para alcançar os objetivos desta modalidade de vigilância. Todo esse processo passa por apreender e determinar as configurações econômicas, espaciais/territoriais e políticas das cadeias produtivas.

As etapas e os elos que compõem as cadeias são formados por um conjunto de políticas de desenvolvimento, instituições e organizações governamentais e corporações, grupos de trabalhadores, insumos e materiais, equipamentos e maquinário, operações e atividades, que determinam os fluxos e movimentam a cadeia produtiva. Ao analisar uma cadeia de produção, é importante obter o conhecimento de todos esses arranjos técnicos, operacionais, políticos, financeiros e institucionais que estão envolvidos e a compõem.

Para obter um retrato histórico da sua configuração, esse processo de vigilância implica em determinar certas dimensões de seu funcionamento: a) Política e Econômica – detectar as políticas de incentivo e de desenvolvimento econômico da cadeia; b) Espacial e Territorial – dimensionar municípios, regiões, estados e, até mesmo, nações envolvidas nas etapas das cadeias de produção; c) Institucional – mapear quais organizações públicas e privadas estão envolvidas em cada elo, bem como as diversas empresas que fornecem serviços de apoio à cadeia; d) Tecnológica – identificar materiais, insumos, produtos, máquinas e equipamentos preponderantes na cadeia; e) Força de trabalho – verificar as diversas atividades presentes na cadeia e as características dos grupos de trabalhadores em cada uma delas.

Essas dimensões não esgotam a multiplicidade de fatores envolvidos, estando sujeitas a modificações e ampliações.

A partir dessas dimensões, essa vigilância em saúde, trabalho e ambiente se credencia para desenvolver um olhar integralizador, que abranja: a) o lócus de intervenção – todos os elos das cadeias produtivas, da extração ao descarte; b) os objetos alvos da ação – vulnerabilidades socioambientais, riscos, situações e eventos epidemiológicos, agravos, doenças, entre

outros; c) as informações necessárias para a ação – geradas pelo setor governamental, pela sociedade civil, pelos saberes técnicos e populares etc.; d) os agentes da intervenção – vigilâncias articuladas, órgãos e “vigilâncias” que não pertencem à saúde pública, participação popular; e) os instrumentos de ação – mecanismos técnicos oriundos de diversas disciplinas do campo científico usados com o mesmo objetivo – contribuir para o mapeamento das cadeias produtivas e suas repercussões na saúde, no trabalho e no ambiente.

O setor saúde, neste contexto, assume o papel de principal impulsionador do conjunto de ações de vigilância, que envolve diversos níveis, como o nível legal (produção de legislações de controle das cadeias produtivas), o nível de acordos e negociações (processos de negociação coletiva, pactuações e compromissos éticos), o nível educacional (educação popular e saúde) e o nível fiscalizador e de inspeção (ações de intervenção em toda a cadeia).

Essa análise integral nos processos de intervenção implica em considerar também o ponto final das cadeias produtivas – o lixo. Processos de descarte de matéria prima, resíduos sólidos e rejeitos industriais ocorrem em diferentes etapas de uma mesma cadeia produtiva. O ponto aqui ressaltado se refere à necessidade de incorporação dos lixões e aterros sanitários como ponto final das cadeias produtivas e, portanto, alvos da ação da vigilância.

Além disso, os setores produtivos pertencentes a cada uma das cadeias possuem uma “capacidade econômica desproporcional à sua atuação na esfera da responsabilidade social” (VASCONCELLOS, 2007, p. 365), especialmente no caso do lixo. Desse modo, toda a cadeia produtiva deve ser responsabilizada pela destinação final de seus produtos.

### **Dos fatores de risco às repercussões socioambientais (cadeia além de si)**

Além de considerar as configurações gerais da cadeia e as especificidades de cada elo que a compõe, a vigilância precisa atentar para as repercussões socioambientais no entorno das etapas produtivas, porque todo o processo de extração, produção, distribuição, comercialização e descarte têm repercussões sociais, ambientais e culturais nas comunidades. E esse fato não pode ser desprezado pela vigilância, considerando os referenciais ampliados da compreensão do processo saúde-doença no campo da saúde coletiva:

O velho modelo linear de compreensão do processo saúde doença orientador das práticas vigentes de saúde pública precisa ser substituído radicalmente por um modelo crítico que integra as dimensões sócio-culturais, ambientais e econômicas nos vários níveis hierárquicos da organização social, que vai da família à biosfera. (AUGUSTO, 2009, p. 56)

Observar as situações de saúde, trabalho e ambiente nos processos das cadeias produtivas, sob o referencial integrador, requer a análise e a intervenção sobre a cadeia *em si* e *além de si* para integrar as externalidades dos processos produtivos nos territórios e nas dinâmicas de vida dos grupos sociais.

Neste sentido, é crucial dar atenção aos extremos das cadeias de produção, porque neles estão os pontos de maior vulnerabilidade social e ambiental configurando “territórios de exclusão” (PORTO, 2001, p. 245). As pontas das cadeias produtivas, em geral, formam espaços de vulnerabilidades onde se encontram formas de trabalho degradantes, envolvendo crianças, endividamento de trabalhadores e outros processos de exclusão social, fome, pobreza, migrações e prostituição. A precarização do trabalho sempre é maior nas etapas inicial e final e é onde o Estado está menos presente (LEÃO, 2011). Nos elos de industrialização e comercialização, existe maior cobertura de atores governamentais e ações institucionais, configurando setores econômicos-produtos mais “protegidos” pelo Estado.

Uma investigação, encomendada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH) a agências internacionais e entidades da sociedade civil, mapeou o relacionamento comercial de propriedades rurais e demonstrou a existência de trabalho análogo à escravidão na etapa inicial das cadeias produtivas estudadas (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010).

Outra pesquisa analisou o processo produtivo do café brasileiro e sua relação com a pobreza na região produtora, revelando que diversos problemas sociais, o descumprimento de legislação trabalhista, a ausência de controle e fiscalização sobre as condições de trabalho estão justamente na etapa inicial da cadeia de produção, pois “a responsabilidade social não chega à base da cadeia produtiva” (INSTITUTO OBSERVATÓRIO SOCIAL, 2003, p. 23).

Esta mesma cadeia de produção apresenta situações como transporte ilegal de trabalhadores, diversos acidentes de trabalho decorrentes das precárias condições laborais, desemprego e insegurança alimentar na entressafra. Os atores sociais envolvidos na ponta da cadeia, como agricultores e assalariados rurais, são os grupos mais vulneráveis (INSTITUTO OBSERVATÓRIO SOCIAL, 2003).

Situações extremas e condições degradantes atingindo comunidades e grupos de trabalhadores também são observadas na etapa final das cadeias produtivas, nas quais se encontram aterros sanitários e lixões.

Os problemas sociais e sanitários presentes nos extremos das cadeias produtivas dificilmente podem ser minimizados por ações isoladas, pontuais e fragmentadas dos atores governamentais e dos movimentos sociais. Neste sentido, a formulação de uma política de vigilância em saúde integradora seria uma alternativa estratégica. A integralidade da intervenção sobre as cadeias produtivas, articulando inclusive a atenção básica com a vigilância em saúde, trabalho e ambiente, representa um caminho, uma alternativa para responder de modo mais satisfatório às demandas sociais e sanitárias brasileiras.

Assim, um modelo integrador de vigilância em saúde focaliza não apenas os fenômenos intraprocessuais nas cadeias produtivas, mas inclui nas análises as repercussões sociais nas comunidades.

### **Algumas experiências institucionais na direção da vigilância sobre cadeias produtivas**

Algumas experiências institucionais vêm sendo realizadas no Brasil, dirigidas pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, baseadas nos pressupostos da intra e intersectorialidade, controle social e interdisciplinaridade.

No ano de 2010, entre os dias 16 e 18 de agosto, ocorreu, na cidade de Piracicaba, o seminário “Da saúde da cana à saúde do trabalhador: como melhorar as condições de vida e trabalho no setor canavieiro?”<sup>3</sup>.

O evento foi promovido com o objetivo de (a) apresentar e discutir iniciativas de instâncias públicas, de setores da academia e de organizações sindicais e da sociedade civil na análise e prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente nas atividades da cadeia produtiva sucroalcooleira e (b) proporcionar o intercâmbio de informações e experiências entre os diversos atores envolvidos, visando construir propostas intersectoriais de vigilância em saúde do trabalhador nessa cadeia produtiva.

Foram apresentados e debatidos relatos de pesquisa sobre a saúde do trabalhador e ambiental na cadeia

<sup>3</sup> Diversos representantes de órgãos governamentais e movimentos sociais participaram do encontro, como a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador Nacional (CIST), Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério Público do Trabalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual Paulista, Universidade Federal São Carlos, Fórum da Cidadania, Justiça e Cultura de Paz de Piracicaba, Federação dos Trabalhadores da Agricultura (Fetag), além de vários sindicatos. Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/eventos/oficina-da-2010csaude-da-cana2010-d-a-saude-do-trabalhador-como-melhoraras-condicoes-de-vida-e-trabalho-no-setor-canavieiro/programa/programa-oficina-canavieira.pdf/view>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

da cana-de-açúcar em várias regiões do Brasil – São Paulo, Mato Grosso, Paraíba, Paraná e Goiás –, fornecendo um panorama da produção de conhecimento sobre trabalho, ambiente e riscos neste setor.

Além das pesquisas, foram discutidas atuações de vigilância em saúde, ações de sindicatos, Ministério Público do Trabalho e de organizações da sociedade civil sobre aspectos diferentes da cadeia produtiva.

As discussões coletivas sobre as demandas e os riscos à saúde do trabalhador e ambiental presentes no setor sucroalcooleiro indicaram a necessidade de fortalecer as ações de intervenção em toda a cadeia produtiva, fato que pode contribuir para a formulação de políticas públicas de vigilância em saúde, trabalho e ambiente neste setor.

Meses depois foi realizada, nos dias 10, 11 e 12 de novembro na cidade de Cuiabá (MT), uma oficina nacional intitulada “Por uma melhoria das condições de vida e trabalho em setores do agronegócio”. Os objetivos foram apresentar e discutir as iniciativas em andamento de instâncias públicas, de setores da academia, de organizações sindicais e da sociedade civil na análise e prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente decorrentes das atividades das cadeias produtivas da soja, milho, algodão e carne; propiciar o intercâmbio de informações e experiências entre os diversos atores envolvidos na construção de propostas intersetoriais de vigilância em saúde do trabalhador e ambiente; e fortalecer o controle social da vigilância em saúde dos trabalhadores do agronegócio (OFICINA..., 2010). A intenção foi reunir um conjunto de atores que pudessem contribuir para a formulação de estratégias de intervenção e construção de um esboço de protocolo que subsidiasse a atuação intersetorial dos vários segmentos envolvidos.

O encontro mostrou recentes atuações de instituições públicas e movimentos sociais sobre os temas trabalho, ambiente e riscos em setores do agronegócio com o foco em cadeias produtivas.

O documento final do encontro, inclusive, contém uma proposta com este objetivo: “Abordar a cadeia produtiva do agronegócio é necessário para fazer as vigilâncias atuarem de forma integrada. As vigilâncias se organizarão ao longo dos setores da cadeia” (BRASIL, 2010b, p. 2).

Duas outras propostas apontam nesta mesma direção: “Criar um plano nacional de vigilância de populações envolvidas na cadeia produtiva do agronegócio” e “realizar um seminário específico sobre a vigilância dos setores produtivos do agronegócio para a construção desse plano em níveis estaduais, culminando num encontro nacional” (BRASIL, 2010b, p. 2).

Essas duas experiências institucionais apontam para movimentos na direção da construção de políticas de vigilância sobre as cadeias produtivas.

Também já existem sinais, debates e normativas surgindo no campo político brasileiro na direção do estabelecimento de alianças entre governo e movimentos sociais para a construção de políticas públicas de saúde com este foco. A Lei nº 12.305 de 2010 (BRASIL, 2010a), por exemplo, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, faz referência às cadeias produtivas, prevendo a responsabilidade compartilhada por todo o ciclo de vida do produto – o desenvolvimento do produto, a obtenção de matérias-primas e insumos, o processo produtivo, o consumo e a disposição final:

É instituída a responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos, a ser implementada de forma individualizada e encadeada, abrangendo os fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes, os consumidores e os titulares dos serviços públicos de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos. (BRASIL, 2010a, p. 12)

Por outro lado, algumas recentes conquistas legais do campo das relações saúde, trabalho e ambiente, ainda que tragam subsídios importantes, acabaram não avançando na direção de oferecer aportes para uma vigilância integral sobre as cadeias produtivas.

Em 2011, por exemplo, foi publicado o Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a), dispoendo sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), e, em 2012, a Polícia Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a Portaria do MS nº 1.823, de 23 de agosto (BRASIL, 2012b).

Mesmo passando por diversas instâncias democráticas através de diálogos envolvendo o Estado e seus diferentes setores e a sociedade civil, o texto final dessas normativas deu pouca atenção à temática da vigilância em saúde, trabalho e ambiente.

Em detrimento deste fato, um exemplo específico sobre a vigilância das cadeias produtivas se encontra no documento institucional do Ministério da Saúde voltado para os serviços de saúde pública intitulado “Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS”, que apresenta a abordagem da vigilância por cadeias produtivas:

A análise e intervenção em cadeias produtivas deve ser realizada a partir do mapeamento de todo o ciclo de vida dos produtos e insumos envolvidos, desde a produção primária de insumos, ao processo produtivo em si, a distribuição, o consumo e o descarte final dos resíduos. (BRASIL, 2012a, p. 7)

Segundo o documento, a abordagem contempla a avaliação das condições de trabalho, dos riscos, a identificação de medidas preventivas e a proposi-

ção de alternativas aos modelos de desenvolvimento e produção.

Essas iniciativas são incipientes, porém têm potencial de desenvolvimento e merecem aprofundamento, no sentido de fortalecer proposições em torno de uma política de vigilância sobre cadeias produtivas.

## Conclusão

Este ensaio buscou oferecer apontamentos para uma política de vigilância em saúde que tenha as cadeias produtivas como objeto central e ponto de articulação das instâncias da vigilância no SUS, dos setores governamentais e do controle social, considerando a relação saúde, trabalho e ambiente a partir das perspectivas teóricas sistêmicas.

O caráter integrador dessa política implica em preconizar o conhecimento, a análise e a intervenção em situações socioambientais e de saúde pública, e seus determinantes, no interior de cada elo das cadeias produtivas, bem como no seu exterior, considerando as repercussões em seu entorno.

As cadeias de produção são pontes estratégicas de ligação entre setores dispersos no aparelho de Es-

tado, facilitando o fluxo, a troca, a integração e a articulação em favor das ações de vigilância em saúde, trabalho e ambiente.

Eleger as cadeias produtivas como meio de conexão de ações, serviços e estruturas é uma alternativa para possibilitar práticas de intervenção integradas sobre a complexa relação saúde, trabalho e ambiente, superando o modelo fragmentado e pontual.

A organização do sistema de vigilância em saúde, articulado e eficiente nas ações de intervenção, calcado em perspectivas integradoras, contribuiria para a superação das práticas fragmentadas do atual modelo. E como fator adicional também contribuiria para a integração dos entes federativos em um esforço comum na vigilância em saúde, coerente com a vocação doutrinária sistêmica do SUS.

Considerar a proposição de uma política integradora de vigilância em saúde voltada para a relação produção-distribuição-comercialização-descarte configura-se como uma proposta de vigilância holística sobre os elementos que constituem a própria organização da vida na sociedade contemporânea globalizada e pós-industrial. Acreditamos ser desafiadora, porém promissora, a possibilidade de seguir as trilhas das cadeias produtivas.

## Contribuições de autoria

Leão, L. H. da C.: atuou na concepção inicial da pesquisa, na coleta e na análise de dados e na redação do artigo. Vasconcellos, L. C. F. de: concebeu a pesquisa e atuou na análise dos dados, na leitura crítica e na redação final do artigo.

## Referências

ABRAMO, L. Cadeias produtivas, segmentação de gênero e novas formas de regulação: notas metodológicas a partir de uma experiência de pesquisa. In: GITHAY, L.; LEITE, M. P. (Org.). *Novas tramas produtivas: uma discussão teórico-metodológica*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005. p. 87-104.

AUGUSTO, L. G. S. (Org.). *Saúde do trabalhador e sustentabilidade do desenvolvimento humano local: ensaios em Pernambuco*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2009.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p. 177-187, 2003.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERTALANFFY, L. V. *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

BIANCHINI, V. K.; ASSUMPÇÃO, M. R. A diferenciação de produtos na cadeia produtiva do açúcar: o processo de produção de açúcares líquido e líquido invertido. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 22., 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Abepro, 2002. Disponível em: <[http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/Repositorio/ENEGEP2002\\_TR11\\_0983\\_000fxg0zp8q02wyiv80soht9hptpvr0l.pdf](http://www.agencia.cnptia.embrapa.br/Repositorio/ENEGEP2002_TR11_0983_000fxg0zp8q02wyiv80soht9hptpvr0l.pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011a. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 4 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.305 de 2 de agosto de 2010a. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2010-2013/2010/Lei/L12305.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2010-2013/2010/Lei/L12305.htm)>.

gov.br/ccivil\_03/\_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em: 4 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/desenvolvimento-de-acoes-de-saude-do-trabalhador-na-vigilancia-em-saude/diretrizes-visat-final.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Oficina Nacional. *Por uma melhoria das condições de vida, de trabalho e do ambiente em setores do agronegócio: encaminhamentos e propostas*. Cuiabá, MT, 10 a 12 de novembro de 2010b. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011b. 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 jan. 2011. Disponível em: <[http://bvsm.ssaude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsm.ssaude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em: 28 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012b. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <[http://bvsm.ssaude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsm.ssaude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 28 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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, 23 dez. 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252\\_da\\_vigilancia\\_em\\_saude\\_0501\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2013.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 937-951, 2003.

\_\_\_\_\_. Pilhagens, ecossistemas e saúde. In: BARCELLOS, C. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 159-180.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 1998.

CENTRO DE MONITORAMENTO DE AGROCOMBUSTÍVEIS. ONG Repórter Brasil. *O Brasil dos agrocombustíveis: impactos das lavouras sobre a terra, o meio e a sociedade – Cana 2009*. [São Paulo]: ONG Repórter Brasil, 2010. Disponível em: <[http://reporterbrasil.org.br/documentos/o\\_brasil\\_dos\\_agrocombustiveis\\_v6.pdf](http://reporterbrasil.org.br/documentos/o_brasil_dos_agrocombustiveis_v6.pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2013

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003. Conferência Sérgio Arouca. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

FREITAS, C. M. Da vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-159.

HOPKINS, T. K.; WALLERSTEIN, I. Commodity chains in the world economy prior to 1800. *Review (Fernand Braudel Center)*, v. 10, n. 1, p. 157-170, 1986.

INSTITUTO OBSERVATÓRIO SOCIAL. *Café e pobreza – Sara Lee: teoria e prática na responsabilidade social*. São Paulo: IOS, 2003.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001.

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 Sérgio Arouca, 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 e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LEVINS, R.; LOPEZ, C. Toward an ecosocial view of health. *International Journal of Health Services*, v. 29, n. 2, p. 261-293, 1999.

LEVY, B. S. Toward a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 624-625, 1996.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MELO, L. Desmatamento e escravidão no rastro de carne, soja e madeira. *O Globo*, Rio de Janeiro, 23 fev. 2011, Seção Economia, 2. ed., p. 25.

- MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MINAYO-GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. H. M.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.
- MINAYO-GOMES, C.; MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Interfaces, Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-19, ago. 2006.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- OFICINA Agronegócio. Cuiabá, MT, 2010. Disponível em: <<http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast/saude-do-trabalhador/eventos/oficina-por-uma-melhoria-das-condicoes-de-vida-e-trabalho-em-setores-do-agronegocio-cuiaba-mt>>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- ONG REPÓRTER BRASIL. PAPEL SOCIAL DE COMUNICAÇÃO. *Conexões sustentáveis São Paulo – Amazônia: quem se beneficia com a destruição da Amazônia*. Outubro de 2008. Disponível em: <[www.reporterbrasil.org.br/documentos/conexoes\\_sustentaveis.pdf](http://www.reporterbrasil.org.br/documentos/conexoes_sustentaveis.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2010.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Combatendo o trabalho escravo contemporâneo: o exemplo do Brasil*. Brasília, DF: OIT, 2010.
- PACTO Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo. Disponível em: <<http://www.reporterbrasil.org.br/pacto/conteudo/view/4>>. Acesso em: 6 jan. 2012.
- PEROSA, J. M.; VIEIRA, E. M.; NITZSCHE, T. Cadeia produtiva da nêspira na região do alto Tietê: indicadores econômicos da produção e mercado atacadista. *Revista Brasileira de Fruticultura*, Jaboticabal, SP, v. 28, n. 2, p. 214-217, ago. 2006.
- PORTO, M. F. S. Saúde, trabalho e ambiente nos territórios da exclusão: elementos para uma promoção da saúde transformadora no Brasil. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 10, n. 4, p. 245-252, 2001.
- \_\_\_\_\_. 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.
- \_\_\_\_\_. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local ao global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- POSSAS, C. A. Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 31-41, 2001.
- PROCHNIK, V.; HAGUENAUER, L. Cadeias produtivas e oportunidades de investimentos no Nordeste Brasileiro. *Revista Análise Econômica*, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 38, p. 143-161, set. 2002.
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.
- TAMBELLINI, A. T. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1., 1986, Brasília, DF. *Anais...* Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1988. Mimeografado.
- 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.
- VERAS, D.; CESARA, M. Escravos do aço. *Observatório Social em Revista*, Florianópolis, n. 6, p. 10-24, jun. 2004.
- WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 7-36, 2001. Suplemento.

## Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT

Jorge Henrique Santos Saldanha<sup>1</sup>

Ana Paula Medeiros Pereira<sup>2</sup>

Robson da Fonseca Neves<sup>3</sup>

Mônica Angelim Gomes de Lima<sup>4</sup>

*Facilitating factors and barriers for returning to work in workers affected by Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs)*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>4</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

### Contato:

Jorge Henrique Santos Saldanha

E-mail:

jhsaldanha@gmail.com

Os autores declaram que este trabalho não foi subvencionado e não apresenta conflitos de interesse.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 01/03/2013

Aprovado: 05/03/2013

## Resumo

**Introdução:** As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) causam afastamento do trabalho de uma grande parcela de trabalhadores. **Objetivo:** Entender e sistematizar de que forma os fatores relacionados ao retorno ao trabalho (RT) de trabalhadores acometidos por LER/DORT são descritos na literatura como facilitadores ou barreiras. **Métodos:** Revisão crítica de literatura do período de janeiro de 2005 a outubro de 2010 disponível nas bases Lilacs, MedLine e SciELO. As informações foram sistematizadas em três categorias de fatores que influenciam o RT e como facilitadores ou barreiras – de ordem pessoal, de ordem organizacional e relacionadas às características dos serviços, sistemas e políticas. **Resultados:** Dos 633 artigos inicialmente levantados, 21 atenderam aos critérios de inclusão. Fatores identificados como mais relevantes: de ordem pessoal – dor, fatores psicossociais, afastamento do trabalho; organizacionais – modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, apoio de colegas e da chefia; relacionados aos serviços, sistemas e políticas – programa de retorno ao trabalho, tempo de afastamento e serviços de apoio. **Conclusão:** O estudo evidenciou que o RT é um processo complexo, que demanda políticas intersetoriais, cooperação técnica e pactuação de metas entre os atores envolvidos no processo.

**Palavras-chave:** LER/DORT; transtornos traumáticos cumulativos; doenças profissionais; retorno ao trabalho; trabalhadores.

