

## 1. Introdução: O Campo Saúde do Trabalhador: pressupostos teóricos.

O campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador (ST)<sup>1</sup> é construído particularmente no Brasil, a partir dos anos 1970, como resultante do patrimônio acumulado pelas abordagens da Saúde Coletiva<sup>2</sup> (SC), através dos aportes da Epidemiologia e pelas Ciências Sociais (Minayo-Gomez e Thedim- Costa, 2003), na interpretação das relações entre trabalho e saúde na determinação social do processo saúde-doença; da Saúde Pública em sua vertente programática e da Política, Planejamento e Gestão em Saúde (Lacaz, 1996) bem como da Medicina Social Latino-americana (MSL), ao reinterpretar o Modelo Operário Italiano (MOI), (Lacaz, 1996; Minayo-Gomez e Thedim- Costa, 1997).

A MSL e a SC ao introduzirem o conceito de determinação social do processo saúde-doença direcionam o foco da investigação sobre o processo de trabalho, em sua vertente técnica e social. Dessa forma, superam a visão que privilegia a conformação ambiental dos fatores/agentes de risco no trabalho, destacando o processo que se estabelece nas relações sociais de produção entre Capital e Trabalho (Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996, 2007). A análise do processo de trabalho é uma ação teórica e prática potente que permite identificar as transformações necessárias no trabalho, considerar as interseções técnicas e políticas, a subjetividade<sup>3</sup> dos vários atores sociais nela envolvidos (Lacaz, 1996 e Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). No aspecto prático, envolve a análise das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde, que pressupõe mudanças no mesmo e nas relações sociais que o envolvem, com o reconhecimento de que o processo de trabalho é dinâmico (Brito, 2004).

Diferentemente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (MT-SO), a abordagem proposta pelo campo ST possibilita a ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (Vasconcellos, 2007), à medida em que procura analisar a complexidade da dinâmica entre o processo de trabalho e a saúde/doença (Lacaz, 1992), o que implica na busca

---

<sup>1</sup> O termo Saúde do trabalhador sempre que estiver relacionado ao campo de saberes e práticas será usado com as iniciais maiúsculas e representado pela sigla ST.

<sup>2</sup> Saúde Coletiva pode ser entendida como um campo de práticas teóricas e de intervenção concreta na realidade que tem como objeto os processos de saúde e doença nas coletividades (Tambellini e Câmara, 1998).

<sup>3</sup> Subjetividade se refere ao processo de produção de sujeitos na trama social, ou seja, a relação construída socialmente entre os sujeitos e o trabalho, que atravessam a vida dos trabalhadores e os espaços sociais (Nardi, 2004).

de articulação da análise do contexto social, econômico, político e cultural com as características do processo de trabalho (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). Assim, a ST apropria-se de objetos da Ciências Sociais (Minayo- Gómez e Thedim- Costa, 2003), com: “(...) *uma concepção teórica que situa o processo de trabalho como cenário primário da exploração e da confrontação de classe*” (Laurell e Noriega, 1989, p. 49-50), apresentando-se como prática social instituinte para transformar a realidade (Dias, 1994), promover mudanças nos processos de trabalho, discutir suas conseqüências sobre a saúde, a vida e o ambiente (Vasconcellos, 2007) e propor políticas públicas (Lacaz, 2007).

A construção do campo tem como referência a experiência da Reforma Sanitária Italiana, que teve como um de seus pilares a luta pela saúde nas fábricas e o controle da nocividade do trabalho (Berlinguer, 1983), a partir da ação sindical nos locais de trabalho, com influência do MOI (Lacaz, 1997). O MOI foi originalmente formulado por um grupo técnicos, estudantes militantes e operários, na década de 1960, convertendo-se no principal sustentáculo da luta pela saúde do movimento operário italiano, nos anos de 1970 (Berlinguer, 1983; Oddone et al, 1986). O modelo pressupõe a apropriação mútua do conhecimento, entre trabalhadores e técnicos, na perspectiva da construção de um saber coletivo (Oddone et al, 1986). Os trabalhadores são vistos como sujeitos com capacidade de transformar e interferir em sua realidade de trabalho, mediante a reivindicação de direitos e participação no controle da nocividade do trabalho, na definição consensual de prioridades e na construção de metodologias de intervenção sobre a realidade vivida (Laurell e Noriega, 1989). Dessa forma, sob forte influência da experiência italiana, o campo ST tem como premissa metodológica a interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa uma ação transformadora.

Ao incluir a participação dos trabalhadores como premissa metodológica, contrapõe-se aos modelos de análise que desconsideram a subjetividade e a experiência dos trabalhadores, que “*negam a capacidade que eles têm para detectar o que é nocivo à saúde no meio ambiente de trabalho*” (Brito, 2005, p. 885). Devido à complexidade dessa empreitada, propõe-se como um campo interdisciplinar, tendo os trabalhadores como atores fundamentais (Oddone et al, 1986, Mendes e Dias, 1991 e Lacaz, 1996, 2007).

Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares- técnicas, sociais, humanas- e interinstitucionais,

desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997: 25).

Demanda, então, um movimento teórico, práticas interdisciplinares e a participação dos trabalhadores, como forma de ruptura com os saberes e práticas da MT-SO (Nardi, 2004). Nesse sentido, intersectorialidade, interdisciplinariedade e controle social são palavras de ordem (Vasconcellos, 2007).

As políticas públicas do campo envolvem uma vasta gama de setores governamentais, instituições e atores sociais. Para tanto, a ação em ST deve ser intersectorial e interinstitucional. A intersectorialidade pode ser entendida como uma estratégia de construção de redes institucionais entre atores dos Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Estadual (MPE), Ministério da Educação, Ministério do Meio Ambiente, poder legislativo, dentre outros, com a participação dos trabalhadores. Essa estratégia de construção de pontes intersectoriais mostra-se fundamental para a garantia da qualidade técnica e política das ações, a fim de potencializá-las diante dos problemas concretos envolvidos na saúde dos trabalhadores (Machado e Porto, 2003).

Além disso, conhecimentos e práticas inter e transdisciplinares se mostram de suma relevância para o campo ST, pois englobam uma mescla de disciplinas em cenários sociais bastante complexos e conflituos: *“(...) se para o capital o processo de trabalho é o meio do processo de valorização, para o trabalho é o âmbito primário da luta contra a exploração. Para ambos, esse processo é inevitável e, portanto, um espaço indiscutível de confronto”* (Laurell e Noriega, 1989, p. 106). As estratégias de integração disciplinares não devem se limitar em construir a aproximação entre as disciplinas, mas em integrar a produção de conhecimento com a sociedade, suas demandas e forças transformadoras, numa nova prática científica (Porto e Almeida, 2002).

Para o aprimoramento das práticas científicas e institucionais, a articulação de um conjunto de disciplinas em torno de um campo teórico particular, sobre uma base axiomática comum, num sistema de disciplinas articuladas em diferentes níveis, torna-se o elemento chave para o desenvolvimento de teorias e conceitos transdisciplinares do campo (Porto e Almeida, 2002).

Para Passos e Barros (2000, p. 76), “*A noção de transdisciplinariedade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização(...) da unidade das disciplinas e dos especialismos*”. Nesse sentido, a transdisciplinariedade implica numa nova linguagem integradora relacionada tanto a um movimento teórico quanto uma ação, propriamente dita. O sucesso desse empreendimento depende de pesquisadores dispostos ao diálogo, competentes em suas áreas e com marcos referenciais construídos e compartilhados em grupo (Porto e Almeida, 2002).

O Campo ST apresentar-se-ia, então, como a nucleação de um grupo de disciplinas que interagem com o discurso precedente, produzindo novos embates, novas frentes de conflito e produtos de emergência do discurso (Lacaz, 1996), mas também, práticas em serviços de Saúde Pública, compartilhadas com a ação do movimento social de trabalhadores organizados, numa perspectiva programática (Lacaz, 2007) e intrasetorial, de que trataremos a seguir com o estudo de casos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Contemporânea ao Movimento da Reforma Sanitária (Lacaz, 1992) a inserção da atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde obtém maior repercussão com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, que propõe a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a inclusão daquela atenção. Em dezembro, desse mesmo ano, acontece a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador(CNST), na qual ratifica-se tal proposição (Lacaz, 1996).

Assim sendo, os principais protagonistas do movimento da ST no Brasil (Sato, Lacaz e Bernardo, 2004) foram: trabalhadores organizados no movimento sindical na luta pela saúde, contribuindo com o seu conhecimento empírico e a experiência vivida; acadêmicos militantes, com conhecimento técnico-científico, em especial os atores dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades Públicas, e; movimento sanitário, promovido por intelectuais da Saúde, cujo ápice foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a formulação da proposta do SUS (Lacaz, 1996; Lacaz e Santos, 2010).

Com isso tem-se gerado, um corpo de conhecimentos que está na procura constante de conhecer para transformar. Daí ser um campo militante, que respeita a subjetividade operária, os grupos homogêneos, tendo esse diálogo com a MSL possibilitando a superação do seu limite enquanto um modelo que, em sua apreensão da realidade de saúde/ doença e de trabalho, não

promoveu uma reconceituação da doença, nem da relação entre trabalho e saúde, tendo obtido apenas uma modificação na forma de gerar o conhecimento. Aqui, não é mais o cientista apenas que produz conhecimento, mas o coletivo de trabalhadores tendo, por isso, grande valor a subjetividade e o saber operário (Lacaz, 1996, p. 408).

As principais características deste campo ST podem ser condensadas na:

1. busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores para fins de promoção e proteção, nesta incluída a prevenção de agravos, além de assistência, mediante o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação;
2. ênfase na necessidade de transformações dos processos e ambientes de trabalho;
3. abordagem multi profissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação trabalho e saúde seja entendida em toda sua complexidade;
4. participação dos trabalhadores como protagonistas no planejamento e implementação das ações de assistência, prevenção e promoção à saúde;
5. articulação com as questões ambientais, pois os processos produtivos também afetam o ambiente e a população em geral (Porto, Freitas e Machado, 2000).

### **1.1. O início da trajetória da Saúde do Trabalhador no SUS: os Programas de Saúde do Trabalhador (PST).**

O fim dos anos 1970 e início dos anos de 1980, no contexto da transição democrática (Mendes e Dias, 1991), é marcado pela consolidação da classe operária industrial urbana em países como o Brasil, México e Argentina. Nesse momento, o quadro de deterioração das condições de vida e degradação do trabalho advindos da industrialização e seus reflexos sobre a saúde expressa-se na ocorrência de um número cada vez maior de acidentes do trabalho (Lacaz, 1996).

O número recorde de acidentes de trabalho chegou a 1,9 milhões, em 1976, com média anual de 1,5 milhões na década. Por outro lado, as doenças do trabalho, em 1980, respondiam oficialmente por apenas 0,3 % do total de acidentes do trabalho (Ribeiro, 2006). Apesar do nótório sub-registro, estas estatísticas colocam o Brasil como o país com maior número de óbitos por acidentes de trabalho no mundo, em relação a outros países industrializados, conforme estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (Lacaz, 1992).

As lutas do movimento sindical, retomadas no fim dos anos 1970, com as grandes greves do ABC paulista, incorporam a questão da saúde no trabalho (Lacaz, 1996). Tal movimento foi construído por uma classe operária que se constituiu após a implantação de um modelo fordista precário, que estabelecia um mínimo de reciprocidade nas relações capital-trabalho (Nardi, 2004).

Em 1978 vários setores do movimento sindical se articulam para a criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (Cisat) em São Paulo, a qual, dois anos depois, daria origem ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat). O Diesat instala-se como um organismo nucleador de discussões e debates, visando suprir a necessidade dos sindicatos de construir instrumentos técnico-políticos para o enfrentamento da realidade, assim como para superação de uma estrutura voltada para o assistencialismo (Lacaz, 1992).

Ao mesmo tempo em que se desvela uma verdadeira epidemia de acidentes do trabalho e a incapacidade do sistema de saúde em fornecer respostas efetivas às necessidades de saúde da população, em especial a dos trabalhadores, surgem novas práticas sindicais em saúde, na busca da defesa da saúde no trabalho (Lacaz, Machado e Porto, 2002). Nesse sentido, setores do movimento sindical, como metalúrgicos, químicos, petroquímicos e bancários, exigem dos órgãos responsáveis pelo controle e fiscalização das condições de trabalho e dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho (Lacaz, 2005). Assim, “(...) *o processo de discussão do modelo da Saúde do Trabalhador, no Brasil, teve no movimento sindical um de seus principais atores sociais*” (Spedo, 1998, p.10).

Este momento também foi propício para a divulgação da experiência italiana, como uma prática de saúde diferenciada, e do MOI que delineia a concepção do vínculo imediato entre conhecer e transformar (conhecer para transformar), da não monetarização dos riscos (a saúde não se vende) e da indissociabilidade entre o campo da política e o campo da ciência (Nardi, 2004). Assim: “*A exigência já não é mais que se paguem os efeitos destruidores do trabalho, mas que o trabalho se organize, para ser uma atividade criadora e não destruidora*” (Laurell e Noriega, 1989, p.90) ou seja, há um movimento para a superação da concepção de “Monetização do Risco” (Lacaz, 2007).

No que se refere às práticas em Saúde Pública, como uma resposta à demanda do movimento sindical, surgem propostas de organização da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde pública com a criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985; Lacaz, 1992, 1996 e 1997). É importante destacar que essa prática é uma tendência mundial, influenciada por organismos internacionais, como a OIT, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que preconizavam ações de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde pública, desde a década de 1970: “(...) *quando a crise sócio-econômica do sistema capitalista começava a atingir níveis alarmantes*” (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985, p. 4).

No Estado de São Paulo, a partir de 1984 são criados PSTs no município de São Paulo, de Campinas, na Baixada Santista, no Vale do Ribeira e na região do ABC, chegando a 16 o número de tais experiências programáticas à época (Costa et al, 1989; Lacaz, 1996). Esses PSTs, até então vinculados à rede estadual de saúde, tinham em comum sua inclusão na programação de adultos; ênfase na história e anamnese profissional; uso de instrumentos da vigilância epidemiológica e sanitária para, a partir do diagnóstico de casos de doenças, intervir sobre seu processo gerador nos locais de trabalho; articulação interinstitucional, e; interlocução constante e privilegiada com o movimento sindical (Lacaz, 1996).

Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle de nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal (...), em nível dos estados e Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos (Lacaz, 1997, p. 09).

Um dos indicadores da atuação dos PSTs foi o aumento dos diagnósticos das doenças relacionadas ao trabalho (DRT), desvelando verdadeiras epidemias ocultas, com o crescimento em termos relativos e absolutos do número de seus registros nas estatísticas da Previdência Social, no período de 1985 e 1987 (Lacaz, 1996; Buschinelli, 1993). Dentre os estudos sobre os PSTs realizados na época podemos destacar os trabalhos de Freitas, Lacaz e Rocha (1985), Botelho, Lacaz, Sato et al (1987) e Costa et al (1989). Portanto, estas experiências ocorridas no Estado de São Paulo tornaram-se referências para a construção das ações em saúde dos trabalhadores nacionalmente (Lacaz, 1996) e espalharam-se para outros

estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia (Dias, 1994; Spedo, 1998).

Frise-se que eram pautados todos eles pela perspectiva de acoplar ações de assistência à saúde, às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, com ênfase na interlocução com o movimento social de trabalhadores e na atividade interinstitucional e multiprofissional, procurando sempre uma aproximação com a Universidade. Tais experiências desenvolvem-se de maneira a avançar sobre o conhecimento das realidades de saúde e doença das populações trabalhadoras, constituindo-se em importante elemento de denúncia da morbi-mortalidade dessas populações e pautando-se pela abordagem preconizada pelos pressupostos advindos da Medicina Social Latinoamericana e da Saúde Coletiva, com peso particularmente importante da determinação social do processo saúde-doença, assumindo as relações entre trabalho e saúde como das mais privilegiadas para o estudo e a demonstração/comprovação desta determinação (Lacaz, 1996, p. 288).

O processo de trabalho nos PST foi embasado nas premissas do campo ST, tais como a participação ativa dos trabalhadores, em alguns casos na própria gestão, controle e avaliação; a integralidade das ações de assistência e vigilância, e a universalidade de acesso. Tais premissas eram consentâneas com os princípios e diretrizes posteriormente assumidas pelo SUS (Lacaz, 1996 e 2005).

A consolidação, no âmbito legal, da atenção em ST no SUS é garantida com sua inscrição na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90). O Ministério da Saúde assume, desde então, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados (Souza e Carvalho, 2003).

A partir de 1998, com a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST, Portaria 3.908, de 30/10/98) são estabelecidos os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços no SUS. Esse aparato legal, institucionaliza o direito à informação sobre a saúde, o controle social, a regionalização e a hierarquização das ações, bem como a utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e avaliação das ações, visando o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos e para desenvolver um conjunto de ações de vigilância e de assistência à saúde dos trabalhadores (Santos, 2001). Os pressupostos básicos que norteiam estas ações são: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações, contemplando seu planejamento e execução, na perspectiva de um movimento constante em direção à mudança do modelo

assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e coletivas de vigilância da saúde (Portaria 3.908, de 30/10/1998).

O campo ST ganha visibilidade nos serviços de saúde: “(...)a partir de intervenções decorrentes de políticas públicas que buscam criar espaços de reintegração dos trabalhadores que adoeceram ou se acidentam no trabalho, através de uma atenção diferenciada à saúde e da modificação dos ambientes de trabalho” (Nardi, 2004, p. 49-50).

No fim da década de 1980 iniciam-se debates acerca das concepções de organização dos serviços voltados à atenção em saúde dos trabalhadores no SUS, até então pautados nos PSTs (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). Por um lado, defendia-se a criação de centros regionais e distritais de saúde dos trabalhadores, que seriam referência para a rede básica e, por outro, acreditava-se que essa conformação especializada contribuiria para a concentração das ações de saúde dos trabalhadores apenas nesses centros (Ribeiro et al, 1998; Maeno e Carmo, 2005). O processo de municipalização da saúde influencia este debate, cujo desfecho é a opção pela criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs): “(...) como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas” (Dias e Hoefel, 2005, p. 819), de que trataremos especificamente a seguir.

## **1.2. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: a realidade atual**

Os CRSTs são serviços especializados, de nível secundário, que buscam incorporar maior densidade tecnológica no quadro de profissionais, no apoio diagnóstico e na vigilância (Lacaz, 1996 e Spedo, 1998). Com a municipalização da saúde, esses serviços foram constituindo-se em importantes municípios do país, como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda (Lacaz, 1992 e Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). No município de São Paulo, por exemplo, os CRSTs são caracterizados como: “(...) unidades especializadas, de modo a servir de retaguarda e constituírem-se como **Centros articuladores das práticas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde**” (Spedo, 1998, p. 83, *grifos nossos*).

Do ponto de vista da organização dos CRSTs, Lacaz (1996) sinaliza a adoção de estratégia de concentração de recursos materiais e de pessoal, como profissionais de enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, engenharia, assistência social, medicina, etc. visando a garantia de uma prática multiprofissional e interdisciplinar, articulando ações de assistência e prevenção, nesta incluída a vigilância e intervenção nos locais de trabalho, com interlocução com os trabalhadores. Em Campinas, por exemplo, a experiência desenvolvida alia, desde o início, a participação sindical, através da comissão de co-gestão, atuação multiprofissional e articulação entre assistência e vigilância (Lacaz, 1996).

Apesar dos importantes esforços, muitos problemas para a atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de saúde foram identificados, como: a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas; a insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde; a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS como entre as instituições governamentais; carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores; informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e as dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores (Dias, 1994; Lacaz, 1996). A falta de financiamento nos anos de 1990 e a marginalidade da área somados à: *“Ausência de intercâmbio técnico, científico, de troca de experiências e diálogo político-institucional entre os centros aprofundava o fosso de isolamento aumentando sua fragilidade e vulnerabilidade”* (Vasconcellos, 2007, p.251).

Como estratégia para ampliação das relações interinstitucionais e divulgação dos estudos realizados nos CRST, entre 1994 e 1998, em São Paulo é firmado convênio do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália (PCTBI), entre o Ministério da Relações Exteriores Italiano e o Ministério da Saúde do Brasil, operacionalizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Lacaz, 1996). Sob assessoria de técnicos vinculados ao Instituto Superior de Saúde do Ministério da Saúde da Itália e Universidade de Roma, o PCTBI visava o desenvolvimento de projetos voltados à proteção à saúde nos ambientes de trabalho e contava com a participação de profissionais de 11 CRST do Estado que se reuniam mensalmente, constituindo um importante fórum de articulação e deliberação (Oliveira e Udihara, 2001). Os Centros que participaram do PCTBI foram: CRST da Freguesia do Ó, de Santo Amaro, Lapa, Sé e Mooca, no município de São Paulo, o CRST de Campinas, Santos, São Bernardo do

Campo, além dos PST Araçatuba e Botucatu e do Cerest Estadual de São Paulo (Binder, 1998). O PCTBI possibilitou a capacitação dos profissionais dos CRST, inclusive com estadias de técnicos brasileiros na Itália, a aquisição de instrumentos e equipamentos, a discussão de projetos de pesquisa operacionais em consonância com a realidade local e a execução de projetos de vigilância, relacionados principalmente à exposição ao ruído, poeiras e solventes (Lacaz, 1996; Medeiros, 2001; Binder, 1998). Com recursos provenientes do PCTBI foi criado o Centro de Documentação e Informação (CDI), alocado no Centro de Vigilância em Saúde (CVS), da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), com a finalidade de auxiliar na sistematização de informações técnico-científicas sobre as doenças e acidentes de trabalho para as regiões e municípios (Ribeiro et al, 1998). Dessa maneira, o projeto de cooperação resultou no esforço de construção de ações integradas de assistência, vigilância e formação entre os Centros e compartilhamento de informações, sendo considerada por Valente e Settimi (1998) fonte de inspiração para a construção de uma rede nacional, considerando a análise potencial dos municípios e a relação com universidades de cada região.

No que diz respeito à participação dos trabalhadores é importante frisar que a participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS apresentadas na forma da Lei 8080 (de 19/09/1990). As instâncias de controle social no SUS institucionalizadas são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nacional, estaduais e municipais (Lei 8142, de 28/12/1990). As Conferências de Saúde tem caráter consultivo com objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes políticas em cada nível de governo (Silveira, Ribeiro e Lino, 2005). Os Conselhos de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, cuja representação dos usuários deve ser paritária em relação aos outros segmentos. O Conselho Nacional de Saúde (CoNaSa), em regimento específico, determina a participação de 50% dos usuários na sua representação, outros 25% dos profissionais de saúde e os 25% restantes dos representantes dos gestores e prestadores de serviço. Na representação do usuários, o CoNaSa também recomenda a participação de sindicatos de trabalhadores, movimentos comunitários organizados na saúde, associação de moradores, associação de portadores de deficiências e outras patologias e entidades de defesa do consumidor (Lacaz e Florio, 2009).

As comissões intersetoriais subordinadas ao CoNaSa têm como finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução dependa de áreas não compreendidas no

âmbito do SUS (Lei 8080/1990). A propósito da ST foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), composta por representantes do MS, MPS, MTE, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de saúde (CONASEMS), Instituto Ethos, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Central Única dos Trabalhadores (CUT) e Força Sindical (Vasconcellos, 2007).

Nos CRST, o controle social também pode ser executado na forma dos Conselhos Gestores, composto com a mesma representação dos conselhos de saúde, sendo que os trabalhadores e representantes sindicais ocupam a posição de usuários. A Portaria do MS 3120 (de 01/07/1998), contendo a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (IN/VISAT), também considera o Controle Social como princípio das ações, mas do ponto de vista da incorporação dos trabalhadores e das suas representações sindicais na identificação das demandas, no planejamento, na definição das prioridades e adoção das estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento, avaliação e no controle da aplicação dos recursos.

Quanto ao financiamento das ações desses Centros, a tônica do período até 2002 é a sua descontinuidade, visto que o foco estava nos componentes das administrações estaduais e municipais, com pouca indução federal (Machado e Santos, 2010). A priorização do investimento nos CRSTs foi a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, a partir de 2002, com a institucionalização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (Portaria 1679, de 19/09/2002). No período que antecedeu a publicação da portaria havia a anomalia da existência de duas Áreas Técnicas de Saúde do Trabalhador no MS, uma vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e outra vinculada ao Departamento de Ações e Programas Estratégicos (DAPE) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), de onde partiu a publicação (Vasconcellos, 2007).

O principal objetivo da Renast era integrar a rede de serviços do SUS, de diferentes níveis de complexidade, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações em saúde dos trabalhadores. Para tanto foi estabelecido um fluxo contínuo de financiamento para tais ações a serem desenvolvidas pelos CRST habilitados à rede (Machado e Santos, 2010). Três anos depois foi publicada outra Portaria dispondo sobre sua ampliação e fortalecimento,

com: 1) a adequação e ampliação da rede de Cerest, através da habilitação de 200 serviços, em todo Brasil; 2) pela inclusão das ações de ST na atenção básica; 3) pela implementação das ações de vigilância e promoção em ST; 4) pela instituição e indicação de serviços de ST de retaguarda, de média e alta complexidade, chamados de Rede de Serviços Sentinela<sup>4</sup>; e, 5) pela caracterização de Municípios Sentinela<sup>5</sup> em ST (Portaria 2437, de 07/12/2005). Os CRST, agora denominados pela sigla Cerests, são entendidos como unidades especializadas de retaguarda para as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores no SUS: “(...) *ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho*” (Portaria 2437, de 07/12/2005). A partir desta Portaria estabelece-se também que os Cerests habilitados passariam a receber um financiamento federal<sup>6</sup> específico mensal e fixo de R\$ 30.000,00 para os centros regionais, R\$ 40.000,00 para os centros estaduais e um recurso de incentivo para a implantação do Cerest, no valor de R\$ 50.000,00. Além disso, a Portaria define que a distribuição e o cronograma de ampliação da rede de Cerests deverão ser pactuados nos diferentes níveis de gestão, no âmbito de cada Estado e aprovada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Para habilitação de novos Centros é necessário desenvolver um Plano de Ação em ST, aprová-lo no respectivo Conselho de Saúde, organizar uma equipe mínima de trabalho, uma CIST ou Conselhos Locais, além de alimentar, mensalmente, os dados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) (Ministério da Saúde, 2006a).