## Abstract

**Introduction:** *Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) frequently cause a great number of work leaves.* **Objective:** *understand and systematize the way the factors related to RSI-WMSDs affected workers' return-to-work are described in literature as facilitating factors or barriers.* **Methods:** *a critical review of the literature from January 2005 to October 2010, available in Lilacs, Medline and SciELO databases. Information was systematized in three categories of factors that influenced return-to-work, as facilitating factors or barriers, of personal nature, of work organizational nature, and related to the characteristics of services, systems and policies.* **Results:** *from the 633 articles first analyzed, 21 met the inclusion criterion. The most relevant identified factors: personal nature – pain, psychosocial factors, work leave; organizational – employment changes, psychological work demand, organizational support, co-workers' and bosses' support; related to services, systems and policies – a back-to-work program, leave duration and support services.* **Conclusion:** *This study showed that return-to-work is a complex process, that it demands intersectorial policies technical cooperation and consonance of the involved actors towards the aimed targets.*

**Keywords:** *RSI/WMSD; cumulative trauma disorders; occupational diseases; return-to-work; workers.*

## Introdução

Marx (1968) considera o trabalho como atividade fundamental de emancipação do homem ao longo da história, ao mesmo tempo em que denuncia o processo de exploração ao qual são submetidos os trabalhadores. Desta forma, deixa de ser uma atividade emancipatória, configurando-se como responsável por uma grande parcela das situações de adoecimento dos indivíduos (ANTUNES; ALVES, 2004; DEJOURS, 1994).

As modificações decorrentes do processo de reestruturação produtiva mundial têm ocorrido de forma rápida e profunda, utilizando novas tecnologias, novas relações trabalhistas que trazem como consequências a degradação das condições de trabalho, o aumento da exposição a fatores de risco e a ampliação da vulnerabilidade dos trabalhadores. Este processo é responsável pelo aprofundamento das desigualdades sociais no Brasil, pela precarização das relações de trabalho, pela maior insegurança e instabilidade somadas à desproteção social. Este processo tem gerado repercussões sobre o cuidado com a saúde e segurança dos trabalhadores e tem desencadeado cenários de adoecimento no mundo e no Brasil (CÂMARA et al., 2003; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) configuram-se como problemas comuns de saúde que atingem cerca de 30% da população mundial com mais de 25 anos e são um dos principais agravos à saúde que geram afastamento do trabalho e concessão de auxílio-doença entre a população trabalhadora (BÜLTMANN et al., 2007; FASSA et al., 2005).

No ano de 2010, dentre as doenças do trabalho, as mais incidentes no Brasil foram lesões no ombro, dorso, dorsalgia, sinovite e tenossinovite – enfermidades comumente relacionadas às LER/DORT –, sendo que este grupo correspondeu a cerca de 10,8% do total de acidentes registrados pela previdência social. Comparado com o ano anterior, o número de acidentes de trabalho registrados apresentou uma queda de 4,3%. Apesar da diminuição nos números de assistência médica em 5,8%, incapacidade temporária em 4,1% e incapacidade permanente em 3,5%, os valores absolutos seguem muito altos e as consequências são ainda piores quando observamos que o grupo das LER/DORT tem sido responsável por incapacidade temporária e permanente de adultos jovens em idade produtiva, causando afastamento do trabalho de uma grande parcela de trabalhadores (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o registro de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho no Brasil, apesar de alto, não reflete a realidade, pois, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas na América Latina (BRASIL, 2004).

Em um cenário de crescente aumento no número de afastados do trabalho e de dependentes dos sistemas de seguridade social, uma alternativa que vem sendo adotada por governos, organizações sociais e profissionais de saúde é a estruturação de programas de reabilitação profissional. Esses programas têm como objetivo facilitar a reinserção dos trabalhadores com agravos e incapacidade no mundo do trabalho e nas atividades sociais e baseiam-se em diferentes modelos conceituais quanto à incapacidade e à funcionalidade, resultado da interação do estado de saúde com o contexto socio-cultural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). São constituídos por diferentes metas, valores e implicações sobre o diagnóstico, o tratamento e a compensação (SCHULTZ et al., 2007).

Uma definição clara e consensual para o termo retorno ao trabalho não foi encontrada. Schultz et al. (2007), em uma importante revisão de literatura, descreve dois modelos conceituais que foram mais presentes na sua pesquisa. Um traz uma definição simples que considera retorno ao trabalho como uma resposta para desfecho de episódio de acidente ou doença. Para essa definição, é considerada apenas o resultado (retornou ou não retornou ao trabalho). Outro modelo considera o retorno ao trabalho como processo que proporciona que um trabalhador com deficiência (causada ou não por agravos relacionados ao trabalho) volte ao trabalho. O processo de retorno ao trabalho pode ser considerado como a volta ao trabalho com o antigo empregador em tempo integral, retorno em nova função ou até em nova empresa. As diferenças na definição desse processo podem ser um elemento dificultador na comparação entre estudos, visto que os benefícios de um episódio de retorno ao trabalho não podem ser comparados com o retorno ao trabalho saudável e sustentável (SCHULTZ et al., 2007).

Em consonância com o segundo modelo, Young et al. (2005) descrevem o retorno ao trabalho como um processo dinâmico, influenciado por diferentes fatores em distintos momentos, de maneira não linear. Esses autores sugerem um modelo de retorno ao trabalho dividido em etapas, que vão desde a recuperação funcional com o trabalhador fora do trabalho (*off work*), passando pela fase de reinserção no trabalho (*Re-Entry*) – em que se deve observar os ajustes necessários no trabalho para corresponder à capacidade do trabalhador a fim de que mantenha o

emprego e realize as atividades de forma satisfatória – pelo acompanhamento da manutenção do trabalho (*Maintenance*), que inclui o incentivo ao avanço das atividades e dos postos ocupados pelo trabalhador (*Advancement*). Este modelo admite avanços e recuos nestas etapas e propõe a observação desta dinâmica na implementação e avaliação de programas de retorno ao trabalho.

Esta perspectiva objetiva o retorno ao trabalho sustentado por uma ação combinada dos atores sociais envolvidos na reabilitação de trabalhadores. Portanto, implica o estabelecimento de metas pactuadas entre as partes interessadas no processo de retorno ao trabalho (trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, contribuintes e sociedade).

Nesse sentido, os modelos tradicionais de reabilitação têm sido questionados, valorizando-se a reabilitação e o consequente retorno ao trabalho como processo contínuo, integral, que considera aspectos biológicos, ambientais e psicossociais, atendendo à necessidade de recuperação e reintegração ao mundo do trabalho, de integração social e de ampliação da qualidade de vida (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; FRANK; SAWNEY, 2003; TAKAHASHI; IGUTI, 2008; BURT, 2005; CHEREM et al., 2009; SARDÁ JUNIOR et al., 2009).

A literatura corrente tem apontado fatores relacionados ao retorno ao trabalho, identificando-os como facilitadores e barreiras, e ressaltado a preocupação em tomá-los como referências no processo de concepção e implementação de Programas de Retorno ao Trabalho – PRT (DAMSCHROCHER et al., 2009). Portanto, sistematizar os achados sobre este tema pode revelar caminhos importantes para a implantação desta tecnologia de saúde em nosso contexto (BÜLTMANN et al., 2007; SCOPEL, 2005; BRASIL, 2001).

Partindo da compreensão de que diversos são os fatores que determinam a complexidade da relação entre saúde-ambiente-trabalho, objetiva-se neste estudo entender e sistematizar de que forma são caracterizados na literatura, como facilitadores e barreiras, os fatores relacionados ao retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT.

## Método

Trata-se de uma revisão crítica de literatura a partir da consulta da produção científica desenvolvida no período de janeiro de 2005 a outubro de 2010 e tem como núcleos de interesse os fatores de ordem pessoal, organizacional e servi-

ços, sistemas e políticas que influenciam o processo de retorno ao trabalho. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de setembro a outubro de 2010 nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO. O rastreamento inicial utilizou os termos “Retorno ao Trabalho”, “Reabilitação Profissional”, “Reabilitação de Trabalhadores”, “LER/DORT” e seus correspondentes em inglês: “Return to Work”, “Vocational Rehabilitation”, “Work Related Musculoskeletal Disorders”, “Repetitive Strain Injuries”.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: ser artigo original; estar publicado em periódico indexado nas bases de dados descritas anteriormente; ter como tema central o retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT; estar nos idiomas inglês e português. Foram excluídas resenhas, editoriais e artigos de revisão.

Os trabalhos selecionados estão sistematizados nos resultados em cinco quadros compostos das seguintes informações: autor/ano de publicação, tipo de estudo, população de estudo, principais resultados e frequência de resultados.

## Resultados e discussão

A pesquisa inicial retornou 633 artigos, dentre os quais, após a leitura dos títulos, 75 foram temporariamente incluídos. Os demais foram excluídos por não obedecerem a um ou mais critérios de inclusão. Dos artigos temporariamente incluídos, foram lidos os resumos e excluídos 54 deles que não preenchiam os critérios. Restaram 21 artigos. Dentre os selecionados, seis são do ano de 2005, dois de 2006, um de 2007, um de 2008, cinco de 2009 e seis de 2010, sendo dez estudos de coorte, quatro exploratórios, um relato de experiência, dois estudos de corte-transversal, um ensaio clínico, um estudo prospectivo e dois estudos descritivos.

Os estudos mostram que o processo de retorno ao trabalho é lento, de grandes desafios para o trabalhador e dependente de múltiplos fatores, não existindo uma sobreposição de importância entre estes, pois o processo de retorno, por ser individualizado, requer a identificação de quais os fatores que atuam como facilitadores e/ou barreiras para um retorno ao trabalho sustentado (YOUNG et al., 2005; SCHULTZ et al., 2007).

Os resultados encontrados estão agrupados em três categorias gerais: fatores pessoais, fatores organizacionais e políticas e serviços de saúde relacionados ao retorno ao trabalho.

**Quadro 1** Fatores de ordem pessoal identificados como facilitadores ou obstáculos de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Sardá Junior et al. (2009)	Estudo de corte-transversal	Trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional.	Maior tempo de trabalho na empresa mostrou-se uma barreira no RT <sup>*</sup> . Menor salário pós-afastamento e maiores valores no escore inicial do MIF <sup>**</sup> (marginalmente) mostraram-se facilitadores de RT <sup>*</sup> .
Takahashi et al. (2010)	Relato de experiência	Trabalhadores adoecidos por LER/DORT.	Encontrar-se com litígio judicial em andamento mostrou-se um obstáculo de RT <sup>*</sup> .
Gravina; Rocha (2006)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores bancários com diagnóstico de LER que participaram de um PRT <sup>***</sup> .	Presença de dor foi considerada um fator associado à falha no RT <sup>*</sup> . Expectativa quanto ao RT <sup>*</sup> , sentimento de reconhecimento social após o RT <sup>*</sup> e percepção da importância do trabalho para a vida mostraram-se como fatores que influenciam o desenvolvimento de novas habilidades e aumentam a capacidade para o trabalho.
Brouwer et al. (2010)	Estudo de coorte	Trabalhadores requerentes de afastamento de trabalho com distúrbio nas costas ou DORT em extremidades superiores que foram recrutados em colaboração com o Conselho de Segurança do Trabalho e Seguros (WSIB) de Ontário, Canadá.	O fator “enfrentamento da dor” (tolerar, prevenir, gerir) apresenta-se estatisticamente significativo como fator que influencia positivamente o RT <sup>*</sup> .
Lydell et al. (2010)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores participantes de um programa de reabilitação para pessoas em idade ativa (18-65 anos) que foram listadas como doentes devido a LER/DORT.	Menor idade, maior qualidade de vida, maior controle sobre o trabalho, maior nível na escala SOC <sup>****</sup> e mais eventos de vida estão associados a melhores resultados de RT <sup>*</sup> . Não houve diferença significativa quanto ao sexo entre grupos de sucesso e falha de RT <sup>*</sup> .
Poulain et al. (2010)	Estudo prospectivo	Trabalhadores com dor lombar crônica com mais de um mês de afastamento do trabalho que foram incluídos em um PRT <sup>***</sup> .	Realização de práticas esportivas no início do PRT <sup>***</sup> , idade de aparecimento da dor lombar <35 anos e menor tempo de duração da licença por doença estão associados a maior sucesso no RT <sup>*</sup> .
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Menores níveis de dor, melhores níveis de saúde física e mental e menores sintomas depressivos estão associados a melhores resultados de RT <sup>*</sup> . Não houve diferença significativa quanto a sexo, idade ou escolaridade entre os grupos de RT <sup>*</sup> . Maior renda e viver com um parceiro foram encontrados como fatores associados a melhores resultados de RT <sup>*</sup> mantido.
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT <sup>***</sup> (Prévicap) <sup>+</sup> que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Maior percepção quanto à gravidade da lesão, incapacidade e falha terapêutica, maior sofrimento psíquico, menor tempo na empresa, tentativa de RT <sup>*</sup> interrompida por aumento da dor foram encontrados como fatores dificultadores de RT <sup>*</sup> . Na investigação do programa Prévicap <sup>+</sup> , a representação dos trabalhadores favoráveis e desfavoráveis à RT <sup>*</sup> foi encontrada como preditora de retorno e barreira para o retorno. Diferentemente do que é comum na literatura, para os trabalhadores participantes do programa Prévicap <sup>+</sup> , ser do sexo feminino, ter maior duração de ausência do trabalho, maior medo de agravar os sintomas pós-RT <sup>*</sup> e mais acontecimentos pessoais recentes foram encontrados como fatores facilitadores de RT <sup>*</sup> .

\*RT: Retorno ao Trabalho; \*\*MIF: Medida de Independência Funcional; \*\*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; \*\*\*\*SOC: *Sense of Coherence Scale*; +Prévicap: (...) Prevention of Work Handicap. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá. PDQ<sup>++</sup>: *Pain Disability Questionnaire*; MPQ<sup>+++</sup>: Questionário de dor McGill; PCS<sup>+++</sup>: Escala de catastrofização da dor.

(...) **Quadro 1** Fatores de ordem pessoal identificados como facilitadores ou obstáculos de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Gimeno et al. (2005)	Estudo de coorte de base comunitária	Trabalhadores com síndrome do túnel do carpo (STC).	Sofrimento psíquico esteve relacionado a piores resultados de RT* e de retorno sucedido à função anterior.
Gatchel; Mayer; Theodore (2006)	Coorte prospectiva	Trabalhadores que completaram um programa de reabilitação funcional terciária pós-reinvidicação de lesão ocorrida no trabalho.	Menores níveis na classificação do PDQ <sup>++</sup> estão relacionados a melhores resultados de RT* e manutenção de RT*.
Lötters; Hogg-Johnson; Burdorf (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores com licença por doença, resultante de queixas musculoesqueléticas inespecíficas por 2 a 6 semanas, registrada pelo médico do trabalho.	Licença médica nos 12 meses antes da entrada do estudo foi descrita como fator associado a falhas no RT* a maior nível de incapacidade funcional e menor saúde geral no momento do RT*. Medidas gerais de saúde, níveis de dor e incapacidade funcional eram significativamente melhores no momento do RT*.
Maeno; Wünsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Sintomas físicos, “estigma” de ser ex-trabalhador de empresa com alto nível de lesões e idade avançada foram encontrados como obstáculos de RT*.
Kidner; Mayer; Gatchel. (2009)	Coorte	Trabalhadores com distúrbio musculoesquelético ocupacional crônico incapacitante que consentiram e começaram um PRT <sup>***</sup> prescrito para o tratamento da dor crônica incapacitante.	Uso de opioides esteve associado a maior duração de incapacidade e maiores níveis de recorrência de lesão comparando-se trabalhadores em uso e trabalhadores sem uso de opioides dentro de um PRT <sup>***</sup> .
De Rijk; Nijhuis; Alexanderson (2009)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores que estiveram afastados por doença durante pelo menos um mês com situações de saúde relacionadas com transtornos mentais ou osteomusculares.	Não houve diferença significativa quanto ao sexo entre grupos de sucesso e falha de RT*.
Abásolo et al. (2008)	Estudo de coorte retrospectiva	Trabalhadores com incapacidade temporária para o trabalho relacionada a LER/DORT de 1998-2001 e que participaram de um PRT <sup>***</sup> .	Desemprego, não remuneração e idade avançada foram associados à maior incapacidade temporária para o trabalho.
Goodman et al. (2005)	Estudo de corte transversal	Trabalhadores com LER/DORT participantes de um PRT <sup>***</sup> .	Número de meses no último trabalho antes da lesão e o desempenho em duas provas de destreza ( <i>Nine Hole Peg Test</i> e <i>Teste de Destreza de Caixa e Blocos</i> ) foram associados a sucesso no RT*.
Sullivan et al. (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores reclamantes de incapacidade temporária para o trabalho por LER/DORT que haviam sido afastados do trabalho por um período de dois anos ou menos e que concordaram em participar de um PRT <sup>***</sup> .	Gênero não foi relacionado com diferenças de resultado em RT*. Maior tempo sem trabalhar, maiores escores MPQ <sup>+++</sup> e PCS <sup>++++</sup> foram negativamente relacionados ao RT*.
Toldrá et al. (2010)	Estudo descritivo	Trabalhadores com DORT acompanhados em grupo de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.	A precariedade de condições socioeconômicas e de escolaridade foi identificada como fator dificultador de RT*.

\*RT: Retorno ao Trabalho; \*\*MIF: Medida de Independência Funcional; \*\*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; \*\*\*\*SOC: *Sense of Coherence Scale*; +Prévicap: Prevention of Work Handicap. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá. PDQ<sup>++</sup>: *Pain Disability Questionnaire*; MPQ<sup>+++</sup>: Questionário de dor McGill; PCS<sup>++++</sup>: Escala de catastrofização da dor.

**Quadro 2** Fatores de ordem organizacional identificados como facilitadores ou barreiras do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Takahashi et al. (2010)	Relato de experiência	Trabalhadores adoecidos por LER/DORT.	Permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento mostrou-se fator preditivo de não RT*.
Brouwer et al. (2010)	Estudo de coorte	Trabalhadores requerentes de afastamento de trabalho com distúrbio nas costas ou DORT em extremidades superiores que foram recrutados em colaboração com o Conselho de Segurança do Trabalho e Seguros (WSIB) de Ontário, Canadá.	Obtenção de ajuda do supervisor e de colegas de trabalho apresenta-se como fator que influencia positivamente o RT*.
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT**, que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Intervenção de um PRT multidisciplinar foi encontrada como facilitador de RT, mesmo em situações de indisponibilidade de trabalhos leves, presença de posturas inadequadas, presença de uma postura de trabalho estática prolongada e presença de equipamentos de trabalho considerados inadequados.
Gimeno et al. (2005)	Estudo de coorte de base comunitária	Trabalhadores com síndrome do túnel do carpo (STC).	Alta demanda psicológica de trabalho, baixo controle de trabalho e trabalhos considerados ativos estão relacionados a piores resultados de RT*. Apoio organizacional alto mostrou-se um facilitador de RT*, enquanto baixa exigência de trabalho mostrou-se como fator associado a melhores resultados de RT*.
Sullivan et al. (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores reclamantes de incapacidade temporária para o trabalho por LER/DORT que haviam sido afastados do trabalho por um período de dois anos ou menos e que concordaram em participar de um PRT**.	Redução de fator de risco psicossocial está associada à maior probabilidade de retorno ao trabalho.
Maeno; Wünsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Não conseguir acompanhar o ritmo de trabalho e não conseguir trabalhar no mesmo local anterior à lesão se mostraram como fatores dificultadores de RT*.

\*RT: Retorno ao Trabalho; \*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho.

(...)

(...) **Quadro 2** Fatores de ordem organizacional identificados como facilitadores ou barreiras do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Scopel (2005)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores metalúrgicos afastados por LER/DORT.	Modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho são relatadas como fatores facilitadores de RT*. Ausência de modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho, dificuldade de relação com pares e supervisores são descritos como fatores que agravam o quadro das LER/DORT e dificultam o RT*.
Gravina; Rocha (2006)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores bancários com diagnóstico de LER que participaram de um PRT**.	Ausência de modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho, mudanças ocorridas no perfil do trabalho bancário, dificuldade de relação com pares e supervisores, falta de compreensão por parte de colegas e supervisores sobre as limitações adquiridas são fatores relatados como dificultadores no RT*. Apoio de colegas e chefias, compreensão sobre a situação pela qual o trabalhador está passando são fatores descritos como facilitadores do RT*.
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Ocupação, situação ocupacional e horas de trabalho por semana no momento da lesão não estão associados a melhores ou piores resultados de RT*.
De Rijk; Nijhuis; Alexanderson (2009)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores que estiveram afastados por doença durante pelo menos um mês com situações de saúde relacionadas com transtornos mentais ou osteomusculares.	RT* com carga horária reduzida é mais frequentemente em mulheres (89,5%) do que em homens (60,8%). Observam-se mais homens (72,5%) do que mulheres (55,3%) em RT* em tempo integral. Modificação de função ou de departamento parece estar mais relacionada a RT* tardio.
Ossmann et al. (2005)	Estudo prospectivo observacional	Trabalhadores que foram submetidos à cirurgia de liberação do túnel do carpo (CTR).	Confiança na organização e nas relações de trabalho cooperativo está relacionada a melhores resultados de RT*.
Abásolo et al. (2008)	Análise de dados secundários de um estudo de intervenção	Trabalhadores com incapacidade temporária para o trabalho relacionada a LER/DORT de 1998-2001 e que participaram de um PRT**.	Não houve associação entre característica de trabalho e duração de incapacidade temporária de trabalho.

\*RT: Retorno ao Trabalho; \*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho.

**Quadro 3** Fatores relacionados aos serviços, sistemas e políticas identificados como facilitadores ou dificultadores do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT** (Prévicap)*** que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Maior tempo de participação no PRT** (Prévicap)*** é um fator facilitador de RT*.
Maeno; Wunsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Carteira "suja" com carimbo do Instituto Nacional do Seguro Social e desemprego por mais de seis meses foram fatores indicados como dificultadores de RT*.
Scopel (2005)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores metalúrgicos afastados por LER/DORT.	Alta precoce do SAT++ e ausência de um PRT** são descritos como fatores que agravam o quadro das LER/DORT e dificultam o RT*.
Toldrá et al. (2010)	Estudo descritivo	Trabalhadores com DORT acompanhados em grupo de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.	Ineficiência e insuficiência dos serviços, sistemas e políticas de RT* das empresas e da Previdência Social foram descritas como dificultadoras de RT*. O apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidos pelos profissionais de saúde do CRST+++ , o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho são relatados como facilitadores do RT*.
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário, com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT, que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Maior duração de recebimento de benefícios por incapacidade e maior número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão estão associados a piores resultados de RT*.
Landstad et al. (2009)	Descritivo retrospectivo	Trabalhadores com doenças mentais ou LER/DORT que estavam recebendo subsídio de reabilitação em janeiro de 2002.	Demora em receber o tratamento foi relatada como um fator dificultador de RT* por 52% dos participantes do estudo.