Na primeira fase de implantação, os Cerests estadual e regionais de São Paulo foram habilitados, obedecendo aos seguintes critérios da Comissão Intergestora Regional (CIR):

---

<sup>4</sup> A Rede de Serviços sentinela caracteriza-se pela instituição e indicação da rede de serviços de retaguarda de média e alta complexidade já instalados (Portaria 2437 de 07/12/2005). Este serviço é responsável pela notificação e informações que irão gerar as ações de prevenção, vigilância e de intervenção (Dias e Hoefel, 2005).

<sup>5</sup> Os Municípios sentinelas, previstos por critérios em ato normativo que serão publicados posteriormente, devem desenvolver políticas de promoção da saúde e de desenvolvimento sustentável, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS (Portaria 2437 de 07/12/2005).

<sup>6</sup> Os repasses do financiamento da Renast são feitos mensalmente, pelo Fundo Nacional de Saúde, através da operação fundo a fundo, ou seja, para os Cerest Estaduais o recurso é encaminhado ao Fundo Estadual de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, e aos Cerest Regionais aos Fundos Municipais de Saúde, do município sede de abrangência região territorial do Cerest (Machado e Santos, 2010).

Sede de DIR<sup>7</sup> como critério de base geográfica, levando-se em conta a conveniência administrativa e buscando-se a pactuação geral por intermédio das CIR; Serviços já instalados; Demanda Social; Interesse do gestor municipal em desempenhar o papel de referência regional; Articulação interinstitucional e Acessibilidade (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006).

Posteriormente, a Coordenação de ST (Cosat) passa a ser vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (Portaria 1956, de 14/08/2007) e uma nova Portaria da Renast é publicada (Portaria 2728, de 11/11/2009) criando a possibilidade de organização de Cerests de abrangência Estadual, Regional e Municipal, com revisão das atribuições dos três níveis de gestão na ST, em conformidade com o Pacto pela Saúde (Portaria 399, de 22/02/2006)<sup>8</sup>.

Atualmente, todos os estados do Brasil e o Distrito Federal possuem Cerests estaduais habilitados pela Renast com ampliação prevista para 200 (duzentos), a partir da portaria de 2009. O Estado de São Paulo é o primeiro do País a apresentar uma rede de Cerests regionais habilitados (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004) e possui o maior número deles. Até 2009 em São Paulo estavam habilitados 42 Cerests: um estadual, cinco metropolitanos (cidade de São Paulo) e 36 regionais. A Renast propiciou o credenciamento de Cerests já existentes, alguns com mais de 20 anos, como o de Campinas, Santo André, São Bernardo do Campo, os metropolitanos do município de São Paulo (Sé, Santo Amaro, Mooca, Lapa e Freguesia do Ó), além dos Cerests recém-criados, a partir do incentivo oferecido pela própria Rede. Dias et al (2008) classificam como Cerests pioneiros aqueles existentes antes da Renast e como institucionais, os que foram criados a partir da proposição da rede.

No que tange à sua relação com o modelo de atenção, Dias e Hoefel (2005) afirmam que ao estar inserida no SUS, a Renast deve obedecer a seus princípios e qualificar essa atenção.

---

<sup>7</sup> Até dezembro de 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo era organizada em 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), a partir de então, a divisão administrativa passa a operar com 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), de acordo com o Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

<sup>8</sup> A Portaria 399/GM (de 22 de fevereiro de 2006) divulga o Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) visando redefinir as necessidades dos gestores em função das necessidades da população. As 6 prioridades de ações definidas no Pacto de Gestão são voltadas para: idoso, câncer de útero e mama, mortalidade infantil e materna, resposta a doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e Atenção Básica (Vasconcellos, 2007). A Portaria 699/GM (de 30 de março de 2006) institui o Termo de Compromisso de Gestão a ser pactuado nas esferas municipal, estadual e nacional.

Apesar dessa ponderação, foi proposto um modelo de atenção à saúde dos trabalhadores para a Renast (Ministério da Saúde, 2006a), no qual a rede de cuidados assistenciais (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Média e alta complexidade) notificam os agravos à saúde relacionados ao trabalho, que são processados pelo sistema de informação. Na outra ponta da atenção, as ações de Vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) também podem gerar e alimentar o sistema de informação, assim como encaminhar os casos para notificação na rede de assistência. No sistema de informações, os casos notificados são processados e ganham a dimensão de um fenômeno coletivizado que desencadeará as diversas ações em ST. Dessa forma, seria somente a partir da constatação do nexo causal do agravo ou doença com o trabalho e de sua notificação no sistema de informação, que os procedimentos de vigilância seriam desencadeados. Neste modelo, o primeiro passo para a articulação da atenção à saúde dos trabalhadores, na rede do SUS, é sua caracterização como agravos à saúde relacionados ao trabalho. A propósito da notificação destes agravos, existem dois instrumentos em vigor. A Lista das Doenças (agravos) Relacionadas ao Trabalho do MS (Portaria nº 1339, de 18/11/1999), publicada em cumprimento à determinação contida na Lei Orgânica de Saúde, e o manual “*Doenças Relacionadas ao trabalho, manual de procedimentos para os Serviços de Saúde*” (Ministério da Saúde, 2001). Essas publicações contêm cerca de 200 entidades nosológicas reconhecidas como relacionadas ao trabalho.

Outra medida governamental, diz respeito à Notificação Compulsória (Portaria 777/ Gabinete do Ministro, de 28/04/2004), que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores em rede de serviços sentinela específica, no SUS. A notificação desses eventos é objeto de protocolo de notificação pelo Ministério da Saúde(2006b), até então, dez deles foram publicados<sup>9</sup>.

Os Cerests já consolidados foram objeto de estudos relacionados à: 1) atenção à saúde dos trabalhadores (Dias, 1994; Lacaz, 1996; Frias Jr, 1999); 2) abordagem dos agravos por Lesões por Esforços Repetitivos(LER) (Oliveira, 2001) e da relação entre Saúde Mental e Trabalho (Glina et al, 2001; Barfknet et al, 2004; Sato e Bernardo, 2005); 3) às ações de Vigilância em ST (Pinheiro, 1996; Santos, 2001; Vilela, 2003); 4) à gestão do trabalho

---

<sup>9</sup> Os Protocolos publicados são: 1) Anamnese Ocupacional; 2) Acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes; 3) LER/DORT; 4) Exposição ao chumbo metálico; 5) Perda Auditiva Induzida por Ruído; 6) Pneumoconiose; 7) Risco químico: benzeno; 8) Câncer relacionado ao trabalho; 9) Dermatoses ocupacionais; 10) Materiais biológicos (Ministério da Saúde, 2006b).

(Medeiros, 2001) e Políticas Estaduais de Saúde do Trabalhador (Sodre, 2002; Correa et al, 2004). Ao lado disso existem publicações dos próprios gestores (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004; Otani, 2003; Bourguignon et al, 1998; Dias e Hoefel, 2005; Maeno e Carmo, 2005). No entanto, as experiências dos Cerests, após a implantação da Renast, foram objetos de um número pequeno pesquisas (Bertolini, 2007; Dias et al, 2008 e 2009; Lourenço, 2009).

Frise-se que muitos desses autores apontam que a estratégia de implantação dos Cerests permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, mas tem contribuído para manter a Saúde do Trabalhador à margem das políticas de saúde do SUS, à medida que estes Centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo (Hoefel, Dias e Silva, 2005), expressando a grande dificuldade de articulação intrasetorial, nos níveis básicos de atenção à saúde, nos níveis especializados e também com as instâncias de vigilância.

De acordo com Vasconcellos (2007), o foco assistencial em grande parte dos Cerests tem construído um paralelismo à rede do SUS, cujos profissionais, de certa maneira, se sentem desobrigados a prestar a assistência devida aos trabalhadores ao encaminhá-los para os Centros. Além disso, o autor afirma que o enfoque assistencialista limita o objeto da ação, o trabalho, com redução da potencialidade de transformação dos processos produtivos.

Segundo Dias et al (2009), os trabalhadores tem sido atendidos pela rede do SUS, embora esse atendimento não contemple a centralidade dos processos produtivos na determinação da saúde e doença. Por outro lado, a Saúde do Trabalhador no SUS completa 20 anos de existência, o que nos faz refletir sobre sua permeabilidade na rede. Atualmente, as portarias da Renast prevêm uma adequação dos Cerests, através da inclusão das ações de saúde dos trabalhadores na rede básica e implementação das ações de vigilância e promoção em saúde.

Desse modo, a priorização do investimento nos Cerests apresenta-se como a estratégia política atual do MS, desenvolvida com a institucionalização da Renast. O contexto em que esta estratégia é implantada demanda uma reflexão teórica e metodológica, inclusive sobre os pressupostos formulados, o que será objeto de análise mais detalhada no capítulo 2.

### **1.3. Modelo de Atenção e Processo de Trabalho em Saúde do Trabalhador.**

Mendes (1993) ao discutir o processo social de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, com a organização dos Distritos Sanitários<sup>10</sup>, por meio da gestão planejada de saúde sobre territórios delimitados, define as práticas sanitárias como um conjunto de processos de trabalho, articulados em operações para a ação sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde ou sobre os efeitos deles num dado território. Nesta concepção:

O processo de Trabalho em saúde tem como objeto o processo saúde e doença tanto em sua dimensão individual, como coletiva, caracterizando seus sujeitos, meios de trabalho, formas de organização das relações técnicas e sociais e seu conteúdo técnico e socialmente determinado (Mendes, 1993, p. 180)

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) compreendem o Modelo de Atenção à Saúde como a lógica da racionalidade que caracteriza o processo de trabalho em saúde, ou seja, como práticas, objetos, instrumentos e relações socialmente construídas, a fim de responder a determinados problemas e às necessidades de saúde historicamente construídas. Os autores entendem a Vigilância em Saúde como eixo para o processo de reorientação dos modelos assistenciais tradicionais do SUS, centrados nos modelos médico-assistencial e sanitarista. O modelo médico-assistencial privilegia o médico, toma como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitam o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias. Já o modelo sanitarista, tem como sujeitos os sanitaristas, toma como objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças, numa perspectiva epidemiológica, utilizando os meios da tecnologia sanitária, como educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc. (Teixeira, Paim e Vilasboas, 1998).

Nogueira (2000) ao tratar do processo de trabalho em saúde lembra que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho em outros setores da economia. Para além desta constatação, o autor afirma que toda assistência à saúde é uma prestação de serviço, que se funda numa inter-relação pessoal, que no caso da saúde torna-se decisiva para a própria eficácia do ato.

---

<sup>10</sup> Os distritos sanitários no Brasil correspondem aos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), criados como consequência da Resolução do Conselho Diretivo da OPAS (Mendes, 1993)

Outros autores, como Mehry (2000), discutem o modelo de atenção à saúde, tomando-o como a maneira de se construir a gestão dos processos políticos, organizacionais e do trabalho em saúde. O objeto da ação em saúde é o ato de cuidar, que se constrói no uso de tecnologias de trabalho, sejam materializadas em máquinas e instrumentos (tecnologias duras), recursos teóricos e técnicos consolidados (tratados como tecnologias leve-duras)<sup>11</sup>, assim como nas relações intersubjetivas (tecnologias leves). Tecnologias estas presentes no encontro das subjetividades, ou seja, "*nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato*" (Mehry et al, 2004, p. 116).

Como afirmam Lacaz e Sato (2006), o produto do processo de trabalho no setor de serviços é obtido ao mesmo tempo em que o processo se desenvolve, ou seja, o consumo do produto do trabalho ocorre simultaneamente a sua produção, colocando o trabalhador e o consumidor diretamente em contato, em co-presença (Meirelles 2006<sup>12</sup> apud Lacaz e Santos 2010). As incertezas, as relações com as pessoas atendidas, as circunstâncias a cada momento modificadas, os imprevistos, exigem dos trabalhadores outros modos de lidar com seu trabalho real<sup>13</sup>, para além das atividades de trabalho prescritas. Assim, a marca central do processo de trabalho nos serviços de saúde é operar com alto grau de incerteza, o que contém a ação territorial dos atores sociais em cena, possibilitando a construção de múltiplos projetos técnico-assistenciais (Merhy, 1999).

Além disso, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo institucional essencial para a vida humana (Ribeiro, Pires e Blank, 2004). Portanto, o modo como se articulam os diferentes profissionais de uma equipe de saúde determina as possibilidades e limites de respostas às necessidades de saúde das pessoas (Silva et al, 2002).

Diferentemente da compreensão do processo de trabalho em saúde como mera produção de procedimentos, Mehry et al (2004) sinalizam a importância de se refletir sobre o processo da

---

<sup>11</sup> Os autores acreditam que nas atividades de saúde seriam utilizadas tecnologias do tipo leve-duras, que, por um lado, são tecnologias leves por se constituírem em um saber dos trabalhadores, adquirido e inscrito no modo de pensar e organizar suas ações e casos de saúde. No entanto, esses saberes por já serem estruturados, protocolados, normalizados são considerados tecnologias duras (Merhy, 1999).

<sup>12</sup> Meirelles, DS, 2006. O conceito de Serviço. *Revista Economia Política*, 26 (1): 119-36.

<sup>13</sup> Trabalho real e trabalho prescrito são noções utilizadas pela ergonomia francesa, ver a respeito: Danielou, Laville e Teiger, 1989. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17 (68): 7-13, São Paulo.

produção do cuidado, em suas múltiplas dimensões: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas, dos lugares, na promessa de construir saúde. Para tanto, o cotidiano do trabalho se torna o foco privilegiado da reflexão micropolítica sobre o trabalho vivo em saúde:

(...) abrindo-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos 'arranjos' no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar os sentidos da ação em saúde, em direção ao campo da necessidade dos usuários (Merhy, 1999, p. 306).

Para o autor, a micropolítica do processo de trabalho em saúde é o lugar da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, dos tipos de profissionais que os praticam, os saberes que incorporam e o modo como representam o processo saúde-doença.

Nesta mesma linha, ao propor um método de co-gestão do trabalho em saúde, Campos (2000) considera duas finalidades do trabalho em saúde: produzir bens e serviços necessários ao público e cuidar da constituição de sujeitos e de coletivos, buscando fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários do SUS. O método proposto chamado de Roda ou Paidéia critica a racionalidade gerencial hegemônica no SUS, visa a produção de sujeitos mais autônomos e consiste na construção de espaços concretos destinados à comunicação, à elaboração e tomada de decisões (Campos, 2000).

Vale destacar que as concepções acima descritas, sobre Modelos de Atenção foram agrupadas por Carvalho (2002) em duas linhas distintas da abordagem do processo e gestão do trabalho em saúde. Para este autor, as duas correntes poderiam ser condensadas em Vigilância em Saúde, agrupando o conjunto dos trabalhos de Mendes (1993 e 1996), Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) e a corrente de Defesa da Vida com os trabalhos de Mehry (1997 e 2000), Campos (1995, 1997), Cecílio (2001).

Considerando as abordagens referidas, pode-se dizer que o processo de trabalho em Saúde do Trabalhador teria como constituintes os atores, meios, objetos de trabalho e as relações técnicas, mediadas pelos saberes, tecnologias e pelas relações sociais que se estabelecem entre tais atores: gestores, trabalhadores de saúde e trabalhadores atendidos, organizados coletivamente ou não, com um papel protagônico destes últimos dada sua vivência e conhecimento prático.

A categoria central de análise é o processo de trabalho, em sua acepção marxista, tomando suas vertentes técnica, histórica e social (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997 e 2003), ao que se soma a análise da forma de gerir as equipes multiprofissionais, como vínculos de trabalho, formas de contratação e participação na definição das ações. O uso destes conceitos em toda a sua extensão, que procura também contemplar a subjetividade dos atores envolvidos, dá concretude ao objeto de estudo aqui proposto nos marcos da ST (Nardi, 2004, Lacaz, 1996; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997 e 2003).

Frise-se que refletir sobre as transformações e o processo de trabalho tem implicações políticas e éticas, uma vez que as relações e instrumentos utilizados na produção do conhecimento e dos produtos materiais e não materiais são por elas determinadas (Scherer, Pires e Schwartz, 2009).

Essas ferramentas desenham as trilhas do caminho metodológico em que iremos conduzir a pesquisa, desde a escolha dos Cerests investigados, os casos e os sujeitos pesquisados, até a coleta dos dados de campo e os parâmetros da análise qualitativa, referentes às três singulares experiências desenvolvidas nesses espaços.

Aqui, algumas perguntas se colocam. Na atual conjuntura, como está se constituindo o processo de trabalho em Saúde do Trabalhador desenvolvido em equipes multidisciplinares nos Cerests de São Paulo? Que características atravessam as ações consideradas exitosas, por essas equipes em Saúde do Trabalhador nos Cerests? Quais são as possíveis dificuldades e potencialidades dessas ações?

#### **1.4. Justificativa**

O modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no SUS e sua recente conformação nos Cerests, a partir da Renast, carece de estudos atualizados. O presente trabalho busca responder à necessidade de se refletir no que tange ao modelo atual, a partir da Renast, sobre: as formas de gestão; os aspectos políticos, organizativos e o trabalho cotidiano produzidos pelas equipes multiprofissionais em experiências singulares desenvolvidas nos Cerests. Da mesma forma, possibilitará um diálogo entre os saberes e práticas do campo ST e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, a análise proposta pode fornecer subsídios para revelar nas experiências de êxito os problemas e possibilidades existentes, a fim de apontar para

caminhos de revisão da prática da ST no SUS.

Acreditamos que o estudo, ao focar o processo de trabalho das ações consideradas exitosas, desenvolvidas pelos Cerests de São Paulo, contribuirá para trazer elementos de avaliação das políticas públicas em ST e para a produção de novas práticas, articuladas com as demandas dos trabalhadores e adequadas para intervir na realidade encontrada, o que se mostra fundamental para a promoção da saúde.

Assim, ancorada no cotidiano das ações desenvolvidas pelos Cerests, a construção do conhecimento acerca do processo de trabalho em ST nos permite discutir a produção de saberes, práticas e relações entre gestores, trabalhadores do SUS, trabalhadores usuários e outros atores sociais envolvidos na problemática, trazendo elementos para sua compreensão e estimulando a construção de possibilidades para a concretização das ações voltadas para a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

Nesse sentido, este trabalho se configura como uma proposta de sistematização de conhecimento com a pretensão de que seu produto possa contribuir para a construção de novas práticas em ST com o forte desejo de que estas tenham como elemento norteador a produção de vida e saúde, à medida em que entendemos a pesquisa como uma possibilidade de análise e de produção social de novos saberes e fazeres.

## 1.5. Objetivos

**1.5.1. Objetivo Geral:** Analisar o processo de trabalho nas ações consideradas exitosas desenvolvidas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de Amparo, Campinas e Santo Amaro.

### 1.5.2. Objetivos Específicos:

- Identificar as ações de assistência, vigilância e educação realizadas nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, desenvolvidas por equipes multidisciplinares e consideradas exitosas por elas;
- Analisar as formas de gestão do trabalho das equipes multidisciplinares dos três Cerests;
- Identificar os atores sociais envolvidos nessas ações e as relações estabelecidas entre eles no processo de trabalho em ST nos três Cerests;
- Identificar e compreender a utilização de instrumentos legais, os elementos técnico-políticos nos processos de trabalho envolvidos nestas ações;
- Analisar as potencialidades dessas ações em ST e os possíveis impactos sobre a saúde dos trabalhadores atendidos.

## 1.6. Referenciais Metodológicos

*“É na invenção de novos mundos,  
talhados na medida de um esforço de artista,  
que encontramos a chave da produção de  
novas formas efetivas de conhecer.”*

Virginia Kastrup

A opção metodológica pela abordagem qualitativa está relacionada ao objeto de nossa pesquisa, o processo de trabalho em saúde nas experiências consideradas exitosas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do SUS de São Paulo. Buscamos uma metodologia que contenha um potencial analítico capaz de acompanhar a dinâmica dos processos de trabalho em ST. A pesquisa qualitativa propicia abordar informações de potencial explicativo ímpar, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças, ou seja, permite comparar experiências e expressões a serem pesquisadas (Minayo, 1998). A ênfase maior sobre o estudo de caso (Becker, 1999; Yin, 2001) nos fornece a possibilidade de olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, isto é, gestores, trabalhadores da saúde e trabalhadores usuários, procuram construir as ações coletivas em ST no SUS.

Por outro lado, a abordagem qualitativa expressa menor preocupação com a generalização, sua prioridade é o maior aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social, de uma organização. Dessa forma, os critérios da amostragem não são numéricos em si, mas critérios qualitativos que: privilegiem os sujeitos sociais que o pesquisador pretende conhecer; considere-o em número suficiente para uma reincidência de informações; o conjunto dos entrevistados deve ser diversificado para possibilitar a apreensão das diferenças; e, esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informantes contenham o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (Minayo, 1998).

Partindo dos critérios qualitativos relativos à trajetória histórica dos Cerests, à densidade tecnológica contida nas equipes e à articulação com a rede básica de saúde do SUS, no universo de 42 Cerests habilitados pela Renast de São Paulo até o ano de 2006, escolhemos

para o estudo de caso os Cerests dos municípios de Campinas e de São Paulo, da região da Santo Amaro, ambos considerados experiências históricas no Estado de São Paulo, iniciadas em 1986 e 1990, respectivamente, compostos por equipes multiprofissionais com densidade tecnológica. Além destes, o Cerest de Amparo, uma experiência recém habilitada pela Renast em 2004, que nasce com a proposta de articulação da ST com a rede básica de saúde daquele município. A escolha destes três Cerests foi precedida da participação em reuniões periódicas da Renast Estadual de São Paulo, onde procuramos identificar experiências consideradas exitosas pelos pares, a fim de procedermos ao estudo de caso mais aprofundado sobre o processo de trabalho em ST e suas possíveis repercussões sobre a saúde dos trabalhadores atendidos. Selecionamos três casos em ST e procuramos reconstituir o percurso dessas ações, em relação à sua origem e conseqüências, buscando ilustrar as potencialidades e dificuldades no desenvolvimento dessas ações no campo ST.

Entende-se o método como um meio de organizar as etapas da investigação. O momento da realização da pesquisa de campo e da análise dos dados possibilitou a reflexão sobre a metodologia utilizada inúmeras vezes, analisando seus objetivos, procedimentos, sua prática e efeitos, além da nossa própria implicação neste processo, de que falaremos a seguir.

### **1.6.1. Trajetória metodológica da pesquisa de campo**

Em agosto de 2006, quando ocorreu a matrícula no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, o projeto de pesquisa consistia em analisar os Desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, a partir do estudo da Renast. A pesquisa proposta envolveria 18 Cerests Estadual e regionais do Estado de São Paulo, sendo 03 deles localizados na região metropolitana de São Paulo e outros 15 no interior do estado (em cidades como Campinas, Piracicaba, Botucatu, Ribeirão Preto, etc). Seguindo as normas do próprio Programa tal projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em outubro de 2006, sob o numero 1467/06.

O projeto passou por uma banca de qualificação no dia 23 de fevereiro de 2007, composta pelo prof. Francisco Antonio de Castro Lacaz (orientador), profa. Leny Sato, prof. Herval Pina Ribeiro e a professora Sylvia Helena Souza da Silva Batista. As pertinentes alterações sugeridas pela banca foram incorporadas ao projeto. O título foi alterado para “Processo e

Gestão do Trabalho em saúde: estudo de caso dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”. Os objetivos também foram revistos, seguindo orientação da banca, a fim de focalizar o processo de trabalho das ações exitosas voltadas para a saúde dos trabalhadores. A metodologia foi readequada ao novo objeto, nos moldes de um estudo de caso de três experiências, com entrevistas individuais, observação em campo e análise documental, também por orientação da banca. Após a revisão do projeto, as emendas propostas foram enviadas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Unifesp.

A partir daí realizamos ampla pesquisa bibliográfica e participamos de reuniões da Renast no Estado de São Paulo, a fim de identificar no universo dos 18 Cerests definidos a priori, os 3 com experiências consideradas exitosas pelos pares. Desse modo identificamos as experiências desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de Amparo, Campinas e Freguesia do Ó, na zona norte do município de São Paulo, e realizamos contatos com seus coordenadores, a fim de apresentar o projeto e a possibilidade da realização da pesquisa.

Em Amparo, município distante cerca de 153 Km da cidade de São Paulo, conversamos com a coordenadora do Cerest e a coordenadora de Saúde do Trabalhador da SMS de Amparo, que concordaram com a pesquisa. Enviamos ofício ao gestor da SMS sobre este fato, obtendo a autorização.

Na cidade de Campinas, que localiza-se a cerca de 96 Km da cidade de São Paulo, prosseguimos o contato inicial feito com um profissional do CRST, que agendou conversa com a gestora para apresentação do projeto. Na reunião da equipe do CRST foi apresentado o projeto, com a aprovação para a realização da pesquisa.

No que tange ao CRST/ Freguesia do Ó, apesar do insistente contato com a coordenadora deste serviço, não conseguimos agendar nem a entrevista inicial. Em novembro de 2008, em conversa por telefone, a gestora disse que não seria possível realizar a pesquisa naquela unidade. Frente a esta negativa, optamos por buscar outro Cerest do município de São Paulo, que contemplasse os requisitos metodológicos delineados no projeto de pesquisa. O CRST de Santo Amaro atendia às características apontadas e realizamos o contato inicial com sua

coordenadora, que se mostrou disponível para acolher nossa pesquisa. Como o CRST de Santo Amaro está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo foi necessário entrar com um novo pedido de autorização para a realização da pesquisa no Comitê de Ética da SMS de São Paulo. Entramos com o processo em dezembro e recebemos o parecer final de aprovação em fevereiro de 2009, sob o numero CAAE 193/08.

### **1.6.2. Os Cerests e as ações escolhidas para análise**

As experiências desenvolvidas pelos Cerests e consideradas exitosas pelos entrevistados, são descritas resumidamente a seguir e detalhadamente nos Capítulos 3, 4 e 5. As três ações consideradas exitosas são desenvolvidas em equipe multiprofissional e buscam integrar instâncias e profissionais do SUS, além de instituições fora dele.

No Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) do município de Amparo, que nasce em 2004, a partir da habilitação à Renast, a proposta consiste em estabelecer-se como retaguarda especializada para o desenvolvimento de ações de assistência, vigilância e educação em ST na rede básica de saúde, composta por 14 Unidades Básicas de Saúde, com 20 equipes de Saúde da Família. O dispositivo usado para tanto é o de Apoio Matricial (AM) (Campos, 1999) em ST, que analisaremos nessa pesquisa tendo como parâmetro o processo de trabalho envolvido para sua construção, as potencialidades desta ação, assim como as dificuldades encontradas. Nesse sentido, procuramos analisar na experiência o processo de integração das ações desenvolvidas pelo Cerest nas Unidades Básicas de Saúde, junto as Equipes de Saúde da família, a partir do estudo de caso do Apoio Matricial em ST, naquele município.

O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) de Campinas, que nasce em 1986, desenvolveu nos últimos anos a experiência de vigilância em ST e Ambiental, no âmbito dos riscos químicos, como no caso do bairro Mansões Santo Antônio e Shell Paulínia. A experiência escolhida para análise foi o Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível, que carrega essa trajetória e representa uma potencial ação integrada, intra e interinstitucionalmente, numa rede tecida com a participação de profissionais do CRST, das Comissões do Benzeno e da Vigilância Municipal de Campinas.

O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) de Santo Amaro, que nasce em 1990 vem apresentando soluções assistenciais no trabalho em grupo com os trabalhadores atendidos. Nessa perspectiva, pesquisamos a experiência de assistência em Grupo de Reorientação Profissional (GRP), que tem como objetivo de reintegrar o trabalhador, com seqüela de acidente e doença relacionada ao trabalho, no mercado de trabalho e/ou na vida social.

Vale ressaltar que os CRST de Campinas e Santo Amaro mantêm a sigla histórica e não incorporaram a sigla Cerest, que está mais vinculado as experiências posteriores à Renast, os Cerests institucionais, como o caso de Amparo. Assim, respeitaremos nesse trabalho a sigla CRST quando nos referirmos às experiências de Campinas e Santo Amaro e utilizaremos a sigla Cerest para indentificar Amparo e o conjunto das experiências dos Centros.

A fim de apreender os diferentes enfoques sobre o processo de trabalho em ST nessas ações utilizamos do recurso das entrevistas semi-estruturadas individuais com seus diferentes atores. De acordo com Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada, que combina perguntas estruturadas e abertas, dá ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, o que se mostra importante para nossa pesquisa. Para tanto, elaboramos dois roteiros<sup>14</sup> de entrevista, um na forma de instrumento de coleta de dados sobre os Cerests escolhidos, que foi aplicado nas entrevistas com os gestores e profissionais indicados com experiência histórica na ST, contendo dados históricos, da estrutura, da equipe, do processo de planejamento e avaliação de ações, entre outras questões. Esse roteiro subsidiou as opções metodológicas e auxiliou na seleção das experiências consideradas exitosas e a identificação dos sujeitos nelas envolvidos. O segundo roteiro foi dirigido aos profissionais entrevistados que participam diretamente das experiências estudadas e continha questões acerca da formação desses profissionais, o trabalho desenvolvido por eles nos Cerests (casos e queixas, principais atividades, estratégias e técnicas de trabalho), a organização das experiências (integrações e inter-relações), as potencialidades e dificuldades do trabalho. Pensamos em questões que pudessem tornar visível o que é feito e pensado pelos profissionais sobre o desenvolvimento de uma ação exitosa em ST para posterior análise do processo de trabalho em saúde.

---

<sup>14</sup> Os roteiros são os anexo 1 e 2.

Assim, um primeiro passo para a escolha dos sujeitos a serem entrevistados foi a descrição e delimitação das ações e avaliação da população base e seu grau de representatividade (Duarte, 2002). A partir daí realizamos entrevistas com os gestores dos Cerests, com os profissionais das equipes de saúde e de outras instituições, trabalhadores usuários e sindicalistas envolvidos nas ações, tendo como objetivo central resgatar a dinâmica do processo de trabalho em ST. Assim sendo, o número de Cerests escolhidos, mesmo que a primeira vista pareça reduzido é justificado pela decisão de conter o universo de análise e possibilitar o estudo mais aprofundado dos atores, de suas percepções sobre as relações, tecnologias utilizadas no desenvolvimento do processo e gestão do trabalho em saúde e suas repercussões sobre o trabalho e a saúde dos trabalhadores atendidos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas.

No que diz respeito ao número de sujeitos entrevistados, este não foi determinado a priori, visto que dependeu da qualidade das informações obtidas, da profundidade, do grau de recorrência e divergência dessas informações (Duarte, 2002). Desse modo, boa parte dos entrevistados foram indicados por profissionais entrevistados anteriormente, os informantes-chaves, que forneceram as “dicas” sobre os atores envolvidos na experiência, sejam eles profissionais da saúde, de outras instituições, representantes de trabalhadores e usuários dos Cerests. O possível viés na seleção dos depoentes atendia ao interesse da pesquisa de campo, pois procurávamos os atores com maior envolvimento com a questão tratada. Essa fase foi muito gratificante, pois consistiu na descoberta do campo, do conhecimento do processo de trabalho de cada experiência, dos atores sociais envolvidos, o contato inicial, o planejamento, a realização das entrevistas e a participação em reuniões.

À medida que a rede das relações entre os sujeitos foi tecida, o número de entrevistados foi se ampliando significativamente em relação ao inicialmente imaginado, totalizando a realização de 47 entrevistas. Devido a problemas técnicos no gravador uma delas (com trabalhador usuário do Cerest de Amparo) foi perdida e outra com trabalhadora do CRST de Santo Amaro foi aproveitada parcialmente. Considerando a riqueza dessas falas, acreditamos que tivemos um bom aproveitamento do material, visto que pudemos utilizar 46 entrevistas, com cerca de 80 horas de gravação.

Devido ao grande volume de horas optamos para o pagamento de transcritor e subsequente impressão do texto transcrito. Esse fato propiciou a aceleração do acesso ao material escrito, para uma pré-análise mais dedicada, através da concomitante leitura e audição das entrevistas, por horas a fio, a fim de encontrar as categorias temáticas, tal qual proposto pela Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). A escuta e leitura simultânea das entrevistas propiciou um mergulho ímpar nas experiências selecionadas para o estudo, permitindo identificar o tom de voz, os jeitos de falar, as ênfases, a desenvoltura ou timidez dos entrevistados, entre outros aspectos.

Vale ressaltar, que a busca de documentos históricos e oficiais (planos e relatórios de ações) dos Cerest correu em paralelo à realização das entrevistas com os gestores e trabalhadores. Além disso, participamos na condição de observadora de reuniões e atividades relacionadas, que detalharemos a seguir. Frisamos, no entanto uma dificuldade de acesso a alguns documentos históricos e de planejamento do Cerest/ Santo Amaro, conforme discutiremos no Capítulo 5.

### **1.6.3. O momento de realização das entrevistas e os entrevistados**

O momento da realização das entrevistas foi construído como processo, um veículo para nos levar a análises das experiências. Entramos em contato com os profissionais, suas estratégias de trabalho e os diferentes olhares sobre a ST. Para tanto, as entrevistas foram agendadas com cada profissional na data, horário e local reservado. Quatro delas, por preferência dos próprios entrevistados, ocorreram em duplas, sendo duas delas com profissionais do Cerest e duas com trabalhadores usuários, em que eles respondiam às perguntas separadamente, primeiro um depois o outro.

Antes do início da entrevista, propriamente dita, apresentávamos sinteticamente o projeto de pesquisa, seus objetivos e o Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE)<sup>15</sup>, que foram assinados por eles, resguardando, dentre outros aspectos a identidade dos entrevistados. As entrevistas iniciavam com a apresentação dos dados dos entrevistados, vínculos e tempo de trabalho, assim como as principais ações de ST desenvolvidas na instituição. Durante as entrevistas, seguindo os roteiros, pedimos para que os entrevistados falassem sobre o

---

<sup>15</sup> Anexo 3

processo de trabalho envolvido na ação, as dificuldades e potencialidades da mesma. Da mesma forma, solicitamos que nos falassem sobre seu entendimento de experiência exitosa em ST. Isso porque, o foco da nossa investigação não eram os trabalhadores entrevistados em si, mas o processo de trabalho, a dinâmica construída no planejamento, desenvolvimento e avaliação de tais ações exitosas.

Em Amparo, Realizamos 1 entrevista com a gestora de ST da SMS, com formação em Psicologia, de certa forma vinculada ao Cerest, 1 entrevista com a gestora do Cerest, enfermeira, e 5 entrevistas com profissionais do Cerest, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Médica, 1 Psicóloga, 1 técnica de Enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. Além de 4 entrevistas com profissionais vinculados a Unidade Básica de Saúde do bairro de São Dimas: 2 enfermeiras, 1 médico, 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além deles, entrevistamos 2 trabalhadores organizados como representantes sindicais, Sindicato dos Químicos e metalúrgicos, que fazem parte do Conselho Gestor do Cerest/ Amparo. Sendo assim, totalizamos a realização de 13 entrevistas no município de Amparo. Participamos de 2 reuniões da equipe matricial do Cerest nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Camanducaia e São Dimas, no município de Amparo, de 1 reunião de equipe do Cerest/ Amparo, 1 reunião do Conselho Gestor da Unidade, 1 reunião dos gestores dos serviços de referência do SUS/ Amparo. Totalizando a participação na qualidade de pesquisadora/observadora, em 5 reuniões.

Na experiência do Cerest/Campinas, entrevistamos a gestora do CRST, com formação em fonoaudiologia, e 4 profissionais do CRST, sendo 1 psicóloga, 2 médicos e 1 enfermeira. Entrevistamos atores importantes da Vigilância em Saúde Municipal (VISA), sendo 1 tecnóloga ambiental, 1 médico e 1 engenheiro. Entrevistamos 1 profissional fonoaudióloga da Divisão Sanitária do Trabalho do Centro de Vigilância em Saúde (CVS) e 1 gestor ambiental do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador da Bahia (CESAT). Além disso, entrevistamos 2 atores da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) de Campinas e São Paulo, 1 historiadora e 1 química, e 1 profissional médico da Superintendência Regional do Trabalho (SRT) de São Paulo. Além dos 4 trabalhadores organizados, sendo 2 deles do Sindicato dos Frentistas e 2 da Associação dos Trabalhadores Expostos a Produtos Químicos (ATESQ). Assim totalizamos a realização de 17 entrevistas. Participamos de uma Reunião da Comissão Estadual do Benzeno e do Seminário: “Capacitação para o desenvolvimento de ações de vigilância em Postos de Combustível”,

entre os dias 25 e 29 de abril de 2009, em São Paulo. Seminário este promovido pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, para trabalhadores da saúde, diretamente relacionado ao Projeto de Vigilância em Postos de Combustível, do CRST/ Campinas.

Na experiência do CRST de Santo Amaro totalizamos 16 entrevistas. Entrevistamos a gestora do CRST, de formação médica, 7 profissionais do CRST, sendo 2 médicas, 2 Terapeutas Ocupacionais, 1 educadora, 1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem. Entrevistamos também 1 psicóloga vinculada ao Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas (SSO/HC), 5 trabalhadores usuários do Grupo de Reorientação Profissional (GRP) do CRST e 2 trabalhadores membros do Conselho Gestor, organizados na Associação Nacional dos Trabalhadores da Produção de Energia Nuclear (ANTPEN) e na Associação dos Expostos e Intoxicados por Mercúrio Metálico. Participamos de 4 reuniões do GRP e 1 reunião do Conselho Gestor dessa unidade. Realizamos reunião no CRST/Santo Amaro para apresentar aos profissionais do GRP os resultados parciais da análise dos dados. O que totaliza a nossa participação em 6 reuniões.

De forma sintética e agrupando os profissionais dos três Cerests, do total de 46 entrevistas, 19 foram com profissionais dos Cerests, 11 com outros profissionais da rede SUS (municipal, estadual de São Paulo e Bahia e Hospital das Clínicas), 3 com profissionais de outras instituições (Fundacentro e SRT), 8 com trabalhadores organizados (sindicatos e associações) e 5 com trabalhadores usuários. A fim de resguardar a identidade dos entrevistados, preservamos a autoria das falas selecionadas, indicando o vínculo com a instituição de origem: os vinculados ao Cerests com o termo profissional ST; das UBS como profissional PSF; as siglas institucionais, como VISA, CVS, CESAT, HC, Fundacentro e SRT, e; o uso do termo Trabalhador para indicar os usuários, os organizados em sindicatos e em associações.

Por outro lado, devido às características da abordagem metodológica adotada, a realização de entrevistas, em sua grande maioria individuais, e o fato do número total de entrevistas ter superado a expectativa inicial, a pesquisa de campo demandou maior tempo de trabalho e de deslocamento para sua execução. Foram dezenas de viagens para Amparo, Campinas e até mesmo para Santo Amaro, cujo o problema em si não era a distância, mas o trânsito da cidade São Paulo.

Um aspecto curioso é que na etapa final das entrevistas de Campinas, dois profissionais foram agendados no mesmo dia em horários diferentes, sendo que haveria reunião de parte da equipe do Projeto dos Postos de Combustível. Assim, quase todos os profissionais já entrevistados estavam presentes, o que levou a refletir sobre a possibilidade da proposta de grupo focal, como metodologia para coleta de dados. Acredito que se houvessem subsídios metodológicos para uso do grupo focal, este poderia ter contribuído para a superação da dificuldade dos agendamentos de entrevistas individuais e dos múltiplos deslocamentos. Devido ao fato das entrevistas estarem sendo finalizadas praticamente naquele dia e a falta de recursos metodológicos para subverter o desenho do projeto, mantivemos as entrevistas individuais com o grupo de Santo Amaro. No entanto, permanece a indagação com relação a possibilidade da abordagem através do grupo focal, nesse tipo de pesquisa, à medida que as entrevistas individuais poderiam servir de suporte complementar para os dados obtidos no grupo.

#### **1.6.4. Atividades paralelas relacionadas à pesquisa de campo**

Participamos também de importantes encontros da Renast do Estado de São Paulo, nos anos de 2006 e 2007, promovidos pela SESA. Nesse período realizamos 4 entrevistas iniciais para a sondagem da proposta e entendimento da problemática, que não foram incorporadas na tese, com profissionais do CRST/ Campinas, com o gestor Estadual da Renast e 2 profissionais da Divisão Sanitária do Trabalho, do CVS, SESA. Estivemos, na qualidade de pesquisadora/observadora, no Encontro de Gestores Estaduais da Saúde do Trabalhador e Ambiental, realizado nos dias 14 a 17 de outubro de 2008, em Brasília/DF, promovido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde.

Os resultados parciais obtidos na pesquisa de campo foram apresentados em forma de artigo “A Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios”, produzido em co-autoria com o prof. Francisco Antonio de Castro Lacaz, que foi base para Oficina de Trabalho, realizada durante o I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (Simbrast), ocorrido em outubro de 2007, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que será objeto de publicação.

Ademais, contribuímos na coordenação da Oficina: “A integração entre a Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador: a questão da informação”, realizada no período pré-simpósio, no IV

Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa): “Vigilância Sanitária e os 20 anos da Constituição Cidadã”, realizado entre 23 e 25 de novembro de 2008, em Fortaleza- Ce, promovido pela Abrasco.

Entre os dias 22 a 26 de agosto de 2009, participamos do 11º Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado em São José dos Campos e promovido pela Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), sob o tema central "Saúde Pública e crise(s): fronteiras e caminhos". Apresentamos neste evento o trabalho contendo dados parciais da pesquisa, já expressa no artigo: “A Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS): Contexto, Estratégias e Desafios”.

Contribuímos com o professor-orientador Francisco Antonio de Castro Lacaz, na produção do Artigo Original “Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais”, publicado no Suplemento 2, da Revista Médica de Minas Gerais, número 20/22, de 2010.

Entre os dias 31 de outubro e 04 de novembro de 2009 participamos do “IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde”, na cidade de Recife, promovido pela Abrasco. Participamos na modalidade de relatora da Oficina sobre Vigilância e Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu nos dias 30 e 31 de outubro, como atividade pré-Congresso, promovida pelo Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da Abrasco. Nesse Congresso também apresentamos dois trabalhos referentes a pesquisa de doutorado, no formato de pôster, que foram publicados no suplemento do periódico Ciência e Saúde Coletiva. Os trabalhos apresentados foram: 1) Saúde do Trabalhador no SUS: Dificuldades e Avanços segundo gestores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de São Paulo; 2) A Saúde do Trabalhador na Atenção Básica do SUS: um estudo da ação de Apoio Matricial no município de Amparo.

Ainda aproveitando os resultados da pesquisa de campo, em parceria com o professor-orientador Francisco Antonio de Castro Lacaz e duas outras autoras, contribuimos na produção do Artigo “Programa de Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível?”, que foi submetido para publicação em revista científica. Frise-se que a participação nestes eventos e a organização do material no formato de artigos e apresentações em congressos foi de suma relevância para a construção do processo de pré-análise dos dados

de campo.

#### **1.6.5. A sistematização e análise dos dados coletados.**

Com uma abordagem qualitativa de estudo de caso (Becker, 1999; Yin, 2001), analisamos como os gestores, os profissionais da saúde municipal, trabalhadores usuários do SUS e organizados em sindicatos e associações procuram construir as ações em ST. As entrevistas e a análise dos documentos propiciaram a reconstrução da dinâmica do processo do trabalho desenvolvido pelos próprios entrevistados, os mecanismos que possibilitaram a efetivação das experiências e as dificuldades encontradas nesse processo.

Como referencial metodológico de análise das entrevistas, usamos a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), através da construção das categorias temáticas obtidas da análise do material coletado, de acordo com cada caso estudado. Estabelecemos a relação dessas categorias temáticas com o referencial teórico da Saúde Coletiva e do campo ST, com uma bibliografia preponderante de base Nacional. No que diz respeito a forma de análise escolhida: *“Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”* (Bardin, 1977, p. 105). As categorias temáticas foram criadas por representarem os temas mais relevantes, facilitar o processo de organização dos relatos e dar visibilidade aos principais questionamentos levantados durante a pesquisa. No entanto, não procedemos à contagem da frequência das unidades de significação presentes no discurso (Minayo, 1998), buscamos analisar qualitativamente a presença de determinados temas e submetê-los a uma interpretação mais profunda relacionando-os à teoria e conceitos do campo ST. Essa tarefa consistiu num exercício espetacular de montagem do “quebra-cabeça”, que partiu da escuta e leitura atenta das entrevistas, do processo de seleção das falas que qualificam os elementos mais relevantes aos objetivos da pesquisa, para a construção dos núcleos de sentido e a concomitante busca das referências teóricas, para a produção das matrizes de análise, que sustentaram a seleção das categorias temáticas. Quase que talhado com o esforço de um artista, a construção dos procedimentos de análise do material de campo em conjunto com o referencial teórico foi um grande exercício da arte de ofício como pesquisadora.

Os dados coletados foram analisados nos seguintes eixos temáticos: equipe do Cerest, planejamento e avaliação das atividades, as principais ações desenvolvidas, as estratégias, técnicas e legislação, o controle social e a participação dos trabalhadores. Nas ações exitosas escolhidas para análise, procuramos compreender a trajetória para a construção das mesmas, as potencialidades relacionadas às suas possíveis repercussões e as dificuldades descritas. Em torno dos eixos categorizamos o material de acordo a seu pertencimento ao quadro teórico descrito no Capítulo 2 e conforme cada experiência na sua singularidade, considerando as potencialidades e dificuldades de cada uma delas, as quais serão analisadas e discutidas nos Capítulos 3, 4 e 5. Dessa forma selecionamos das ações estudadas os seguintes núcleos temáticos singulares, que de certa maneira interagem entre si. São eles:

Cerest/ Amparo: O trabalho intrasetorial e o estreitamento de vínculos; O trabalho interdisciplinar e a construção de projetos terapêuticos; A reorganização do Trabalho em Saúde; Mudança na abordagem do processo saúde-doença; A sobrecarga de trabalho, habilidades da equipe e a rotatividade dos profissionais de saúde; A subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho; Dificuldades nas relações intra e interinstitucionais, e; os desafios para a gestão do processo de trabalho em ST no SUS.

CRST/ Campinas: História da Saúde Pública de Campinas e do CRST; Trabalho interdisciplinar, intra e interinstitucional; Mudança na abordagem do processo saúde-doença; Possibilitar olhar ampliado sobre o risco químico; Melhorar as condições de trabalho, aumentar o controle social e regulamentar processos. As categorias temáticas desenvolvidas para análise das dificuldades desta ação foram: Relações intra e interinstitucionais; Dificuldades em promover mudanças; Construir uma Atenção Integral à Saúde, e; os desafios para a gestão do processo de trabalho em ST no SUS.

CRST/ Santo Amaro: História da proposta, Mudança na abordagem do processo saúde-doença, Reinserção no mercado de trabalho, nos estudos e na vida social; Conhecer e trocar experiências com outros trabalhadores; Ampliar os horizontes e mudar o sentido da vida; Escassez de recursos materiais e financeiros; Dificuldades nas relações intra e interinstitucionais; Dificuldade em promover mudanças, e; os desafios para a gestão do processo de trabalho em ST no SUS.

Como fonte secundária de dados procedemos a um estudo dos documentos coletados, como os Planos de Trabalho dos anos de 2007 e 2008, a fim de entender a dinâmica das ações desenvolvidas, desde o planejamento até sua avaliação, compreender a configuração das relações entre os sujeitos, as dimensões técnico-políticas do processo de trabalho e suas possíveis repercussões sobre a saúde dos trabalhadores para servir de base da construção de novas experiências.

Na análise final da pesquisa as categorias temáticas serviram de suporte para as articulações que pudemos fazer entre os documentos e as referências bibliográficas. A análise desenvolvida nesse trabalho não objetivou em nenhum momento buscar uma verdade transcendente ou uma representação sobre o que foi falado nas entrevistas e reuniões, mas sim a compreensão do processo de trabalho e dos mecanismos de seu fluxo ou impedimento na rede do SUS. Apresentamos aqui o esforço para conhecer os múltiplos movimentos, que atravessam o processo de trabalho, com o intuito de que o resultado possa contribuir na construção de um quadro de referência no campo.

Dessa forma, no capítulo seguinte faremos algumas considerações acerca do trabalho contemporâneo e dos desafios para a atenção à saúde dos trabalhadores nesse contexto, apontando um quadro referencial teórico de análise para os casos estudados nos capítulos seguintes. No Capítulo 3 apresentamos os dados obtidos na pesquisa de campo junto ao Cerest de Amparo, enfocando o estudo sobre a experiência de Apoio Matricial em ST. No Capítulo 4 discutiremos os resultados do estudo de caso do CRST de Campinas e da experiência de Vigilância nos Postos de Combustível. Já no Capítulo 5 analisamos o processo de trabalho no CRST de Santo Amaro, com atenção especial à experiência do Grupo de Reorientação Profissional. No Capítulo 6 procedemos às Considerações Finais, articulando os resultados das três experiências analisadas, as dificuldades encontradas, suas potencialidades e os desafios para a construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

## **Capítulo 2. Considerações sobre o mundo do trabalho contemporâneo e os desafios para o campo Saúde do Trabalhador e a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.**

*“É difícil defender  
só com palavras a vida  
(ainda mais quando ela  
é esta que vê, severina).”*

João Cabral de Melo Neto

A emergência dos conhecimentos e práticas em ST, no fim da década de 1970, se deu num cenário no qual o mundo do trabalho apresentava-se relativamente integrado, com um núcleo de trabalhadores assalariados ligados à economia formal e, portanto, com garantia de certos direitos sociais e benefícios trabalhistas (Alves, 2002). Neste cenário, a ação política de sindicatos dos trabalhadores, como químicos, petroquímicos, bancários, metalúrgicos, dentre outros, em interlocução com as Universidades, em especial os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, aliado à ação militante dos sanitaristas nos serviços de saúde pública são apontados como protagonistas na formulação da temática (Lacaz, 1996). Esse movimento de diferentes atores possibilita a implantação das propostas operacionais do campo ST na rede de saúde pública e a formulação do debate sobre sua incorporação no SUS (Lacaz e Santos, 2010).