\*RT: Retorno ao Trabalho; \*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; \*\*\*Prévicap: Prevention of Work Handicap. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá; SAT++: Seguro por Acidentes de Trabalho; CRST+++ : Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

**Quadro 4** Síntese dos facilitadores e das barreiras pessoais e organizacionais por frequência de descrição na literatura pesquisada nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Facilitadores de ordem pessoal</i>	<i>F*</i>	<i>Barreiras de ordem pessoal</i>	<i>F*</i>
Expectativa de retorno	1	Litígio judicial em andamento	1
Reconhecimento social	1	Dor	2
Percepção da importância do trabalho para a vida	1	Maior percepção de gravidade da lesão	1
Enfrentamento da dor	1	Maior percepção da incapacidade	1
Menor idade	1	Maior percepção de falha terapêutica	1
Maior qualidade de vida	1	Sofrimento psíquico	2
Maior controle sobre o trabalho	1	Menor tempo de empresa	1
Maior nível na escala SOC**	1	Tentativa de retorno interrompida por dor	1
Acontecimentos pessoais recentes	2	Representação dos trabalhadores favoráveis ao retorno	1
Realização de práticas esportivas no início do PRT***	1	Licença médica nos 12 meses anteriores ao retorno	1
Idade de aparecimento da dor lombar <35 anos	1	Estigma de ser ex-trabalhador de empresa com altos níveis de lesão	1
Menor tempo de duração da licença	1	Maior uso de opioides	1
Menores níveis de dor	3	Maior idade	1
Melhores níveis de saúde física e mental	2	Desemprego/Não remuneração	1
Menores sintomas depressivos	1	Piores condições socioeconômicas	1
Maior renda	1	Baixa escolaridade	1
Viver com um parceiro	1		
Sexo feminino	1		
Maior duração de ausência no trabalho	1		
Medo de agravar os sintomas pós-RT****	1		
Menor incapacidade funcional	3		
Maior tempo na empresa	2		
Maior tempo na empresa	2		
<i>Facilitadores de ordem organizacional</i>	<i>F*</i>	<i>Barreiras de ordem organizacional</i>	<i>F*</i>
Obtenção de ajuda do supervisor e colegas de trabalho	4	Permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento	3
Maior suporte social	1	Alta demanda psicológica de trabalho, baixo controle de trabalho	3
Confiança na organização	1	Retorno à mesma função	1
Baixa demanda de trabalho	2	Dificuldade de relacionamento com supervisores e colegas de trabalho	2
Modificações nos postos de trabalho	1		
Modificações na organização do trabalho	1		

F\*: Frequência; \*\*SOC: *Sense of Coherence Scale*; \*\*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; \*\*\*\*RT: Retorno ao Trabalho.

**Quadro 5** Síntese dos facilitadores e barreiras relacionados a serviços, sistemas e políticas por frequência de descrição na literatura pesquisada nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Serviços, sistemas e políticas descritos como facilitadores</i>	<i>F*</i>	<i>Serviços, sistemas e políticas descritos como barreiras</i>	<i>F*</i>
Maior tempo de participação no PRT**.	1	Maior tempo sem trabalhar.	3
O apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde do CRST***.	1	Carteira “suja” com carimbo do Instituto Nacional do Seguro Social.	1
Acolhimento e o reconhecimento do sofrimento por parte dos profissionais.	1	Alta precoce do SAT****.	1
		Ausência de um PRT**.	2
		Ineficiência e insuficiência de serviços, sistemas e políticas de RT+ da Previdência Social.	1
		Demora em receber o tratamento.	1

\*F: Frequência; \*\*PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; \*\*\*CRST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; \*\*\*\*SAT: Seguro por Acidentes de Trabalho; RT+: Retorno ao Trabalho.

Dentre os fatores pessoais que influenciam o processo de retorno ao trabalho, os mais evidentes na literatura consultada foram: fatores relacionados à saúde física e ao grau de estadiamento das LER/DORT (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força); escores na escala do “Questionário de dor McGill”<sup>5</sup> e na “Escala de catastrofização da dor”<sup>6</sup>; afastamento do trabalho/desemprego; nível salarial; estigma que carrega por ter vindo de uma determinada empresa; idade no momento do retorno ao trabalho e idade do aparecimento da lesão; fatores relacionados à percepção corporal, à percepção da dor e à capacidade de enfrentamento da dor; presença de litígio judicial; expectativa quanto ao retorno; percepção dos problemas pelos quais está passando; qualidade de vida; níveis gerais de saúde; número de acontecimentos de vida recentes; realização de atividades físicas; estrutura familiar; condições socioeconômicas e de escolaridade dos sujeitos; presença de sofrimento psíquico, depressão e fatores psicossociais. Ainda é controversa a relação dos fatores sexo, escolaridade e tipo de trabalho com o processo de retorno ao trabalho.

Quanto aos fatores organizacionais, foram encontrados como facilitadores do retorno ao trabalho: ritmo de trabalho; troca de função; modificação de atividades (menos repetitivas, com ritmo mais lento, menos estática); maquinário adequado;

apoio de colegas e da chefia; reconhecimento pela chefia dos limites do trabalhador; apoio organizacional alto; nível de confiança na organização; relações de trabalho cooperativo; e redução de fator de risco psicossocial. Como barreiras que podem influenciar negativamente o retorno ao trabalho, foram descritos: exposição ao mesmo contexto patogênico do trabalho; dificuldade de relação com colegas de trabalho e supervisores; dificuldades em impor limites às exigências da produção; organização do trabalho; realização de tarefas inadequadas em relação às restrições adquiridas; falta de pausas; necessidade de extrapolar a jornada diária; mudanças ocorridas no perfil do trabalho; diferenças no ritmo de trabalho entre colegas de mesma função; alta demanda psicossocial do trabalho.

Dentre os fatores ligados a serviços, sistemas e políticas que são encontrados influenciando o retorno ao trabalho, os mais evidentes são: alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho; ausência de um PRT; ineficiência dos atuais programas de reabilitação profissional; mecanismos de comunicação insuficientes entre serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias; falta de apoio e relacionamentos; atitudes discriminatórias por parte dos profissionais da Previdência Social; fatores ambientais; apoio, relacionamentos e atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde

<sup>5</sup> Questionário criado por Melzack em 1975 para avaliar outras características da dor, além da intensidade. Fornece medidas quantitativas da dor, qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso (MELZACK, 1975).

<sup>6</sup> É composta por 13 itens que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que as pessoas podem experimentar quando estão com dor. A escala é composta por três dimensões da catastrofização: Ruminação (não conseguiu parar de pensar sobre o quanto dói); Ampliação (preocupa-se que algo sério pode acontecer) e Impotência (não há nada que se possa fazer para reduzir a intensidade da dor) (SULLIVAN; BISHOP; PIVIK, 1995).

do CRST; acolhimento e reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho; duração do recebimento de benefícios por incapacidade; número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão; demora em receber o tratamento; maior tempo de participação no PRT; e tempo de afastamento do trabalho.

Apresentaremos adiante esses resultados de forma detalhada por categoria, buscando fazer comparações e discutindo-os a partir da literatura.

### Fatores de ordem pessoal

Dentre os fatores de ordem pessoal que influenciam o processo de retorno ao trabalho, a dor é muito referida, sendo uma importante barreira nesse processo (BÜLTMANN et al., 2007; GRAVINA; ROCHA, 2006; GATCHEL; MAYER; THEODORE, 2006). Por ser uma experiência traumática, individual e difícil de ser compreendida, a dor, além de incapacidades físicas, traz aos indivíduos a vivência de situações conflituosas de convívio com colegas, chefia e equipe médica. Outros fatores relacionados à dor, como o “enfrentamento da dor” (tolerar, prevenir, gerir) e os fracassos sucessivos de retorno por apresentar aumento de dor, são também descritos como barreiras (BROUWER et al., 2010; MAROIS; DURAND, 2009). A partir do momento que os indivíduos adquirem a capacidade de controlar a dor, eles tornam-se mais autônomos e capazes de gerir o seu processo de retorno ao trabalho. Essa capacidade de controlar a dor é fundamental para a escolha do melhor posto de trabalho e para o estabelecimento de limites para as atividades de trabalho. A necessidade de interromper o processo de retorno devido à dor, além de trazer a reflexão sobre a não adequação do posto de trabalho a este trabalhador em processo de retorno, deixa marcas que podem diminuir seu nível de confiança acerca de seu retorno e desencadear um processo de cinesiofobia, ambos descritos na literatura como barreiras de retorno ao trabalho (GRAVINA; ROCHA, 2006; MAROIS; DURAND, 2009). Maeno e Wünsch Filho (2010) encontraram sintomas físicos (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força) como barreira de retorno ao trabalho.

Fatores psicossociais têm sido descritos como importantes agentes relacionados com o retorno ao trabalho. Controle sobre a situação de trabalho, quantidade

de eventos de vida<sup>7</sup>, maior capacidade de adaptação ao estresse avaliada por melhores níveis na escala SOC (*Sense of Coherence Scale*)<sup>8</sup>, níveis de saúde mental, sintomas depressivos, sofrimento psíquico, expectativas quanto ao retorno e reconhecimento por colegas e chefia do sofrimento causado pelo adoecimento são descritos como fatores preditivos de retorno ao trabalho (BÜLTMANN et al., 2007; LYDELL et al., 2010; MAROIS; DURAND, 2009; GIMENO et al., 2005). De acordo com Bartilotti et al. (2009), o número de afastamentos do trabalho devido a transtornos mentais relacionados ao trabalho tem sido crescente no Brasil e pode ser um dos fatores relacionados ao agravamento dos quadros clínicos dos casos de LER/DORT. Apesar da alta prevalência de sintomas mentais associados ao adoecimento crônico musculoesquelético (sintomas de ansiedade e depressivos), transtornos mentais relacionados ao trabalho podem se apresentar como o agravo mais importante ou mesmo prioritário e merece cuidados específicos. Estes achados são corroborados pelos encontrados neste estudo, confirmando a necessidade de orientação de programas que visem à reabilitação profissional de forma multidimensional e ao retorno de trabalhadores ao posto de trabalho, pois reafirmam que os efeitos das LER/DORT não são apenas físicos, uma vez que envolvem uma série de sentimentos relacionados às vivências e às subjetividades dos sujeitos que devem ser pensados na estruturação de programas de reabilitação dos trabalhadores (MERLO; JACQUES; HOEFEL, 2001; SARDÁ JUNIOR et al., 2009; SALERNO; SILVESTRE; OLIVEIRA, 2011).

O tempo de afastamento do trabalho tem sido apontado como um considerável fator relacionado ao retorno ao trabalho. Um menor tempo de duração foi encontrado como um facilitador do processo (POULAIN et al., 2010; LÖTTERS; HOGG-JOHNSON; BURDORF, 2005). Outro fator que parece estar relacionado com o processo de afastamento do trabalho e que se mostra como uma barreira ao retorno é encontrar-se em litígio judicial, como apontado no estudo de Takahashi et al. (2010). Este fator está intimamente ligado com a manutenção das condições de vida dos trabalhadores após um processo de afastamento do trabalho e demonstra mais uma vez a complexidade de relações envolvidas neste processo. O estudo de Sardá Junior et al. (2009) encontrou que a obtenção de salário menor pós-afastamento é um facilitador de retorno ao trabalho, mas este dado precisa

<sup>7</sup> Eventos de vida podem ser descritos como experiências das pessoas ou mudanças de grande importância em um determinado tempo da sua vida. Esses eventos ou mudanças são claramente definidos no tempo e distinguíveis de dificuldades e aborrecimentos crônicos (SKILLGATE, 2007).

<sup>8</sup> O *Sense of Coherence Scale* é um instrumento que contém 29 itens que avaliam o senso de coerência. O senso de coerência é um construto formado por três componentes: significado (*meaningfulness*), compreensão (*comprehensibility*) e manejo (*manageability*). Esses componentes atuam conjuntamente permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores da vida cotidiana (ANTONOVSKY, 1987).

ser observado com cuidado, pois o retorno precoce ao trabalho motivado por perda financeira relaciona-se também à não manutenção do trabalhador em atividade que lhe cause satisfação e lhe ofereça proteção à saúde, colocando-o em situação de maior vulnerabilidade, visto que o fator que tem proporcionado o retorno pode não ser a obtenção de um posto de trabalho compatível com sua capacidade, mas sim a necessidade econômica de manutenção da vida, o que pode levar a posteriores interrupções no processo de retorno ao trabalho.

Outros fatores pessoais foram descritos como facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho. Bültmann et al. (2007) encontraram que trabalhadores que viviam com um parceiro e possuíam maior renda pessoal tiveram melhores resultados no processo. Este dado é importante, pois parece revelar que a estrutura e as condições de vida familiar de trabalhadores afastados do trabalho podem influenciar no processo de retorno. Estes resultados se aproximam dos encontrados por Anema et al. (2009), segundo os quais os fatores que mais contribuíram para diferenças no retorno ao trabalho sustentado (maior que dois anos), entre diversos países, foram justamente as políticas de reconhecimento da incapacidade e de pagamento de benefícios. Isto mostra que, quando existe uma política de reintegração dos trabalhadores com incapacidade focada na constituição de ambientes de trabalho saudáveis, na valorização do trabalhador enquanto sujeito e na manutenção da segurança dos indivíduos com autonomia e com perspectiva para o futuro, há maior efetividade dos programas de retorno ao trabalho.

Kidner, Mayer e Gatchel (2009), comparando dois grupos de trabalhadores (trabalhadores em uso de opioides<sup>9</sup> x trabalhadores sem uso de opioides), encontraram uma maior associação com incapacidade no grupo de trabalhadores que faziam uso de opioides. Este achado merece atenção para a relação da terapêutica com a reabilitação. Por um lado, é reconhecido que índices de maior incapacidade estão relacionados a pior chance de retorno ao trabalho (LÖTTTERS; HOGG-JOHNSON; BURDORF, 2005). Por outro, maiores intensidades de dor re-

ferida atuam como obstáculo para a adesão à reabilitação. A escala analgésica de dor prevê o uso de opioides progressivamente mais fortes para o controle da dor, como um dos objetivos da proposta terapêutica em Clínicas de Dor<sup>10</sup> (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997). No entanto, o uso inadequado ou a manutenção prolongada de opioides sem associação com outras abordagens reabilitadoras pode se configurar obstáculo aos objetivos terapêuticos pretendidos (TURK, 1996; LIPPEL, 1999; LIMA; TRAD, 2011; RIBEIRO; SCHMIDT; SCHMIDT, 2002; NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

### Fatores de ordem organizacional

Modificações nos postos de trabalho voltadas para as demandas dos trabalhadores têm sido listadas como fator preditor de retorno ao trabalho, pois a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento coloca os trabalhadores em situação de risco de novo afastamento pela reagudização ou agravamento do quadro crônico (TAKAHASHI et al., 2010). Reforçando esse achado, Scopel (2005) e Gravina e Rocha (2006) descrevem a ausência de modificação nos postos e na organização do trabalho como barreiras de retorno. Marois e Durand (2009) encontraram resultados contraditórios da literatura. Os autores justificam seus achados pelos resultados da implementação do programa multidisciplinar de retorno ao trabalho, o *Prévicap (PRÉvention des situations de handCAP au travail)*<sup>11</sup>.

Modificações na organização e no ritmo do trabalho têm sido descritos como importantes fatores que influenciam os processos de retorno ao trabalho (KRAUSE; DASINGER; NEUHAUSER, 1998; MAENO; WÜNSCH FILHO, 2010; SCOPEL, 2005; GRAVINA; ROCHA, 2006). A combinação destes fatores expressos por alta demanda e baixo controle por parte do trabalhador tem sido relacionada com os piores resultados de retorno ao trabalho. Em situações contrárias, empregos com baixa exigência têm sido relacionados com melhores resultados do processo (GIMENO et al., 2005). Este achado é importante, pois mostra a relevância da autonomia do trabalhador frente ao ritmo e à demanda de trabalho e sugere que esta au-

<sup>9</sup> O termo opioide foi primeiramente proposto por Acheson para designar drogas com ação semelhante à da morfina, porém com estrutura química diferente. Esse conceito evoluiu e passou a incluir todas as substâncias naturais, semisintéticas ou sintéticas que reagem com os receptores opioides, quer como agonista, quer como antagonista (MARTIN, 1983 apud DUARTE, 2005).

<sup>10</sup> As clínicas de dor têm se constituído como centros onde um conjunto de terapeutas, muitas vezes com formação dupla em práticas convencionais e não convencionais, organiza-se sem necessariamente compor um conjunto integrado, mas voltado a alcançar alguns objetivos comuns: fortalecer a compreensão da dor como crônica e incurável, redirecionando os objetivos do “sujeito que sofre de dor” para aumentar o nível de atividade física; retornar os trabalhadores ao trabalho ou a alguma atividade ocupacional; diminuir a procura de serviços de saúde em momentos de reagudização do quadro; reduzir questões jurídicas por indenizações; melhorar a relação custo-efetividade (TURK, 1996; LIPPEL, 1999; LIMA; TRAD, 2011).

<sup>11</sup> *Prévicap*: centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores voltado para a prevenção da incapacidade prolongada, abrangendo ações de tratamento e reabilitação com integração dos atores sociais. Pesquisadores deste centro desenvolveram um modelo de gestão e prevenção da incapacidade prolongada chamado modelo de Sherbrooke, desenvolvido em Quebec, no Canadá. Trata-se de uma inovação em saúde e reabilitação.

tonomia permite que o retorno ao trabalho não seja um retorno para o processo de adoecimento e agravamento do quadro de LER/DORT. Estes resultados são corroborados pelos achados de Sullivan et al. (2005), que encontraram que a redução dos fatores de riscos psicossociais está associada à maior probabilidade de retorno ao trabalho.

Tendo em vista que o afastamento do trabalho pelas LER/DORT leva os trabalhadores a ficarem psicologicamente abalados, com baixas perspectivas de retorno e excluídos do seu meio social, o apoio organizacional alto tem sido descrito como um importante facilitador no retorno ao trabalho. Brouwer et al. (2010) encontraram no seu estudo que fatores como a “obtenção de ajuda do supervisor” e “obtenção de ajuda de colegas de trabalho” apresentam-se como facilitadores do processo.

Outros fatores organizacionais tem sido relatados como facilitadores ou dificultadores de retorno ao trabalho. Dentre estes observamos que ter procedência de empresas com epidemias de doenças é um fator indicado como dificultador (MAENO; WÜNSCH FILHO, 2010). Isto contribui para o entendimento de que o processo de reabilitação dos trabalhadores não pode ser dissociado dos processos de vigilância à saúde, devendo haver maior rigor com empresas com grande número de afastamento por doença e sua responsabilização para a modificação dos ambientes de risco e a estruturação de programas que visem à reinserção destes trabalhadores no trabalho de forma segura.

De Rijk, Nijhuis e Alexanderson (2009) encontraram que a modificação do trabalho por meio de horas reduzidas é uma estratégia importante no retorno ao trabalho e que deve ser realizada no início do processo, pois a modificação de função ou de departamento parece estar mais relacionada com o retorno mais prolongado. Retornar em condições seguras de trabalho, desenvolvendo tarefas pelas quais o trabalhador tem prazer em realizar parece ser um importante caminho a ser seguido. Portanto, o caminho para o retorno ao trabalho parece ser a modificação do ambiente e da organização do trabalho, nela incluída a redução da jornada para trabalhadores inseridos nesse processo.

#### **Fatores relacionados a serviços, sistemas e políticas**

Dentro do contexto da reabilitação profissional e do retorno ao trabalho, os fatores agrupados como serviços, sistemas e políticas parecem ter cada vez mais influência sobre o processo de reinserção dos trabalhadores aos postos de trabalho e a participação social. Os achados apontam para o fato de que cada vez mais os fatores “macro” são importantes no processo de reabilitação dos trabalhadores (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; MOMM; RANSOM, 2001).

Marois e Durand (2009) evidenciaram no seu estudo que maior tempo de participação em um PRT é um facilitador de retorno efetivo. Como o estudo refere-se a um PRT com abordagem interdisciplinar, de retorno gradativo e acompanhado com pactuação do retorno entre as partes envolvidas, estes resultados apontam para a necessidade de implementação de programas deste tipo, com vista a promover melhor preparação dos trabalhadores para a volta ao trabalho, melhor acompanhamento por parte do Estado sobre a reinserção deles e maior responsabilização das empresas para com o retorno ao trabalho.

Scopel (2005), em seu estudo, encontrou que a falta de um PRT é um fator dificultador de retorno, enquanto que Toldrá et al. (2010) relatam que o fator dificultador é a ineficiência do atual modelo de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Um elemento importante de análise é que estes dois estudos tratam da realidade brasileira, mostrando que o atual modelo de reabilitação profissional do INSS não consegue mais ser resolutivo para a demanda colocada de retorno ao trabalho e que existe uma necessidade de estruturação desses programas para que sejam articulados intersetorialmente, se baseiem na lógica da reabilitação interdisciplinar e tenham como foco a reinserção dos trabalhadores em um posto de trabalho seguro que proporcione reintegração social e melhor qualidade de vida.

O estudo de Bültmann et al. (2009) confirma estes resultados, demonstrando que um PRT conduzido por uma equipe interdisciplinar é eficaz em relação à gestão de processos de trabalhadores ausentes do trabalho devido a lesões musculoesqueléticas. Esse estudo demonstrou ainda que trabalhadores que se submeteram ao PRT proposto tiveram menos horas de ausência por doença e menor perda de produtividade, o que parece trazer economia para a sociedade. Esses achados são importantes, pois contribuem no sentido de demonstrar os resultados que esses programas podem trazer não só para os indivíduos afastados do trabalho, mas para a sociedade como um todo.

A escolha do momento de retornar ao trabalho parece ser o grande desafio tanto para os trabalhadores, quanto para a equipe de reabilitação. Sullivan et al. (2005) revelaram que o maior tempo sem trabalhar é uma barreira no retorno ao trabalho. Bültmann et al. (2007) encontraram no seu estudo que a maior duração de recebimento de benefícios por incapacidade e o maior número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão foram significativamente associados ao grupo que não retornou ao trabalho. Este resultado é importante para a compreensão da escolha do momento certo para o retorno. Este momento deve ser tão logo o trabalhador tenha condições físicas e psicológicas para retornar a um posto de trabalho mo-

dificado, com ritmo e organização do trabalho modificados, a fim de proporcionar-lhe um retorno gradual às atividades e oferecer-lhe mais segurança.

É importante evitar que um período muito longo de afastamento seja o responsável por desmotivação e aumento do quadro depressivo, uma vez que estes já foram relatados como barreiras para o retorno ao trabalho. Em contrapartida, o estudo de Scopel (2005) obteve como resultado que a alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho é um fator que dificulta o retorno. Este achado parece ser reflexo da atual política do INSS de dar alta a trabalhadores que não estão preparados para voltarem a um posto de trabalho. Neste sentido, a escolha do momento de retornar deve ser baseada na avaliação das condições físicas e psicológicas do trabalhador, nas modificações que irão acontecer nos postos de trabalho, na gestão do trabalho por parte das empresas e na capacidade de acompanhamento que o Estado tem para que não tenhamos trabalhadores retornando a ambientes de trabalho inseguros e trabalhadores com condições de retorno fora do trabalho.

Os resultados estruturados na categoria de Serviços de Apoio trazem importantes reflexões acerca da importância dos serviços no processo de reabilitação profissional e retorno ao trabalho. O estudo de Toldrá et al. (2010) encontrou que os mecanismos de comunicação insuficientes entre serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias, a falta de apoio e relacionamentos e as atitudes discriminatórias por parte dos profissionais do INSS são fatores dificultadores do retorno ao trabalho, pois não propiciam ao trabalhador condições adequadas para um retorno seguro. Ainda de acordo com o autor, o apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde do CRST, bem como o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho são fatores que facilitam o retorno ao trabalho. Esse estudo é importante por investigar a intervenção de acompanhamento de um centro de referência, que pode trazer à luz ideias que possam ser reproduzidas e que gerem maior sucesso nos processos de retorno.

Entender o momento difícil que é o afastamento do trabalho e pensar mecanismos para minimizar esta situação e, por consequência, os impactos psicológicos que ela pode causar parece ser um grande desafio dos Serviços de Reabilitação Profissional e dos CRST. Os resultados do estudo de Landstad et al. (2009) mostram que a demora em receber atendimento foi um fator encontrado como dificultador de retorno ao trabalho, o que confirma a ideia de que os serviços de apoio aos trabalhadores nesta situação são peças fundamentais na construção do processo de retorno. O acesso rápido a serviços de qualidade e resolutivos parece ser um dos desafios para a garantia do acesso ao trabalho para os trabalhadores acometidos por LER/DORT.

A literatura encontrada acerca do tema de retorno ao trabalho mostrou-se bastante diversificada, com diferentes abordagens e desenhos de estudos exploratórios, espelhando o momento atual da produção de conhecimento sobre este tema. Os estudos levantados nesta revisão permitiram compreender quanto rico em detalhes é o processo de retorno ao trabalho, confirmando a ideia de que um único desenho metodológico não é suficiente para a investigação da totalidade dos fatores ligados a esse processo.