As décadas seguintes caracterizaram-se como um conturbado período de reestruturação econômica e de reajustamento social e político, como resposta à crise e ao esgotamento do padrão de desenvolvimento fordista e do estado de bem-estar-social, cujos processos de implementação se deram através da Reestruturação Produtiva, da Globalização da economia e dos ajustes neoliberais no que se refere à ação do Estado (Antunes, 1995; Laurell, 1998; Soares, 2003). A reorganização político-econômica no cenário mundial foi marcada pela busca, por parte do capital, de alternativas mais agressivas em relação ao mundo do trabalho, à concorrência intercapitalista e à crise do Estado interventor (Antunes, 1995; Figueiredo, 1998). Esse processo tem desdobramentos na ação do movimento sindical, nas políticas públicas de saúde e educação, com reflexos no SUS e na própria Academia (Lacaz e Santos, 2010). Nesse sentido o mundo do trabalho contemporâneo aponta velhos e novos desafios para os protagonistas do campo ST (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

No Brasil, a partir de 1989, desenvolvem-se condições favoráveis para uma série de reformas para a adaptação à mundialização do capital, através de um novo modelo de crescimento e acumulação (Antunes, 1995; Alves, 2002). O novo regime de acumulação calcado na reestruturação produtiva surge nesse contexto de mudanças nos padrões de mercado. Diferentemente do Fordismo, as inovações organizacionais do Toyotismo se relacionam à economia de escopo, com a produção determinada pela demanda, numa produção variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. Por isso, o processo produtivo sustenta-se na existência do “estoque mínimo” e no melhor aproveitamento possível do tempo da produção, garantido pelo “just in time” (Gorender, 1997). Se por um lado, a lógica toyotista se caracterizou pela introdução de novos processos de modernização na produção (inovações tecnológicas e organizacionais), por outro tem trazido mudanças nas relações de trabalho bastante significativas.

Antunes (2007) enumera alguns dos principais elementos dessa reestruturação: reorganização sociotécnica da produção, redução do número de trabalhadores, intensificação da jornada de trabalho dos empregados, surgimento dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) e dos sistemas de produção *just-in-time* e *kanban*. Este processo produtivo exige a flexibilização dos direitos e das formas de contratação dos trabalhadores, já que a produção depende das condições impostas pelas leis de mercado (Antunes, 1995). A flexibilização da contratação dos trabalhadores se mostra com o estabelecimento de vínculos de trabalhos temporários, em tempo parcial, por tarefas, até pelo uso da mão de obra familiar e infantil (Minayo-Gomez e Thedim- Costa, 1999).

Com isto há uma perda cumulativa dos postos de trabalho na indústria, um intenso processo de terceirização e precarização do trabalho em todos setores da economia. Se antes, a terceirização estava restrita a atividades não diretamente ligadas a produção, como limpeza, alimentação e segurança, nos anos de 1990 expande-se para diversos setores (telefonia, automobilístico, eletroeletrônico, etc.), áreas (como o telemarketing) e departamentos, como de Recursos Humanos (Santos, 2008). Nesse contexto proliferam as expressões como empresa enxuta, empreendedorismo, colaboradores, consultores, com o aumento de contratos desprovidos de direitos, desconstruídos em seus alicerces e desmontados em seus fundamentos (Antunes, 2008).

Um exemplo dessa precariedade pode ser expressa nos dados apresentados por Noronha (2003), que mostram que em 1991 55% da força de trabalho possuía carteira assinada, 20% era composta por empregados informais, 20% de autônomos e 4,5% de empregadores, já em 2001 apenas 43% dos trabalhadores possiam carteira assinada, 28% empregados informais, 24% de autônomos e 4,5% de empregadores. De acordo com Pochmann (2009), no Brasil, apenas no ano de 2006, 8,1 milhões de trabalhadores com carteira assinada foram demitidos sem justa causa, no setor privado, expressando uma taxa anual de rotatividade em torno de 1/3 de todos os trabalhadores vinculados ao mercado formal.

Esta fase do ajuste estrutural das políticas orientadas para o estabelecimento de um novo padrão de acumulação, inclui a liberalização do comércio e dos fluxos de capital, a privatização, reformas financeiras e tributárias, desregulação das relações trabalhistas e uma inflexão radical na política social (Laurell, 1998). Segundo Navarro (1995, p. 110): *“As mudanças no mundo da produção foram facilitadas pelas mudanças no estado de bem-estar, que fizeram parte da resposta do capital ante a força do movimento operário”*. Este ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica, mas faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais (Soares, 2003). Para Ribeiro (2007), na América Latina, o neoliberalismo encontrou campo fértil e iniciou-se precocemente, na década de 1970, com a ditadura de Pinochet no Chile. Posteriormente, ganhou força no México, Argentina, Peru, Bolívia, Venezuela e no Brasil, com o Governo de Fernando Collor de Melo. A política neoliberal diminui a ação social do Estado em termos de garantias dos direitos constitucionais conquistados (Barfknecht et al 2004), assim:

Além de sua duvidosa capacidade de produzir crescimento sustentado, o modelo econômico teve um impacto negativo na distribuição de renda e riqueza; no emprego e nos salários; e na provisão de benefícios e serviços públicos. Em consequência a pobreza cresceu e o bem-estar social foi erodido (Laurell, 1998, p. 189).

Desse modo, as transformações do modelo econômico, decorrentes da reestruturação produtiva, internacionalização das economias, desregulamentação e abertura dos mercados têm fortes conseqüências político-sociais, entre as quais a omissão do Estado em funções fundamentais no âmbito do trabalho e proteção social, advindo daí o aprofundamento das desigualdades sociais e a exclusão social (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1999) ou da barbárie social, como prefere Alves (2002).

Vale ressaltar que o quadro de globalização e a agenda neoliberal tem propiciado a chantagem locacional (Ascelrad<sup>16</sup> apud Porto, 2005), no qual o capital negocia seus investimentos nas áreas com maior taxas de lucro, mas também com as menores resistências sociais e políticas voltadas para o controle da poluição e das injustiças sociais. Assim, quanto mais as empresas se internacionalizam, menos parecem se sujeitar à ação reguladora do Estado e mais se apoiam no mercado para continuarem expandindo (Vasconcellos, 2007). Esse contexto cria condições favoráveis para aprofundar os impactos negativos do processo de desenvolvimento no capitalismo avançado sobre o trabalho, a saúde e ambiente (Rigotto, 2003), em especial nos países de economias periféricas, em que as multinacionais adotam padrões inferiores de segurança industrial, proteção ao meio ambiente, à saúde dos trabalhadores e das comunidades expostas, tipo duplo padrão (Freitas, Porto e Gómez, 1995). Fica evidente o agravamento, nesses países, dos Acidentes Químicos Ampliados, nos quais um evento agudo, como explosões, incêndios e emissões, com uma ou mais substâncias perigosas, pode ser capaz de produzir múltiplos danos e efeitos que se estendem para além dos locais e momentos de sua ocorrência (Freitas, Porto e Gómez, 1995), comprometendo a saúde das pessoas, a biodiversidade, os alimentos, fontes de água potável, etc. Trata-se de um conjunto de riscos que ameaçam as atuais e futuras gerações (Rigotto e Augusto, 2007). Dessa forma, a temática ambiental deve ser considerada um desafio civilizatório incontestável (Porto, 2005).

As conseqüências dessas transformações sobre a vida dos trabalhadores tem suas bases no desemprego e precarização dos direitos, das condições e relações de trabalho, sob as formas de menor segurança e maior insalubridade nos locais de trabalho, extensão das jornadas de trabalho, perdas salariais e de benefícios sociais, redução de efetivos, acompanhada de intensificação do trabalho, aumento da parcela de emprego temporário e a tempo parcial (Figueiredo, 1998). A degradação do trabalho apresenta-se como fenômeno comum a todas as profissões e ocupações assalariadas contemporâneas (Ribeiro, 2007).

No que tange à década de 1990, muitos autores a consideram como regressiva dentro da história recente do mercado de trabalho brasileiro: “*O desemprego dobrou na década, os salários reais caíram, os empregos formais desabaram e os informais escalaram*” (Costa e Tambellini, 2009, p. 957). O vínculo temporário e a subcontratação promovem uma perda do

---

<sup>16</sup> Ascelrad, H; Herculano, S; Pádua, JA, 2004. *Justiça Ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

poder de barganha dos trabalhadores, com repercussões sobre sua capacidade de negociação das condições de trabalho em contratos coletivos (Lacaz, 1996).

Este processo influenciou diretamente as lutas sindicais em diversos países, apontando para seu enfraquecimento (Steigart, 2006). No Brasil, não seria diferente e assegurar o direito ao trabalho constitui-se na demanda mais crucial e complexa do momento presente (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

Neste descompasso, o movimento sindical procura garantir as conquistas conseguidas em termos de gestão e participação nos PSTs, mas encontra dificuldades em prosseguir com o seu avanço, na medida em que aparecem na pauta novas demandas, especialmente aquelas relacionadas com o aprofundamento da crise econômico-social, o que traz sérias repercussões sobre o nível de emprego, com reflexos no aumento do desemprego aberto nas grandes cidades brasileiras e na exacerbação do mercado informal de trabalho (Lacaz, 1997, p.11).

Se nos anos de 1980, os trabalhadores metalúrgicos e bancários apresentavam-se como vanguardas da resistência sindical no Brasil, nos anos seguintes ocorreu um acirrado enxugamento da força de trabalho dessas categorias, em 1989, por exemplo, haviam 811.000 trabalhadores bancários, em 2001 esse número cai para 394.000 (Alves, 2002). Reflexo dessa situação é a fragmentação dos trabalhadores, dispersão dos coletivos organizados, das bases sindicais militantes e da Organização por Local de Trabalho, seguida pela crise do sindicalismo no Brasil, expressa na diminuição da eficácia da ação social, descentralização das negociações coletivas, regressão da agitação social e militância política (Alves, 2002).

Nesse cenário, as negociações das relações trabalhistas são retiradas da cena política, cujo palco passa a ser a Justiça do Trabalho, configurando um processo de judicialização do conflito social (Ribeiro, 2006; Lacaz e Santos, 2010). Dada a dificuldade dos sindicatos lidarem com o trabalho precarizado, parcelado, terceirizado e informal se mostram incapazes de representar o novo e precário mundo do trabalho, que surge com a mundialização do capital (Alves, 2002).

Além do mais, o ajuste fiscal e a Reforma Administrativa do Estado ocorrida na década de 1990 afetaram sobremaneira a qualidade do serviço público, com a degradação dos salários e das condições de trabalho neste setor (Alves 2002). Para Ribeiro et al (1998) as agressões a direitos sociais e trabalhistas invadiaram até mesmo o setor estatal, antes protegido pelo

estatuto da estabilidade e da exigência de concurso público. Não há como negar que a defesa da vida humana não tem sido utilizada como principal critério para a definição dos modos de produção e de distribuição de riquezas (Campos, 1997). Para o autor, *“Inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar da determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido”* (Campos, 1997, p. 19). Sendo assim, o mercado de trabalho brasileiro no setor saúde vem reproduzindo a tendência geral da economia contemporânea, de utilizar o expediente da flexibilização na contratação da força de trabalho (Costa e Tambellini, 2009). Reflexo dessa tendência é observado na pesquisa desenvolvida por Lacaz et al (2010) na atenção básica, cujos resultados apontam que nos 8 municípios do Estado de São Paulo estudados não foi realizado concurso público para vínculo estatutário, no período da administração municipal que se encerrou em 2008.

Em síntese, as mudanças na orientação das políticas macroeconômicas e sociais, as reformas administrativas ocorridas na máquina do estado, a reestruturação produtiva e o enfraquecimento do movimento sindical influenciam as ações do SUS, em especial as voltadas para a saúde dos trabalhadores (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

O processo da institucionalização da ST no SUS foi fortemente marcado pelas disputas corporativas, pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento do sistema. Como expõem Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a atuação dos PSTs/ CRSTs é caracterizada repetidamente pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho, quer pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos. A trajetória da ST no SUS:

(...) não poderia fugir às características de um campo de saberes e práticas cuja identidade ainda tem contornos algo imprecisos, na medida em que conforma-se por discursos, intenções, credos e lutas cuja capacidade de apreensão pela dinâmica investigativa ainda deve merecer e exige novas aproximações para responder definitivamente o que é e como superará os limites que a realidade pulsátil e vibrante impõe-lhe (Lacaz, 1996, p. 412).

Conforme sinalizam alguns autores (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005; Minayo-Gomez e Thedim- Costa, 1997, 1999 e 2003), a situação política, econômica e social brasileira tem produzido impedimentos para uma efetiva atuação no campo ST:

Depara-se, no momento atual, com um quadro em que convivem situações mais evidentes da violência do trabalho, não resolvidas ou parcialmente enfrentadas- como pneumoconioses, doenças provenientes de riscos físicos, intoxicações crônicas e agudas associadas à utilização de tecnologias obsoletas e de substâncias banidas do mundo desenvolvido, bem como a forma de organização do trabalho que desconsideram a necessidade de contemplar e expandir as potencialidades humanas-, com as decorrentes de uma nova lógica produtiva, marcada pela globalização da economia (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997, p. 30)

Nesse contexto, o campo ST vivencia uma “(...) *crise de perplexidade diante das transformações do mundo do trabalho e da falta de perspectiva de enfrentamento dos condicionantes sociais em relação à ordem da economia mundial organizada na lógica do capital financeiro*” (Machado, 2005b, p. 03). É importante ressaltar que os problemas relacionados à saúde dos trabalhadores, assim como outros problemas de saúde, dificilmente podem ser resolvidos exclusivamente pelo Setor Saúde e as ações mais eficazes para resolvê-los estão diretamente vinculadas ao campo da política, economia, ciência e tecnologia. Nos casos como de acidentes de trabalho, trânsito ou ambientais, por exemplo, quanto mais se analisa a gênese destes agravos e seus efeitos, mais nos aproximamos de um emaranhado de políticas públicas, práticas sociais e processos decisórios que estão fora do âmbito do Setor Saúde (Porto, Freitas e Machado, 2000).

O processo de construção da proposta do SUS foi o resultado da articulação de vários setores sociais, que entendiam que a organização de um sistema de saúde estava associada a um projeto mais amplo de resgate da cidadania. Entretanto, nem a Previdência, nem o Trabalho passaram por processos semelhantes (Spedo, 1998), o que, por sua vez acaba por limitar o projeto ampliado de atenção a saúde dos trabalhadores na perspectiva do campo ST (Santos, 2001). Além disso, a saúde da população depende de como a sociedade se organiza e prioriza suas necessidades, portanto, está mais relacionada ao modelo de desenvolvimento de um país ou região e menos na rede assistencial de saúde (Machado e Porto, 2003).

Embora exista um Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), composto por representantes do MS, MTE e MPS, ele é considerado um espaço protocolar, de nível técnico e sem capacidade política institucional (Vasconcellos, 2007) para deliberar políticas integradas para essa área na esfera federal (Machado e Porto, 2003).

O desenvolvimento de ações em ST que priorizem a Intersetorialidade, buscando superar as dificuldades e somar forças no sentido de modificar de forma positiva os processos de trabalho demonstra as possibilidades deste campo agregar redes de instituições e pessoas. Portanto, um importante desafio histórico e atual consiste na necessidade da unificação de órgãos com vistas a uma efetiva política de caráter intersetorial, universal, que incorpore a integralidade da atenção com participação social (Lacaz, 2005). Desafio similar é a construção de uma Política de ST radicalmente transdisciplinar e construtivista, a partir de um modelo intersetorial e transversal, na ótica de promoção da saúde (Machado, 2005b).

Apesar do aparato legal, já referido, Minayo-Gomez e Lacaz (2005) ressaltam que mesmo com algumas tentativas ministeriais para a formulação de propostas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), inexistem um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, estratégias, metas e um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável para garantir ações de promoção à saúde, prevenção e atenção aos problemas de saúde decorrentes do trabalho. A ausência de uma PNST no Brasil, num quadro sócio-econômico que vem ampliando a exclusão social (Porto, Freitas e Machado, 2000), a reestruturação produtiva que vem transformando a configuração do mundo de trabalho, atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas trabalhistas, interferem sobre as propostas formuladas pela ST e sua produção científica (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

Mesmo incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde, dos Estados e dos municípios: *“Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente”* (Dias e Hoefel, 2005, p. 819). O que indica que a implementação de soluções quanto aos agravos do trabalho depende mais de problemas de poder e capacidade reivindicativa do que de problemas técnicos (Laurel<sup>17</sup> apud Freitas, Lacaz e Rocha, 1985). Assim as intervenções em ST refletem a força e a fragilidade das relações de poder entre produção-adoecimento-saúde, num determinado contexto sócio-histórico-econômico.

---

<sup>17</sup> Laurel, AC, 1981. Processo de Trabalho e Saúde. Revista Saúde em Debate, 11: 8-22.

Como já foi apontado, o movimento sindical e a participação dos trabalhadores foram elementos fundamentais na construção do campo ST (Lacaz, 1996, 2007; Brito, 2005). Sua participação está fragilizada neste cenário de desemprego estrutural e globalização neoliberal. Mesmo que garantida a participação dos sindicatos na forma de controle social e nos conselhos gestores dos Cerests, falta legitimidade representativa dos sindicatos dos trabalhadores frente a perda de vínculos e direitos trabalhistas (Lacaz e Florio, 2009). Apesar da capacidade formuladora da CIST, esta Comissão se constitui atrelada a relações extremamente formais com o CoNaSa, representando insuficiente influência sobre a política e baixa repercussão sobre as bases de sua representação, além da ausência na sua participação nos processos de vigilância (Vasconcellos, 2007).

No que diz respeito à participação de sindicatos nos Conselhos de Saúde, no contexto atual é mandatório:

Superar o corporativismo, o particularismo e o privilegiamento da expressão de necessidades e preferências dos segmentos mais organizados, reivindicativos e estáveis do mercado de trabalho em detrimento de trabalhadores menos organizados, menos escolarizados, de menor poder de barganha e menor estabilidade no mercado de trabalho como os trabalhadores temporários, terceirizados, domésticos e informais, constitui um grande desafio para o controle social da Renast (Silveira, Ribeiro e Lino, 2005, p. 120).

Nessa mesma linha, ao se referirem ao Controle Social na ST, Lacaz e Florio (2009, p. 2133) apontam que:

(...) restam dúvidas sobre sua legitimidade representativa, seja pelo enfraquecimento dos sindicatos de trabalhadores, quanto à sua capacidade de representar as várias categorias de trabalhadores sem vínculo formal de trabalho, seja pela ausência de representantes de trabalhadores do expressivo mercado informal, precarizado e de desempregados nos colegiados e instâncias previstas para atuação no Controle Social.

Além disso, no caso dos Conselhos Gestores dos Cerests é fundamental que os mesmos não atuem como instâncias paralelas, mas em consonância com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, para que a discussão da oferta de ações de Saúde do Trabalhador ocorra em todos os níveis do SUS (Silveira, Ribeiro e Lino, 2005).

A participação dos trabalhadores em todo o processo de atenção, tanto para investigar a situação real de trabalho, quanto para assegurar a implementação das mudanças sugeridas a

partir dessas avaliações (Sato, Lacaz e Bernardo, 2004), apresenta-se como importante desafio para o campo no atual contexto de precarização e informalidade.

Conforme indica Vasconcellos (2007) o campo ST no SUS transita na Saúde Pública de forma periférica e marginal, seja no que tange à formulação de políticas, visando a configuração da organização dos serviços, seja na formação de recursos humanos ou na delimitação do campo das determinações sociais dos processos saúde-doença. Assim sendo, mantém-se no SUS a invisibilidade da categoria trabalho como fator importante na determinação social dos problemas de saúde das mais diversas ordens, nos mais diversos grupos populacionais (Vasconcellos, 2007).

A possibilidade ou a capacidade de uma atuação integrada entre ações tradicionais de assistência e de caráter preventivo conforma a atenção à saúde dos trabalhadores (Dias, 1994). O diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores são elementos indissociáveis para a consolidação da atenção integral e, portanto, priorizar uma ação e não outra, mais do que uma escolha técnica é uma opção política, com sentido e significado. Isso porque, as possibilidades de se proceder a escolhas organizacionais são sempre influenciadas pela contradição, conflito e diversidades de interesses entre capital-trabalho. Nesse caso, interferir na forma como o trabalho está organizado em favor da saúde dos trabalhadores (como a redução do ritmo de trabalho, aumento do número de trabalhadores, modificação do conteúdo das tarefas, mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica) traz conseqüências para os interesses do capital (Sato, Lacaz e Bernardo, 2004).

Por outro lado, Porto, Freitas e Machado (2000) acreditam que a ST pode se constituir em um dos objetos integradores das ações de saúde pública, por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e dos serviços de saúde, as três grandes áreas de atuação do setor saúde. Desse modo a integralidade da atenção à ST no SUS, numa perspectiva intrasetorial, "*(...) a partir de um referencial teórico e de instrumentos de abordagem das relações trabalho x saúde x doença e de intervenção sobre seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores e sobre seu meio ambiente*" (Dias, 1994, p. 91), consiste em outro desafio para o campo.

Diante dos profundos desafios frente às mudanças que se configuram no mundo do trabalho contemporâneo, se faz necessária a discussão dos rumos das ações em ST, visto que é nesse cenário de turbulência que os Cerests constroem suas práticas (Dias et al, 2008) e que as ações desenvolvidas em Amparo, Campinas e Santo Amaro foram objeto da nossa análise. Com a finalidade de relacionar os desafios teóricos e a experiência prática desses Centros, buscaremos a seguir apontar algumas perspectivas teóricas relacionadas às possibilidades de êxitos em tais ações na rede de atenção básica do SUS, na atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e Ambiental, a fim de garantir a promoção da saúde (Alves, 2003), assim como no que tange ao cenário de desemprego e de vulnerabilidade social dos trabalhadores (Castel, 1998).

### **2.1. Atenção Básica, Saúde do Trabalhador e Apoio Matricial.**

No documento da Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde 2006c), conceitualmente:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Ministério da Saúde, 2006c, p. 10).

As áreas estratégicas de atuação da Atenção Básica (AB) em todo território nacional definidas neste documento são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, da diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. O componente do Pacto pela Vida estabelece como prioridade a consolidação da AB enquanto eixo ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, a fim de atender tanto as necessidades de saúde da população, quanto alcançar a almejada equidade social (Dias et al, 2009).

Desde a sua criação em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi apresentado como estratégico para a organização da AB e entendido como dispositivo central na reorientação do modelo assistencial, historicamente centrado na doença e na assistência médica individual, por um outro modelo baseado nos princípios do SUS, como da universalidade, equidade e integralidade (Ribeiro, Pires e Blank, 2004). A reorganização da AB, pelo PSF, se daria pela priorização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, buscando melhorar a resolutividade na assistência e recuperação da saúde (Costa et al, 2009). A AB seria o primeiro nível de contato do usuário com o sistema de saúde, isto é, a porta de entrada no SUS. Assim sendo, não é possível pensar em organização do sistema de serviços de saúde, de média e alta complexidade em si mesmos, já que seu desempenho é profundamente afetado pelas lacunas existentes no primeiro nível de atenção (Lacaz et al, 2010).

O PSF adota o preceito da adscrição das famílias em um território definido, sob responsabilidade da equipe de saúde composta por: médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde(ACS), tendo assim, a participação popular como locus de fomento e o núcleo familiar como base para a atuação (Costa et al, 2009). A territorilização é um dos pressupostos da organização do processo de trabalho e das práticas de saúde, ou seja, uma atuação em uma delimitação especial previamente determinada (Monken e Barcellos, 2005). Assim, com o PSF, os profissionais de saúde vêm assumindo novas formas de trabalhar, entre elas, em equipe, com área adscrita no território, com responsabilidade sobre o cuidado e a vigilância de um número fixo de famílias, segundo critérios quantitativos (Santos, Soares e Campos, 2007).

Para o Ministério da Saúde (2002), por atuarem diretamente no nível local de saúde, dentro de um território, as estratégias do PSF e ACS têm grande potencial para o desenvolvimento de uma prática em ST integrada à questão ambiental. Para Monken e Barcellos (2005) a análise do território consiste no meio operacional para avaliação das condições objetivas criadas para a produção, circulação, residência, comunicação e sua relação com as condições de vida. Portanto, a identificação dos problemas de saúde nos territórios deve abarcar suas vulnerabilidades e determinantes. Assim, a atuação no território deve ser estratégica na estruturação das demandas e no planejamento das ações, em especial, no que diz respeito ao trabalho domiciliar, informal e precoce (Vasconcellos, 2007).

No entanto, alguns autores têm apontado as limitações do PSF e PACS ainda voltados para ações assistenciais e intrasetoriais (Machado e Porto, 2003), com pouca ou nenhuma função na mudança do modelo assistencial em saúde:

A dificuldade do PSF em contribuir para a ruptura do modelo hegemônico parece estar associada à proposta verticalizada deste programa, da sua gestão centralizada e, ainda, pela heterogeneidade na oferta do serviço sem se deter nas diferenças regionais de perfil epidemiológico. Pode-se afirmar que a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado seja um dos entraves à ruptura (Scherer, Marino e Ramos, 2005, p. 57).

Ademais,

A verticalidade e a centralização continuam desafiando a organização de ações de saúde de caráter transformador na Atenção Primária e, apesar do aumento da cobertura, predominam atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde (Dias et al., 2009, p. 2062).

Além do que a organização do trabalho no PSF coloca os profissionais de saúde diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos, como os problemas que extrapolam os programas previstos, assim como tarefas administrativas (Santos, Soares e Campos, 2007).

No que diz respeito à atenção à saúde dos trabalhadores na rede básica, houveram algumas tentativas de aproximação, dentre as quais a publicação do Caderno de Atenção Básica em Saúde do Trabalhador (Ministério da Saúde, 2002). Aqui são consideradas as atribuições dos serviços de AB, da equipe e de cada membro específico (ACS, Auxiliar de Enfermagem, Médico, Enfermeiro), no que tange ao desenvolvimento de ações de ST. Atribuições estas que envolvem desde a identificação e registro da População Economicamente Ativa (PEA) e das atividades produtivas existentes no território, quanto o planejamento e execução das ações de vigilância nos locais de trabalho. Frise-se que as situações de trabalho infantil devem ser consideradas como alerta epidemiológico. O Caderno ainda contém as principais Doenças Relacionadas ao Trabalho e os procedimentos decorrentes da sua notificação. No anexo possui leis e instrumentos, como a Ficha de Notificação de Acidentes Graves e Doenças Relacionadas ao Trabalho e de Vigilância em Ambientes de Trabalho. Não existe uma discussão organizada sobre a distribuição e o impacto desse material no cotidiano dos serviços, pela ausência de um quadro de pesquisas sobre o desenvolvimento das ações de ST na AB. O que sabemos é que, embora a proposta da Renast tenha apresentado como atribuição do Cerest dar suporte

técnico e científico às intervenções do SUS no campo ST (Ministério da Saúde, 2006a), “(...) a rede SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o Trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socio-ambiental” (Dias et al, 2009, p. 2064).

De acordo com Dias (2007), diante do crescimento do mercado informal, do trabalho familiar e em domicílio, a inserção efetiva das ações de ST no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela rede básica. Nesse sentido, a reorganização do trabalho em saúde, efetivada pelo Apoio Matricial apresenta forte potencialidade de agregar ações na AB, conforme descreveremos a seguir.

Os conceitos de Equipes de Referência (ER) e Apoio Especializado Matricial (AM) foram propostos por Campos (1999), no intuito de reorganizar o trabalho em saúde sob a diretriz do vínculo terapêutico entre profissionais de saúde e usuários, na perspectiva de estimular um outro padrão de responsabilidade pela saúde, tendo como elementos norteadores a gestão do trabalho e a transdisciplinariedade. Para Campos (2007), o trabalho coletivo da saúde demanda que os sujeitos envolvidos estejam afetivamente em relação. Para tanto, é importante romper com a idéia de que os profissionais de saúde são detentores do saber e das técnicas e de que as pessoas recebem suas intervenções passivamente. O vínculo significa o respeito mútuo entre os sujeitos e o entendimento de que todos contribuem para a ação em saúde. Assim, o vínculo é entendido como recurso terapêutico, que envolve a interdependência e representa o compromisso dos profissionais com o paciente e vice-versa. Esse conceito também remete à necessidade das ações intersetoriais: “*procurando envolver vários organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas coletivos de saúde*” (Campos, 2007, p.27). Para Campos, esta reorganização do trabalho em saúde, via AM:

(...) potencializaria alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes do vínculo terapêutico; transdisciplinariedade dos saberes e das práticas; e o da gestão de organizações como dispositivo para a produção de grupos e sujeitos (Campos, 1999, p. 394).

No arranjo organizacional originalmente proposto pelo autor, as ER seriam multiprofissionais, respeitando os objetivos e características locais, e responsáveis por agrupamentos populacionais adscritos num território. Por exemplo, uma ER da rede básica teria sob sua

responsabilidade, para assegurar a atenção integral à saúde, uma população de cerca de 1200-1500 pessoas, ou no PSF de 400 a 500 famílias (Campos, 1999). Estas ER recebem o Apoio Matricial de especialistas e profissionais para troca de informação e elaboração coletiva dos Projetos Terapêuticos (Campos, 2007). Projetos estes que servem para eleger prioridades e esboçar um plano estratégico de ação, compartilhando objetivos, definindo estratégias e dividindo tarefas. Dessa forma, é proposta a construção do projeto através das discussões prospectivas de casos, no quais, após avaliação compartilhada de risco e vulnerabilidade, são negociados os procedimentos e responsabilidades de cada membro da equipe (Campos e Domitti, 2007). Para o autor, a troca de saberes e experiências favorecem a convivência e enriquecem a intervenção (Campos, 2007).

O Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar Projetos Terapêuticos e Clínica Ampliada, no sentido de ampliar o objeto de trabalho da clínica, aumentando a co-responsabilização dos sujeitos sobre a produção da saúde (Campos e Amaral, 2007). Dessa forma, o AM: *“(...) provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares da Atenção Básica”* (Figueiredo e Onocko- Campos, 2009, p.130). Ao assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da Atenção à Saúde, o AM altera a lógica tradicional<sup>18</sup> de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, ao passo em que não há encaminhamentos com transferência de responsabilidade, mas uma oferta horizontal de serviços, o que de certa forma rompe com a verticalidade da AB. Isso porque o AM busca personalizar a relação entre os profissionais de saúde, a partir do contato direto entre a referência do caso e o especialista de apoio (Campos e Domitti, 2007), baseado em desenhos terapêuticos, que estimulam tanto a troca de opinião entre os pares e a integração da equipe, quanto a co-responsabilização sobre o processo saúde e doença, com a reconstrução dos padrões de vínculo (Campos, 1999).

O contato da ER e apoiadores pode acontecer através de encontros periódicos e regulares entre esses profissionais para discutir casos ou problemas selecionados, elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção; assim como, nos casos imprevistos ou urgentes

---

<sup>18</sup> Na lógica da referência e contra-referência tradicional cabe ao paciente e familiares providenciar o deslocamento e procedimentos administrativos necessários para a etapa seguinte em outro serviço de saúde (Campos e Amaral, 2007).

em que o profissional de referência aciona o apoiador, por meios diretos de comunicação personalizados (contato pessoal, eletrônico e/ou telefônico) e não por encaminhamento impresso (Campos e Domitti, 2007). O AM em saúde objetiva assegurar tanto a retaguarda especializada assistencial a equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, quanto suporte técnico-pedagógico às ER, numa perspectiva interdisciplinar (Campos e Domitti, 2007).

O AM como metodologia de gestão do trabalho em saúde foi adotada na SMS de Campinas com o Programa de Saúde Paidéia (Domitti, 2006). Nesse Programa, as principais especialidades que procederam a reorganização, via AM, foram a Saúde Mental, a Saúde Coletiva e a Reabilitação em Saúde (Gomes, 2006). Também inspirados no método, os municípios de Betim/MG (Carvalho e Campos, 2000) e Paulínia/SP organizaram o AM junto às equipes do PSF (Campos, 1999). Além deles, alguns projetos nacionais do Ministério da Saúde, como o HumanizaSUS (Domitti, 2006) e de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2003) priorizam que a assistência à saúde mental na rede básica deve ser realizada através do AM às equipes da atenção básica (Marçal, 2007).

A partir de então, algumas experiências que usam os conceitos de equipes de referência e organização matricial do trabalho têm sido divulgadas (Carvalho e Campos, 2000; Domitti, 2006; Gomes, 2006; Campos e Domitti, 2007; Bezerra e Dimenstein, 2008). O que elas trazem em comum é a idéia de que ER e AM são formas de se reorganizar o trabalho em saúde, capazes de produzir mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde:

(...) arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões(...). Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, potencializando a integração interdisciplinar de conhecimentos e de experiências. Procura operar também com a perspectiva da construção de autonomia para os usuários (Domitti, 2006, p. 18).

Recentes pesquisas sobre a implantação das ER e AM, em distintos serviços de saúde, foram publicadas e as experiências do AM em Saúde Mental (SM) são pioneiras. A exemplo temos pesquisas sobre a organização do AM em SM no município de Campinas, produzidas por Domitti (2006), Gomes (2006), Marçal (2007) e Figueiredo e Onocko-Campos (2008 e 2009).

No município de Natal, Bezerra e Dimenstein (2008) discutem a implantação do AM, sob o ponto de vista dos trabalhadores de quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Enquanto que em São José do Rio Preto, Barban e Oliveira (2007) relatam a experiência de SM junto às equipes do PSF. Apesar de se tratar de uma metodologia em consolidação e, portanto, com uma série de obstáculos a serem superados (Domitti, 2006; Campos e Domitti, 2007), os resultados dessas pesquisas expressam o grande potencial do AM em provocar mudanças na organização dos serviços de saúde e na relação entre as equipes, para a construção da integralidade da atenção à saúde. Como bem lembra os autores:

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes, práticas e profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde, que permita a articulação das ações que, em Saúde Mental, é uma necessidade inquestionável (Figueiredo e Onocko-Campos, 2008, p. 144).

Apesar das potencialidades reveladas nessas pesquisas são raras as experiências de atenção à saúde dos trabalhadores, nessa perspectiva. O AM em ST desenvolvido no município de Amparo constitui uma destas experiências recentes, ainda pouco pesquisada (Bertolini, 2007), que será objeto da nossa análise no Capítulo 3.

## **2.2. Vigilância, Saúde do Trabalhador e Ambiente.**

Com o processo de industrialização, os riscos ambientais modificam-se em sua natureza, magnitude, intensidade, distribuição e nocividade (Rigotto, 2003) e traz um aumento significativo do volume de resíduos, muitos deles altamente tóxicos. Quase a totalidade das poluições ambientais de grandes proporções têm como principal origem os processos produtivos, nos quais os trabalhadores são os mais afetados pela exposição direta (Tambellini e Câmara, 1998). Assim sendo, os trabalhadores acabam sendo os primeiros a sofrer o impacto das fontes de danos ambientais gerados nos sistemas produtivos (Vasconcellos, 2007), sendo que na contemporaneidade, os riscos tendem a se universalizar, afetando moradores, consumidores e ecossistemas regionais ou mesmo globais (Porto e Freitas, 1997).

Frente à questão ambiental, em São Paulo, na década de 1970, são criadas a Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (Cetesb) e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), sem vínculo com o sistema de saúde (Tambellini e

Câmara, 1998). A partir de 1980, com a emergência do campo ST fica mais perceptível a relação entre produção, saúde e ambiente, mas é na década de 1990 que aumentam as preocupações dos problemas de saúde e ambiente, sob influência da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e desenvolvimento (UNCED), no Rio de Janeiro, em 1992, com o crescimento do movimento ecológico, Organizações Não-Governamentais (ONGs), etc (Tambellini e Câmara, 1998).

Com a atual mundialização do capitalismo, as relações entre trabalho, saúde e ambiente se complexificam: *“A crise ambiental global tem obrigado todos os setores da sociedade a rever conceitos e valores, explicitando conflitos de interesse e evidenciando a insustentabilidade do modelo de desenvolvimento”* (Barcellos e Quiterio, 2006). Nessa crise configura-se um processo de exportação dos riscos para os países subdesenvolvidos (Rigotto, 2003; Rigotto e Augusto, 2007). Em geral, os processos mais consumidores de recursos naturais, mais geradores de poluentes, com processos de trabalho mais insalubres e mais perigosos são deslocados para locais com legislações ambientais e trabalhistas menos rigorosas, com reduzido aparato de vigilância, trabalhadores mais fragilizados pelas condições de vida e dispostos a “aceitar qualquer coisa” em troca de fonte de renda, com a sociedade civil menos organizada para defesa de seus interesses (Rigotto, 2003). Desse modo, Barcellos e Quiterio (2006) retomam a idéia de Breilh de que a exposição, nesses casos, não deixa de ser uma imposição, ou seja, uma situação involuntária produzida pela organização da produção.

A saúde e a qualidade do ambiente sofreram com o processo de modernização forçada, na medida que se manteve uma das piores distribuições de renda do mundo, com uma significativa população vivendo abaixo da linha de pobreza, com um baixo crescimento econômico, elevados índices de desemprego (Rigotto e Augusto, 2007, p. s480)

No Estado neoliberal, com a redução da sua função social e a forte subordinação aos interesses econômicos do mercado criam-se condições para aprofundar e ampliar os impactos negativos do processo de desenvolvimento do capitalismo avançado. Assim, os danos ambientais e à saúde não são internalizados pelos agentes econômicos e inexistem mecanismos de proteção para que não sejam repassados aos consumidores (Rigotto e Augusto, 2007). Nesse cenário, nos países subdesenvolvidos somam-se aos problemas

tradicionais, como ausência de saneamento básico, os perigos modernos relacionados à aceleração do crescimento e à introdução de novas tecnologias (Rigotto, 2003).

Os riscos tecnológicos e ambientais gerados pelos processos de produção e consumo, assim como a degradação ambiental e os agravos à saúde que causam são distribuídos de forma desigual (Rigotto e Augusto, 2007). As injustiças ambientais recaem principalmente sobre a população de baixa renda, grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais, bairros operários e populações marginalizadas e vulneráveis (Cartier et al, 2009). Desigualdades expressas na condição de vulnerabilidade socio-ambiental, pela coexistência ou sobreposição espacial da moradia e circulação dessas populações em áreas de risco e de degradação ambiental. Desde 2001, movimentos sociais e acadêmicos foram mobilizados para a criação da Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA), de resistência aos efeitos nefastos do capitalismo globalizado (Porto, 2005), que dentre outras atividades divulgou recentemente o site contendo o mapa da injustiça ambiental e de saúde no Brasil (Mapa da injustiça ambiental e saúde no Brasil, 2010).

No que tange aos produtos químicos produzidos, por exemplo, as inovações tecnológicas tem colocado disponível no mercado entre 1000 e 2000 novas substâncias por ano, numa velocidade muito maior do que a capacidade científica e institucional de analisá-los (Porto e Freitas, 1997). Com isto, as enormes quantidades de produtos químicos disponíveis: “(...) *têm resultado em níveis de poluição em escala tal que vem alterando a composição química das águas, do solo, da atmosfera e dos sistemas biológicos do planeta, colocando em risco não só o bem estar, mas também a sobrevivência do planeta*” (Freitas et al., 2002, p. 251). Para esses autores, no Brasil houve um crescimento dos problemas relacionados à segurança química em proporção muito maior do que o Estado tem apresentado capacidade de enfrentar. Nesse sentido, os riscos decorrentes da própria industrialização são acrescentados às fragilidades sociais, institucionais e técnicas existentes, caracterizando uma maior vulnerabilidade da sociedade frente aos riscos tecnológicos ambientais (Porto e Freitas, 1997; Porto, 2005). A utilização indiscriminada dos recursos naturais e sua contaminação pela coexistência de modos de produção arcaicos com os de tecnologia avançada, resultaram em diferentes formas e níveis de inserção social e da poluição química, o que impõe a necessidade de intervir sobre os velhos e novos problemas (Barcellos e Quitério, 2006).

Diante da complexidade da relação produção, saúde e ambiente e da lacuna no conhecimento científico, as questões de ST e Ambiente exigem no plano da intervenção um trabalho integrado e interinstitucional, envolvendo o SUS, Ministério da Saúde, Meio Ambiente, da Previdência, do Trabalho, entre outros (Tambellini e Câmara, 1998). Integração essa que demandam um enfoque transdisciplinar e sistêmico, que permita articulações e proposições alternativas, seja através de soluções técnicas localizadas ou por meio de propostas públicas de políticas mais globais (Porto e Freitas, 1997). Frente ao desafio da segurança química no Brasil, por exemplo, há acordo entre os autores que: *“O desenvolvimento de metodologias integradas, contextualizadas aos nossos problemas e participativas, assim como processos decisórios mais transparentes e democráticos estão entre os desafios a serem enfrentados”* (Freitas et al., 2002, p. 250)

Assim sendo, a ST e a Saúde Ambiental (SA), entendida como campo de conhecimento da relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população, são apontadas como dimensões técnicas do campo produção, saúde e ambiente, que: *“Possibilita encontros disciplinares produtivos, criando novos enfoques teóricos e pontes metodológicas para uma mesma questão, no plano da saúde”* (Tambellini e Câmara, 1998, p. 52). Nesse sentido:

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

Historicamente a questão do ambiente, no âmbito da saúde esteve vinculada ao saneamento básico e à água, portanto, a incorporação da Vigilância Ambiental no Brasil é recente (Barcellos e Quiterio, 2006). A Vigilância Ambiental em Saúde se configura como:

(...) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental (Ministério da Saúde<sup>19</sup> apud Augusto, 2003, p. 181).

---

<sup>19</sup> Fundação Nacional de Saúde, 2000. Vigilância ambiental em saúde. Brasília: Funasa.

Rigotto (2003) também sinaliza a importância de estudos e pesquisas para avaliação de riscos, implantação de programas de monitoramento ambiental pelas autoridades locais, construção do aparato legal e institucional para o controle da ação sobre o ambiente. Para ela, as políticas de desenvolvimento deveriam estar preocupadas com o trabalho, saúde e ambiente, o que não é simples, por envolver grandes interesses econômicos e grupos de poder, muitas vezes internacionalizados. Por isso, a importância de priorizar a prevenção na fase estrutural dos processos produtivos, com análise prévia do projeto tecnológico e produtivo das empresas (Porto<sup>20</sup> apud Rigotto, 2003). Dessa maneira, as decisões dos processos produtivos deveriam ser deslocados da ponta final para a inicial (Augusto e Freitas, 1998), assim as políticas públicas de saúde poderiam servir de eixo estruturador do paradigma do desenvolvimento sustentável (Augusto, 2003; Vasconcellos, 2007).

A interface entre ST e SA pode ser um caminho promissor, visto que: *“(...) podem se nutrir de uma mesma cosmovisão, de um olhar abrangente que contemple estas férteis e complexas inter-relações, para com ele iluminar a pesquisa, a formação dos profissionais, as políticas públicas e a ação política da sociedade”* (Rigotto, 2003, p. 400). A possibilidade de sucesso dessa integração depende da capacidade tanto da escolha das áreas e especialistas que melhor respondam ao problema (Porto e Freitas, 1997), quanto dos atores envolvidos compreenderem a complexidade sistêmica das relações em foco, numa perspectiva transetorial e transdisciplinar.

Sendo assim, o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) pode auxiliar essa aproximação. Para Machado (1996 e 1997), a Vigilância em Saúde pode ser entendida como um processo dinâmico que, através da construção de instrumentos epidemiológicos de investigação dos agravos, deve fornecer elementos para uma intervenção organizada sobre aqueles fatores que constituem em riscos à saúde, objetivando modificar os padrões de morbimortalidade da população. Assim, a Vigilância em Saúde pode ser definida enquanto ação em torno de um objeto, no caso da VISAT, em torno de objetos que alteram, no sentido positivo, a relação entre o processo de trabalho e a saúde (Machado, 1996). De acordo com o modelo de VISAT proposto por Machado (1996), a relação das investigações com processos de

---

<sup>20</sup> Porto MFS, 2000. Considerações sobre a dinâmica de regulação dos riscos industriais e a vulnerabilidade da sociedade brasileira. In: Herculano S, Porto MFS, Freitas CM (org.). Qualidade de vida e riscos ambientais. p. 147-70. Niterói: EDUFF.

tomada de decisão no nível das empresas e do poder executivo dependem da forma e da força com que se estabelecem interligações entre academia, os órgãos de vigilância, as empresas e representações de trabalhadores, assim como das relações entre os poderes executivo, legislativo e judiciário.

A VISAT constitui-se como uma prática interinstitucional e transdisciplinar, visando a construção de processos articulados de intervenção sobre os processos de trabalho na relação com a saúde (Machado, 2005a). Para isto é necessária a participação efetiva dos trabalhadores na definição de prioridades, na preparação das inspeções sanitárias, na análise e na avaliação dos resultados, na definição de propostas, no balanço das atividades, como forma de controle social, transparência institucional, garantia da qualidade e da implementação das propostas fundamentadas pela incorporação do saber e da força política dos trabalhadores (Machado, 1996). A VISAT se distingue, então, das idéias tradicionais de fiscalização, com caráter pontual, para a verificação do cumprimento das normas estabelecidas e da inspeção, como atividade de intervenção técnica para verificação de irregularidades (Vilela, 2003).

Esses processos foram incorporados em algumas experiências nos serviços de saúde e institucionalizados na Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria 3.120 de 01/07/98), em que a abordagem da VISAT implica na superação dos limites conceituais e institucionais das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária. A VISAT é conceituada como:

(...) uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria 3.120 de 01/07/98).

A perspectiva da VISAT, contempla a integralidade das ações na organização dos serviços, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, na relação complementar e integrada de vários serviços dentro do próprio SUS ou em relação a outros órgãos relacionados à saúde dos trabalhadores, como Universidades, SRT, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Fundacentro e Sindicatos, num trabalho interinstitucional (Spedo, 1998).

No campo da atenção à saúde, a implantação das ações de VISAT é bastante recente e resulta de uma diversidade de experiências, cujo elemento comum corresponde ao seu entendimento como uma prática que integra: "(...) *um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores*" (Machado, 1997, p. 34). Sabe-se que, apesar das dificuldades colocadas, influências da prática cotidiana da VISAT, desenvolvidas pelos Centros de Saúde do Trabalhador em vários estados e municípios, trouxeram uma mudança no perfil e na magnitude das estatísticas de certas doenças profissionais no Brasil, como o benzenismo em trabalhadores siderúrgicos na década de 80 e as Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Ósteo-musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) na década de 90 (Machado, 1996; Lacaz, 1996), sendo apontada como premissa da área (Dias, 1994). Além disso, as experiências em VISAT incorporaram denúncias de trabalhadores e casos mais graves de acidentes e doenças como eventos sentinelas deflagradores de ações de vigilância em ambientes de trabalho (Costa et al, 1989; Sato et al, 1993; Wunch Filho et al, 1993). Nesse sentido, a visão integrada da VISAT permite um novo enfoque sobre a atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito da Saúde Pública.

De acordo com Pinheiro (1996) a VISAT no SUS não nasceu nas estruturas de vigilância sanitária e epidemiológica, embora mantivesse com elas uma relação de vizinhança, nem das ações de inspeção dos ambientes de trabalho, desenvolvidas pelo MTE. Para ele, a VISAT emergiu como proposta e prática no interior do setor saúde, junto aos PSTs na década de 1980. Apresenta-se como uma prática contra-hegemônica, no interior do Estado, que estimula o controle social e a participação dos trabalhadores, visando uma atuação sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho, numa perspectiva de transformação social.

Embora tal perspectiva inovadora da VISAT, esteja presente desde o início de sua concepção (Lacaz, Machado e Porto, 2002), observa-se uma grande dificuldade de inserção e relacionamento intra-institucional, dada a fragmentação das estruturas de vigilância em saúde do SUS, cada qual compartimentada em sua especificidade, como a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, com recortes específicos de objeto de controle e intervenção (Porto, Freitas e Machado, 2000, p. 2):

Na vigilância epidemiológica, pelo controle das doenças, a definição de eventos sentinelas, a implementação de medidas emergenciais de tratamento

e isolamento dos pacientes, bem como o direcionamento das ações de vigilância sanitária e ambiental. Na vigilância sanitária, enfoca-se o controle dos serviços de saúde, dos fármacos e dos produtos gerais de consumo humano, como alimentos e os produtos de uso doméstico. Por fim, na vigilância ambiental privilegia-se o controle de fatores ambientais biológicos e não-biológicos como vetores, animais transmissores da raiva, água de consumo humano e, mais recentemente, fatores físicos e químicos relacionados à contaminação ambiental.

Portanto, a integração entre ações de VISAT e Ambiente apresenta-se como um desafio fundamental para as intervenções no âmbito do campo produção, saúde e ambiente. Desafio esse vivenciado por profissionais de saúde e trabalhadores, na experiência do Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível, iniciado pelo CRST de Campinas, que será objeto de análise do Capítulo 4.

### **2.3. Desemprego, Vulnerabilidade Social e Saúde do Trabalhador**

Castel (1998) ao analisar a sociedade francesa, considera que as transformações ocorridas na organização dos processos produtivos desencadearam a crise da sociedade salarial, caracterizando uma metamorfose social, que reverteu as conquistas sociais alcançadas pelos trabalhadores, evidenciando uma nova forma de precarização e de vulnerabilidade de massa. O esmaecimento dos vínculos coletivos despoja os trabalhadores de seus referenciais, remetendo-os a uma situação de fragilidade e insegurança.

No Brasil, onde nunca houve uma sociedade plenamente salarial (Kowarick, 2009), a questão social reside em um variado e massivo processo de vulnerabilidade socioeconômica e civil. No cenário atual, agrega-se um amplo desenraizamento do mundo do trabalho, na medida em que, para muitos, ele tornou-se informal, instável e aleatório (Kowarick, 2009), cujos reflexos projetam uma desestabilização em cadeia por toda a vida social (Castel, 1998). Com essa nova questão social, há o reaparecimento de um perfil de trabalhadores sem trabalho:

(...)sem espaço na vida econômica, na produção de bens e serviços, com reduzidos direitos sociais e humanos. Uma força de trabalho atomizada, desprotegida socialmente, por cujo infortúnio ninguém parece ser responsável, restando-lhe apenas soluções individuais. Essa fragilização ou ruptura de vínculos comporta privação econômica e reverte em profundo isolamento (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1999, p. 414).

Assim, desenvolve-se uma precarização sem precedentes, que oscila entre a busca de trabalhos precários e a situação de desemprego (Antunes, 2008). O desemprego indica a condição de sem-teto social, correspondendo à perda da auto-estima e do propósito da vida (Santos, 2008).

No Brasil, o benefício do Seguro Desemprego está inscrito entre os Direitos Sociais da Constituição Federal de 1988, cujo artigo 7º, no seu inciso II, relata-o como direito dos trabalhadores urbanos e rurais. Esse seguro é amparado na Lei 7.998 (de 11/01/1990), alterada pela Lei 10.608 (de 20/12/2002), que de acordo com Batista (2010), deve prover assistência financeira temporária ao trabalhador e auxiliá-lo na busca ou preservação do emprego, através de ações integradas de orientação, relocação e qualificação profissional. O MTE (2010) é o responsável institucional pela concessão do Seguro Desemprego, cujo valor tem como base de cálculo a média do salário mensal do último vínculo e não poderá ser inferior ao Salário Mínimo, R\$ 510,00, ou superior ao valor de R\$ 954,21, em 3, 4 ou 5 parcelas, dependendo do tempo do vínculo empregatício. Portanto, tal seguro além de ser um direito concedido apenas aos trabalhadores com vínculo Celetista (pela Consolidação das Leis do Trabalho), expressa a fragilidade da política para lidar com a questão do desemprego prolongado.