## Considerações finais

O retorno ao trabalho mostrou-se um grande desafio dentro do campo da Saúde do Trabalhador. Fatores como dor, questões psicossociais, afastamento do trabalho, modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, de colegas e da chefia, programas de retorno ao trabalho, tempo de afastamento, serviços e políticas de apoio mostraram-se facilitadores e/ou barreiras de retorno ao trabalho, devendo ser observados neste processo.

Os programas estruturados de retorno ao trabalho poderiam ser aprimorados se houvesse mais estudos dedicados à investigação de seus resultados. No entanto, apesar dessa lacuna, os dados encontrados neste levantamento bibliográfico não deixam dúvida de que estes programas mostram-se como uma alternativa à exclusão de trabalhadores jovens e ainda produtivos dos processos de trabalho e das relações sociais que envolvem o mundo do trabalho.

Os estudos brasileiros revelam uma importante falha a ser preenchida por políticas públicas em saúde do trabalhador. A demanda por reabilitação profissional é alta e só pode ser contemplada com políticas intersetoriais, com cooperação técnica e pactuação de metas entre os atores envolvidos no processo de retorno ao trabalho. A efetivação do direito à saúde para os trabalhadores acometidos por LER/DORT requer um esforço no sentido de construção de políticas que envolvam os mais diversos setores do Estado a fim de construir uma política que atenda às demandas desses trabalhadores.

Algumas discussões precisam ser aprofundadas, principalmente no que se refere às diferenças de retorno ao trabalho entre grupos distintos de trabalhadores. Sugerimos a priorização de estudos que integrem diferentes abordagens metodológicas, comparando diferentes grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Nesse sentido, acreditamos que esses estudos podem contribuir com o aperfeiçoamento da concepção, implantação e avaliação de programas de retorno ao trabalho no Brasil.

## Contribuições de autoria

Saldanha, J. H. S.: contribuição substancial no projeto e delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação e na elaboração do manuscrito e contribuição importante na revisão crítica. Pereira, A. P. M.: contribuição no levantamento de dados, na sua análise e interpretação. Neves, R. da F.: contribuição substancial no projeto e delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação e na elaboração do manuscrito e contribuição importante na revisão crítica. Lima, M. A. G. de: participação na elaboração do manuscrito, com contribuição importante na sua revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

- ABÁSOLO, L. et al. Prognostic factors in short-term disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, New York, v. 59, n. 4, p. 489-496, 2008.
- ANEMA, J. R. et al. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 4, p. 419-426, dez. 2009.
- ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health*. São Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- BARTILOTI, C. B. et al. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 66-75, jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, v. 19, p. 507-539, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/95200272/Anuario-estatistico-da-Previdencia-Social-2010>>. Acesso em: 25 out. 2010.
- BROUWER, S. et al. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 21, p. 244-258, set. 2010. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/t22911675221080j/fulltext.pdf>> Acesso em: 30 out. 2010.
- BÜLTMANN, U. et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Quality of Life Research*, v. 16, n. 7, p. 1167-1178, 2007.
- \_\_\_\_\_. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 1 p. 81-93, 2009.
- BURT, C. M. Avaliação do trabalho e preparação para o retorno ao trabalho. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Roca, 2005. p. 241-254.
- CÂMARA, V. M. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 469-497.
- CHEREM, A. J. et al. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 93-98, 2009.
- DAMSCROCHER, L. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, v. 4, n. 50, p. 1-15, 2009.
- DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DE RIJK, A.; NIJHUIS, F.; ALEXANDERSON, K. Gender differences in work modifications and changed job characteristics during the return-to-work process: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 2, p. 185-193, jun. 2009.
- DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 55, n. 1, p. 135-146, jan./fev., 2005.
- FASSA, A. G. et al. Child labor and musculoskeletal disorders: the Pelotas (Brazil) epidemiological survey. *Public Health Reports*, v. 120, n. 6, p. 665-673, nov./dez. 2005.

- FRANK, A. O.; SAWNEY, P. Vocational rehabilitation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 96, n. 11, p. 522-524, nov. 2003.
- GATCHEL, R. J.; MAYER, T. G.; THEODORE, B. R. The pain disability questionnaire: relationship to one-year functional and psychosocial rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 16, n. 1, p. 75-94, mar. 2006.
- GIMENO, D. et al. The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 62, n. 11, p. 778-785, nov. 2005.
- GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.
- GOODMAN, G. et al. Evaluation of an occupational rehabilitation program. *Work*, v. 24, n. 1, p. 33-40, 2005.
- GRAVINA, M. E. R.; ROCHA, L. E. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 41-55, 2006.
- KIDNER, C. L.; MAYER, T. G.; GATCHEL, R. J. Higher Opioid Doses Predict Poorer Functional Outcome in Patients with Chronic Disabling Occupational Musculoskeletal Disorders. *Journal of Bone and Joint Surgery*, v. 91, n. 4, p. 919-927, abr. 2009.
- KRAUSE, N.; DASINGER, L. K.; NEUHAUSER, F. Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 8, n. 2, p. 113-139, 1998.
- LANDSTAD, B. et al. Long-term sick workers experience of professional support for re-integration back to work. *Work*, v. 32, n. 1, p. 39-48, 2009.
- LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. B. "Circuloterapia": uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-236, 2011.
- LIPPEL, K. Therapeutic and anti-therapeutic consequences of worker's compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 22, n. 5-6, p. 521-546, set./dez. 1999.
- LÖTTTERS, F.; HOGG-JOHNSON, S.; BURDORF, A. Health status, its perceptions, and effect on return to work and recurrent sick leave. *Spine*, v. 30, n. 9, p. 1086-1092, maio 2005.
- LYDELL, M. et al. Return or no return – psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: a prospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*, v. 33, n. 8, p. 661-666, 2010. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.506237>>. Acesso em: 24 nov. 2010.
- MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, jun. 2009.
- MAENO, M.; WÜNSCH FILHO, V. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 53-63, jan./jun. 2010.
- MAROIS, E.; DURAND, M. J. Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 12, p. 994-1007, 2009.
- MARX, K. *O Capital* (Crítica da Economia Política). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, v. 1, n. 3, p. 277-299, set. 1975.
- MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicologia: reflexão e crítica*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2001.
- MOMM, W.; RANSOM, R. Discapacidad y trabajo. In: STELLMAN, J. M. (Ed.) *Enciclopedia de salud e seguridad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales, 2001, p. 17.1-17.49. Disponível em: <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/17.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- NASCIMENTO, D. C. H.; SAKATA, R. K. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Revista Dor*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 160-165, jun. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.
- OSSMANN, J. et al. Management and employee agreement on reports of organizational policies and practices important in return to work following carpal tunnel surgery. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 1, p. 17-26, mar. 2005.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Avaliação da dor. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 76, n. 1, p. 27-35, jan./fev. 1997.
- POULAIN, C. et al. Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *European Spine Journal*, v. 19, n. 7, p. 1153-1161, 2010.
- RIBEIRO, S.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, S. R. G. O uso de opióides no tratamento da dor crônica não oncológica: o papel da metadona. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 52, n. 5, p. 644-651, set./out. 2002.
- SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; OLIVEIRA, M. S. Interfaces LER/saúde mental: a experiência de

- um centro de referência em saúde do trabalhador do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 128-138, jan./jun. 2011.
- SARDÁ JUNIOR, J. J. et al. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 81-86, jun. 2009.
- SARDÁ JUNIOR, J. J.; KUPEK, E.; CRUZ, R. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 76 - 80, jun. 2009.
- SCHULTZ, I. Z. et al. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 17, n. 2, p. 327-352, 2007.
- SCOPEL, M. J. *Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT*. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SKILLGATE, E. et al. Life events and the risk of low back pain and neck/shoulder pain of the kind people are seeking care for: results From the MUSIC-Norråtalje case-control study. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 61, n. 4, p. 356–361, Abr. 2007.
- SULLIVAN, M. J. L.; BISHOP, S.; PIVIK, J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, v. 7, n. 4, p. 524-532, Dec. 1995.
- SULLIVAN, M. J. L. et al. Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 3, p. 377-392, set. 2005.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Ceresst-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, jan./jun. 2010.
- TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, jan./jun. 2010.
- TURK, D. C. Efficacy of multidisciplinary pain centers in the treatment of chronic pain. In: COHEN, M. J. M. *Pain treatment centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal, progress in pain research and management*. Seattle: IASP Press, 1996.
- YOUNG, A. E. et al. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 4, p. 557-568, dez. 2005.

Carlos Eduardo Siqueira<sup>1</sup>  
Francisco Pedra<sup>2</sup>  
Helena Rodrigues Corrêa Filho<sup>3</sup>  
Maria Maeno<sup>4</sup>  
Hermano Albuquerque de Castro<sup>2</sup>

## A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador (*Observatorios*) no Brasil

*The experience of the Worker's Health Observatory (Observatorios) in Brazil*

<sup>1</sup> College of Public and Community Service. The Mauricio Gastón Institute for Latino Community Development and Public Policy. University of Massachusetts Boston, Boston, MA, United States of America.

<sup>2</sup> Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Escola Nacional de Saúde Pública (Cesteh/ENSP), Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), Ministério do Trabalho e Emprego, São Paulo, SP, Brasil.

**Contato:**

Carlos Eduardo Siqueira

**E-mail:**

carlos.siqueira@umb.edu

O Projeto *Observatorios* (Rebrast) foi financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, pelo processo nº 25388.000967/2009-61 através da Fiocruz, segundo Termo de Cooperação nº 109/2009, publicado no Diário Oficial da União de 18/12/2009, Seção 3, Número 147, p. 242.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 20/02/2012

Revisado: 05/03/2013

Aprovado: 08/03/2013

### Resumo

Antecedentes históricos apontam a mobilização sindical e de pesquisadores para criar um Observatório de Saúde do Trabalhador (OST) que permitisse oferecer informações com credibilidade e subsidiar a defesa da saúde. Este trabalho teve o objetivo de rever e analisar os antecedentes internacionais e brasileiros da mobilização de sindicatos, centros de estudos sindicais e intersindicais e pesquisadores de instituições do setor que criaram um observatório presencial e virtual para comunicação e repositório de informações científicas. Foram utilizados métodos de intervenção e observação participantes e levantamento documental. O relato parte de iniciativas de superação das políticas neoliberais. Tais iniciativas impulsionaram a criação do *Observatorios* em 2010 e o mantiveram ativo até 2013 compilando documentos, relatos de imprensa e agendas sindicais. O observatório foi conduzido em cogestão com seis centrais sindicais por meio do Comitê Editorial das centrais que respeitou a diversidade e a autonomia dos atores envolvidos. A coordenação rotativa do portal pelo comitê evidenciou a maturidade política e sua articulação. Os principais desafios postos para a continuação da iniciativa foram de integrar e formar pesquisadores e profissionais comprometidos organicamente com os trabalhadores na luta pela defesa da vida e saúde.

**Palavras-chave:** observatórios de ciência e tecnologia; saúde do trabalhador; sindicatos; redes de informação em saúde do trabalhador; políticas públicas de saúde.

### Abstract

*Historical antecedents led labor organizations and worker's health researchers to create a Worker's Health Observatory aimed at disseminating credible information and subsidizing the defense of workers' health. This paper reviews and analyzes the national and international backgrounds that mobilized the labor unions, labor unions study centers, and workers' health researchers to produce a virtual and in person observatory aimed at communicating and storing scientific information. Participant observation and intervention, as well as document review methods were used. The paper starts by discussing the initiatives to overcome neoliberal policies. These initiatives allowed the "Observatorios" to be created in 2010 and kept in activity, compiling documents, press reports and labor union agendas, until 2013. The observatory was co-managed by six associations of labor unions (the so called "Centrais" in Brazil) through the Editorial Committee, which complied with the diversity and autonomy of the involved actors. The "Observatorios" rotatory coordination established by the associations of labor unions Editorial Committee proved they were politically mature and prepared to networking. The main challenges for keeping this initiative were to prepare and integrate researchers and other professionals who would be organically committed to workers' struggle for life and health.*

**Keywords:** science and technology observatories; occupational health; labor unions; occupational health information networks; public health policies.

## Antecedentes

Siqueira e Carvalho (2003) revisaram os objetivos de diversos observatórios existentes no início da década de 2000 ao pesquisar o termo “Observatório” na ferramenta de busca Google. Identificaram dois tipos principais, não excludentes: os que funcionam como uma rede e os que funcionam como um repositório virtual de informações (*clearinghouse*) em páginas de internet.

Baseando-se nesta revisão, os autores discutem o Observatório das Américas como uma rede de profissionais e organizações não governamentais (ONGs), incluindo universidades e organizações de defesa do trabalhador. Esse Observatório organizou, entre os anos 2000 e 2006, conferências no México, no Brasil e na Costa Rica para troca de experiências entre profissionais e líderes da área de saúde do trabalhador e ambiental. Como produto da conferência no Brasil, em 2002, foi publicado um número especial da revista *Ciência & Saúde Coletiva* em 2003 (SIQUEIRA; CASTRO; ARAÚJO, 2003) intitulado “Integrando Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: Observatório das Américas”, que reuniu contribuições de pesquisadores e ativistas brasileiros e de outros países, como Estados Unidos, Peru e Venezuela. Esta rede diminuiu muito suas atividades depois de 2006, principalmente devido à falta de recursos financeiros.

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Coordenação de Saúde do Trabalhador – Cosat<sup>5</sup>) do Ministério da Saúde do Brasil criou, em 2003, o Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador como *clearinghouse* hospedada na página *web* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília. Essa página surgiu para propiciar amplo acesso a informações e análises sobre saúde do trabalhador, facilitar a produção de estudos e pesquisas, bem como a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos setoriais na área, contribuindo para o desenvolvimento do controle social na área de saúde do trabalhador. Apesar dessa página virtual ter desempenhado um papel importante na divulgação de materiais e documentos preparatórios da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília em novembro de 2005, o Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador não se consolidou e a página saiu do ar após 2006.

Essas duas experiências e outras discussões sobre o assunto em alguns estados brasileiros expressaram a necessidade e o desejo comum de integrar atores sociais e informações técnicas para construir

e avaliar políticas nacionais e estaduais de Saúde do Trabalhador, analisar o panorama epidemiológico das doenças e dos acidentes do trabalho no Brasil e promover amplo debate sobre programas e estratégias capazes de reduzir a morbimortalidade relacionada com o trabalho no país e nas Américas.

Embora o propósito de muitos que contribuíram para essas duas iniciativas fosse criar Observatórios de Saúde do Trabalhador (OSTs) que incluíssem lideranças de sindicatos, federações ou centrais sindicais, obteve-se pouco sucesso. Parte da razão para essa pequena participação se deve às políticas neoliberais implantadas no país na década de 1990, que provocaram o acirramento dos graves problemas de desemprego, a precarização do trabalho e a tercerização, a redução da renda dos trabalhadores, a desnacionalização da economia, a elevação das taxas de juros a patamares recordes no mundo e a conseqüente desproteção da força de trabalho, o que levou o movimento sindical brasileiro a concentrar sua energia no enfrentamento dos determinantes macros da saúde (HARVEY, 1989; SIQUEIRA; CASTRO; ARAÚJO, 2003; HARVEY, 2005; BOITO; GALVÃO; MARCELINO, 2009).

Neste cenário, a implantação da participação direta de representações sindicais na formulação de políticas públicas em Saúde do Trabalhador foi determinada por leis formuladas no modo chamado “participação pelo alto”, principalmente nos conselhos e nas comissões de nível nacional, onde ocorreria um divórcio de origem entre a formulação das leis e da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas sindicais e locais que iriam instituir a Saúde do Trabalhador (LACAZ, 1994; PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

A construção da participação social direta dos representantes dos trabalhadores nos níveis locais, regionais e estaduais não foi absorvida pelo movimento sindical, deixando isolado o movimento pela reforma sanitária dos anos 1980 e 1990 conduzido principalmente por técnicos, gestores e pesquisadores da saúde coletiva brasileira. Isso não impediu o avanço das políticas públicas, que formularam a abertura formal e legal para a participação direta dos representantes dos trabalhadores, sujeita a confrontos relacionados aos limites que teriam as resoluções das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde do Trabalhador quanto ao seu caráter deliberativo ou “meramente consultivo” (DIAS; HOEFEL, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011).

Na ausência de reivindicações diretas da maioria dos sindicatos pela cobertura universal e pela presteza no atendimento aos usuários pelo sistema público

<sup>5</sup> A Cosat tinha a atribuição de coordenar as ações na área em âmbito ministerial no Brasil e foi substituída posteriormente pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT).

de saúde, os trabalhadores focalizaram suas reivindicações nas relações com o sistema privado de forma predominante, o que foi objeto de várias tentativas de reorientação pelos movimentos sindical e sanitário no Brasil (PIMENTA; CAPISTRANO-FILHO, 1988; PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil apoiou paralelamente, entre 2000 e 2011, a instituição de portais de internet com capacidade de subsidiar políticas públicas em saúde que abrangiam a Saúde do Trabalhador na tentativa de se influenciar a gestão de políticas públicas de promoção e atenção à saúde. Por iniciativa do Ministério da Saúde, a partir de 2003, foram criados a Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador (Renast), 190 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerests) até 2011, e uma rede de serviços de municípios-sentinela cuja finalidade é a disseminação de ações de atenção integral à saúde do trabalhador pelo SUS. Os Cerests foram concebidos como nível secundário de atenção e forte caráter formador e disseminador de ações de assistência e vigilância (BRASIL, 2006).

A partir de 2005, cresceram bastante as lutas reivindicativas e as greves dos trabalhadores em diversos estados (BOITO; GALVÃO; MARCELINO, 2009). Um elemento importante neste processo foi o desenvolvimento contínuo da unidade entre as seis centrais sindicais, apesar de históricas diferenças políticas e ideológicas: a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Força Sindical, a Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST), a Central Geral de Trabalhadores do Brasil (CGTB), a Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) e a União Geral dos Trabalhadores (UGT). Essa unidade em várias frentes de luta foi facilitada pela legalização dessas centrais sindicais, objetivo perseguido há quase cem anos pelos trabalhadores e sistematicamente reprimido pelas elites, o que assegurou a organização legal, financeira e institucional dos trabalhadores em âmbito nacional (SOARES, 1985).

A ideia de um OST foi retomada em 2008, a partir da percepção desse novo momento no movimento sindical, reforçado pela legalização das centrais sindicais, e do diagnóstico de que havia necessidade de coesão política e agenda comum em Saúde do Trabalhador entre as lideranças sindicais organizadas nas centrais e de ação coordenada com técnicos do meio acadêmico-institucional, além daqueles atuantes nos serviços de saúde. Os formuladores do projeto inicial, pesquisadores do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh)

da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) e da Universidade de Massachusetts Lowell, entendiam que havia necessidade de discussão interna entre as centrais para unificar reivindicações e políticas públicas na área de Saúde do Trabalhador em nível nacional, passo fundamental para tornar os trabalhadores protagonistas destas políticas públicas. Tinham claro que uma das lacunas nas ações em Saúde do Trabalhador era a falta de articulação entre as organizações sindicais, representantes dos trabalhadores, além de técnicos e pessoas que faziam parte da máquina do Estado (BRASIL, 2006).

Este conjunto de questões iluminou o desenho do projeto intitulado “Rede Brasileira de Saúde, Trabalho e Ambiente”, apresentado em 2008 pelo Cesteh/Fiocruz à Cosat, situada então na Diretoria de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado em 2009 e recebeu financiamento por dois anos.

Este trabalho teve o objetivo de rever e analisar os antecedentes internacionais e brasileiros da mobilização de sindicatos, centros de estudos sindicais e intersindicais e pesquisadores de instituições do setor que criaram um observatório presencial e virtual para comunicação e repositório de informações científicas.

## Método

Este relato foi construído a partir de relatórios elaborados e apresentados pelo Cesteh/Fiocruz ao Ministério da Saúde durante a execução do projeto “Rede Brasileira de Saúde, Trabalho e Ambiente (Rebrast)”, além de material sobre o projeto publicado nas páginas do Portal do Observatório de Saúde do Trabalhador<sup>6</sup>. Os relatórios descrevem em linhas gerais as discussões e as decisões que ocorreram nos dois seminários entre as centrais sindicais promovidos pelo projeto. Os autores resumiram os principais temas que identificaram como importantes para disseminação neste relato, cientes de que os relatórios abrangem grande variedade de assuntos e temas abordados nos seminários. Por exemplo, a agenda política do Observatório<sup>7</sup> foi discutida em grupo, nos dois seminários, entre dezenas de líderes sindicais e profissionais da área de Saúde do Trabalhador que atuam em diversos estados do país.

<sup>6</sup> [www.observatoriosost.com.br](http://www.observatoriosost.com.br)

<sup>7</sup> Por questões de espaço e pelo escopo deste relato, optamos por não detalhar aqui as discussões sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, considerando que esta questão já tem sido abordada em outras publicações.

A estrutura deste relato segue o planejamento do projeto, que foi desenhado como projeto participativo e democrático para construção de uma rede de profissionais e líderes sindicais e cujas decisões foram influenciadas ao longo do tempo pela participação deles nos dois seminários. A linha condutora do projeto, e também deste relato, baseou-se nos seminários e nos desdobramentos para a criação da rede através do Portal do Observatório.

Como o planejamento descrito das ações do Observatório foi participativo, os técnicos não organizaram a *priori* o que era domínio e iniciativa das lideranças sindicais, como os objetivos gerais e o conteúdo das ações. O planejamento acadêmico do Observatório se restringiu ao método que foi aceito e validado de maneira consensual pelo Fórum das Centrais.

## O Observatório de Saúde do Trabalhador (*Observatoriost*)

O projeto tinha como objetivo inicial auxiliar a articulação de uma rede composta por organizações sindicais, em particular as centrais sindicais e os sindicatos a elas filiadas, profissionais de serviços e pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador e representantes do Estado, principalmente do Ministério da Saúde, o que facilitaria as ações em Saúde do Trabalhador conduzidas pelo Estado<sup>8</sup> coladas às necessidades apontadas pelo movimento sindical. Propunha também desenvolver um portal na internet como ferramenta para facilitar e dinamizar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, servir de biblioteca virtual de documentos e publicações na área de Saúde do Trabalhador e dar visibilidade aos diferentes sítios de internet das centrais sindicais, dos sindicatos, das associações de trabalhadores e vítimas de doenças e acidentes do trabalho. Para estruturar conceitualmente, elaborar o formato, a agenda política e implementar a rede, foram planejados dois seminários nacionais. O Cesteh foi a instituição responsável por coordenar o projeto e dirigir a construção do Observatório em parceria com o movimento sindical.

### Primeiro Seminário Nacional do *Observatoriost*

Após processo de consulta prévia a todas as centrais sindicais, foi realizado o Primeiro Seminário Nacional do *Observatoriost* na Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro nos dias 23 e 24 de junho de 2009. Participaram representantes das seis centrais sindicais, da Cosat e pesquisadores da Fio-

cruz, da Unicamp, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), da Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp, entre outros convidados. A agenda do evento incluiu apresentações sobre as diferentes definições e os desafios conceituais e estruturais da saúde do trabalhador, o perfil epidemiológico das mortes no trabalho no Brasil, um protótipo de portal para o *Observatoriost*, além de discussões em grupo orientadas por roteiro que demandava respostas para uma série de detalhes a respeito do funcionamento do portal e da rede, formalmente intitulada Rede Brasileira de Saúde, Trabalho e Ambiente (Rebrast). Este primeiro seminário propiciou auscultar lideranças das centrais sindicais e representantes de sindicatos a elas filiados sobre a organização do portal e da rede, que passou, a partir dessa oficina, a ser chamada de Observatório de Saúde do Trabalhador.