Seligmann-Silva (2001) ao estudar o desemprego de longa duração expõe que no âmbito macro, a flexibilização das relações de trabalho cria a vivência de uma instabilidade frente às incertezas quanto ao futuro. Essas incertezas passam a permear a vida afetiva das pessoas dentro e fora do trabalho. Dessa forma, os processos de degradação à saúde mental começam em situações desfavoráveis de trabalho, tendo continuidade no período de desemprego. A sucessão de experiências frustrantes na busca de um novo emprego faz crescer ainda mais a incerteza, à medida que abala a auto-confiança. A vergonha de continuar desempregado pode levar a um retraimento e isolamento social, apatia, a auto-acusação, o desânimo e, em alguns casos, depressão. O emprego perdido pode representar dupla perda, do trabalho como algo dotado de sentido e a perda da posição de provedor em sua família. Assim, as alterações afetam em concomitante a vida material, a sociabilidade, a subjetividade e a saúde. Além do que o empobrecimento, em decorrência da perda do trabalho, prejudica a participação social e os investimentos para reinserção no mundo do trabalho, como para transporte, vestimenta, alimentação fora de casa, etc. A autora lembra que as vivências podem se diferenciar, visto que são muitos os ingredientes da dinâmica psicossocial e subjetiva do desemprego, que não

podem ser analisadas separadas dos fatos econômicos (Seligmann-Silva, 2001).

Sobre outro aspecto, a configuração atual do mundo do trabalho, alia a expulsão do trabalho de um enorme contingente de pessoas, que não serão incorporadas e absorvidas no universo produtivo, com a intensificação da atividade laborativa daqueles que se encontram na produção, com o aumento de esforço, das responsabilizações, das individualizações, com novas formas de gestão e controle sobre os trabalhadores e o estabelecimento de cobranças pela determinação do cumprimento de metas (Antunes, 2008).

Ao mesmo tempo, aqueles que ocupam as funções hierárquicas inferiores acabam por assumir os postos de trabalho com maiores riscos, o que é sobreposto ao fato de possuírem as piores condições de vida e maior dependência da empresa (Augusto e Freitas, 1998). Assim, há o acirramento do contraste entre formas arcaicas e modernas de exploração da força de trabalho, por um lado operários e empregados industriais, de outro o desemprego, a inatividade, o trabalho temporário e precário (Alves, 2002).

Um agravante das condições de vida e saúde dos trabalhadores, é que no Brasil convivem e subexistem no mesmo espaço e na mesma organização métodos e tecnologias antigos e modernos. Assim no rol de acidentes e adoecimentos temos os gerados nos moldes Fordistas, em que predominam as lesões físicas representadas pelos acidentes típicos (amputações e mortes) e doenças profissionais características do ramo da produção (silicose, asbestose, benzenismo, etc.) e também, as ‘novas doenças’, como as LER/DORT, estafas e fadigas, ansiedade e insegurança permanente, irritabilidade elevada, insônia constante, distúrbios emocionais, entre outros. Tal realidade produz uma ação sinérgica que impacta negativamente sobre a saúde dos trabalhadores (Mattos, Porto e Freitas, 1995, p.45).

Se as jornadas extenuantes, a precarização dos direitos sociais e a ameaça do desemprego (Antunes, 2008) demandam uma atitude pró-ativa e colaborativa dos trabalhadores (Alves, 2002), que devem estar sempre demonstrando dedicação total às empresas (Sato e Bernardo, 2005), sobre outro aspecto geram instabilidade, insegurança, risco social e de acidentes que, imbricadas com o aumento da pobreza e da desigualdade social, agravam a exclusão social (Lourenço e Bertani, 2007). Desse modo, *“A falta de proteção social, a insegurança e os desrespeito às limitações físicas do seu corpo são consequências desse processo. O medo de perder o emprego e as doenças que sobre ele advêm constituem em reações desse ser a essa conjuntura que o subordina”* (Costa e Tambellini, 2009, p. 963). Na pesquisa realizada por Lourenço e Bertani (2007) observou-se a evidência do sofrimento de trabalhadores em

decorrência do trabalho realizado em condições precárias e sem qualquer tipo de proteção social ou legal, que se submetem às condições insalubres e perigosas por uma questão de subsistência. Portanto:

O adoecer no trabalho, assim como a capacidade de se superarem os limites impostos pela doença e de se lutar por melhorias nos locais de trabalho, pelo respeito às normas de segurança e, mesmo, pela criação dessas normas são dependentes da relação construída socialmente entre os sujeitos e o trabalho, ou seja, são atravessados por modos de subjetivação (Nardi, 2004, p. 48).

Nessa perspectiva, o alvo principal das novas formas de gestão do trabalho é a modulação da subjetividade do trabalhador aos objetivos do capital. Difunde-se a idéia de responsabilização individual dos trabalhadores, vinculando seu sucesso ou fracasso à colaboração aos objetivos da empresa, ao investimento nela e sobre si mesmo (Leite e Melo, 2008). Esse movimento de construção dos sujeitos na trama social, isto é, de produção de modos de subjetivação, atravessa a vida dos trabalhadores e os espaços sociais, rompendo laços de solidariedade:

Hoje, o enfraquecimento da solidariedade, devido a fragmentação da classe trabalhadora, à destruição das garantias presentes na legislação trabalhista e, sobretudo, a valorização do individualismo e da competição (enunciados essenciais do regime de verdades do neoliberalismo), criou as condições para o surgimento de um sujeito que não se sente responsável pelo laço social ou nele implicado. A depressão transforma-se no mal da virada do século XX para o século XXI (Ehremberg, 2000), pois o indivíduo é abandonado a sua própria sorte, tendo o discurso da competência e do empreendedorismo como seus únicos guias, os quais o condenam a viver seu fracasso como uma falha exclusivamente pessoal (Nardi, 2004, p. 60).

Além do que, nesse cenário de precarização, há um evidente crescimento da economia informal, expresso no aumento do comércio ambulante e do trabalho por conta própria, familiar ou a domicílio, impostos para os trabalhadores em condição de desemprego, subemprego e imigrantes, que tende a expressar um desemprego oculto que acompanha o desemprego aberto no Brasil (Alves, 2002).

Se nos anos de 1980 as cooperativas de trabalho e empresas autogestionárias eram em número reduzido, em geral fruto de fábricas falidas, nos anos de 1990 essas experiências multiplicam-se como alternativa pela manutenção do emprego, através da formação de cooperativas de trabalhadores para atuarem como terceirizadas e/ou intermediação de mão de obra (Lima, 2009). Afirma-se que:

Tanto as cooperativas vinculadas diretamente a empresas como a sindicatos, ONGs, incubadas ou organizadas com objetivos de terceirização, o mercado é a meta (...). Isso termina por arrefecer perspectivas ideológicas de solidariedade ou restringir sua abrangência a grupos militantes sediados nas ONGs, incubadoras e sindicatos (Lima, 2007, p. 80).

Para esse autor, o caráter emancipatório da proposta de autogestão, que pressupõe a propriedade e participação dos trabalhadores nas atividades da cooperativa, tem se apresentado como um dilema diante das cooperativas com orientação para o mercado e da precarização do trabalho implícita na flexibilidade dessa alternativa.

Barros e Pereira (2008) em análise sobre o empreendedorismo no Brasil, observam que esta atividade também contribui para uma taxa menor de desemprego nos municípios. No caso estudado, os autores concluem que o empreendedorismo por necessidade representa metade da atividade empreendedora no país e pouco contribui para o dinamismo da economia local, já que a atividade é uma ocupação alternativa ao desemprego. Para Leite e Melo (2008), o empreendedorismo é uma ideologia do capitalismo atual que surge para garantir a adesão e a legitimidade às atividades antes não valorizadas.

Além dessas formas mascaradas de precarização do trabalho, convivemos com o crescimento do mercado ilegal, como de contrabando, pirataria, prostituição, tráfico de drogas, entre outros (Santos, 2008), o que não deixa de ser um problema de saúde, se tormarmos como exemplo o trabalho de adolescentes no narcotráfico, cujas diversas funções exercidas, sobre extremo autoritarismo, geram situações de risco eminente de morte (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1999).

Ao mesmo tempo em que ocorre a desresponsabilização do Estado em relação aos direitos de cidadania, surgem ações de cunho humanitário que tendem a equacionar os problemas com atendimento focalizado, mascarando o caráter eminentemente político da questão social (Kowarick, 2009). De acordo com Vianna (2009), os programas de alívio à pobreza e fomento à auto-promoção, como o empreendedorismo e assistencialismo condicionado, cumprem funções imediatas, mas ocultam as causas e determinantes da questão social, se tornando inócuos pela ausência de projetos de desenvolvimento que gerem empregos sustentáveis e que possam alterar as estruturas que reproduzem as desigualdades. Devido à ausência de mecanismos públicos de bem-estar-social, cuja base de sustentação pressupunha o pleno emprego, a estabilidade, a seguridade social e um padrão universalista de proteção

social, fecham-se as portas para a inclusão social (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1999) e amplia-se a vulnerabilidade:

(...) em relação a direitos básicos, na medida em que os sistemas públicos de proteção social não só sempre foram restritos e precários como também, em anos recentes, houve desmonte de serviços e novas regulamentações legais que se traduziram na perda de direitos adquiridos (Kowarick, 2009, p. 68).

Nesse contexto o trabalhador acidentado do trabalho apresenta-se como expropriado da dignidade humana (Vasconcellos, 2007). Por isso, o acidente de trabalho pode ser compreendido como uma das formas mais brutais de violência, que não se limita ao momento do acidente e da lesão física, na maioria dos casos irreversíveis, mas se estende por uma longa trajetória marcada pelo desrespeito aos direitos mínimos (Cohn et al, 1985).

Há, portanto, uma condição nodal e histórica entre capital e trabalho. Para o primeiro, a força de trabalho, como qualquer mercadoria, embora indispensável à produção, é para ser consumida e substituída, à medida que se ‘desgasta’ como qualquer outro elemento do processo de produção. Ele a tem, pois, como peça descartável (Ribeiro, 1999, p. 204).

As incapacidades permanentes decorrentes das sequelas dos acidentes e doenças direcionam o trabalhador rumo à miséria, com estatuto de inválido e de força de trabalho sucateada no mercado, o que favorece a ruptura e a desagregação social (Lourenço e Bertani, 2007). Ao mesmo tempo em que para o trabalhador representa a cassação do seu direito de viver dignamente como ser humano ou mesmo do direito à própria vida (Cohn et al, 1985).

No caso das Doenças Relacionadas ao Trabalho, a recessão pode promover sua cronificação e agravamento (Seligmann-Silva, 2001). Em grande parte dos casos, para não correr o risco de ser desqualificado, o trabalhador procura suportar a dor por um longo período, sem ajuda médica ou afastamento do trabalho, como no caso de bancários com LER: “*As pessoas só param quando não dá mais para continuar*” (Borges, 2001, p.137), o que produz uma cronificação da síndrome. Em geral, os trabalhadores adoecidos por LER apresentam uma história laboral de resignação e de trabalho com dor, só pleiteando o afastamento com elevado grau de cronicidade, recidivância e incapacidade (Hoefel et al, 2004). Mesmo assim, à dor crônica alia-se a causada pelo descrédito, pela discriminação e pelo tratamento recebido por profissionais de saúde e peritos do INSS que, muitas vezes, culpabilizam o próprio trabalhador pelo seu problema de saúde (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 2003). Merlo et al

(2003) em pesquisa realizada no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com grupo de trabalhadores adoecidos por LER, discute que no período de afastamento do trabalho houve uma significativa mudança no cotidiano desses trabalhadores. Mudança expressa pela substituição da rotina de trabalho por uma rotina de consultas médicas, exames, tratamentos e perícias no INSS, de convivência com a dor e incapacidade para realizar atividades cotidianas, como pequenas tarefas domésticas, o que trouxe para suas vidas uma série de consequências emocionais e sociais.

Ressalta-se que nas últimas décadas ocorreu um desmonte da rede de proteção social no Brasil, que inclui a Previdência Social. Pesquisa realizada por Takahashi e Iguti (2008) demonstra que os serviços de reabilitação profissional, integrantes do sistema de benefícios sociais para lidar com a incapacidade associada aos acidentes e doenças profissionais, foram profundamente atingidos. Até o início da década de 1990 os Centros/ Núcleos de Reabilitação Profissional (CRP/ NRP) desenvolveram atividades terapêuticas e de profissionalização para que os trabalhadores pudessem superar as dificuldades impostas por suas incapacidades e se reintegrar nas relações sociais, cotidianas e de trabalho. Com a reforma da máquina previdenciária ocorre um redimensionamento dos serviços, com enxugamento dos quadros profissionais, aliado à carência de recursos terapêuticos e estabelecimento de metas quantitativas. A partir de 2000 há total desativação dos CRP/NRP, que são transformados no programa Reabilita das Agências de Benefícios do INSS, com alterações nas funções básicas e supressão total das atividades terapêuticas e profissionalizantes. Para os trabalhadores cobertos pela Previdência Social, essa situação é agravada: “(...) *pelas condutas do INSS de contenção da permanência dos trabalhadores incapacitados nos programas de suporte de renda sem lhes ter ofertado a possibilidade de superação de suas desvantagens através de programas de reabilitação profissional*” (Takahashi e Iguti, 2008, p. 2668). Além das dificuldades em obter o reconhecimento institucional da patologia como relacionada ao trabalho somam-se as dificuldades da manutenção do benefício e a ausência de mecanismos de reabilitação profissional, situações estas que podem se constituir como um acréscimo às posteriores dificuldades para inserção em novo emprego e ao desgaste mental do trabalhador acidentado ou adoecido (Seligmann-Silva, 2001). Assim sendo, a exclusão social não se dá apenas pelo desemprego ou pelos baixos salários, mas no sentido da inacessibilidade aos direitos sociais (Lourenço e Bertani, 2007).

Nesse cenário, os modos de adoecer e morrer dos trabalhadores vêm transformando-se e ganham maior complexidade. Essa complexidade se traduz no aumento da prevalência das LER e “*em formas de adoecimento mal caracterizadas como estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho*” (Dias e Hoefel, 2005, p.820). Dessa maneira:

As relações do trabalho com o adoecimento deixaram de ser tão explícitas na atualidade porque o trabalho contemporâneo “queima” o trabalhador por dentro. Compromete antes o psiquismo e a afetividade até chegar, quando chega, às suas partes visíveis. Esta aparente inversão do percurso do adoecimento faz com que os efeitos sobre órgãos e funções só sejam percebidos exteriormente quando ganham a magnitude de fenômeno social, isto é, quando transcende o indivíduo e se estende ao coletivo de trabalhadores, invade suas vidas e a vida dos seus (Ribeiro, 2007, p. 02).

Assim, a violência explícita do trabalho caracterizada nos ciclos anteriores do capitalismo, como os acidentes de trabalho graves e fatais, no ciclo atual agrega-se a outra forma de violência, oculta e ocultada, mais sutil (Ribeiro, 1999) e não menos grave, pela coletivização.

A evidência da problemática relação entre trabalho contemporâneo e saúde é observada em algumas experiências dos Cerests, como uma questão coletiva, como na experiência do Cerest, de Porto Alegre, por exemplo:

A questão do adoecimento como expressão da exclusão, o isolamento social, a ruptura de vínculos, o sentimento de impotência individual e a culpabilidade pelo adoecimento, assim como os sintomas depressivos, já não apareciam como problemas intrapsíquicos isolados, mas como dramas coletivos (Barfknet et al, 2004, p. 321).

No CRST de Campinas, os problemas de saúde mental relacionados ao trabalho também se apresentam, mas como uma demanda secundária, agregada a outros problemas de saúde (Sato e Bernardo, 2005). As autoras observam uma baixa notificação desses problemas, em relação ao total de atendimentos, em que a LER representa 70% dos casos notificados. O mesmo ocorre nos Cerest de Santo Amaro e Sé, onde, na prática, os distúrbios psíquicos têm representado uma parcela pequena do atendimento desses serviços, devido às dificuldades inerentes ao reconhecimento desta relação por parte dos profissionais de saúde, dos sindicatos e dos próprios trabalhadores (Glina et al, 2001).

Os sindicatos de trabalhadores, mais atentos às questões de saúde no trabalho, relatam que os problemas entre saúde mental e trabalho são cada vez mais observados, especialmente, os

fatores relacionados à organização do trabalho, como o ritmo acelerado, a pressão por produção, os constrangimentos cotidianos e a ameaça de desemprego (Sato e Bernardo, 2005). No entanto, a organização do trabalho não se apresenta como fenômeno sobre o qual seja possível definir medidas objetivas, como se faz, por exemplo, em relação aos agentes físicos (Sato, Lacaz e Bernardo, 2004). A “invisibilidade” dos casos, sua interface com a subjetividade e a saúde mental do trabalhador e a dinâmica complexa do mundo do trabalho contemporâneo demandam análises de causalidade mais elaboradas e respostas dos Cerests mais complexas, para lidar com e intervir sobre essa realidade.

Sanchez e Bertollozi (2007) ao propor um conceito de vulnerabilidade que auxilie na construção do conhecimento em Saúde Coletiva apontam que este conceito deve transcender a idéia de vulnerabilidade individual, abrangendo aspectos coletivos e contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse modelo de vulnerabilidade deve permitir a interligação entre os aspectos individuais, sociais e programáticos dos serviços de saúde (Ayres<sup>21</sup> et al apud Sanchez e Bertollozi, 2007), reconhecendo a determinação social da doença, a fim de renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade, permitindo a análise da situação de saúde e das diferentes possibilidades de intervenção, contemplando a participação das pessoas.

Se os trabalhadores usuários dos Cerest, antes eram encaminhadas por sindicatos ou pela Previdência Social, com alguma forma de organização e/ou proteção social, atualmente são trabalhadores do setor informal, precário ou desempregados. Isso porque, com o processo de desregulamentação das relações de trabalho, do dismantelamento da reabilitação profissional da Previdência Social, o SUS assume um papel diferenciado, como a única política pública de cobertura universal (Dias e Hoefel, 2005).

Diante do paradoxo do desemprego e da vulnerabilidade dos trabalhadores:

Uma proposta concreta seria desenvolver programas intersetoriais, nos quais os serviços de atenção à saúde fizessem parte de uma rede interarticulada de agências de outro tipo, de modo que as ações terapêuticas fossem conectadas a ações de apoio social, reciclagem, educação continuada e reinserção no mercado de trabalho, preservando ou proporcionando a inserção comunitária. Iniciativas locais, como cooperativas de trabalho, organizações

---

<sup>21</sup> Ayres, JRCM; Franco Jr, I; Calazans, G; Salleti, M. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de AIDS. In Barbosa, R; Parker, R (org), 1999. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

não-governamentais de diferentes tipos e serviços públicos poderiam atuar cooperativamente nessas atividades (Seligmann-Silva, 2001, p. 250-1).

Para a autora, além da busca de formas de geração de renda é de suma importância ações que garantam apoio à manutenção e fortalecimento dos vínculos sociais, entre os desempregados e trabalhadores em geral. Ou seja, as condutas terapêuticas propostas necessitam de uma abrangência para além de prescrições circunscritas ao uso de medicamentos, exercícios físicos e fisioterápicos, como o trabalho em grupo, buscando solidificar laços de solidariedade, a ressignificação do cotidiano, o fortalecimento dos sujeitos, o desenvolvimento de sua auto-determinação, assim como reconstruir um engajamento com o mundo social (Hoefel et al, 2004).

De acordo com Sato et al (1993), as atividades de grupo tem sido usadas em larga escala na ações de Saúde Mental e Saúde Coletiva, com referências teóricas distintos, mas com uma justificativa em comum de que há maior possibilidade das atividades grupais operarem mudanças nos esquemas referenciais e de atitudes de seus componentes. Na atividade em grupo com trabalhadores adoecidos por LER, em serviços públicos de ST de São Paulo, os autores (Sato et al, 1993) observaram que a técnica do trabalho em grupo possibilitou aos trabalhadores a elaboração da situação vivida e a busca de estratégias para a melhoria da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que o exercício afetivo-cognitivo da discussão dos aspectos psicossociais do adoecimento repercutiu positivamente na forma como lidam e vêm a própria doença.

Na pesquisa apresentada por Hoefel et al (2004), com os grupos de ação solidária com trabalhadores adoecidos por LER, no Rio Grande do Sul, a possibilidade de verbalizar e escutar as histórias singulares permitiu aos participantes questionar o adoecimento do trabalho, propiciando ações transformadoras como a criação de cooperativas que agrega os trabalhadores adoecidos, com objetivo de favorecer sua reinserção produtiva e reabilitação profissional.

Os achados conferem com a pesquisa realizada por D'Acri et al (2009), com trabalhadores expostos ao Amianto, no Rio de Janeiro, em que através do trabalho em grupo de formação e pesquisa foi possível ativar laços de solidariedade existentes entre os trabalhadores e organizar um movimento social e político pelo banimento do Amianto, a Associação Brasileira de Expostos ao Amianto no Rio de Janeiro (ABREA/RJ). Grande parte dos

trabalhadores da ABREA sofrem de doenças graves e irreversíveis e estavam sem esperança de vida após a dispensa do emprego sem direitos e reconhecimento, o grupo aliado à participação no movimento restitui um sentido para a vida, ampliando a auto-confiança e a ação sobre o mundo real, fazendo com que os participantes voltassem a se sentir incluídos.

Nesse sentido, torna-se premente para os Cerests a construção de abordagens que considerem a configuração contemporânea do mundo do trabalho e, ao mesmo tempo, dêem conta da inclusão e participação dos trabalhadores adoecidos, acidentados e/ou desempregados. O desafio de agregar um grupo de trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho, na perspectiva de reorientação profissional, articulando atividades terapêuticas, educativas e possibilidades de inserção no trabalho e na vida social, encarado pelo CRST de Santo Amaro, foi objeto da nossa pesquisa, o que será relatado no Capítulo 5.

### Capítulo 3. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo

*“Portanto, se tivesse que haver um corte- ainda que, sem dúvida, nunca haja corte absoluto em história-, este sitar-se-ia no momento em que, no cenário relativamente estável da assistência, evidencia-se a questão social do trabalho. Na verdade, a questão social propriamente dita”*

Robert Castel

#### 3.1. O município de Amparo e a rede de Atenção Básica do SUS

O município de Amparo localiza-se a cerca de 153 Km da cidade de São Paulo, com uma população de 62.692 habitantes (IBGE, 2007), numa área de 445 Km<sup>2</sup> e densidade populacional de 140 habitantes/ Km<sup>2</sup>. As principais atividades produtivas e econômicas de Amparo são agricultura, indústria, comércio e turismo, por ser uma estância hidromineral.

A Rede de Atenção Básica em Saúde do município está estruturada no Programa de Saúde da Família, desde 1995. Atualmente é composta por 14 Unidades de Saúde da Família, sendo 4 delas em zona rural, contando com 20 equipes de Saúde da Família, compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 ACS. As UBS ainda possuem 14 Equipes de Saúde Bucal, formadas por 1 dentista e 1 auxiliar de consultório dentário, além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF<sup>22</sup>), que conta com 1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 fisioterapeuta. Segundo dados do planejamento da gestão municipal, a rede de Saúde Pública de Amparo, tem o cadastro de 92% da população do município. A SMS de Amparo tem uma proposta de Gestão Colegiada, na qual existem diferentes núcleos de gestão do trabalho em saúde. A gestão das ações de AB está sob coordenação de um grupo multidisciplinar, denominado Grupo de Apoio à AB, no qual, a partir de reuniões de equipe, busca-se a discussão dos problemas relacionados à atenção e gestão do trabalho em saúde, numa perspectiva democrática. Além dessas, ocorrem as reuniões do colegiado de gestão, nas quais participam os coordenadores das UBS e dos serviços de referência da rede SUS. Nas UBS

---

<sup>22</sup> A Portaria 154, de 24/01/2008, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a criação do NASF que tem como objetivo: “(...)ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” .

ocorrem semanalmente reuniões com toda a equipe, com essa mesma finalidade.

No organograma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo o município está situado na Regional de Campinas, na Direção Regional de Saúde VII (DRS).

### **3.2. O Cerest de Amparo: aspectos históricos**

A preocupação com a atenção à saúde dos trabalhadores em Amparo teve início em março 2003, quando a SMS toma como prioridade a vigilância nos ambientes de trabalho e a capacitação das equipes de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, segundo os entrevistados. Nesse momento foi feito um diagnóstico inicial da situação do município, através da análise das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) e coleta de relatos dos casos de trabalhadores atendidos pelas equipes do PSF. A partir de então dá-se início a um processo de educação em ST para os profissionais da rede básica de saúde, a fim de sensibilizá-los para a problemática dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (DRT).

No ano seguinte o Cerest de Amparo foi habilitado pela Renast e inaugurado em agosto de 2004. A SMS realizou concurso público para contratação dos profissionais, na modalidade de vínculo público, por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para essa contratação foi tomado como parâmetro a Equipe Mínima<sup>23</sup> definida pela Renast, assim o trabalho do Cerest/ Amparo inicia-se com a capacitação da sua própria equipe, em conjunto com alguns profissionais da rede básica, através de cursos organizados pela SMS.

Na época do credenciamento de Amparo, a Renast estabelecia um critério regional para habilitação de novos Cerests, sendo incorporados 16 municípios na área de abrangência do Cerest de Amparo, são eles: Águas de Lindóia, Monte Alegre do Sul, Lindóia, Pedreira, Serra Negra, Bragança Paulista, Joanópolis, Pedra Bela, Pinhãozinho, Piracaia, Socorro, Tuiuti, Vargem, Holambra, Jaguariúna e Santo Antônio de Posse. No total, o Cerest/ Amparo tem uma população de abrangência de cerca de 800.000 habitantes.

A fim de estabelecer os fluxos de atenção aos trabalhadores adoecidos, foi publicada a Lei

---

<sup>23</sup> Para os Cerests regionais a Portaria 2437 (de 07/12/2005) define uma equipe mínima de 10 profissionais, sendo 4 de nível médio e 6 de nível superior.

municipal 3028 (de 13/09/2004), que dispõe sobre a Notificação Obrigatória de Acidentes e Doenças do Trabalho e todas as Unidades de Saúde do Município, conveniadas ou privadas, devem registrar na vigilância epidemiológica municipal os casos ocorridos, sob a pena de infração da legislação sanitária. Diante da norma, a SMS procedeu a capacitação para as equipes da rede sobre aquela notificação, que deve ser feita pela Ficha de Notificação de Acidentes e Doenças do Trabalho, nos casos de serviços ambulatoriais e via Planilha de Notificação, nos casos de serviços de Pronto Atendimento.

Em 2005, o Cerest/ Amparo iniciou um projeto com os trabalhadores rurais, com característica multidisciplinar. O projeto começou, de acordo com os entrevistados, na UBS de Arcadas, uma unidade rural, com o levantamento dos pequenos produtores rurais, com dados sobre quem eram esses produtores, o que produziam e o que usavam de agrotóxico. Esse levantamento territorial foi feito em parceria com os ACS daquela unidade, que iam às propriedades junto com os profissionais do Cerest. O setor de toxicologia da Unicamp foi parceira nesse projeto, à medida em que realizou avaliação dos níveis de intoxicação destes trabalhadores.

O Cerest de Amparo funciona em uma sede alugada pela SMS, com uma estrutura física que abriga 1 recepção, 5 salas para consultório, 1 sala de enfermagem, 1 sala de reunião, 1 almoxarifado, 5 banheiros, 1 copa e 1 cozinha. O horário de atendimento do Cerest é de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 17h30.

### **3.3. Processo de Trabalho no Cerest de Amparo**

A fim de proceder a análise do processo de trabalho em ST na Atenção Básica, conforme falamos no Capítulo 1, organizamos os dados coletados nas entrevistas e documentos nas categorias temáticas (Bardin, 1977) que envolvem a equipe, o planejamento e avaliação, as principais ações desenvolvidas no campo da assistência, vigilância e educação, as estratégias, técnicas e legislações usadas nas ações, o controle social e a participação dos trabalhadores.

A Equipe de profissionais do Cerest de Amparo é composta por: 1 Médico do trabalho (com carga horária de 24 horas/ semanais), 1 Enfermeira (40h), 1 Psicóloga (40h), 1 Terapeuta Ocupacional (30 horas), 1 Engenheiro de Segurança do Trabalho (40h), 2 Técnicos de

segurança do trabalho (40h), 1 Técnica de enfermagem (40h), 1 Auxiliar de enfermagem (30h), 2 agentes administrativos (40h), 1 agente de limpeza (40h). Assim sendo, o Cerest possui 5 profissionais de nível superior, sendo que 3 deles possuem curso de especialização em Saúde do Trabalhador, Engenharia de Segurança e Neurologia. Grande parte dos profissionais trabalham no Cerest há cerca de 3 anos, com exceção da médica e da psicóloga que estavam com 1 ano de trabalho, na época da pesquisa.

O processo de avaliação e planejamento das atividades envolve a realização de reuniões da equipe do Cerest com a participação dos representantes do seu Conselho Gestor (CG), no fim de cada ano, com objetivo de avaliar e programar as ações que serão realizadas no ano seguinte. Há o hábito de produção do relatório de gestão, contendo na introdução a avaliação realizada pelo grupo sobre o cumprimento do plano de ação, do ponto de vista dos profissionais entrevistados: *“(...) acho que esse também é um momento privilegiado. Que a gente pensa o que fez, porque fez, ou porque não fez, se será legal manter”* (Profissional ST 2). Os profissionais entrevistados expressam a existência de momentos de avaliação e planejamento das ações nas reuniões da equipe do Cerest. Nesse momento são definidas quais as prioridades que cada profissional deverá se envolver ao longo do ano. Além disso, as reuniões de equipe, quinzenais, constituem um espaço de interlocução entre os profissionais do Cerest, em que são abordadas as discussões de caso, os projetos, as atividades de vigilância, dentre outros temas do cotidiano de trabalho.

Os profissionais do Cerest entrevistados justificam a importância da existência de ações voltadas para a saúde dos trabalhadores na rede de atenção básica à saúde do município e de sua definição como prioridade no planejamento:

(...) a prioridade também é trabalhar com a rede, trabalhar com a atenção básica. Isso não tem nenhum número que mostre que a gente tenha que trabalhar com a atenção básica, foi a forma que a gente achou pra fazer acontecer a saúde do trabalhador no município inteiro (Profissional ST 2).

No ano de 2007, os profissionais de saúde começaram a alimentar o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e, por isso, o próprio Cerest realizou atividade educativa com a rede de saúde para a notificação dos acidentes de trabalho e doenças relacionados ao trabalho, previstos na Portaria 777 (de 28/04/2004) e na lei municipal 3028 (de 13/09/2004). Nesse ano foi criada na região do Cerest de Amparo o pólo de educação permanente, com a

participação de profissionais dos Cerest de Campinas e Piracicaba: “(...) *nós criamos o Núcleo de Saúde do Trabalhador para a educação permanente*” (Profissional ST 1). Também como foi previsto no plano para 2008 a implantação da CIST, na forma de Conselho Gestor Ampliado, incluindo representantes da vigilância sanitária e epidemiológica.

Para os profissionais entrevistados, a principal base de dados utilizada no planejamento das ações é o próprio Sinan. A fim de agrupar os dados referentes à atenção em saúde dos trabalhadores, a coordenação do Cerest se vale da organização de planilhas específicas dos agravos à saúde e dos dados sobre a situação dos trabalhadores atendidos no Cerest e nas UBS:

(...)a gente tem uma planilhinha que anota o caso novo e o caso em acompanhamento. Cada profissional tem a sua, todos que fazem assistência, e a gente tem um banco de dados manual mesmo, no excel, que você vai cadastrando o nome do trabalhador, a queixa, a situação previdenciária, idade, ramo de trabalho, que são as informações que a gente tem ali no relatório de gestão (Profissional ST 2).

Essas planilhas conformam os dados de morbidade ambulatorial do Cerest, são base para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) e para a programação das ações de vigilância nos locais de trabalho.

No que tange ao uso de indicadores para avaliação das ações, os profissionais relatam trabalharem pouco com indicadores quantitativos. No ponto de vista deles, o indicador principal é o de 100% para atendimento dos trabalhadores que chegam no Cerest e 100% de investigação de acidentes graves e fatais nos locais de sua ocorrência, conforme pactuado em 2008, na Secretaria de Estado da Saúde.

No que diz respeito às principais ações do Cerest de Amparo nas vertentes de assistência, vigilância e educação em Saúde do Trabalhador, é importante ressaltar que a demanda do Cerest é, em sua totalidade, proveniente de encaminhamentos realizados pelas UBSs do município, não constituindo porta de entrada do SUS. Os casos atendidos no Cerest são os mais complexos, por necessitarem de tratamentos específicos, como de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicoterapia, etc. ou aqueles que demandam ações permanentes de vigilância nos locais de trabalho. De acordo com os profissionais entrevistados, por se constituir em torno de uma equipe mínima, todos os profissionais do Cerest participam das ações em ST,

nos três principais campos de atuação: assistência, vigilância e educação em saúde do trabalhador. A única exceção é da médica do trabalho que só participa das ações de vigilância consideradas mais complexas pela equipe, devido a reduzida carga horária de 24 horas semanais.

No “cardápio” dos serviços oferecidos pelo Cerest, temos no campo da assistência as consultas clínicas individuais nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional. Antes das consultas, propriamente ditas, é feita uma recepção do trabalhador ao Centro, através da proposta de acolhimento pelas técnicas e/ou auxiliares de enfermagem e enfermeira, psicóloga e/ou terapeuta ocupacional. O objetivo do acolhimento seria apresentar o serviço, escutar e dar a resposta mais adequada ao trabalhador atendido (Dias et al, 2008). Nesse momento são apresentados os conceitos de acidentes e DRT, os procedimentos decorrentes do diagnóstico, os objetivos do Cerest e os serviços oferecidos. A dupla de profissionais recebe individualmente o trabalhador usuário do serviço, escuta sua história de trabalho e orienta-o com relação ao atendimento e encaminhamentos internos, no próprio Cerest. Assim, são esclarecidas as dúvidas iniciais dos trabalhadores atendidos, o que muitas vezes inclui a solução e orientação dos casos, sem a necessidade de posteriores consultas. A partir daí os profissionais avaliam, em reuniões de equipe, os casos que serão tratados no Cerest e/ ou os que seguirão o tratamento nas UBS. Sobre esse momento inicial de acolhimento dos trabalhadores no Cerest, os profissionais entrevistados afirmam:

(...) é importante porque nem sempre gera uma demanda de consulta médica(...) muitas vezes é uma orientação e uma dúvida que a gente acaba até solucionando. E como a gente trabalha com assistência e com apoio matricial à saúde da família, esse momento do acolhimento é o momento que propicia essa discussão com a unidade, acolher a história do usuário daquele território e poder fazer a devolutiva para a unidade (Profissional ST 2).

Na assistência ainda há possibilidade de acompanhamento com um fisioterapeuta, contratado temporariamente, que cumpre uma jornada de 16 horas de trabalho no Cerest, assim como de um acupunturista, nos casos de dor crônica, ambos profissionais com compartilhamento de carga horária com outros serviços de saúde do município. Além dos atendimentos individuais, alguns grupos estão em funcionamento, como o Grupo Reagir, de trabalhadores que sofreram assédio moral no trabalho, o grupo com trabalhadores adoecidos por LER, o grupo de trabalhadores com problemas na coluna e os grupos de práticas alternativas de saúde, como o Grupo Equilíbrio e o de Lian Gong, com caráter terapêutico e de apoio educacional aos

usuários do Cerest: “(...)tem grupos específicos focados num grupo de trabalhadores sobre determinado risco, de orientação, daquilo que eles mesmos possam se cuidar. Acho que isso foi feito mais pra funcionários da própria prefeitura” (Profissional ST 1).

Na vigilância, a equipe cumpre a meta para a investigação de 100% de acidentes de trabalho (AT) graves, fatais e com criança e adolescentes<sup>24</sup> realizando atividades de vigilância nos locais de trabalho, com o objetivo de proposição de medidas para a prevenção da ocorrência de outros casos. Essa meta foi expandida em relação à estadual, já que o pactuado na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo é a investigação de 100% dos acidentes fatais. Nessa investigação a equipe é sub-dividida em duplas de trabalho, um profissional de nível universitário e um de nível médio, com uma escala de investigação dos ATs informados: “(...) conforme a gente vai sabendo, a gente coloca na escalinha e aí a dupla sabe que eles são os responsáveis por fazer essa ação, que é a investigação do acidente, que é a denúncia e que é a investigação do nexo” (Profissional ST 2).

A informação sobre o AT Fatal, Grave ou em menor de 18 anos de idade é proveniente tanto de telefonema da Santa Casa Anna Cintra, o único Pronto Socorro no município, que atende e notifica os acidentes de trabalho, quanto do encaminhamento, pela vigilância epidemiológica, dos atestados de óbito, que serão analisados pelos profissionais do Cerest: “(...) todos os atestados de óbito, a gente pega aqueles que a gente acha que é meio estranho e vai atrás, investiga, morte esquisita(...)” (Profissional ST 2). Por se tratar de uma cidade de pequeno porte, os profissionais entrevistados relatam que os moradores comentam os AT e que, muitas vezes, são noticiados no jornal da cidade. Para eles, nos casos de AT fatal ou grave, é ainda possível obter a informação sobre sua efetiva notificação no serviço de saúde que atendeu ao trabalhador.

Os profissionais do Cerest entrevistados falam que o recebimento de informações do Pronto

---

<sup>24</sup> De acordo com o Protocolo de Complexidade diferenciada de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde sobre a Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com crianças e adolescentes, o Acidente de Trabalho fatal é conceituado como: “(...)aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente”. (Ministério da Saúde, 2006b, p. 15). Já o Acidente de Trabalho Grave: “(...) é aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante; que pode ter conseqüências nefastas ou fatais” (Ministério da Saúde, 2006b, p. 15). Enquanto que o Acidente de trabalho com criança e adolescente é aquele que acomete trabalhadores entre 0 e 12 anos e entre 12 e 18 anos de idade, respectivamente.

Socorro da Santa Casa aumentou cerca de três vezes a demanda de ações de vigilância, com consequente aumento de volume desse tipo de trabalho:

A partir do momento que a Santa Casa começou a notificar acidentes de trabalho, triplicou as nossas ações de vigilância. Ação de vigilância não é uma coisa que você vai lá, vê, faz e acabou. É um processo contínuo. Você vai, analisa, envia relatório, espera resposta, tem que ir e ver, confirmar. Então vigilância, é muito demorada(...). Daí, você tem que estudar como é o processo, como é a máquina, conversar com outras pessoas, com quem tem mais experiência para aí, desenvolver isso (Profissional ST 3).

Além das ações de vigilância para investigação desses ATs, existem as vistorias programadas com base nos dados da morbidade ambulatorial do próprio Cerest. Segundo os profissionais entrevistados, a opção por fazer a vigilância nas indústrias de confecção, desde 2007, justifica-se pela importância do setor no município e sua interferência no perfil de morbidade dos trabalhadores, com muitos casos de LER e sofrimento mental: *“Desde o ano passado (2007) a gente está com foco nas indústrias de confecção, fazendo vistoria em todas as indústrias de confecção do município, porque é o ramo de atividade que a gente mais atende aqui, de adoecimento”* (Profissional ST 1). O setor de produção industrial de animais, em especial as granjas existentes no município, foi priorizado na programação anual para 2008, no sentido de ampliar as ações de vigilância nos locais de trabalho, pelo mesmo motivo das indústrias de confecção. No caso da vigilância nas grandes empresas do município há participação do médico do trabalho do Cerest e do Ministério Público Estadual e/ou do Ministério do Trabalho, a fim de somar esforços para transformar os processos de trabalho nas ações que tem maior probabilidade de serem mais conflituosas, conforme o exemplo que se segue:

A gente já tinha tomado isso como parte da rotina, de fazer a denúncia para o Ministério do Trabalho e para a Procuradoria, porque em geral as empresas tem outras questões trabalhistas para serem vistas(...). E assim, nunca tivemos nenhuma contestação até hoje (Profissional ST 1).

A atividade de vigilância demanda dos profissionais grande dedicação, visto que devem dialogar com os trabalhadores, estudar o processo e a organização do trabalho, o ritmo imposto, assim como compreender o funcionamento dos instrumentos e maquinários. A partir daí é elaborado um relatório orientando modificações, que servirá de base para a intervenção sobre esses aspectos, além do acompanhamento das adequações e mudanças dos processos de trabalho.

(...)e o procedimento ele é demorado, você vê, a gente está com uma empresa desde 2005, e não é uma coisa que a gente vê: ah no ano que vem finaliza, termina. Nunca tem fim né, você tem que estar periodicamente acompanhando, tem ações que eles vão demorar a fazer, tem coisas que envolvem custos, então, nunca tem fim, sempre você está ali numa ação permanente (Profissional ST 2).

Conforme sinaliza Vasconcellos (2007) a negociação coletiva decorrente das ações de VISAT é um processo lento, demorado e trabalhoso, mas deve servir como efetivo marco de transformação, cuja característica paradigmática poderá refletir no segmento social afetado.

Na educação, os profissionais entrevistados relatam a existência dos eventos em ST, denominados de comunicação educativa, com atividades como palestras, mesas-redondas e debates, que ocorrem na data de memória as Vítimas de AT, dia 28 de abril, no dia do trabalhador, 01 de maio, e no aniversário de inauguração do Cerest, em agosto, quando ocorre o Encontro de Saúde do Trabalhador:

Nisso a gente tem dois grandes eventos no ano: um é a Semana de Saúde do Trabalhador, que engloba o 28 de abril, o 1º de maio e o 2 de maio, essas três datas que são importantes. Aí na semana são diversas atividades. Sempre tem acontecido debates, atividades de rua, alguma outra atividade desse caráter. E o Encontro de Saúde do Trabalhador, esse é o quinto, que é uma coisa mais como seminários, a gente escolhe um tema e traz pessoas para vir apresentar (Profissional ST 1)

A fim de proceder uma educação permanente, os cursos de ST estão previstos no programa da saúde da SMS. Dentre eles, os cursos de Introdução à ST, sobre o protocolo de notificação compulsória em LER, toxicologia, vigilância e análise de acidentes, assim como os cursos de especialização em ST, promovidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pela Unicamp em parceria com o CRST de Campinas. Os entrevistados falam das atividades educativas específicas para profissionais da atenção básica relacionadas com a notificação das doenças relacionadas ao trabalho, de oficinas para sindicatos de trabalhadores e de controle social.

A Secretaria Municipal de Saúde de Amparo tem um investimento grande nesse tipo. Acredita na educação dos profissionais como uma ferramenta importante na gestão para mudança de modelo, para introdução de novas ações. Então desde o começo que a Saúde do trabalhador foi pensada sempre com essa ação educativa para os profissionais de saúde junto (Profissional ST 1).

O Apoio Matricial em ST para Atenção Básica é considerada uma atividade de caráter educativo, pelos profissionais entrevistados, pois os temas levados para as UBS e as discussões sobre os casos atendidos auxilia no processo de formação dos profissionais de saúde, como refere uma das profissionais entrevistadas:

A gente faz o apoio matricial, que é uma atividade pedagógica, educativa, contínua, esse primeiro semestre a gente levou como tema as orientações previdenciárias, com este tema, a própria equipe daqui vai e discute com a saúde da família, então é uma atividade com caráter educativo (Profissional ST 2).

Como o Apoio Matricial em ST consiste em uma das experiências consideradas exitosas pelos profissionais, o detalhamento da proposta será apresentado especificamente adiante.

Os profissionais entrevistados afirmam que as estratégias de trabalho e as técnicas utilizadas são definidas nas periódicas reuniões de equipe, em torno das informações existentes sobre a realidade de trabalho, contendo dados objetivos, como a informação em saúde e dados da percepção dos próprios profissionais, de outras pessoas da rede e do Conselho Gestor do Cerest:

(...) que vai desde informações objetivas, notificações, CAT, até a informação da percepção. Por exemplo, a gente não consegue ainda ter um registro claro e confiável dos atendimentos que a rede básica faz(...) a agente comunitária de saúde não tem um papelzinho que ela preenche, que vai dar a informação objetivamente aqui, mas ela sabe o que está acontecendo com a população lá, ela sabe onde as pessoas trabalham, o que está pegando, ela sabe muitas vezes das condições de determinados lugares, tem vistoria aqui que a gente começou porque foi o conselho local de saúde (da UBS) que solicitou para a vigilância sanitária (Profissional ST 1).

No que se refere à utilização de instrumentos legais nas ações voltadas para a saúde dos trabalhadores, os entrevistados ressaltam o uso da legislação nacional do próprio SUS, como a Lei 8080 (de 19/09/1990), que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional. Tal lei, publicada anos antes da Renast, define as atribuições e competências das três esferas de governo para o SUS, dentre outros assuntos, prescreve a obrigação da direção municipal do SUS de executar serviços em ST. A legislação específica da ST, como a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Portaria 3098, de 30/10/1998) e às relacionadas à Renast (Portaria 1679, de 19/09/2002 e Portaria 2437, de 07/12/2005) também são referidas como importantes instrumentos para a manutenção do funcionamento do Cerest. A legislação da Previdência Social, como a Lei 8213 (de 24/07/1991) e a Lei 9732 (de 11/12/1998), que dispõem sobre o

Plano de Benefícios e as Instruções Normativas(IN) do INSS, como a IN 16 (de 27/03/2007) sobre o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) são instrumentos legais que auxiliam na orientação dos direitos previdenciários dos trabalhadores assistidos na saúde, segurados pelo INSS.

A legislação estadual, como o Código Sanitário Estadual (Lei 10.083, de 13/09/1998) e a Lei 9505 (de 11/03/1997), norma específica sobre ST no Estado de São Paulo, que disciplina as ações e os serviços de saúde dos trabalhadores no SUS, são usadas para respaldar a atuação dos profissionais da saúde no nível municipal, como autoridade sanitária, visto que Amparo não possui código sanitário municipal. Como já referimos duas normas de Notificação de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho são frequentemente usadas: a Lei municipal 3028 (13/09/2004), que trata da notificação obrigatória desses eventos e a Portaria Ministerial 777 (28/04/2004), que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica do SUS. No âmbito municipal a legislação usada pelos entrevistados é o Código de Posturas do Município de Amparo (instituído pela Lei 848, de 06/06/1975, revisado pela Lei 2826, de 18/10/2002 e alterado pela Lei 3116, de 13/10/2005), que contém medidas de polícia administrativa a cargo do município em matéria de higiene e bem-estar público, de localização e funcionamento de estabelecimentos comerciais, industriais e de prestadores de serviços. Os artigos 24, 25 e 26 da Lei 2826, acima referida, dão à vigilância sanitária a atribuição de inspecionar “*atividades de interesse à saúde e meio ambiente, nele incluindo o do trabalho*”, entre outras. Existem duas leis municipais específicas sobre o controle social, a Lei 2875 (06/03/2003), que dispõe sobre a criação, competência, composição e organização do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Lei 3192 (21/08/2006) que trata da normatização e regulamentação dos Conselhos Gestores (CG) das Unidades de Saúde do Município. De acordo com esta última, os CG têm funções consultivas e deliberativas destinadas ao planejamento, avaliação, fiscalização, controle das políticas e ações em saúde na sua área de abrangência. Os CG deverão ser compostos por 50% de representantes de usuários do serviço, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representantes dos gestores, com no mínimo 4 e no máximo 8 membros efetivos e o mesmo número de suplentes. Os mandatos devem durar um ano, sendo permitido uma única recondução e as reuniões deverão acontecer, minimamente, uma vez a cada dois meses.

O Controle Social do Cerest é estruturado nos moldes do CG, seguindo a normatização do CG das Unidades de Saúde de Amparo, com a especificidade de que na representação dos usuários estão incluídos os representantes de sindicatos. As reuniões do Conselho são periódicas e ocorrem mensalmente, na sede do Cerest. No ano de 2008, apenas dois sindicatos da região tinham participação ativa como conselheiros, são eles o Sindicato dos Metalúrgicos de Jaguariúna, Amparo, Pedreira, Serra Negra e Monte Alegre do Sul e o Sindicato dos Químicos, Farmacêuticos e Material Plástico de Jaguariúna e Região. Outros dois sindicatos têm participação como suplentes, mas não frequentaram as reuniões periódicas, por isso foram suspensos do Conselho. Os Conselheiros representantes dos sindicatos, entrevistados nos falam que a conjuntura atual é desfavorável à sindicalização dos trabalhadores e que isto tem se tornado um problema tanto para a atuação sindical, quanto para participação no CG, que toca na realidade do mundo do trabalho já discutida no Capítulo 2, conforme podemos observar no relato abaixo:

Devido ao atual momento de globalização que estamos vivendo, há muitas empresas multinacionais, de capital não nacional. Então estamos perdendo muitos trabalhadores, pois não são sindicalizados. É difícil sindicalizar um trabalhador, devido também a alta taxa de desemprego, a informalidade tomando conta. Esse é um problema grave do nosso sindicato. Não só nosso, mas em geral (Trabalhador 1).

Os Conselheiros acreditam que o Cerest tem um papel fundamental na Educação em ST e, inclusive, participam dos eventos promovidos e cursos básicos oferecidos. Um deles considera que as ações de vigilância e intervenção sobre os ambientes de trabalho deveriam ser prioritárias no Cerest, já que o intuito é mudar as condições de trabalho em prol da saúde. O entrevistado considera que o Ministério do Trabalho da região e a Superintendência Regional do Trabalho (SRT), antiga Delegacia Regional do Trabalho, de Mogi Mirim e Campinas possuem número reduzido de fiscais do trabalho em relação a quantidade de trabalhadores na região de abrangência, portanto não dão conta das ações de vigilância:

Eu acredito que a vigilância no local de trabalho é prioridade porque o Ministério não consegue atender toda a demanda e o Centro de Referência, que está articulado com a Vigilância Sanitária de Amparo, é mais um instrumento que temos para recorrer (Trabalhador 1).

Os entrevistados consideram como principais problemas de saúde dos trabalhadores de suas categoria de base, Metalurgia e Química, são as LER, os problemas de coluna e os acidentes típicos:

Os principais casos de agravos de saúde do trabalhador são LER e DORT: Lesão por Esforço Repetitivo e Distúrbios Ósseo-musculares Relacionados ao Trabalho. E também tem bastante acidente típico, porque a nossa base é a metalúrgica, então tem a questão de prensas e equipamentos similares: acidentes com mãos e membros superiores, bastante quedas também e acidentes nesse sentido(...)e recentemente aconteceu um acidente que um trabalhador ficou paraplégico. E também perdas de dedo, mão, braço, que de vez em quando acontece (Trabalhador 1).

São as doenças de tendinite, as LER e também as doenças de coluna. Porque são movimentos muito repetitivos dentro das empresas e assim, as posturas de trabalho, que a gente fica nas máquinas. Então, as doenças mais comuns aqui são as tendinites, as LER e os problemas da coluna (Trabalhador 2).

Desse modo, os sindicalistas do conselho entrevistados expressam a compreensão das dificuldades atuais do movimento sindical, da relação entre trabalho e saúde, da importância do Cerest na transformação dos locais de trabalho e do processo de adoecimento da categoria.