Como resultado das deliberações dos grupos, sugeriram-se nomes e endereços eletrônicos, bem como a estrutura organizativa para a tomada de decisões sobre o conteúdo do portal. Os participantes confirmaram e enriqueceram o diagnóstico feito no desenho do projeto. Houve unanimidade sobre a necessidade de fortalecer os laços entre líderes sindicais, profissionais da área de saúde do trabalhador e áreas governamentais, e sobre a utilidade de se construir o Observatório. Além disso, todas as lideranças sindicais presentes afirmaram que o movimento sindical tem poucas divergências na área de saúde do trabalhador, fato que facilitaria atividades comuns entre todas as centrais sindicais. Decidiu-se constituir um Conselho Editorial para gerenciar o portal, composto por dois representantes de cada central e dois representantes dos pesquisadores ou técnicos da área de Saúde do Trabalhador. Este Conselho estaria encarregado de administrar e autorizar a publicação de informações e lidar com todas as questões relacionadas com o funcionamento do portal.

Após esse primeiro evento, uma empresa de informática foi contratada para formatar a página *web* no endereço [www.observatoriost.com.br](http://www.observatoriost.com.br) e várias articulações entre centrais sindicais e profissionais da área de saúde do trabalhador ligados ao Observatório foram desenvolvidas visando a contribuir para a discussão de pautas concretas que demandavam respostas das centrais sindicais.

Uma destas pautas contemplou o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEp (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2010), que sofreu ataques de representantes da Confederação Nacional da Indústria (CNI) visando a impedir a sua implan-

<sup>8</sup> Ver Pisast: Painel de informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://pisast.saude.gov.br/forum/index.php>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

tação (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2009). Tratava-se de resistir a mudanças de critérios de avaliação das condições de trabalho, com repercussões sobre a contribuição financeira das empresas ao Seguro de Acidente do Trabalho (SAT). No processo de aprofundamento da compreensão sobre este tema, representantes das centrais começaram a reunir-se com frequência no esforço de chegarem a uma posição consensual sobre o assunto e desencadear ações em defesa dos aspectos que representassem avanços na defesa da saúde dos trabalhadores. Um importante seminário na Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) em dezembro de 2009, com participação de lideranças sindicais, técnicos do setor público e privado e representantes da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da OPAS evidenciou a complexidade dos interesses dos diversos setores sociais e das dificuldades e obstáculos para implementar procedimentos que visam à construção de um sistema que propicie maior intervenção do estado na melhoria das condições de trabalho (NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO E FATOR ACIDENTÁRIO DE PREVENÇÃO, 2009).

Seguiram-se várias videoconferências nacionais com membros da coordenação do *Observatoriost* em diferentes estados do Brasil para discutir encaminhamentos concretos decididos no seminário e para programar atividades conjuntas das centrais na área de saúde do trabalhador, como as manifestações por ocasião do dia 28 de abril, Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes do Trabalho, nos anos de 2009 a 2011.

### Segundo Seminário Nacional do *Observatoriost*

O segundo seminário nacional que lançou oficialmente o *Observatoriost* ocorreu no auditório da Força Sindical em 19 e 20 de maio de 2010 em São Paulo. Este seminário contou com a participação de cerca de cem pessoas, entre as quais representantes das seis centrais sindicais, da Cosat, do Ministério da Saúde, de profissionais de Cerests, do Ministério do Trabalho e Emprego, da Fundacentro, da OPAS, da OIT, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e de pesquisadores da Fiocruz, da Unicamp, da Faculdade de Saúde Pública da USP, da Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu, entre outros convidados. A agenda do seminário incluiu apresentação do portal do Observatório, de experiências internacionais em saúde do trabalhador e discussões em grupo sobre a agenda e o programa de trabalho cumpridos pelo *Observatoriost* nos anos 2009 e 2010.

Este seminário contou com cobertura do Canal Saúde da Fiocruz cujos repórteres entrevistaram líderes sindicais e acadêmicos acerca da magnitude dos acidentes e dos óbitos relacionados com o trabalho no Brasil, das políticas públicas necessárias para reduzi-los e da importância do protagonismo dos sindicatos e dos trabalhadores na melhoria da saúde do trabalhador brasileiro. As principais questões debatidas no seminário foram o detalhamento do portal e a agenda de trabalho do Observatório, abordados tanto nos grupos de discussão, como na plenária final. A mais importante definição acordada durante este evento foi a priorização da vigilância e prevenção das mortes no trabalho como eixo temático central para desenvolver o Observatório, porque se trata de problema grave no Brasil e seria tema prioritário para construir ações concretas e unitárias do movimento sindical na área de Saúde do Trabalhador.

### O portal Observatório Saúde dos Trabalhadores

A partir do *feedback* do seminário, a página e o gerenciamento do portal do *Observatoriost* foram desenhados para dar conta dos seguintes elementos:

- Compilação de documentos, artigos e relatórios sobre saúde do trabalhador, enfocando particularmente: mortes e lesões no trabalho; vigilância epidemiológica da saúde do trabalhador; NTEp e Fator Acidentário de Prevenção (FAP); e atenção integral à saúde do trabalhador.
- Cobertura da grande imprensa e da imprensa especializada sobre saúde do trabalhador, incluindo notícias de jornal, fotos e vídeos de seminários organizados pelo OST, pelas centrais e pelos sindicatos afiliados, e órgãos do governo. Além disso, foram também publicados *podcasts* de entrevistas com lideranças sindicais e palestras proferidas por profissionais vinculados ao OST e ao Ministério da Saúde.
- Anúncios regulares de eventos patrocinados pelas centrais e por sindicatos afiliados, órgãos tripartites e demais instituições envolvidas na área de Saúde do Trabalhador, como o Tribunal Superior do Trabalho (TST). Por exemplo, o portal anuncia livros e eventos relacionados à área.
- Fórum interno para discussão e debate entre dirigentes das centrais e do Comitê Editorial, acessível através de senha.
- Cadastro de membros do portal para que estes pudessem receber boletim periódico com informações sobre os últimos assuntos publicados no portal.

- Atualização constante do portal por membros do Comitê Editorial. No segundo semestre de 2011, o OST contratou jornalista com experiência sindical para facilitar a publicação de materiais e notícias.
- Contratação de empresa de informática para gerenciar o portal (*webmaster*) com regularidade e transformar o portal em Organização Social com a extensão de sigla de internet “.org”.

### **Fórum das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador**

O amadurecimento do trabalho conjunto das centrais no âmbito do Observatório, e paralelamente a ele, levou, em 2009, à decisão de convidar participantes do *Observatoriost* para reuniões do Fórum das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador. O objetivo foi facilitar e fortalecer o debate entre as centrais, visando chegar a posições sólidas e unitárias em temas de saúde do trabalhador, incluindo a construção da unidade política das centrais em diversos fóruns de saúde do trabalhador, entre eles os de caráter tripartite. Por exemplo, as centrais tiveram uma série de encontros, entre 2008 e 2009, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para discutir a cobertura oferecida aos sindicatos pelos planos privados de assistência médica suplementar. Estes encontros forjaram unidade entre elas na exigência de incluir a saúde do trabalhador nos contratos suplementares privados de saúde.

Após o seminário de maio de 2010, as centrais constituíram uma Secretaria Executiva rotativa, a cargo de cada central, por um período de seis meses, possibilitando a participação igualitária nas tarefas de coordenação deste fórum. A Secretaria Executiva ficou encarregada de convocar e garantir local e infraestrutura para reuniões regulares bimestrais e extraordinárias quando necessário, elaborar relatórios e encaminhamentos decididos pelos participantes, convidar outras instituições para as reuniões e apresentar proposta de calendário de reuniões.

A participação dos profissionais do OST no fórum das centrais solidificou a relação entre esses atores e grande parte dos temas de interesse passou a ser compartilhada com a concretização de convites das centrais sindicais para que os editores do *Observatoriost* comparecessem a reuniões convocadas pelo Fórum das Centrais, nas quais são discutidas pautas conjuntas do movimento sindical. Por diversas vezes, profissionais vinculados ao OST foram convidados a participar de congressos inter-

nos das centrais como palestrantes sobre temas de saúde do trabalhador.

O apoio institucional do Ministério da Saúde para o OST facilitou o intercâmbio com os Cerests da Renast. O portal referencia diretamente os *links* institucionais vinculados com a rede dos Cerest. Os sindicalistas e os assessores técnicos do *Observatoriost* têm participado ativamente como convidados nas ocasiões anuais em que a rede se reúne para planejamento e avaliação nacional de cobertura, qualidade e propósitos dos serviços. A integração do OST com a rede dos Cerest constitui importante fator para o fortalecimento do vínculo com a rede de serviços de atenção à saúde do trabalhador relacionada ao SUS.

### **Oficina Nacional sobre Prevenção de Mortes por Acidentes no Trabalho**

A priorização da vigilância e da prevenção das mortes no trabalho como tema principal do *Observatoriost* levou à organização de oficina em São Paulo, nos dias 11 e 12 de julho 2011, em parceria com o Fórum Análise e Prevenção de Acidentes do Trabalho<sup>9</sup>, liderado por professores da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Faculdade de Medicina da Unesp-Botucatu. Essa oficina, realizada no Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, contou com a participação de formuladores de políticas de saúde do trabalhador, profissionais da rede de serviços, de instituições governamentais, das centrais sindicais e de órgãos de pesquisa. Dentre seus objetivos, citam-se: a) obter síntese atualizada do panorama atual do problema dos acidentes de trabalho fatais, como descrever as tendências temporais, os setores prioritários e as experiências de intervenção; b) apresentar/recomendar textos para orientar a ação de serviços, sindicatos e pesquisadores diante dos casos de acidentes do trabalho fatais; c) elaborar recomendações de políticas públicas para enfrentar o problema; d) apresentar experiências bem-sucedidas de intervenção que reduziram mortes no trabalho.

Como preparação para a oficina, foi elaborado um termo de referência que reuniu contribuições de pesquisadores com reconhecida experiência em pesquisa e na implementação de programas de vigilância de acidentes de trabalho fatais. O termo de referência elencou os principais argumentos e estatísticas relativos à gravidade do problema e sugeriu políticas públicas necessárias para reduzir a magnitude e o impacto das mortes no trabalho.

<sup>9</sup> Fórum Acidentes de Trabalho: Análise, Prevenção e Aspectos Associados. Disponível em: <<http://www.moodle.fmb.unesp.br/course/view.php?id=52>>. Acesso em: 8 maio 2013.

## O papel desempenhado por técnicos e centrais

O desejo de construir uma aliança tão almejada entre o trabalho de lideranças sindicais com o de pesquisadores, professores e profissionais de órgãos públicos não tem sido acompanhado das devidas iniciativas que tornem essa prática natural e cotidiana. O OST aponta para a possibilidade de construção de aliança entre lideranças sindicais, pesquisadores, professores e profissionais de órgãos públicos com vistas a unir o conhecimento, a experiência e a prática dos diferentes atores interessados no enfrentamento das más condições de trabalho. Parece, no entanto, que o movimento sindical ainda não reconhece a importância do *Observatoriost* como sua prioridade.

Sintomático dessa situação é que até o início de 2012, o Fórum das Centrais não tinha resolvido a questão da ancoragem da página do portal *Observatoriost*. Desejava-se ancorar a página em uma organização social intersindical que pudesse veicular na internet uma página com características peculiares à extensão “.org”. As discussões foram encaminhadas para órgãos como o Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e Ambientes do Trabalho (Diesat) e o Departamento Intersindical de Estudos Econômicos e Sociais (Dieese), e não estava afastada a hipótese dessa ancoragem institucional, mantidas as características de controle sindical rotativo organizado e compartilhado. Além disso, a sustentação financeira, ressalte-se, de pequenas proporções, não é um assunto equacionado e decidido nas centrais e tampouco em seu fórum.

Por um lado, os técnicos assumem a atribuição de informar devidamente os tópicos relevantes em saúde dos trabalhadores e ambiente, de propor discussões sobre temas polêmicos e, por outro, propõem-se a não interferir na tomada de decisões de encaminhamentos políticos e de gestão estratégica do movimento sindical. As decisões editoriais sempre foram tomadas por consenso, não havendo votação por maioria. A rejeição de qualquer tema ou proposta editorial por apenas um editor de qualquer das centrais foi suficiente para redirecionar o tema para discussões internas, de modo a não causar desgaste público ou das bases sindicais entre as categorias de trabalhadores.

Houve o cuidado de se preservar um espaço virtual e presencial exclusivo denominado “Fórum das Centrais”, no qual os técnicos só participaram quando convidados. Nesse espaço, os representantes das centrais sindicais se reuniram e decidiram em conjunto manter a perspectiva da ação coletiva segundo suas políticas específicas.

O papel atribuído pelo Fórum das Centrais aos técnicos foi de subsidiar de modo ético, sem subordinação política e sem conflitos de interesse, as

discussões sindicais sobre o tema saúde, trabalho e ambiente. A participação de alguns profissionais na elaboração do projeto se deu a partir de seu compromisso profissional e acadêmico em construir este Observatório, sem que esta participação refletisse necessariamente a posição de suas instituições de origem. Os profissionais vinculados ao Cesteh, porém, tiveram apoio institucional e o representaram oficialmente. O balanço da participação, realizado pelos técnicos no Observatório, sugere que estes foram os mais comprometidos com a criação e a manutenção do portal desde o seu início. Os seminários atraíram a presença de dezenas de técnicos de instituições governamentais, porém sem continuidade e com pouca ligação com o portal.

O papel dos representantes sindicais, também percebido pelo grupo técnico assessor, foi de ampliar seu debate para perspectivas acadêmicas e reunir instrumentos para suas ações coordenadas nos pontos em que conseguiram avanços e conquistas unificadoras entre os anos de 2004 e 2011, como foi o caso da defesa do NTEp, do FAP e da humanização do atendimento médico-pericial da Previdência Social brasileira (BRASIL, 2003).

Ainda segundo avaliação do grupo técnico assessor, a participação dos sindicalistas no Observatório teve altos e baixos relacionados, em muitas ocasiões, com a dinâmica interna das centrais e do movimento sindical. Por exemplo, todas as centrais sindicais participaram dos seminários e enviaram representantes de sindicatos importantes para os eventos. Alguns representantes das centrais mantiveram compromisso constante com o OST, enquanto outros mantiveram relação mais distante e ocasional. A experiência do OST sugere que, por um lado, há interesse em construir um vínculo contínuo e duradouro com profissionais e técnicos da área de Saúde do Trabalhador, claramente manifestado e demonstrado por várias lideranças sindicais das centrais comprometidas com a saúde do trabalhador. Por outro, não há suficiente apoio nas próprias centrais para que se invista neste esforço. Esta dificuldade parece explicar a participação irregular de algumas Centrais no Observatório.

A maioria dos representantes das centrais compareceu e participou das reuniões de planejamento e seminários, embora não tenham demonstrado participação ativa e mobilizada na colocação de documentos, notícias e *links* no portal. Esta atitude pode, por um lado, revelar maior interesse em agregar informações às páginas de internet das próprias centrais cujos *links* figuram no portal do *Observatoriost*, sem perder a participação política na articulação coletiva das lideranças sindicais interessadas na Saúde do Trabalhador. Por outro lado, pode também sinalizar a expectativa de que apenas os técnicos e os acadêmicos desempenhassem seu papel na seleção e na difusão das informações técnicas e políticas pelo portal.

A coordenação rotativa do Fórum das Centrais evidenciou também maturidade política para articulação em ambiente no qual existem muitos conflitos de ordem política, cultural e econômica. Quando os conflitos da política sindical se aprofundam entre os próprios representantes dos trabalhadores, a política unificada de saúde tende a assumir aspectos secundários. Essa mesma política unitária pode ou não ser retomada à medida que confluem as demandas dos trabalhadores por políticas públicas que defendam seus serviços de saúde contra a privatização e a redução dos benefícios impostos pelo capital financeiro contra o estado de bem-estar social. (HARVEY, 1989, 2005).

### Situação atual do *Observatoriost* e perspectivas futuras

A página de internet do *Observatoriost* dispõe de orçamento inicial para permanecer no ar até abril de 2013. Segundo estatísticas do provedor de serviços de internet, o portal recebeu cerca de 300 visitantes por mês no primeiro semestre de 2012, sendo que 75% das visitas eram de visitantes que estavam retornando ao *site* após visitas anteriores.

Ocorreram mais de duzentos pedidos de envio sistemático de aviso de renovação de notícias pelo comunicado automático do tipo *podcast* e eventuais boletins. A maioria desses pedidos de atualização foi procedente de lideranças sindicais de base e de profissionais de saúde ligados aos Cerests da Renast. Os visitantes da internet visualizaram mensalmente cerca de mil páginas do portal com acesso a notícias, *links* e documentos do repositório de arquivos em formato PDF.

Os técnicos do grupo editorial do portal foram convidados, durante o período de 2006 a 2012, a participarem de vários seminários e fóruns das centrais participantes em São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre, onde apresentaram a evolução do Observatório e participaram de discussões sobre as políticas de Saúde do Trabalhador de interesse das organizações sindicais que promoveram as reuniões.

As centrais sindicais participantes do Comitê Editorial não definiram sua continuidade além desse período. Este processo não teve desfecho até o momento em que foi redigido este relato de experiência. Espera-se a continuidade do processo de discussão entre as centrais sindicais sobre estratégias de coordenação e de financiamento para além dos recursos iniciais governamentais. A ação sindical unificada não abre espaços para recriminações ou divisionismos antes que tenha sido feito todo esforço pela continuidade do projeto, incluindo novos parceiros na política sindical que está em constante desenvolvimento.

## Conclusão

O *Observatoriost* obteve, como resultados principais, avanços na unidade política e programática para ação unitária do Movimento Sindical com profissionais da área de Saúde do Trabalhador. Adotaram-se estratégias de difusão de informações relevantes para orientar a luta pelo estabelecimento de políticas públicas de Saúde do Trabalhador. Embora a intenção do projeto fosse construir o Observatório de Saúde do Trabalhador como uma rede, após mais de três anos de experiência concreta, há que se reconhecer que este OST funciona muito mais como uma *clearinghouse* que como rede. Como *clearinghouse*, organizou e publicou com sucesso grande número de documentos, artigos, notícias de eventos, vídeos, dentre outros que têm sido utilizados por pesquisadores, sindicalistas e profissionais da área de Saúde do Trabalhador.

Houve dificuldades na consolidação financeira da rede e do portal que poderão ser superadas com o desenvolvimento dos mecanismos de editoração do portal e de reforço para a rede científica e sindical nos setores saúde e ambiente. A adoção de secretariado geral rotativo e a gestão por consenso constituem estratégias de superação de impasses que podem dar base duradoura para o crescimento tanto do Fórum das Centrais, quanto do portal do *Observatoriost* no seu papel de criar consensos e políticas de unidade.

A superação das insuficiências de articulação e financiamento poderá ser atingida com reforço aos mecanismos de atuação consensual, conseguindo recursos humanos e financeiros para o trabalho técnico-científico de buscar informação, ancorar a página de internet e garantir mecanismos de disseminação de livre acesso para qualquer trabalhador ou estudioso interessado. A integração política dos representantes das centrais sindicais brasileiras com as instâncias participativas abertas pelos Ministérios das Áreas Sociais, como Saúde, Previdência, Trabalho, Educação, entre outras, poderão reforçar o papel técnico-científico de subsidiar o controle social e o estabelecimento de novas políticas públicas para o setor.

Outra decorrência importante é criar mecanismos de formação de novos pesquisadores, estudiosos e técnicos que conheçam a dura realidade enfrentada pelos trabalhadores, participando junto com eles na busca de alternativas para modificá-la e abrindo espaços nos órgãos e serviços públicos, na academia e em outras instituições de formação e pesquisa que contribuam para a construção e a consolidação de frentes de resistência ao processo crescente de precarização do trabalho, que traz graves consequências para a saúde e a segurança no trabalho

## Contribuições de autoria

Siqueira, C. E.: Contribuição principal no projeto e no delineamento, no levantamento de dados ou na sua análise e interpretação; elaboração do manuscrito ou contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Pedra, F.; Corrêa Filho, H. R.; Castro, H. A. de: Contribuição substancial no projeto e no delineamento, no levantamento de dados ou na sua análise e interpretação; elaboração do manuscrito ou contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Maeno, M.: Contribuição no levantamento de dados, na análise e na interpretação; elaboração do manuscrito ou contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada.

## Agradecimentos

*Os autores agradecem às Centrais Sindicais Brasileiras o apoio institucional e político para articular estudos e pesquisas acadêmicos com a realidade do mundo do trabalho. Esse agradecimento é dirigido às centrais que aceitaram desencadear o processo de criação e sustentação do Observatório de Saúde do Trabalhador. Os nomes e os portais das centrais podem ser vistos e acessados como links diretos por meio da página do Observatoriost.*

## Referências

- BOITO, A.; GALVÃO, A.; MARCELINO, P. Brasil: o movimento sindical e popular na década de 2000. *OSAL – Observatorio Social de América Latina*, Buenos Aires, ano 10, n. 26, p. 35-55, out 2009. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal26/05boito.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2012.
- BRASIL. Lei Federal nº 10.666, de 08 maio 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências, Artigo 10, Fator Acidentário de Prevenção – FAP. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 08 de maio de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.666.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.666.htm)>. Acesso em: 9 maio 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Listas de morbidade e agentes nocivos do trabalho. Regulamento da Previdência Social. Anexo II do Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, de 12 de fevereiro de 2007, v. 6042. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/ANx3048.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2013.
- \_\_\_\_\_. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Renast, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2013.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Liminar da Justiça impede aplicação do FAP, *Jornal Valor Econômico* de 17 de dezembro de 2009, Seção Legislação & Tributos, p. E2. In: CLIPPING do Sistema Indústria, CNI-SESI-SENAI-IEL, 2009. Disponível em: <[http://www.ntu.org.br/novosite/arquivos/Noticia\\_valor\\_economico.pdf](http://www.ntu.org.br/novosite/arquivos/Noticia_valor_economico.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal*. Manual para gestores municipais. [S.I.]: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/cartilha\\_participacao\\_social\\_setembro.pdf](http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/cartilha_participacao_social_setembro.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2013.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. D. G. L. 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.
- HARVEY, D. *The condition of postmodernity*. New York: Oxford University Press & Blackwell, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A brief history of neoliberalism*. New York: Oxford University Press, 2005.
- LACAZ, F. A. D. C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.
- NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO E FATOR ACIDENTÁRIO DE PREVENÇÃO, 2009, São Paulo. *Arquivos...* São Paulo: Fundacentro, 2009. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/indexEvento.asp?D=CTN&PAGINA=CONTEUDOEVENTO&?D=CTN&C=2174&menuAberto=345>>. Acesso em: 16 maio 2013.
- OLIVEIRA, P. R. A. D. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEp – Fator Acidentário de Prevenção – FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador*. 2. ed. São Paulo: LTR, 2010.
- PIMENTA, A. L.; CAPISTRANO-FILHO, D. *Saúde do trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- PINA, J. A.; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 837-846, 2006.

SIQUEIRA, C. E.; CARVALHO, F. The observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 897-902, 2003.

SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAUJO, T. M. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à

globalização corporativa neoliberal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 847-858, 2003.

SOARES, V. D. A. *Os trabalhadores e a questão da saúde: 1890-1920*. 1985. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1985.

## Saúde Ocupacional na região central do estado de Nova York: um ambulatório de doenças ocupacionais com financiamento público 25 anos depois

Michael B. Lax<sup>1</sup>

*Occupational Health in central New York: a publicly funded occupational health clinical center after 25 years*

---

<sup>1</sup> Occupational Health Clinical Centers, Department of Family Medicine, State University of New York Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA.

Contato:

Email:

laxm@upstate.edu

Tradução

Lucas Ferreira de Campos

Carlos Eduardo Siqueira

Revisão final da tradução

Kleber dos Santos

O autor declara que não há conflito de interesse.

### Resumo

Para tratar o problema do sub-reconhecimento de agravos relacionados ao trabalho, em 1987, o estado de Nova York utilizou financiamentos públicos para criar uma rede de ambulatórios de saúde ocupacional, que continua sendo o único projeto de seu tipo nos Estados Unidos. Sua missão é o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de doenças ocupacionais. O financiamento público foi necessário para sustentá-la e permitir que funcionasse de forma independente e universalmente acessível. Este artigo relata as experiências dos Ambulatórios de Saúde Ocupacional (*Occupational Health Clinical Centers – OHCC*) ao longo dos últimos 25 anos. Cada serviço é parte da rede e atende grande parte da região central do estado de Nova York. Durante este período, os ambulatórios construíram uma experiente equipe multidisciplinar e um programa multifacetado, que inclui atividades clínicas, ações de capacitação e educação, assessoria técnica e pesquisa. Alcançaram considerável sucesso em estabelecer-se como um recurso para os trabalhadores acidentados na região e como defensores, do ponto de vista clínico, de trabalhadores acidentados nos seus locais de trabalho e junto ao sistema de compensação. Como os OHCCs se movem em direção à nova fase, desafios consideráveis permanecem, especialmente na identificação e no acesso de trabalhadores submetidos a situações de alto risco com pouco alcance aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** ambulatório de saúde ocupacional; saúde do trabalhador; medicina do trabalho; serviços de saúde ocupacional; disparidades em saúde ocupacional.

### Abstract

*To address the problem of the under-recognition of occupational disease, New York State used public funds to create a network of occupational health clinical centers (OHCN) in 1987. New York State's OHCN remains the only project of its kind in the United States. The mission of the network centers was the diagnosis, treatment and prevention of occupational illness. Public funding was necessary to sustain the network and to allow it to function independently and to be universally accessible. This paper reports on the experiences of the Occupational Health Clinical Centers (OHCC) over the last 25 years. The OHCC is part of the OHCN serving a large portion of central New York State. Over this time period the OHCC has built an experienced multidisciplinary team and a multi faceted program including clinical activities, training and education, technical assistance, and research. The OHCC has achieved considerable success in establishing itself as a resource for injured workers in the region, and as an advocate for injured workers medically, in their workplaces, and in the Workers' Compensation system. As the OHCC moves into its next phase, considerable challenges remain, particularly in identifying and reaching high risk and under-served workers.*

**Keywords:** occupational health clinics; worker health; occupational medicine; occupational health services; disparities in occupational health.

Recebido: 19/01/2012

Revisado: 08/03/2013

Aprovado: 15/03/2013

## Origens e missão da rede de clínicas de Saúde Ocupacional (OHCN)<sup>2</sup>

Em meados dos anos 1980, ficou evidente para sindicatos, ativistas de saúde e segurança no trabalho, acadêmicos e profissionais interessados em saúde do trabalhador que a questão das doenças ocupacionais era um problema sem a devida atenção no estado de Nova York. Para remediar a situação, foi projetada uma rede de ambulatórios especializados em saúde ocupacional que cobrisse o estado. O Comitê de Segurança e Saúde Ocupacional de Nova York, uma coalizão de sindicatos, profissionais da saúde e segurança no trabalho e ativistas iniciaram uma campanha para obter financiamento para uma rede de ambulatórios.

Havia duas chaves para o sucesso da campanha. A primeira seria a construção de uma aliança no âmbito estadual que fosse capaz de atingir políticos, tanto democratas, quanto republicanos. Democratas representavam a maioria dos centros urbanos, incluindo Nova York, enquanto Republicanos dominavam as áreas rurais e suburbanas do norte do estado e em Long Island. O segundo elemento-chave foi um estudo acadêmico acerca da doença ocupacional no estado de Nova York, realizado por pesquisadores da Universidade Mount Sinai (doravante indicado como “estudo da Mount Sinai”), em Nova York, usando financiamentos que haviam sido obtidos do Estado.

O estudo da Mount Sinai (LANDRIGAN; MARKOWITZ, 1987) documentou e quantificou o que os sindicatos e ativistas haviam argumentado há muito tempo, mostrando que: 1) Um número significativo de trabalhadores morreu ou adoeceu como resultado de exposições no local de trabalho a cada ano em Nova York; 2) Muitos trabalhadores em todo o estado trabalhavam em condições perigosas, colocando-os em risco de desenvolver doenças ocupacionais; 3) Os custos econômicos por doença ocupacional eram enormes; 4) Havia uma ausência quase total de serviços médicos ocupacionais em todo o estado para lidar com estes problemas. Como solução para o problema, o estudo da Mount Sinai imaginou uma rede de ambulatórios de saúde ocupacional (OHCC)<sup>3</sup> que seria financiada pelo Estado para diagnosticar, tratar e prevenir doenças ocupacionais. Cada centro teria responsabilidade regional, tornando possível o acesso em todo o estado, e seria composto por uma equipe multidisciplinar li-

derada por um médico especializado em medicina do trabalho. O núcleo da equipe deveria conter um higienista industrial e um assistente social.

O financiamento público da rede foi necessário para a construção de organizações que não seriam viáveis enquanto empresas privadas. Além disso, permitiu aos ambulatórios ficarem livres da dependência financeira direta dos empregadores, assegurando, desta forma, opiniões independentes. Outro benefício crucial do financiamento público foi a acessibilidade universal das clínicas. Qualquer trabalhador, possuindo ou não seguro de saúde ou meios de pagamento, poderia utilizar os serviços da clínica.

Um último aspecto fundamental da visão proposta pelo estudo da Mount Sinai foi a exigência de que cada serviço recrutaria e manteria um Conselho Comunitário Consultivo, que funcionaria como conexão entre os serviços e as comunidades, transmitindo as necessidades da comunidade para a clínica e assegurando que as clínicas atendessem essas necessidades. Os conselhos também serviriam como importantes voluntários que sensibilizariam a comunidade sobre as clínicas.

Depois que o estudo da Mount Sinai foi divulgado, a coalizão estadual usou-o como ferramenta para tentar convencer os legisladores do Estado sobre a necessidade de financiamento contínuo no projeto de rede. Inteligentemente, o estudo continha elementos e recomendações destinadas a uma ampla gama de legisladores. A maioria destes poderia encontrar algo desejável nas clínicas que ofereceriam cuidados de alta qualidade e seriam acessíveis, atendendo às necessidades de um público amplo. A confederação sindical AFL-CIO (*American Federation of Labor – Congress of Industrial Organizations*)<sup>4</sup> era um membro da coalizão e assumiu essa questão com alta prioridade. A influência de trabalhadores foi outra importante razão para os políticos apoiarem a criação da rede (TUMINARO, 1990).

Em 1987, a Assembleia Legislativa do estado criou a Rede de Ambulatórios de Saúde Ocupacional (OHCN). O financiamento viria de pequeno aumento no valor cobrado nos prêmios dos seguros de compensação<sup>5</sup> dos trabalhadores, os quais, em teoricamente, todos os empregadores são obrigados a contratar. O valor total do financiamento para a rede seria determinado anualmente pelo governador e pelo Poder Legislativo, junto com o restante do orçamento do

<sup>2</sup> N.T.: *Occupational Health Clinic Network* (OHCN). Manteremos ao longo do texto a sigla em inglês.

<sup>3</sup> N.T.: *Occupational Health Clinical Centers* (OHCC). Manteremos ao longo do texto a sigla em inglês.

<sup>4</sup> N.T.: Trata-se da maior central sindical dos Estados Unidos (<http://www.aflcio.org>) – Fonte: Wikipedia. Disponível em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/AFL%E2%80%93CIO>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

<sup>5</sup> N.T.: Seguros de compensação: a compensação dos trabalhadores (*workers' compensation*) é um sistema estatal que prevê o pagamento de serviços médicos, compensação parcial dos salários perdidos e reabilitação profissional para trabalhadores lesionados.

Estado. O valor legislado seria administrado pelo *State Department of Health*<sup>6</sup> (DOH), que havia lançado edital para propostas de subvenção com a intenção de financiar um ambulatório em cada região designada do estado, com exceção da cidade de Nova York, onde haveria dois. Inicialmente, sete ambulatórios foram financiados, cada um com sua própria base institucional. Cinco foram estabelecidos em faculdades de medicina e outros dois de forma independente. Um oitavo ambulatório específico logo foi acrescentado, com um mandato para se concentrar com exclusividade sobre os riscos agrícolas em todo o estado.

A cada cinco anos, o estado lança novo edital para propostas de subvenção. Em 2008, a configuração regional foi alterada com a adição de três novas regiões. Ao invés de criar novos ambulatórios para as novas regiões, os ambulatórios existentes aumentaram sua cobertura.

## Origens e desenvolvimento do ambulatório de Syracuse

Syracuse foi o local escolhido para o ambulatório que serviria a região central do estado de Nova York. Esta região abrangia uma grande área, cobrindo mais de 200 milhas de norte a sul e mais de 100 milhas\* de leste a oeste. Syracuse e seus arredores, com uma população de aproximadamente 450.000 habitantes, era o maior centro urbano na região. Como grande parte do nordeste dos Estados Unidos, Syracuse e o centro do estado de Nova York tinham uma economia baseada na produção manufatureira, em transição na década de 1980. Ao longo dos anos, grande parte da base industrial fechou, deixando a educação, a saúde e outros serviços como empregadores dominantes.

É preciso também mencionar que a população de Syracuse era multiétnica, com comunidades afro-americanas estabelecidas há muito tempo. Comunidades latinas de várias origens (predominantemente de Porto Rico, República Dominicana e Cuba, com um menor número de mexicanos, guatemaltecos e outros países da América Central e do Sul) cresceram de forma significativa. Além disso, grupos de imigrantes da Ásia (Vietnã, Laos), da África (Sudão, Somália) e da Europa Oriental (Bósnia) foram adicionados à população. Em contraste, a área rural e as pequenas cidades da região permaneceram predominantemente brancas, embora em algumas áreas os trabalhadores migrantes (em especial do México e da Guatemala) tenham presença significativa.

A presença de sindicatos na região central do estado de Nova York diminuiu acentuadamente desde a abertura do primeiro OHCC. Mais de 25% da força de trabalho do estado era sindicalizada no final de 1980. Como em grande parte do resto dos Estados Unidos, os sindicatos industriais perderam uma parcela desproporcional de membros com a saída da indústria da região. Os metalúrgicos mantêm presença forte na região, assim como sindicatos representando trabalhadores da saúde, da educação e do setor público.

Desde sua criação, o OHCC Syracuse tem sido sediado na *State University of New York Upstate Medical* (SUNYUM)<sup>7</sup>. É um programa do Departamento de Medicina da Família.

Em 2008, a área servida pelo OHCC foi substancialmente ampliada e dividida em três regiões separadas após reorganização conduzida pelo DOH. Embora as regiões sejam distintas, todas foram integradas em um único sistema de OHCC. Centros regionais foram desenvolvidos em Canton, 125 milhas ao norte de Syracuse, e em Binghamton, 75 milhas\*\* ao sul de Syracuse. Os escritórios regionais são formados por uma combinação de moradores locais e residentes em Syracuse. Os OHCC são administrados por uma equipe de Syracuse e cada região tem seu próprio Conselho Consultivo.

## Equipe clínica

A equipe do OHCC foi concebida de forma multidisciplinar, treinada em saúde ocupacional, e liderada por um médico atuando como diretor médico. O DOH exigiu que o diretor tivesse residência médica e fosse diplomado em medicina do trabalho. Um administrador, um higienista industrial e um assistente social completaram a equipe profissional.

O OHCC começou com um diretor médico e um administrador, em conjunto com um assistente de consultório médico (ACM) e secretário. O papel do ACM seria: o contato direto multifacetado e inclusivo com o paciente; a organização e a gestão de acompanhamento médico; e a cobrança. Rapidamente se tornou evidente que as funções desempenhadas pelo ACM seriam demasiadamente exaustivas para serem executadas por uma única pessoa e por isso um responsável pela cobrança foi logo contratado. Ao longo dos dois anos seguintes, um higienista industrial e um assistente social foram recrutados. Além disso, uma enfermeira com vasta experiência foi adicionada à equipe, de início para fornecer assistência direta ao paciente. Mais tarde, seu papel foi expandido

<sup>6</sup> N.T.: Departamento estadual de saúde. No Brasil, o termo indicado seria "secretaria".

<sup>7</sup> N.T.: Universidade Médica Estadual do Norte de Nova York.

\* Equivalentes a 321 quilômetros e 160 quilômetros, respectivamente.

\*\* Equivalentes a 200 quilômetros e 120 quilômetros, respectivamente.

para diretora de serviços ambulatoriais, assumindo responsabilidades de supervisão e administração.

Ao longo dos anos subsequentes, a equipe cresceu significativamente. No aspecto clínico, novos profissionais foram adicionados para lidar com o aumento da carga de pacientes. Por alguns anos, um segundo médico de medicina do trabalho foi empregado. No entanto, as restrições financeiras impediram o OHCC de manter este médico. Quando as operações do OHCC expandiram-se regionalmente, contou-se com enfermeiras especializadas para trabalharem nos escritórios regionais e reforçar o ambulatório de Syracuse. Atualmente existem quatro enfermeiras que trabalham em colaboração com o diretor médico.

Os pacientes são compartilhados por todos os profissionais em qualquer consultório. Esta estruturação permitiu ao OHCC maximizar a quantidade de atendimentos ao paciente, apesar das restrições financeiras. Esta decisão também criou dois problemas específicos. O primeiro é que as enfermeiras são treinadas em cuidados de adultos ou de família e não recebem formação específica em medicina do trabalho. A curva de aprendizagem, conseqüentemente, pode ser muito prolongada, o que exige treinamento significativo e apoio contínuo. O segundo problema diz respeito ao Seguro de Compensação dos Trabalhadores. Defender os direitos dos pacientes cobertos por esse sistema é uma função crucial e importante do OHCC. Este seguro é mais atrasado do que outros sistemas de seguro e não reconhece comentários ou opiniões de outros profissionais que não sejam médicos. Conseqüentemente, é necessária uma programação cuidadosa dos pacientes para garantir que o diretor médico os atenda com certa regularidade. Além disso, outras medidas foram tomadas para garantir ao Conselho de Compensação dos Trabalhadores e às seguradoras que as enfermeiras são supervisionadas pelo diretor médico e que todas as decisões relativas à causalidade, ao diagnóstico, ao tratamento de doenças e à incapacidade estão sendo tomadas por ele ou têm, ao menos, seu consentimento. Estas exigências feitas pelo Conselho de Compensação dos Trabalhadores contradizem as regulamentações nacionais e do Estado, que caracterizam a relação entre o diretor médico e as enfermeiras como colaborativa e concedem às enfermeiras uma ampla gama de práticas que o sistema de compensação de trabalhadores proíbe.

Com o tempo, tornou-se claro que o desenho inicial da composição da equipe não atenderia adequadamente às necessidades de acompanhamento dos casos em avaliação na compensação de trabalhadores. Além das necessidades diárias de organizar testes de diagnóstico, gerenciar encaminhamentos, acompanhar resultados de testes e referências, atender a perguntas de pacientes, entre outras exigências,

a compensação de trabalhadores impõe um grande conjunto de regras e requisitos adicionais. Como consequência, o trabalho de acompanhamento dos casos multiplicou-se absurdamente, sendo que seu escopo de fato não se encontrava nos planos iniciais da equipe. O OHCC hoje emprega quatro enfermeiras gerentes de casos para atender tais necessidades. As enfermeiras gerentes de casos também prestam cuidados diretos ao paciente, verificam sinais vitais, realizam exames e coletam sangue.

Outra necessidade de pessoal que merece ser mencionada é a de atividades externas e educação. Era evidente desde o início que os esforços de expansão das ações para fora da clínica seriam essenciais para aumentar o conhecimento sobre o OHCC e o desenvolvimento de relações com outras organizações da região. Inicialmente, essas atividades foram realizadas através de contratos com organizações comunitárias. Estas relações se mostraram valiosas, mas foi difícil manter a constante comunicação necessária para maximizar a colaboração e a efetividade. Mais recentemente, um financiamento suficiente foi conseguido para contratar uma pessoa responsável por estas ações em tempo integral para o escritório de Syracuse e outra em meio período para os escritórios regionais. Isso resultou em uma melhora significativa na natureza e na qualidade dos esforços de expansão externa, uma vez que os funcionários que desempenham esta atividade estão totalmente integrados à equipe multidisciplinar do OHCC. O centro mantém contratos de serviços com dois Centros de Trabalhadores, mas estas parcerias são organizadas e supervisionadas de perto pela equipe contratada do OHCC.

Atualmente, o OHCC está em transição dos prontuários médicos de papel para eletrônicos. Prevê-se que esta medida irá alterar de forma significativa tanto a natureza, quanto a quantidade de trabalho relacionado aos pacientes. Como resultado, as responsabilidades da equipe e talvez a composição dos membros da equipe mudem.

## Atividades clínicas

### Assistência ao paciente

Avaliar indivíduos com suspeita de doença ocupacional é a atividade principal do OHCC. Cerca de 6.000 pacientes foram observados por meio de aproximadamente 25.000 visitas desde que as portas se abriram em 1989. A maioria vem para a clínica solicitando parecer sobre a relação do trabalho com sua condição de saúde. Percentagem muito pequena (menos de 5%) procura avaliação por doença ou sintomas possivelmente não relacionados ao trabalho (exposições domésticas ou outras).

No início, esperava-se que os pacientes fossem vistos uma ou duas vezes, um parecer seria emitido sobre onexo causal e a incapacidade do paciente, que então seria encaminhado ao seu clínico para a continuidade do tratamento. Observa-se que esta não é a realidade da maioria dos pacientes que são acompanhados por períodos prolongados e recebem tratamento no OHCC. A principal razão para isso é que muitos médicos hesitam em aceitar pacientes com doenças relacionadas ao trabalho, principalmente porque não querem participar do sistema de compensação dos trabalhadores.

Pacientes com lesões e doenças relacionadas ao trabalho têm direito a benefícios do sistema de compensação de trabalhadores. Em tese, médicos são legalmente obrigados a cobrar desse seguro por todos os pacientes que atendem com doenças ou acidentes relacionados ao trabalho. A compensação de trabalhadores é um sistema estatal que prevê o pagamento de serviços médicos, a compensação parcial dos salários perdidos e a reabilitação profissional para trabalhadores lesionados. Os empregadores compram o seguro de acidentes de trabalho de empresas de seguros. Consequentemente, os Estados Unidos têm um sistema duplo de prestação de cuidados de saúde: um para problemas médicos não relacionados ao trabalho e outro para doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Trabalhadores acidentados, no entanto, ficam frequentemente presos no meio dos dois sistemas, quando seus casos são contestados pelos agentes das seguradoras. Os testes de diagnóstico e de tratamento para trabalhadores acidentados são com frequência adiados pelas operadoras de seguros e estes atrasos podem durar meses ou até um ano ou mais antes que os problemas sejam resolvidos. Nesse ínterim, o paciente não pode utilizar seu seguro de saúde, mesmo que ele o possua. Estes atrasos, além do tratamento burocrático, das dificuldades para receber e da necessidade de depoimentos, estão entre as razões pelas quais os médicos interessam-se cada vez menos em participar do sistema de compensação de trabalhadores. Reformas legislativas recentes tornaram a situação ainda pior.

Neste contexto, o OHCC tem lutado para manter seu foco clínico em pacientes com doença ocupacional. Por muitos anos, a distribuição de diagnósticos dos pacientes atendidos no OHCC foi composta de cerca de 30% a 40% de doenças respiratórias e 30% de lesões musculoesqueléticas em braços, ombros e pescoço devido a esforços repetitivos e crônicos. O restante inclui uma variedade de problemas de saúde decorrentes de exposição a químicos, metais, pesticidas ou ruído. Mais recentemente, o perfil de pacientes passou a incluir muitas pessoas que procuram tratamentos continuados e ajuda para suas solicitações de compensação por dores crônicas depois de lesões agudas, na sua maioria na região lombar.

Quase metade dos pacientes atendidos trabalha em setores tradicionalmente considerados perigosos: construção civil, mineração e indústria manufatureira. Um terço trabalha na administração pública (incluindo polícia, bombeiros e guardas penitenciários), na educação e nos cuidados de saúde. Os principais tipos de exposições perigosas associadas a doenças ou lesões entre os pacientes do OHCC incluem fatores ergonômicos (por exemplo, movimentos repetitivos, posturas extremas, atividades que exigem muita força), asbestos e trauma agudo. Outras exposições são variadas sem qualquer predominância específica. Poluição do ar em ambientes fechados, que inclui bioaerossóis, produtos de limpeza, solventes, ruídos e exposição a contaminantes presentes no World Trade Center, após o 11 de setembro, têm sido relativamente comuns. Exposições ao chumbo e a outros metais, assim como a pesticidas, foram informados com frequência muito menor (OCCUPATIONAL HEALTH CLINICAL CENTERS, 2010).

### **O papel do assistente social**

O assistente social tem sido um membro central da equipe do OHCC desde o início do ambulatório. Essa necessidade é baseada no reconhecimento de que o diagnóstico de uma doença ocupacional tem, com frequência, significativas consequências psicológicas, sociais e financeiras. Trabalhadores acidentados muitas vezes perdem seus empregos e, consequentemente, seus salários e benefícios (dentre eles, o seguro de saúde), o que resulta em graves prejuízos financeiros que podem nunca ser ressarcidos. Além disso, trabalhadores lesionados que perdem seus empregos também perdem muitas amizades e conexões sociais e de apoio, assim como sofrem um sério golpe em sua autoidentidade. Depressão, raiva e ansiedade são quase certas, e geralmente se tornam incapacitados perante si próprios e os outros.

O assistente social do OHCC aborda estas questões de várias maneiras. Os pacientes são encaminhados tanto pelos médicos que identificaram problemas que precisam de atenção do assistente social, quanto por solicitação do próprio paciente. O paciente é avaliado e serviços adequados são oferecidos. Normalmente incluem: aconselhamento de curto prazo para ansiedade, depressão ou outros problemas emocionais; encaminhamento aos recursos comunitários para saúde mental caso o paciente necessite de psicoterapia de longo prazo e/ou medicação; facilidade de acesso a outros benefícios. Estes, mais comumente, englobam, em curto prazo, o seguro social para incapacidade, o seguro de saúde oferecido ou subsidiado pelo Estado, vale-refeição e acesso à habitação e transporte subsidiados.

Trabalhadores lesionados também têm participado em sessões de grupos organizadas pelo assistente social, que incluem grupos de apoio por tempo limitado e grupos educacionais. Os grupos de apoio focam, por vezes, em trabalhadores com alguns tipos específicos de problema de saúde, como distúrbios osteomusculares e múltiplas sensibilidades químicas. Grupos educacionais trouxeram palestrantes para abordar questões que membros do grupo identificaram como problemas, tais como o sistema de compensação de trabalhadores ou o modo como condições específicas são diagnosticadas e tratadas clinicamente.

### **Prevenção de doença ocupacional**

Embora o diagnóstico e o tratamento de doenças e lesões sejam a prioridade das atividades do OHCC, a prevenção continua a ser o objetivo central, talvez elusivo. Muitos dos esforços de prevenção do OHCC começam com um só paciente e incluem a participação do higienista do OHCC, que é um membro central da equipe. Em reuniões semanais com pacientes, a situação de cada um é avaliada a fim de determinar se são necessárias ou recomendadas medidas de controle de exposição no local de trabalho para manter o paciente na sua atividade laboral ou para retornar ao trabalho. Uma estratégia é desenvolvida junto com o paciente para tentar persuadir o empregador a aceitar as alterações recomendadas. A responsabilidade do higienista inclui: coleta e análise de dados de exposição; recomendações para coleta de dados posteriores, englobando investigação no local de trabalho; e recomendações para alterações no local de trabalho a fim de controlar os problemas de exposição identificados.

Uma das principais barreiras enfrentadas pelo higienista é que o acesso do OHCC aos locais de trabalho dos pacientes é bastante limitado. O OHCC não tem poder de fiscalização e precisa ser convidado pelo empregador ou o sindicato (se houver) para ir até o local de trabalho.

Apesar dos serviços gratuitos ou de baixo custo do OHCC e de seu papel não governamental que oferece conhecimentos e experiência sem a ameaça de multas, os empregadores raramente optam por utilizar os serviços do higienista industrial do OHCC. Isto se dá provavelmente porque o centro é visto como bastante alinhado com o trabalhador acidentado e com frequência apoia reivindicações de compensação de trabalhadores contra as empresas.

Os sindicatos têm o direito de trazer seu próprio perito para avaliar a saúde e a segurança no local de trabalho, mas o fazem apenas ocasionalmente. Em resposta a uma recomendação do OHCC para uma avaliação do local de trabalho, os empregadores con-

tratam seu próprio consultor de higiene industrial. Se um sindicato está envolvido, ele pode inicialmente fazer pressão para o OHCC também participar, mas muitas vezes negociam a contratação de outro consultor aceitável para a empresa ao invés de insistir no OHCC como seu especialista escolhido. Como consequência, o centro raramente tem acesso direto ao local de trabalho e o higienista do OHCC encontra-se, em geral, na posição de crítica das avaliações do local de trabalho feitas por outros ao invés de ele mesmo realizá-las.

Os profissionais do OHCC e da Rede aceitaram o seu papel não regulatório/governamental e não buscaram o reconhecimento legal do direito dos ambulatórios entrarem nos locais de trabalho. Como descrito acima, o OHCC tem procurado convencer os empregadores dos benefícios de permitir o acesso do ambulatório, assim como trabalhar através dos sindicatos para obter o acesso.

É difícil avaliar sistematicamente os resultados dos esforços do higienista relacionados aos pacientes porque não são documentados ou acompanhados de forma rotineira. A impressão que se tem é que uma proporção significativa das recomendações de controle de exposição do OHCC é atendida pelo menos em parte. Recomendações que só envolvem o paciente e não necessitam de cooperação, esforço e, idealmente, o conhecimento do empregador são as mais fáceis de implementar. Por exemplo, um trabalhador com lesões musculoesqueléticas pode ser capaz de avaliar a ergonomia de sua própria estação de trabalho utilizando os recursos fornecidos pelo OHCC e pode então fazer alterações simples com base em sua própria avaliação. No outro extremo do espectro, se as medidas preconizadas exigem um ato do empregador, em especial se consistem em ações que requerem despesas significativas, deslocamento de pessoal ou que podem gerar precedentes para outros trabalhadores, provavelmente serão combatidas ao invés de serem instituídas. Por exemplo, um paciente que trabalha com um produto de limpeza em uma escola desenvolveu asma severa. A recomendação feita foi substituir o produto por outro menos irritante. A escola se recusou, pois tinha um contrato com uma empresa fornecedora de determinada linha de produtos de limpeza que era utilizada na escola.

Vale mencionar que há relatos, bastante frequentes, em geral de pacientes, de que as recomendações feitas podem ter sido ignoradas nos seus casos, mas foram implementadas pelos empregadores mais tarde para outros trabalhadores. Nestas situações, os trabalhadores frequentemente fazem queixas formais para o seguro de compensação de trabalhadores e a empresa não deseja reconhecer sua responsabilidade legal pelos problemas de saúde. Paradoxalmente, ela vai contestar as reclamações dirigidas para a compensação de trabalhadores e nega ao trabalhador acidentado qualquer

assistência, enquanto, ao mesmo tempo, faz algumas mudanças para proteger outros trabalhadores das mesmas condições perigosas. Enquanto isso, o trabalhador acidentado muitas vezes perde seu emprego porque se torna incapaz de continuar a trabalhar sem ajuda ou modificações no local de trabalho.

A agência que financia o OHCC, o Departamento de Saúde do estado de Nova York, exortou a rede de clínicas para usar a sua população de pacientes e quaisquer outros dados relevantes para focar esforços preventivos nas populações trabalhadoras sob risco. Para este fim, o OHCC tem de elaborar relatório anual de vigilância que resume seus dados clínicos e fornece a base para decisões sobre para onde direcionar futuros esforços.

Além disso, nas reuniões semanais de pacientes, buscam-se e identificam-se oportunidades de prevenção. Por exemplo, dois trabalhadores com asma foram atendidos, sendo que ambos trabalhavam em uma fábrica de máquinas com exposição a fluidos lubrificantes. Eles descreveram outros colegas em seu setor que apresentavam sintomas semelhantes. Neste caso, o sindicato e o empregador foram contatados, o problema foi descrito, juntamente com as implicações para os outros trabalhadores, e os serviços do OHCC foram oferecidos para mais investigação e remediação.

Na maioria dos casos, entretanto, oportunidades de prevenção são conquistadas de forma mais passiva, sob a forma de avaliações do local de trabalho, exames médicos ou oferta de treinamentos. Essas atividades são geradas por demandas, principalmente dos sindicatos, mas às vezes dos empregadores. Exames médicos periódicos são normalmente realizados para cumprir os regulamentos legais locais. Por exemplo, um empregador foi multado pela *Occupational Safety and Health Administration*<sup>8</sup> (OSHA) por expor trabalhadores a níveis altos de sílica. O empregador chamou o OHCC para realização de exames para triagem de silicose, conforme exigido pela OSHA. Os exames mais comumente realizados são os de amianto, teste de adequação da proteção respiratória e exposição ao chumbo, todos exigidos pela OSHA.

Os exames às vezes são úteis para outros fins que não o seu objetivo principal. O sindicato dos telhadeiros utiliza o OHCC para exames de amianto e de adequação da proteção respiratória – conforme exigido pela OSHA – aos seus membros na área de Syracuse. No entanto, a maioria dos que trabalham com telhados raramente ou nunca usa máscara respiratória e está, pelo menos hoje em dia, exposta a uma quantidade mínima de amianto. Porém, os membros

do sindicato são habitualmente expostos a solventes e outros produtos químicos, muitos sofrem de dor lombar devido à movimentação de materiais e outros movimentos que fazem. Além disso, muitos deles não têm acesso regular a médico ou cuidados médicos, portanto o exame de triagem é o único momento em que recebem cuidados de profissional de saúde. Muitas vezes, os membros do sindicato têm problemas de saúde não relacionados ao trabalho, mas que requerem atenção. Os mais comuns são pressão arterial alta e tabagismo. A triagem do amianto e o teste de efetividade da proteção respiratória levam os trabalhadores aos ambulatórios onde outros problemas de saúde podem ser resolvidos.

Um dos exames de triagem não obrigatórios oferecidos pelo OHCC em vários locais é voltado aos distúrbios osteomusculares e à ergonomia. Nesta triagem, três profissionais – médico, higienista/ergonomista e fisioterapeuta – encontram-se em três estações, onde recebem os participantes. Normalmente, os participantes apresentam alguns sintomas relativamente leves e muitas vezes não foram avaliados por nenhum profissional de saúde. Eles são beneficiados: pela opinião de médicos sobre seu diagnóstico e sobre quais seriam as próximas etapas de diagnóstico e tratamento apropriadas; pela análise do higienista/ergonomista sobre os riscos ergonômicos presentes nos seus locais de trabalho e como enfrentá-los; e pelas recomendações de fisioterapeutas acerca dos exercícios e tratamentos para aliviar os sintomas. Os exames são gratuitos e têm sido realizados em salões e organizações comunitárias. Além de oferecer conselho e, espera-se, proteção mais efetiva para pessoas em estágio de adoecimento menos avançado do que os pacientes do OHCC, estas sessões de triagem podem também revelar possibilidades para intervenções de saúde pública em locais de trabalho específicos. A triagem pode sugerir um padrão de lesão ou condições particularmente perigosas em uma situação de trabalho específica. Uma estratégia para abordar as questões pode então ser desenvolvida e implementada.

A educação e o treinamento oferecidos pelo OHCC tiveram vários grupos-alvo principais. Profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais têm sido um foco contínuo. A localização do OHCC em um departamento de uma faculdade de medicina oferece oportunidades de contato com profissionais de saúde em formação e formados. A Medicina do Trabalho tem espaço regular, embora limitado, no currículo dos estudantes de Medicina, tanto nas residências em medicina interna, como na medicina de família e no currículo do curso de enfer-

<sup>8</sup> N.T.: Administração de Segurança e Saúde Ocupacional. Órgão federal que estabelece e faz cumprir as normas sobre saúde e segurança do trabalho no setor privado.

magem. Relações com a escola local de serviço social também são de longa data. Através destas atividades, profissionais de saúde ganham habilidade na detecção da doença ocupacional e tornam-se melhor preparados para lidar com e encaminhar pacientes que apresentem problemas de saúde relacionados ao trabalho. Mais recentemente, uma ênfase especial para os médicos tem sido a compensação de trabalhadores, na tentativa de convencê-los da importância dos acidentes de trabalho para os seus pacientes e da necessidade da participação deles no sistema.

Sindicatos e trabalhadores formam o outro grupo principal que participa de atividades educacionais e de treinamento do OHCC. Assim como os exames médicos e as avaliações de higiene industrial, às vezes treinamentos são feitos para cumprir as normas da OSHA no que tange à eliminação do amianto e ao trabalho com resíduos perigosos. Outros cursos são *ad hoc*, em resposta a questões específicas levantadas por trabalhadores ou seus sindicatos. Por exemplo, há alguns anos, um sindicato que representa trabalhadores de uma empresa de produção de filtros descobriu que um material contendo sílica estava sendo utilizado na forma de pó para reduzir o atrito entre folhas de material transferidas na produção. O sindicato solicitou uma reunião com fins educativos na qual foram fornecidas informações técnicas acerca dos riscos à saúde da exposição à sílica. Também foi discutido o desenvolvimento de uma estratégia de ação para controlar as exposições.

Outro treinamento que merece ser mencionado como exemplo do envolvimento do OHCC nessas atividades é o programa de “orientadores”<sup>9</sup> da AFL-CIO<sup>10</sup> do estado de Nova York. Depois que a reforma da compensação de trabalhadores fez mudanças significativas na legislação do estado, a AFL-CIO desenvolveu um programa de treinamento de dois dias para formar membros do sindicato como “orientadores” da compensação de trabalhadores que poderiam ajudar os companheiros lesionados durante o processo. A intenção do treinamento foi fornecer-lhes experiência suficiente para que fossem capazes de oferecer conselhos básicos e encaminhamentos para recursos legais e do sindicato. Por vários anos o programa foi disseminado em todo o estado e oferecido repetidamente, tendo treinado milhares de trabalhadores. Os “orientadores” receberam certificado que comprovava sua participação no treinamento, que em geral durava cerca de 16 horas, mas que não lhes conferiu, entretanto, posição formal no sindicato. A maioria funcionava informalmente, oferecendo conselhos aos companheiros membros do sindicato que os procu-

ravam. O OHCC participou regularmente dos treinamentos dos “orientadores” na sua região oferecendo uma perspectiva médica juntamente com outros participantes que tratavam das questões legais e relativas à relação entre trabalhadores e empresa.

### Atividades de pesquisa

Como parte da sua obrigação em contribuir para a prevenção, o OHCC tem se envolvido em atividades de pesquisa. Grande parte tem sido baseada nos registros dos pacientes atendidos no serviço, na forma de relatos de casos clínicos ou de séries de casos. Por exemplo, o OHCC notificou a ocorrência de um grupo de casos de trabalhadores envenenados por chumbo empregados na indústria de cabos de telefone (LAX et al., 1996). Outro exemplo foi um estudo que avaliou as questões de saúde ambiental e respiratória devido à exposição a bioaerossóis e químicos em uma estação de tratamento de esgoto (LAX; SIWINSKI; MANETTI, 1999).

Outra pesquisa focou os aspectos da experiência do trabalhador lesionado, em particular, no sistema de compensação de trabalhadores. O trabalho feito pelo OHCC tem documentadas as dificuldades que trabalhadores lesionados enfrentam para ter acesso aos cuidados médicos, a natureza tendenciosa das “avaliações médicas independentes” (feitas por médicos contratados pelas companhias de seguro) em favor de empresas, e o grave trauma financeiro, social e psicológico sofrido por eles (LAX; MANETTI; KLEIN, 2004; LAX; KLEIN, 2008).

Outra vertente de pesquisa do OHCC aborda políticas<sup>11</sup> com orientação histórica, em geral como tentativa de teorizar e desenvolver uma prática em relação a um problema específico. Esforços para capacitar trabalhadores e pacientes em torno de questões de saúde e segurança têm sido uma preocupação central desse trabalho (LAX, 2002).

## Relações com a comunidade

### Conselho consultivo

O conselho consultivo do OHCC tem variado de 20 a 30 membros e reúne-se quatro vezes por ano. Comitês *ad hoc* são formados de tempos em tempos para resolver problemas específicos que surgem. Os membros são recrutados normalmente pela equipe do OHCC, que identifica possíveis membros no decorrer do seu trabalho ou por meio daqueles que já participam do conselho. Existe tentativa permanen-

<sup>9</sup> N.T.: Na versão original, o autor emprega a palavra *navigator*, ou seja, navegador, sem sentido para nós.

<sup>10</sup> A AFL-CIO do estado é a principal organização sindical que representa trabalhadores no âmbito estadual.

<sup>11</sup> N.T.: Na versão original, o autor emprega a palavra *policy*.

te para manter a diversidade no conselho, o que permite a representação de todos os grupos interessados em segurança e saúde ocupacional. Os membros chamados são dos sindicatos, das empresas, dos serviços de saúde, das organizações comunitárias, dos trabalhadores lesionados e aposentados. O estatuto do conselho afirma que o ele será composto em maioria por representantes de pessoas diretamente afetadas por condições de trabalho perigosas. Na realidade, o conselho tem sido dominado por membros da comunidade e de trabalhadores.

A atividade geral do conselho tem variado ao longo do tempo. O OHCC e o conselho são em sua maioria dirigidos pela equipe, que elabora as pautas das reuniões do conselho e fornece a maior parte das informações nas reuniões. Logo no início, houve a necessidade de estabelecer com clareza a distinção entre um conselho diretivo e um consultivo, porque muitos dos membros do conselho inicial tinham experiência com conselhos diretivos e estavam prontos para se envolver com os detalhes de preparação de orçamentos e atividades do dia a dia do OHCC.

O conselho tem desempenhado papel importante em vários aspectos. Politicamente, membros do conselho e as organizações que representam têm defendido o OHCC em situações chave no âmbito estadual e dentro das suas instituições de origem. Por exemplo, a instituição na qual o OHCC é afiliada, a Universidade Médica do Norte do Estado da Universidade Estadual de Nova York, tentou retirar uma parte significativa do financiamento estatal designado para o OHCC e usá-lo para outros fins. Membros do conselho consultivo participaram de uma reunião com o presidente da universidade na qual enfatizaram o valor do OHCC e o impacto negativo do corte de orçamento proposto sobre os grupos aos quais ele serve. Como consequência, o corte foi reduzido significativamente. Os membros do conselho têm também acompanhado rotineiramente a equipe do OHCC para discutir com deputados estaduais da região a fim de obter apoio financeiro para o OHCC e a OHCN. Outra função do Conselho tem sido a de guiar o OHCC no desenvolvimento de serviços.

Os membros do conselho podem trazer questões que merecem ser tratadas pelo OHCC, podendo desempenhar papel importante na implementação das respostas. Discutem também com a equipe a fim de resolver problemas enfrentados pelo OHCC.

Eles se juntaram com funcionários do OHCC para falar publicamente sobre assuntos de saúde e segurança que surgiram na comunidade. Por exemplo, quando um grande *shopping center* estava sendo construído em área com resíduos perigosos, equipe

e conselho exigiram da construtora a implementação de proteções eficazes para os trabalhadores que realizavam escavações e outros trabalhos no local e que apresentavam sintomas de problemas dermatológicos e respiratórios.

### Relações comunitárias

Para que o OHCC faça seu trabalho de forma eficaz, tem sido importante para ele desenvolver relações com as organizações dos locais de trabalho e das comunidades envolvidas com questões de saúde e segurança. O OHCC tem continuamente feito esforços de articulação com os sindicatos em sua região, os quais resultaram em relações frutíferas e às vezes colaborações em projetos específicos. No mínimo, os sindicatos podem conscientizar seus membros sobre o OHCC de modo que seus serviços possam ser utilizados quando necessário. Outras atividades sindicais têm incluído fornecimento de informações e apoio técnico, desenvolvimento de serviços de triagem para os membros do sindicato, oferta de educação formal/treinamento e a realização de avaliações de saúde e de exposições no local de trabalho.

Outra relação importante estabelecida pelo OHCC é com o *Council for Occupational Safety and Health*<sup>12</sup> (COSH), organização de trabalhadores que oferece apoio técnico e educação para trabalhadores sindicalizados e não sindicalizados e que visa à defesa das questões de saúde e segurança. Mais recentemente, dois centros de trabalhadores desenvolveram-se na região, com os quais o OHCC estabeleceu relações próximas. Os centros de trabalhadores foram desenvolvidos para atender às necessidades de trabalhadores mais marginalizados, geralmente não sindicalizados. Outro foco importante desses centros é os direitos dos imigrantes. Para eles, o OHCC tem enfatizado, por meio de treinamento, os direitos de saúde e segurança dos trabalhadores, além de assistência técnica.

### Alcançando os não assistidos

Embora o OHCC tenha feito um trabalho importante para cobrir o espectro das doenças ocupacionais na sua região, há muitos problemas que permanecem ocultos e sem ser abordados. Trabalhadores com salários baixos, em locais de trabalho não sindicalizados, são muitas vezes sujeitos a riscos graves, sem conhecimento de seus direitos em saúde e segurança ou informação sobre recursos em saúde e segurança. Ao longo dos últimos anos, o OHCC iniciou uma série de projetos para abordar algumas dessas necessidades. Esses esforços incluíram:

<sup>12</sup> N.T.: Conselho de Saúde e Segurança Ocupacional.

## Trabalhadores migrantes

O trabalho de migrantes é amplamente utilizado na agricultura na região do OHCC. Estes trabalhadores, em sua maioria, são do México e da Guatemala, muitos deles em situação irregular. Para aumentar o acesso à assistência médica, o Departamento de Saúde do condado<sup>13</sup> juntou forças com a Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Nova York (SUNY) para levar serviços médicos para as fazendas. Uma vez por semana, durante todo o período de safra, serviços médicos circulam entre fazendas diferentes. O OHCC participa nestas atividades, acrescentando o componente de saúde ocupacional que consiste em trabalho de diagnóstico, educação e fornecimento de equipamentos de proteção individual, como óculos de segurança. Questões de saúde ocupacional são comuns e incluem problemas lombares e outros problemas musculoesqueléticos, lesões oculares, dermatites, exposições a pesticidas e sintomas respiratórios. Como este programa é limitado a um município, o OHCC tem explorado e desenvolvido parcerias para levá-lo a outros grupos de trabalhadores migrantes na região.

### *Tall Tower Project*<sup>14</sup>

Trabalhadores que constroem e mantêm torres de comunicação para telefones celulares, estações de rádio e televisão e outros fins estão submetidos a alto risco de morte e graves lesões por quedas, lesões causadas por trabalho em situações crônicas de má ergonomia, radiação não ionizante e uma variedade de outros perigos. Embora seja uma indústria relativamente pequena, assiste-se à tendência de crescimento enorme devido ao aumento do uso de telefones celulares. Muitas empresas do ramo são pequenas, contam exclusivamente com trabalhadores não sindicalizados e são espalhadas pelo território, o que dificulta o acesso a seus trabalhadores.

O OHCC tomou conhecimento desta ocupação por meio de um trabalhador de uma torre que foi ferido e se tornou um defensor da segurança e saúde dos trabalhadores no setor. O OHCC tentou facilitar seus esforços para construir uma rede de trabalhadores de torres com o objetivo de documentar e divulgar questões de saúde e segurança, oferecer aos trabalhadores informações sobre como se proteger, apoiar os trabalhadores lesionados e suas famílias, e construir uma agenda regulatória e legislativa para melhorar as condições de trabalho.

<sup>13</sup> N.T.: Em inglês, *conty*.

<sup>14</sup> N.T.: Em português, Projeto da Torre Alta.

<sup>15</sup> N.T.: Centros de saúde de serviços gratuitos.

## Trabalhadores imigrantes

O Norte do estado de Nova York tem sido alvo de um crescimento significativo de comunidades de imigrantes urbanos ao longo dos últimos vinte anos. São residentes permanentes que vieram de muitos lugares, com uma proporção significativa vinda de Cuba, do Sudão e da Bósnia. Muitos não têm fluência em inglês; outros, tampouco educação formal significativa e/ou experiência de trabalho. Consequentemente, muitas vezes possuem empregos de baixa qualificação, perigosos e com salários baixos. Em geral, o treinamento recebido é insuficiente e em inglês. Não recebem qualquer treinamento sobre direitos dos trabalhadores.

Para desempenhar um papel na resolução destas questões, o OHCC tem colaborado com os órgãos que prestam assistência aos imigrantes, como colocação em emprego, treinamento vocacional e instrução em inglês como segunda língua. A contribuição do OHCC tem sido o treinamento em direitos de saúde e segurança dos trabalhadores e em sistema de compensação de trabalhadores, além da defesa dos trabalhadores imigrantes que adoecem ou se acidentam no trabalho.

### *Free clinics*<sup>15</sup>

Como os Estados Unidos não têm um programa nacional de saúde e muitas pessoas carecem de seguro de saúde, existem centros que oferecem serviços gratuitos em várias áreas urbanas há muitos anos. Atendem pacientes desprovidos de seguro e recursos para pagar por cuidados médicos.

O OHCC tem documentado o fato de que a população servida pela *free clinic* de Syracuse enfrenta uma quantidade significativa de riscos relacionados com o trabalho e que uma proporção relativamente grande de seus pacientes sofreram acidentes de trabalho ou têm sintomas causados possivelmente por exposições no local de trabalho.

O OHCC desenvolve projeto para oferecer serviços nesta *free clinic* de forma regular e periódica. Pacientes das clínicas gratuitas enfrentam barreiras significativas para terem acesso aos OHCC de suas localidades. Ao levar sua equipe e seus serviços para a *free clinic*, o acesso será melhor para este grupo carente.

## Desafios

No decurso do seu desenvolvimento, o OHCC tem enfrentado uma variedade de desafios. Alguns dos mais importantes, com relevância permanente, são descritos abaixo.

### Financiamento

A verba que o DOH fornece corresponde à aproximadamente 75% do financiamento do OHCC, isto é, sem ela, o OHCC e a Rede de Clínicas não existiriam. Consequentemente, manter e aumentar o financiamento da Rede para lidar com despesas crescentes e prestação de serviços tornaram-se uma prioridade permanente. O financiamento depende da manutenção do apoio à Rede pela Assembleia Legislativa do estado e pelo governador. O movimento sindical organizado no estado de Nova York mantém influência política significativa. Com o apoio dos sindicatos e os esforços contínuos de comunicação com legisladores, a Rede foi capaz de manter o seu financiamento ao longo de 12 anos da vigência de um governo republicano conservador e dos últimos anos de uma crise fiscal devida à recessão.

Quanto tempo este apoio durará resta, todavia, como questão em aberto. Embora o atual governador seja do partido democrata, ele foi eleito em uma plataforma de austeridade e sem forte apoio dos sindicatos. No ano passado, o trabalho político da Rede e seus aliados foram suficientes para evitar um corte de 11% no financiamento proposto pelo governador, posteriormente suspenso por ele. Com o enfraquecimento progressivo e a falta de conexão dos sindicatos com o atual governo, futuras tentativas de cortar o financiamento, no âmbito das medidas de austeridade gerais, não seriam surpreendentes. Neste contexto, a necessidade de apoio político amplo pode também diluir a capacidade da Rede de realizar sua missão de forma contundente. Em um esforço para obter favores, ou pelo menos não instigar a hostilidade da comunidade de empregadores, os serviços e a DOH podem agir com leveza e cautela excessivas, o que causará uma diminuição no seu impacto potencial na saúde pública.

### Atuando no seio de uma instituição maior

O OHCC, ao mesmo tempo em que se beneficiou, foi prejudicada por sua relação com a SUNYUM. Benefícios tangíveis incluem apoio salarial para o diretor médico e desembolso antecipado anual para cobrir despesas do OHCC enquanto se espera pela chegada sempre tardia do financiamento. Menos tangível é o prestígio associado à base acadêmica, que pode melhorar a credibilidade e a eficácia do OHCC junto ao sistema de compensação dos trabalhadores e aos empregadores.

Por outro lado, o OHCC tem sido desafiado ao longo dos anos pela sua afiliação institucional, em particular sobre questões financeiras. Tanto a SUNY, quanto o Departamento de Medicina Familiar consideram o OHCC como fonte de receita e já tentaram utilizar fundos do OHCC para outros fins. Em geral, o apoio ao OHCC dentro da SUNY tem variado, embora, ao longo dos últimos seis anos, o interesse e o apoio institucional, também no âmbito do departamento, melhoraram muito devido a mudanças de direção.

### O “desaparecimento” da doença ocupacional

A incidência e o espectro de doenças profissionais permanecem difíceis de serem determinadas com precisão nos Estados Unidos porque não existe nenhum mecanismo de notificação nacional. Os médicos não são treinados para reconhecer doenças profissionais e substâncias continuam a ser introduzidas nos locais de trabalho sem o conhecimento do seu impacto sobre a saúde. O reconhecimento da doença ocupacional sempre dependeu da participação ativa dos próprios trabalhadores, que trazem suas observações e suspeitas. A voz do trabalhador enfraqueceu substancialmente em muitos aspectos, o que contribuiu para um “desaparecimento” de doença ocupacional.

Em tempos econômicos difíceis, trabalhadores se sentem privilegiados por terem emprego, estando muito mais dispostos a barganhar preocupações com a saúde por uma suposta segurança no emprego. Além disso, a filiação sindical continua em declínio, o que deixa mais trabalhadores sem apoio quando questões de saúde no local de trabalho são levantadas. Mesmo os sindicatos existentes perderam muito de seu poder e têm receio de agir de forma agressiva em busca dos objetivos de saúde e segurança se esses esforços são percebidos como ameaça ao emprego.

Menos demonstrável, mas não menos importante, têm sido os esforços contínuos para reduzir a voz do trabalhador em saúde ocupacional. A compensação de trabalhadores é uma arena onde isto tem sido particularmente evidente. Do ponto de vista das companhias de seguro, o mundo é dividido em dados subjetivos e objetivos. Os dados subjetivos, de acordo com a definição das companhias, incluem sintomas dos trabalhadores, histórico de exposição do trabalhador e até mesmo, cada vez mais, muitos resultados de exames físicos. Os dados subjetivos, por definição, carecem de credibilidade. Os únicos dados válidos e confiáveis a seus olhos são “objetivos” e incluem amostras de ar, resultados de testes de diagnósticos e dados de exposição fornecidos pelo empregador. Ao estreitar os parâmetros “aceitáveis” dos dados desses esforços, reduz-se a possibilidade de identificação da doença ocupacional.

Finalmente, a natureza do trabalho no estado de Nova York mudou de forma radical nos últimos trinta anos. A economia dependente, sobretudo, do tradicional setor industrial tornou-se uma economia dominada por serviços, que inclui saúde, educação e serviços de alimentação, e em menor escala, muitas vezes, por indústrias não sindicalizadas. Isso mudou a natureza dos perigos que os trabalhadores encontram e os contextos em que os perigos “tradicionais” são encontrados. Como consequência, trabalhadores com exposição a produtos químicos aparecem mais esporadicamente no ambulatório, trabalhadores com lesões lombares e problemas musculoesqueléticos sofridos em atividades no setor de serviços são vistos por ortopedistas e outros especialistas, trabalhadores com problemas de saúde relacionados à “nova economia”, como estresse, qualidade do ar no local de trabalho e assédio moral no trabalho, podem procurar cuidados de saúde sem que a conexão com o local de trabalho seja sequer reconhecida.

### **Mudanças na compensação dos trabalhadores**

O estado de Nova York aprovou uma importante reforma da compensação de trabalhadores em 2007. Entre os elementos da reforma estavam adaptações dos formulários que os médicos são obrigados a usar para notificar o Conselho de Compensação dos Trabalhadores, assim como novas diretrizes para tratamento que os médicos são obrigados a seguir. Antes dessas reformas, já havia número significativo de médicos em quase todas as especialidades que não participavam da compensação de trabalhadores. Depois das reformas, uma onda sucessiva de médicos saiu da compensação de trabalhadores.

Os médicos sempre acharam os requisitos de notificação da compensação de trabalhadores onerosos. Os novos formulários foram vistos como um fardo adicional e alguns médicos não estavam dispostos a gastar mais tempo fazendo trabalho burocrático não remunerado. As diretrizes de tratamento médico foram implementadas aproximadamente dois anos mais tarde do que os formulários e dizem respeito às lesões do pescoço, lombares, nos ombros e joelhos. Um número ainda maior de médicos mostrou a sua oposição, deixando o sistema devido ao fardo adicional de aprender e de mudar suas práticas para atender às complexas exigências das diretrizes.

Como consequência dessas mudanças, muitos pacientes que receberam previamente tratamento para sua lesão no trabalho em um consultório médico comunitário se encontraram sem atendimento. Um número significativo encontrou seu caminho no OHCC. Isto colocou um desafio significativo para os recursos do OHCC.

O OHCC tem lutado para atender às necessidades desses pacientes, ao mesmo tempo em que se man-

tém disponível para servir os pacientes para quem a rede de OHCCs foi originalmente criada. Como consequência, parte significativa da prática do OHCC mudou do diagnóstico da doença profissional para o tratamento de trabalhadores com lesões crônicas.

### **Mantendo recursos para prevenção e saúde pública**

Uma última questão que tem sido colocada como desafio desde o início da rede de OHCC é proteger o tempo da equipe dedicado à prevenção primária e secundária da doença ocupacional. O consumo de tempo é considerável para avaliar pacientes e lidar com a miríade de questões levantadas. As necessidades dos pacientes frequentemente tem que ser atendidas no curto prazo e não podem ser adiadas.

O DOH tem agravado este problema pela falta de clareza e direção sobre quanto valor deve ser colocado no atendimento a cada paciente *versus* as atividades preventivas. O OHCC é estimulado a se engajar na prevenção, mas as estatísticas que são coletadas pelo DOH e as discussões por ele conduzidas enfatizam o atendimento ao paciente e sugerem que as decisões sobre financiamento são baseadas principalmente no desempenho do OHCC nessa área.

### **Conclusão: onde estivemos e para onde vamos**

A Rede de Centros de Saúde Ocupacional do estado de Nova York, da qual o OHCC de Syracuse faz parte, continua a ser a única rede deste tipo nos Estados Unidos. A utilização das receitas da compensação de trabalhadores para financiar clínicas a fim de diagnosticar, tratar e prevenir a doença profissional continua a ser um passo ousado para preencher um grande buraco no sistema de atenção médica e saúde pública. O financiamento público não só sustenta os ambulatórios, mas também os torna financeiramente independentes dos empregadores e, consequentemente, pelo menos em tese, sem restrições em salientar as condições de trabalho perigosas que estão tornando os trabalhadores doentes (LAX, 1992).

O grande sucesso do OHCC é o impacto concreto que teve sobre cerca de 6.000 trabalhadores/pacientes que passaram por suas portas em busca de cuidados médicos. O ambulatório prestou assistência médica, defendeu a causa dos trabalhadores lesionados em seus locais de trabalho, ajudou trabalhadores lesionados a obterem e manterem recursos provenientes do Sistema de Compensação e outros benefícios, também ajudou os trabalhadores lesionados e suas famílias a lidarem com suas doenças e lesões.

De modo mais geral e conciso, embora não menos importante, o OHCC demonstrou os profundos

impactos psicológicos, sociais, financeiros e físicos que uma lesão ou doença no local de trabalho normalmente ocasiona. O poder da demonstração não deve ser subestimado em um contexto que paulatinamente procura silenciar a voz dos trabalhadores feridos, relegá-los ou relegá-las para alguma esquina esquecida, caracterizá-los ou caracterizá-las como membro “não produtivo” da sociedade ou, pior, como uma fraude que busca obter algo de graça. A manutenção de um espaço para a voz dos trabalhadores ser ouvida é talvez o maior sucesso do OHCC.

Enquanto o OHCC segue seu curso depois do seu 25º aniversário, continuará a ser desafiado por restrições de financiamento e pela agenda de austeridade do Estado. Ao considerar que o OHCC e a Rede possam estar à altura deste desafio, o ambulatório vai avançar com grande e contínua ênfase no desenvolvimento de abordagens eficazes para responder às necessidades de saúde e segurança de trabalhadores carentes, marginalizados e vulneráveis, continuando a atender as necessidades clínicas dos que adoecem por causa do seu trabalho.

## Referências

LANDRIGAN, P. J.; MARKOWITZ, S. B. *Occupational Disease in New York State: proposal for a statewide network of occupational disease diagnosis and prevention centers*. Report to the New York State Legislature. New York: Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York, February, 1987.

LAX, M. B. The Occupational Health Clinical Center Network in New York State: achievements, prospects, and constraints. *New Solutions - A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, v. 3, n. 1, p. 41-54, 1992.

\_\_\_\_\_. Occupational medicine: toward a worker/patient empowerment approach to occupational illness. *International Journal of Health Services*, v. 32, n. 3, p. 515-549, 2002.

LAX, M. B. et al. Lead poisoning and telephone cable strippers: a new setting for an old problem. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 30, n. 3, p. 351-354, 1996.

LAX, M. B.; KLEIN, R. More than meets the eye: social, economic, and emotional impacts of work-related injury and illness. *New Solutions - A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, v. 18, n. 3, p. 343-360, 2008.

LAX, M. B.; MANETTI, F. M.; KLEIN, R. Medical evaluation of work-related illness: evaluations by a treating occupational medicine specialist and by independent medical examiners compared. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2004.

LAX, M. B.; SIWINSKI, G.; MANETTI, F. An assessment of exposure and respiratory health among sewage treatment pressroom workers. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON BIOAEROSOLS, FUNGI, AND MYCOTOXINS: HEALTH EFFECTS, ASSESSMENT, PREVENTION AND CONTROL, 3., 1999, New York. *Proceedings...* New York: Eastern New York Occupational and Environmental Health Center, 1999. p. 125-130.

OCCUPATIONAL HEALTH CLINICAL CENTERS. *Annual Report*. Submitted to the New York State Department of Health. New York, NY: Mount Sinai University School of Medicine, April 2010.

TUMINARO, D. Organizing for a statewide network of occupational disease diagnostic centers. *New Solutions - A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, v. 1, n. 1, p. 18-19, 1990.

## Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). Rio de Janeiro: Educam, 2011. 598p. ISBN: 978-85-7261-056-8

Este livro não trata de qualquer tema, nem de tema frequente, pois, embora verse sobre a relação Saúde e Trabalho, acrescenta a dimensão do Direito. Dessa forma, coloca fundamentalmente a questão da justiça e da injustiça no trabalho, ou seja, mostra que as condições de trabalho no mundo moderno, ao afetarem negativamente a saúde dos trabalhadores, são determinantes da produção da injustiça.

O paradoxo é evidente, pois, se “saúde é a condição para se andar a vida” (p. 36) e trabalho, o fator determinante para assegurá-la, como não se indignar diante da degradação e da precariedade das condições de trabalho, do adoecimento e das mortes que delas decorrem? O direito poderia, deveria regular esta situação paradoxal produzindo justiça. No entanto, a injustiça impera malgrado o direito, assim como, de certa forma, a regra de direito estabelecida no Brasil e determinadas práticas da “justiça” são vetores de injustiça, constituindo-se em mais um paradoxo.

A obra é, portanto, uma investigação para desvelar estes paradoxos, tendo como característica essencial trazer à tona elementos da história que explicam a produção das regras de direito e das práticas no campo da Saúde do Trabalhador (e do seu surgimento) sem perder de vista a análise crítica, como bem expressa o subtítulo “uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória”.

Nas 598 páginas do livro, os leitores são convidados a compartilhar o campo da Saúde, do Trabalho e do Direito ao longo dos seus 12 capítulos, cujos títulos resumem e antecipam a análise crítica dos temas, como é o caso exemplar do Capítulo 1, “As relações saúde-trabalho-direito e a *justiça injusta*” (com grifo pelo autor desta resenha).

Diante da amplitude e complexidade do livro e dos temas tratados, ao invés de apresentar e discutir cada capítulo individualmente, a fim de captar o que há de transversal, optou-se por um artifício cuja “chave” nos forneceram os próprios autores, ou seja, destacar-se-á a seguir o mais importante a partir das categorias “trajetória” (crítica) e “crítica” (da trajetória) para, em seguida, tratar das ausências antes de concluir mostrando a importância da obra.

### Trajетória

Para analisar a longa trajetória em defesa da saúde no trabalho, os autores empreenderam profunda pesquisa bibliográfica a fim de buscar o entendimento histórico: da exploração do corpo dos trabalhadores pelos sistemas de produção capitalistas nas fases históricas (Capítulo 2); da própria constituição dos direitos do trabalho (Capítulo 3) e previdenciário (Capítulo 4); da instituição da OIT (Capítulo 5) e da saúde do trabalhador no SUS (Capítulo 9); dos movimentos de luta dos trabalhadores pela saúde (Capítulo 6) e do Movimento Operário Italiano – MOI (Capítulo 7), até a institucionalização da Saúde do Trabalhador no Brasil.

A descrição e apresentação das regras, normas e leis ocupam destaque nos primeiros capítulos (do 2º ao 5º), sendo antecedidas dos fatos históricos que permitem situá-las. De forma geral, os autores propõem leitura dos acontecimentos no mundo ocidental até chegar à realidade brasileira, onde são expostos e analisados. No Capítulo 3, por exemplo, para abordar a “regra trabalhista referente à saúde”, percorre-se desde a revolução industrial até o surgimento do direito do trabalho, segue-se pela história da Consolidação das Leis do Trabalho até se chegar às Normas Regulamentadoras.

No entanto, não são apenas as normas que estão no centro da leitura histórica da trajetória. Os enfrentamentos entre trabalho e capital, apresentados ao longo de vários capítulos, permitem visualizar a importância dos movimentos de luta dos trabalhadores na produção da “política” em defesa da saúde, assim como os mecanismos de dominação e de controle utilizados pelo capital e por outros atores (como a Igreja, por exemplo), que são “dissecados” pelos autores. A história narrada pelos autores sobre a criação da OIT é exemplar.

No longo e rico capítulo sobre os movimentos de luta pela saúde, os autores resgatam: os movimentos durante o período da revolução industrial na Inglaterra, dos primórdios do sindicalismo e do surgimento do direito do trabalho; as lutas nos Estados Unidos no século XIX; o anarquismo no Brasil e as primeiras lutas dos operários (as principais greves

no início do século XX); o período Vargas e da Guerra Fria até as lutas pela saúde iniciadas no final dos anos 1970, chegando, por fim, aos movimentos emblemáticos contra o benzeno, o amianto, a silicose e as LER/DORT.

O MOI é destacado por sua importância no desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. São discutidos os antecedentes históricos, desde o século XIX, na origem das lutas operárias na Itália, dos eventos políticos que marcaram o século XX, sobretudo da influência de Gramsci, até o surgimento do MOI nos anos 1960. O protagonismo dos principais atores, entre eles Ivar Oddone, assim como os princípios do movimento sintetizados no lema “a saúde não se vende, nem se delega” (p. 388) são então abordados.

A trajetória descrita na obra chega até a constituição e instituição da Saúde do Trabalhador no SUS. São discutidos diversos eventos importantes, desde a constituição do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e Ambientes de Trabalho (ao final dos anos 1970), a realização das três conferências de saúde do trabalhador (1986, 1994, 2005), o surgimento dos primeiros programas de saúde do trabalhador, a criação do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Oswaldo Cruz até a Institucionalização da Saúde do Trabalhador após a Constituição de 1988.

### **Crítica**

Se a leitura histórica nos transporta até as leis e normas que nos governam, os “modelos” vigentes, as instituições e seu funcionamento atual, a análise crítica baseada no referencial teórico marxista mostra, de um lado, sua *face cachée*, seus limites, suas contradições e, de outro, aponta para possibilidades e caminhos para sua superação.

No tocante às normas trabalhistas (Capítulo 3), a crítica se dirige ao próprio contrato de trabalho, que não prevê a garantia à saúde, assim como demonstra que as normas regulamentadoras são insuficientes, imperfeitas, para a efetiva prevenção. Quanto à legislação previdenciária (Capítulo 4), os autores mostram a perda do sentido da lei ao tentar reparar o que se perdeu: a saúde. Enfatizam a contradição maior disso, isto é, o fato de ser considerada como conquista dos trabalhadores (sic), “mas após perder sua saúde e sua vida” (p. 166).

Necessariamente, a análise crítica sobre o campo da saúde do trabalhador e sua institucionalização tem espaço importante no texto (Capítulos 8 a 10), uma vez que os autores atuam/atuarão nos serviços de saúde. Sua crítica ganha, portanto, legitimidade por vir de “dentro”: das disputas envolvidas na cons-

trução da saúde do trabalhador no SUS, que limitam sua efetividade, ou dos fatores que explicam a fragilidade da rede de serviços de saúde do trabalhador que “não enreda” (como sugere o título do capítulo).

Na crítica ao modelo de “desenvolvimento sustentável” (Capítulo 11), os autores mostram que a ideia de “sustentabilidade” é apropriada e utilizada pelo capital para sua “expansão permanente e ilimitada” (p. 493), favorecendo, de certa forma, a marginalização da questão do trabalho e da saúde dos trabalhadores no debate social sobre o desenvolvimento. Dirigem crítica também contra as políticas no âmbito da Saúde Pública que desconsideram a categoria trabalho, embora esta se constitua em “um fator complexo de determinação social dos problemas de saúde das mais diversas ordens, nos mais diversos grupos populacionais e na pluralidade territorial onde a vida ocorre” (p. 494). O título do capítulo resume bem tais contradições, ou seja, “Relações saúde-trabalho fora de foco: o desenvolvimento insustentável”.

Apesar do cenário difícil, da expansão danosa do capital, do recuo atual dos movimentos sociais, da fragilidade institucional e regulamentar, do modelo de desenvolvimento adotado, os autores vislumbram a possibilidade de mudança que passa necessariamente pelo movimento de resistência dos trabalhadores e, portanto, a importância de determinada “praxis” educativa (Capítulo 12). Tornar os trabalhadores “intelectuais orgânicos” a partir de sua educação, cujo princípio formativo básico é o trabalho a partir das ideias de Marx e Gramsci, ou seguindo a pedagogia da mudança de Paulo Freire é o meio que se abre para a mudança da sociedade e a defesa da Saúde do Trabalhador.

### **Necessidade de continuar a crítica da trajetória...**

Evidentemente que existem ausências no texto, como não poderia deixar de ser em obra de tamanha envergadura. A leitura do texto nos instiga, no entanto, a analisar e refletir sobre o campo e nossa prática, enfim, sobre a necessidade de estender a crítica da “trajetória”, uma vez que somos guiados pela indignação diante da injustiça no trabalho. Como diz Vasconcellos, “a indignação é a rebelião mais poderosa da condição humana [...] e indignação é do senso comum no que tange à doença e à morte no trabalho” (p. 79).

Assim, por que não acrescentar alguns aspectos à discussão da “imperfeição da regra trabalhista referente à saúde”?

Nesse sentido, podemos chamar atenção para a ausência da análise e crítica da organização tripartite no Brasil que, por meio da Comissão Tripartite instituída pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), é responsável pela produção de normas regulamenta-

doras. Tal processo está na origem da elaboração de normas, por definição imperfeitas, uma vez que seu resultado depende da negociação social. De certa forma, o capital controla a produção das normas, assim como define o que se pode fiscalizar e, portanto, controla a própria ação da auditoria fiscal do MTE.

Outro aspecto não tratado pelos autores merece pequeno comentário. O “grau de imperfeição” da norma poderia ser obtido por meio de comparação com as normas de outros países, oriundas das mesmas convenções da OIT, o que permitiria visualizar as “escolhas” feitas e as limitações que provocam para a prevenção em nosso país.

Não seria, assim, esta obra um convite à análise e à crítica das demais instituições do campo?

### Sobre a importância do livro

No momento atual, no qual o pacto pelo desenvolvimento em nosso país parece deixar de lado seus impactos sobre a sociedade e, em especial, sobre a saúde dos trabalhadores, a análise da trajetória e sua crítica proposta na obra mostram de forma decisiva a importância dos movimentos dos trabalhadores na produção da política e, conseqüentemente, do direito. Diante do processo, em vigor, de subjetivação do “fim do conflito entre capital e trabalho”, usado não apenas para a defesa do desenvolvimento atual no país, mas, sobretudo, para expansão e perpetuação do capital, recolocar o *papel do conflito* no centro, demonstrando sua característica incontornável para produção de sociedade e do direito, é essencial para a perpetuação da vida. Daí a contribuição maior da obra.

Entre os méritos do livro, certamente está a qualidade de sua redação, que é suficientemente clara para favorecer a leitura, mas, ao mesmo tempo, refinada e erudita.

Como não citar uma das passagens que bem reflete a beleza do texto e a profundidade do pensamento dos autores:

Justiça justa nas relações saúde-trabalho seria aquela que fosse aplicada àquilo que nos indigna quando somos sujeitos observadores da realidade e que fosse aplicada àquilo que nos submete e humilha quando somos sujeitos observados. (p. 78)

A simplicidade e objetividade do texto o tornam instrumento de formação dos sujeitos e de emancipação dos atores sociais. Pode-se afirmar que foi projetado como tal, isto é, como ferramenta para a transformação dos atores e da sociedade.

Trata-se, por outro lado, de obra de referência para a prática, fruto da reflexão e da análise aprofundada de profissionais que passaram pelos serviços e cujo objetivo foi compreender o contexto da prática para aumentar sua margem de ação e produzir justiça no trabalho (ou ao menos diminuir a injustiça). Ter consciência dos próprios limites, dos impedimentos institucionais para a ação pública, da complexidade da luta de classes diminui o sofrimento e aumenta a possibilidade de agir de forma inteligente.

Enfim, se a compreensão crítica da trajetória serve, pode-se dizer que, em última instância, serve para se redesenhar o futuro. Mostram-nos os autores que a análise crítica deve anteceder a ação, ou seja, a trajetória futura, capaz de promover a justiça nas relações saúde-trabalho, deve ser construída a partir da reflexão e da análise crítica.

Trata-se de questão urgente, pois, como afirma Vasconcellos:

as relações saúde-trabalho-direito, no curso da história, são indignas, e a condição humana não foi capaz de modificá-las, porque não ousou fazê-lo. Indignamo-nos, até hoje, alguém da necessidade de transformá-las. Eis aí um belo desafio” (p. 79)

Por que não se juntar e aceitar então o desafio proposto por Vasconcellos?

A leitura do livro pelo maior número de sujeitos pode ser um passo decisivo para reescrevermos coletivamente esta trajetória, ou seja, a história do movimento pela saúde dos trabalhadores.

José Marçal Jackson Filho

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

E-mail: jose.jackson@fundacentro.gov.br

## Errata

**Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 37, número 126, jul./dez. 2012.**

### **Página 195**

Na afiliação de Juliana Andrade Oliveira, onde se lê:

<sup>2</sup> Editora convidada. Tecnologista do Serviço de Ergonomia da Fundacentro, São Paulo, SP, Brasil.

Leia-se:

<sup>2</sup> Editora convidada. Tecnologista do Serviço de Ergonomia da Fundacentro; Doutoranda em Sociologia pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### **Página 339**

Onde se lê:

“Agradecimentos aos consultores *ad hoc* desta edição”,

Leia-se:

“Agradecimentos aos consultores *ad hoc* deste volume”.

## 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](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](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](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.; BROSSAU, 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](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](mailto:rbso@fundacentro.gov.br), com cópia para [rbsofundacentro@gmail.com](mailto: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](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/m<sup>2</sup> (capa) e Offset reciclado 90 g/m<sup>2</sup> (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