### **3.4. A experiência do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e suas potencialidades**

A implantação da ST na AB em Amparo, a partir do Apoio Matricial inicia-se com o planejamento para o ano de 2008, quando foi proposta a realização de 4 reuniões temáticas para o AM em cada UBS do município. A ideia do AM é oferecer retaguarda especializada em ST para as equipes do PSF, de modo dinâmico e interativo, a fim de produzir um processo de interlocução entre os profissionais e um intercâmbio sistematizado de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (Bertolini, 2007). Desse modo foi procedida uma organização do Cerest como retaguarda para a AB e feita uma divisão da equipe do Cerest, como apoiadores das 20 equipes do PSF, existentes nas 14 UBS do município. O detalhamento do plano foi feito nas reuniões de equipe do Cerest, quando foram criadas duplas com profissionais de nível superior e nível médio, responsáveis por cerca de 4 UBS cada:

Dos apoios matriciais, aqui é dividido por dupla e tem as Unidades de Família. Eu e a TO somos responsáveis por quatro Unidades. (...)Hoje mesmo o Médico ligou sobre uma dúvida. Assim, não encaminha. A intenção é o quê? De não encaminhar paciente(...). É avaliar, ver o que a Unidade pode fazer. Daí, caso não dê pra ela acompanhar mesmo, ela envia pra nós (Profissional ST 3).

As principais ações realizadas pelas duplas de profissionais do Cerest são as reuniões temáticas de AM em cada UBS, que ocorrem durante as reuniões de equipe da Unidade, com

a discussão dos casos atendidos, a produção dos boletins técnicos de ST, informativos relacionados às temáticas abordadas para os profissionais de saúde, o apoio sistemático às demandas e esclarecimentos aos profissionais de saúde pessoalmente ou por contato telefônico. No ano de 2008 foram realizadas 2 reuniões temáticas de AM em todas as UBS, discutindo as questões referentes às Orientações Previdenciárias aos trabalhadores adoecidos e o Nexo causal da Lombalgia com o trabalho. De acordo com os profissionais do Cerest entrevistados, os temas são definidos com a participação dos profissionais das UBSs, de acordo com a necessidade das equipes do PSF: *“Pela necessidade, pela procura, pelos telefonemas dos funcionários, nós víamos quais eram as maiores dúvidas. Normalmente era atestado, CAT, essas coisas, esses assuntos de Previdência Social”* (Profissional ST 3). Conforme as demandas específicas de cada UBS são realizados e estimulados a criação de grupos educativos de apoio e projetos específicos.

### **3.4.1. O Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador na visão dos profissionais do Cerest/ Amparo**

Os resultados da análise das entrevistas com os profissionais do Cerest revelam a importância do Apoio Matricial para o fortalecimento da ST na AB. Por isso, as potencialidades referidas nas entrevistas foram organizadas em torno dos seguintes núcleos temáticos: Trabalho intrasetorial: o estreitamento dos vínculos, Trabalho interdisciplinar: a construção de projetos terapêuticos, Reorganização do trabalho em saúde e Mudanças na abordagem do processo saúde-doença.

#### **3.4.1.1. Trabalho intrasetorial: o estreitamento dos vínculos**

Para o campo ST é de fundamental importância a articulação das ações de assistência e vigilância, assim como a incorporação de estratégias de prevenção de agravos e de promoção da saúde. Nesse sentido, torna-se essencial o envolvimento de todos os níveis de atenção e as esferas de direção do SUS, numa configuração intrasetorial (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). Os profissionais do Cerest entrevistados afirmam que o AM facilita a articulação entre as instâncias do SUS, especialmente a relação do Cerest com a AB, observando um considerável aumento na interlocução e proximidade entre as equipes de ST e SF. Tais profissionais consideram que o AM promove o aumento do vínculo entre os sujeitos, seja entre os

profissionais de saúde, seja com os próprios trabalhadores usuários dos serviços de saúde: “*A gente cria um vínculo maior com Unidade. Pro paciente é melhor também(...)*” (Profissional ST 4). O estabelecimento dos vínculos entre os profissionais expressa que o rearranjo propicia uma personalização desta relação, rompendo com a formalidade imposta pela organização do trabalho em saúde tradicionalmente existente, embasada numa relação de referência e contra-referência, nos quais os profissionais não dialogam entre si, apenas encaminham o usuário para um outro serviço, desvinculando-o do anterior. A fala abaixo selecionada ilustra como era a relação entre os profissionais da ST e da SF antes e após a implantação do AM:

Antes, você ia falar na Unidade, você ficava meio que formal. Você não sabia quem era que estava do outro lado da linha. Você não conhecia. (...) achei que foi legal por causa disso, a gente conhece a pessoa, a gente sabe com quem a gente está falando. Acho que aproximou mais, criou mais intimidade, ficou mais próximo mesmo (Profissional ST 5).

A possibilidade de dialogar com todos os profissionais da UBS no AM que, como nos referimos, ocorre na data da reunião da equipe da UBS, é ressaltada como positiva pelos trabalhadores do Cerest: “*Não só falar com o médico ou só com a enfermeira, todos estão ali! Você vê a cara de toda a equipe e todo mundo te vê*” (Profissional ST 5). Para tanto, torna-se necessária a adequação da linguagem para que todos possam compreender o tema tratado, essa preocupação pode ser ilustrada no relato abaixo:

Uma dificuldade que eu tento prestar atenção pra melhorar é a linguagem. É dar um jeito de na hora da palestra, trazer não só o Médico pra conversa, não só os técnicos de nível superior mais trazer, também, os Agentes Comunitários, os Técnicos de Enfermagem mais próximos do debate. O que eu acho que a gente está querendo vai possibilitar é que seja uma conversa e não uma palestra, para que as pessoas possam trazer os exemplos das Unidades delas (Profissional ST 7).

O foco não é a linguagem em si, mas trabalhar a interação e o convívio entre as diferentes linguagens dos profissionais de saúde, a fim de facilitar a aproximação entre eles (Domitti, 2006). Com essa proximidade, os profissionais relatam que passaram a se conhecer e discutir os casos tratados de forma mais integrada e direta. O AM em ST parece iniciar um processo de troca e co-responsabilização dos profissionais pelos problemas de saúde das pessoas que vivem naquela região. Esse movimento de aproximação dos profissionais torna maior a possibilidade de construção do vínculo entre si e junto aos usuários (Campos, 2007):

Foi feita essa divisão pra gente criar um vínculo. Então, quando existem dúvidas nas Unidades, eles já ligam e dizem: ‘Quero falar com Fulana ou Beltrana! ‘O que vocês acham que devemos fazer?’ Acaba que é uma discussão de caso pelo telefone, eu acho muito legal, a gente acaba discutindo e resolvendo o caso do trabalhador. É um vínculo mesmo, a pessoa tem essa dúvida e já sabe quem procurar no momento (Profissional ST 3).

A definição dos profissionais do Cerest como apoiadores das equipes do PSF auxilia a aproximação entre os profissionais. Dessa forma, os profissionais de saúde e usuários passam a ter nome e história, o que produz respostas menos estereotipadas para os problemas de saúde e busca de saídas mais dialogadas para eles (Campos, 1999).

A partir do momento que você vai lá, conversa com a pessoa, a relação é outra. Uma coisa é você falar com uma pessoa que você nunca viu, é uma relação formal. Outra coisa é você conversar com um colega. Eu sou da teoria que isso não tem preço. Uma coisa é falar com a Dra Patrícia, outra coisa é eu conhecer a Dra Patrícia e ver como ela trabalha. Como a gente pode, conhecendo o perfil dessas pessoas, chegar nelas (Profissional ST 7).

Tal qual apontado por Campos e Domitti (2007), a divisão tradicional do trabalho em saúde dificulta a integração do processo de atenção e do cuidado das pessoas, estabelecendo um alto grau de departamentalização e divisão entre os profissionais, seja no território, por profissão ou especialidade médica. Essa estrutura fragmenta o processo de trabalho em saúde e dilui a responsabilidade sanitária. Conforme também observamos, o AM em ST apresenta a potencialidade de romper esta lógica, à medida que estreita o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, tornando as relações menos automáticas e mais humanas.

#### **3.4.1.2. Trabalho interdisciplinar: a construção de projetos terapêuticos**

A busca da compreensão das relações entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores sob uma perspectiva interdisciplinar constitui-se um dos pilares do campo ST (Lacaz, 1996). Verificamos através das entrevistas realizadas que o AM aumenta a possibilidade de interlocução e troca entre os profissionais de saúde, seja na UBS ou no Cerest, na forma de produção interdisciplinar do conhecimento em torno do mesmo objeto ou problema de saúde (Campos e Domitti, 2007). Sendo assim, outro aspecto positivo ressaltado, pelos profissionais do Cerest, diz respeito ao encontro entre profissionais de diferentes profissões, em torno dos casos tratados, produzindo conhecimento e ação interdisciplinar.

O paciente é o mesmo, você está lutando com o mesmo problema. Às vezes, eles vêem uma coisa que a gente não vê ou a gente vê uma coisa que eles não têm acesso. Então, eu acho que essa troca é bem importante. Porque eles conhecem o bairro que o nosso paciente mora e a gente conhece o trabalho que o paciente tem (Profissional ST 5).

Essa produção interdisciplinar dos saberes sobre as relações entre trabalho e saúde propicia um processo de aprendizado conjunto das equipes sobre os casos atendidos: *“Nos Apoios Matriciais a gente tem levado alguns casos pra discutir, pra tornar as coisas mais concretas também. A gente viu que quando a gente traz pra realidade a equipe se integra mais”* (Profissional ST 7).

Nós, quando retornamos ao Apoio Matricial, levamos os prontuários e fazemos a discussão no local, junto com a equipe. As duas coisas estão interligadas mesmo. Uma das questões do apoio matricial foi essa, sempre estar dando um retorno daqueles clientes que eles nos encaminham (Profissional ST 3).

Conforme Figueiredo e Onocko-Campos (2008) já haviam mostrado, a discussão e o atendimento em conjunto dos casos tem importante função pedagógica, pois as equipes podem aprender *in loco* a reconhecer, intervir e atuar nas ações voltadas para a saúde dos trabalhadores. Frise-se que a potencialidade dessa integração disciplinar provocada pelo AM depende *“(...) de um importante grau de compartilhamento do poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e desses com os especialistas”* (Campos e Domitti, 2007, p. 404). No que diz respeito à ação, propriamente dita, interdisciplinar, segundo os entrevistados ela se relaciona diretamente ao processo de produção de saberes, em torno dos casos atendidos e da experiência nas vertentes de assistência, vigilância e educação em ST:

(...)o trabalho com a saúde da família eu acho que ele é multidisciplinar, porque assim, todo mundo aqui faz essa ação e isso é interessante porque em algum momento os saberes se misturam. Porque, eu sou enfermeira, discuto o caso clínico com ele, eu falo um pouco da experiência de diagnóstico, falo de terapêuticas. A TO fala, a psicóloga fala, a gente fala de vigilância, a gente conta um pouco a questão. Às vezes eles querem saber do nexos, a gente fala da nossa experiência enquanto agente de fiscalização, conta um pouco da descrição do trabalho, que ajuda o outro profissional que está do outro lado da linha a fechar o diagnóstico. Então esse apoio ele é interdisciplinar (Profissional ST 2).

Os profissionais que atuam no AM em ST buscam construir projetos de modo compartilhado com outros profissionais, usando desde ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, experiência e visão de mundo até as demandas trazidas por outros profissionais, em função de

seu conhecimento, interesse, desejos e visão de mundo (Campos e Domitti, 2007).

Só que a gente procura dar liga pra falar, por exemplo, dos aspectos psicológicos que envolvem ou na parte de terapia ocupacional, fisioterapia, o que pode ser feito em reabilitação que envolve a Lombalgia, por exemplo. Então a gente sempre tenta puxar a equipe pra falar a mesma língua. E aí, a gente vai costurando os conceitos também. Na hora que a gente vê a gente está falando em coisa médica, em tratamento fisioterápico. Quando o grupo funciona bem, a gente vê que começa um a entrar um pouquinho no campo do outro e eu acho que é positivo (Profissional ST 7).

À medida que um profissional passa a entrar no campo do outro são criados espaços coletivos para a comunicação ativa e compartilhamento de conhecimentos (Domitti, 2006) de interação entre eles, fundamentais para construir uma análise e interpretação sintética, acordar linhas de intervenção sobre o mesmo objeto ou problema de saúde e definir as atribuições de cada profissional no caso em questão (Campos e Domitti, 2007).

#### **3.4.1.3. Reorganização do Trabalho em Saúde**

A partir da experiência do AM, os entrevistados do Cerest nos falam sobre as mudanças na gestão do trabalho ocorridas, como por exemplo, o da organização do fluxo de encaminhamento dos trabalhadores atendidos nas UBS para o Cerest:

Uma coisa que a gente observou é que eles estão assumindo mais o paciente. Assim, no básico. No complexo ainda não tem aquele interesse deles de aprofundar mais. É o que a gente leva mesmo. Eles incorporam e fazem aquilo. Mas não se estendem mais. Agora, diminuiu bastante aqui. Aquele vai e vem de gente que manda pra lá, manda pra cá. Isso diminuiu bastante. (Profissional ST 6).

Essa fala expressa uma certa ruptura com o sistema de hierarquização modulado no esquema de referência e contra-referência, quando há transferência de responsabilidade do cuidado para outro profissional, pois indica uma redistribuição dos casos, em que os profissionais da UBS seriam responsáveis por casos mais básicos, enquanto os do Cerest ficariam responsáveis pelos casos mais complexos.

Antes, eles mandavam muitos pacientes aqui, às vezes só pra pedir uma informação. Eu acho que desde que começou mudou um pouco. É acho que nem reduzir é a palavra. Acho que meio que organizou. Porque às vezes, mandavam o paciente direto pra marcar consulta aqui e agora eles ligam, marcam, já tem essa introdução (Profissional ST 5).

Nesse sentido, a relação com a especialidade passa a ser mais horizontalizada, ao passo que não se dá sobre o viés da autoridade e sim baseada em procedimentos dialógicos e compartilhados entre os profissionais envolvidos (Campos e Domitti, 2007). Mais do que reduzir o encaminhamento dos trabalhadores adoecidos para o Cerest, o que ocorre é uma organização dessa demanda, com a redução dos encaminhamentos desnecessários, como no caso de obter uma informação, para os encaminhamentos capazes de preservar o vínculo do trabalhador na UBS e de ser feito de forma dialogada entre os profissionais de saúde (Figueiredo e Onocko-Campos, 2008). Na fala dos entrevistados: *“Na atenção básica eu acho que tem esse reconhecimento, primeiro de que eles tem essa responsabilidade, segundo que na área de saúde do trabalhador, de fato eles não estão sozinhos, isso é uma coisa que eles explicitam”* (Profissional ST 2). Para Bezerra e Dimentein (2008), a eficácia e resolutividade do trabalho em saúde depende de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações. Conforme ilustra a fala abaixo, outro aspecto levantado sobre a gestão do trabalho diz respeito a autonomia que os profissionais da UBS tem adquirido para atenção em ST, até pela compreensão de que tem profissionais de apoio:

Não é só encaminhar o paciente pra gente: é do trabalhador manda pro Cerest, a gente não quer isso. A gente quer que eles venham, mas que não percam a referência deles com o bairro, que é a idéia da saúde da família, que a coisa esteja integrada. Então, a gente quer sempre reforçar essa parceria. Isso que eu acho que está funcionando, eu estou vendo os laços se estreitarem e aí é que está o bonito da coisa (...) (Profissional ST 7).

Vale lembrar que a reorganização do fluxo de encaminhamentos estabelece mudanças no trabalho da UBS, expressas seja pelo aumento da demanda para ações de vigilância nos locais de trabalho, para os profissionais do Cerest, seja pelo crescimento das solicitações de visitas domiciliares, nos casos de acidentes e DRT, para os ACS, conforme demonstra o relato que se segue:

Os médicos atendiam e na primeira queixa já encaminhavam pra nós. Agora eles avaliam bem pra ver do que se trata, certinho, pra depois encaminhar. Os Agentes Comunitários da Unidade do Silvestre, por exemplo, eles têm bastante interesse. Eles ligam, o Agente Comunitário liga ou mesmo encaminha. Lá, eu tenho percebido que os Agentes estão mais ligados. Eles ligam pra fazer denúncia de alguma empresa. Eles estão mais centrados, mais focados em Saúde do Trabalhador. Eles estão vendo com outro olhar (Profissional ST 4).

Ao permitir a diferenciação dos casos que serão atendidos na UBS ou no Cerest, o AM cumpre o papel de regulador de fluxos, promovendo uma articulação entre os equipamentos

de saúde (Bezerra e Dimenstein, 2008). A fala abaixo ilustra a preocupação dos profissionais com a possibilidade da integração da atenção à saúde:

Porque a gente tem sempre essa preocupação de integrar o tratamento. E toda vez que um paciente também vem pra cá, a gente acha que pode ser interessante, a gente liga pra Unidade, pede pro Agente Comunitário visitar quando é uma coisa mais séria ou discute o caso quando é importante (Profissional ST 7).

A aproximação entre os profissionais do Cerest e das UBS, possibilitada através do AM, produz uma responsabilização compartilhada dos casos (Bezerra e Dimenstein, 2008), que pode ser expressa na maior preocupação com as pessoas atendidas, na ênfase na construção de sua história de trabalho, interesse pelos processos de trabalho e o acompanhamento contínuo dos casos, para busca de saídas em conjunto.

#### **3.4.1.4. Mudança na abordagem do processo saúde e doença**

Os trabalhadores do Cerest entrevistados consideraram que houve um aumento do interesse dos profissionais das UBS pelos temas relacionados à saúde dos trabalhadores, na perspectiva de buscarem a compreensão da relação entre trabalho, saúde e doença, para promoção, proteção, prevenção e assistência à saúde, mas que esse processo não é homogêneo:

É que depende de Unidade pra Unidade. Têm algumas Unidades que atendem bastante o trabalhador, se interessam mais, conversam mais. Depois da reunião, são aqueles que vêm conversar com você e falar sobre um caso ou de um paciente para saber no que eles podem ajudar. Outras Unidades que não têm tanto esse olhar, às vezes porque não têm tanto pacientes, não têm demanda, não incorporam o conceito (Profissional ST 6).

Os profissionais entrevistados além de considerarem o aumento de interesse pela temática, também sinalizam uma mudança no olhar dos profissionais das UBSs sobre os trabalhadores atendidos. Numa perspectiva interdisciplinar, essa mudança no olhar aponta para uma mudança de paradigma, na medida em que os profissionais passam a ver o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (Campos e Domitti, 2007). A fala a seguir expressa esta questão junto aos ACS: *“Ontem e num outro apoio que a gente foi pela segunda vez, duas Agentes vieram falar comigo que foram na casa do paciente e perceberam(...) achei legal que despertou nelas o interesse, elas vão na casa, vêem mais o dia-a-dia, os problemas”* (Profissional ST 5). A mudança na percepção da complexidade no

processo saúde e doença opera uma transformação na investigação das causas da dor e na atenção à saúde dos trabalhadores atendidos na UBS. Assim sendo, os profissionais do Cerest relatam que os profissionais do PSF passam a ofertar propostas clínicas e curativas mais adequadas e menos medicalizantes (Domitti, 2006) para os trabalhadores. Isso se expressa numa preocupação maior dos profissionais do PSF em identificar a origem do problema de saúde, questionando onde se trabalha e como se trabalha, conforme ilustrado abaixo:

Antes a preocupação do atendimento médico era amenizar a dor (...)o cliente vinha com uma queixa, passava-se uma medicação. Aí ele retornava passava-se um exame. Aí ele retornava, novamente medicação ou vinha com uma queixa ósseo-muscular e procurava uma fisioterapia. Não focava a questão assim, a causa. Então, quando começou o trabalho do Cerest nós vimos a mudança. Quando o cliente vem com uma queixa de dor ósseo-muscular a primeira pergunta agora é: ‘Com o que você trabalha, qual a sua função?’ Isso foi o que o Cerest levou pras Unidades junto com o Apoio Matricial para os médicos. Além de amenizar a dor, procurar saber qual a função e tentar descobrir se essa dor não vem das atividades laborais(...) (Profissional ST 3).

Para além dos atendimentos de consultório, tipo queixa-conduta (Domitti, 2006) ou do entendimento da cura como sinônimo de eliminação dos sintomas e lesões (Campos, 2007), a incorporação de questões vinculadas à história de trabalho no espaço da clínica, à medida em que os profissionais buscam não somente compreender de onde vem a dor, mas, especialmente, pretendem encontrar outras saídas para intervir sobre sua origem.

A gente tem essa preocupação de ver com a pessoa onde aquilo está começando, para chegar à raiz do problema. Senão, fica naquele tratamento médico clássico: ‘está com dor dá um remédio pra dor, está inflamado dá um remédio pra inflamação’ e não cuida da causa e aí o caso fica crônico(...). Uma coisa que a gente vê, é que eles (profissionais da UBS) estão começando a perguntar mais, com os olhos mais amplos: ‘Da onde vem isso?’. É está engatinhando mais já está começando(...) (Profissional ST 7).

Assim sendo, o AM em ST contribui para que os profissionais repensem a lógica do processo saúde-doença, não mais centrado na dor ou doença, mas no sujeito (Gomes, 2006) e no seu contexto de trabalho. Uma das alternativas possíveis para intervir sobre os determinantes dos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores, num modelo de atenção diferenciado, é aproximação da relação da AB com as atividades de vigilância nos locais de trabalho. Essa é outra mudança na abordagem do processo saúde-doença que identificamos através das entrevistas:

Hoje aconteceu que uma Unidade solicitou uma vistoria de uma empresa que estava atendendo o trabalhador. Não tinha dúvida nenhuma, estava atendendo o trabalhador e ia continuar atendendo, só que eles queriam conhecer o ambiente de trabalho. Aí solicitaram para nós fazermos uma vistoria. Então a gente vai à Unidade, discute o caso, vê do que se trata, vai à empresa, faz a vistoria e envia a cópia do relatório para Unidade (Profissional ST 4).

Os profissionais entrevistados relatam que o processo de identificação das causas do adoecimento do trabalhador produz uma demanda maior em relação as ações de vigilância nos locais de trabalho, seja com objetivo de estabelecer a relação causal com o adoecimento, seja para intervir sobre o trabalho de forma mais direta:

Como Autoridade Sanitária a gente vai dar continuidade desse serviço nas empresas(...)Você vê atividades que se pergunta: ‘Meu deus, isso existe, isso é real?’(...), porque a partir do momento que eles encaminham o trabalhador pra gente com alguma queixa de dor, que acham estar relacionado ao trabalho, quem vai ao local de trabalho é a equipe do Cerest e a gente tem que dar retorno também pra equipe: ‘Olha, de fato está relacionado ao trabalho, nós estivemos presente na empresa, aquela atividade laboral que ele exerce de fato tem relação’. Então, também isso é importante. (Profissional ST 3).

Finalmente, observamos uma tendência a mudança na abordagem dos profissionais do Cerest, visto que para eles os profissionais do PSF começam a acolher e assumir os trabalhadores adoecidos, ampliando o foco de orientação da assistência para a vigilância em ST e diversificando as possibilidades de ofertas terapêuticas para os mesmos.

### **3.4.2. O Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador, na visão dos profissionais de saúde da UBS/ São Dimas.**

A fim de compreender melhor o processo de AM em ST, sob outro olhar, entrevistamos alguns profissionais de saúde da maior UBS de Amparo, assim como participamos da reunião de AM ali realizada. Essa UBS situa-se no bairro de São Dimas, que localiza-se na região sul do município de Amparo, na divisa com a cidade de Pedreira, possui cerca de 12.000 habitantes no seu território, pertence a zona urbana do município e tem a característica de ser um bairro residencial. Apesar de residencial, três empresas multinacionais estão instaladas nesse território: Pacetta, uma indústria metalúrgica de produção de ferramentas, Magnetti Marelli, de produção de autopeças e Pena Branca, abatedouro de aves. Além de uma grande empresa nacional, a Ipê, Química Amparo, de produtos para limpeza doméstica.

É um bairro residencial de trabalhadores de classe média baixa, com bastante gente que vem de outros estados, principalmente do Paraná. Tem uma metalúrgica, a Pacetta, tem a Magneti Marelli, de escapamento e freio de carro, multinacional. Aí depois, tem a Ipê que fica um pouco mais pra baixo e a Pena Branca (Profissional ST 5).

Mas é basicamente isso, indústrias, tem bastante trabalho informal. Então tem muita gente que tem problema de trabalho, mas não é registrado(...). Já pegamos alguns casos de menores de idade trabalhando em empresa(...) (Profissional PSF 1).

A UBS de São Dimas é organizada em torno do PSF, com três equipes completas de SF, duas equipes de Saúde Bucal e profissionais do NASF, detalhadamente descrita pela profissional da UBS:

São três equipes completas da saúde da família: Médico, enfermeiro, dois técnicos e três agentes cada equipe. Então são três médicos, três enfermeiros, seis técnicos e dez agentes na verdade. Mais duas equipes de saúde bucal que são divididas, nas três equipes de SF. Mais a recepção e os agentes administrativos(...)E a gente tem a equipe de apoio a saúde da família, nós temos uma nutricionista que faz 16 horas, uma psicóloga que faz 40 horas, uma assistente social que faz 12 horas e um fisioterapeuta que faz 16 horas (Profissional PSF 3).

Os profissionais entrevistados revelam que a maior parte dos trabalhadores atendidos na UBS de São Dimas são de costureiras, sem vínculo empregatício ou vinculadas à empresa Valisère, com sede no centro de Amparo e no município vizinho de Pedreira, assim como de trabalhadores das empresas instaladas no próprio bairro. Os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores e identificados pelos profissionais de saúde da UBS São Dimas dizem respeito a LER, problemas respiratórios, transtornos mentais relacionados ao trabalho, problemas de coluna (como lombalgia e hérnia de disco), fibromialgia e dor crônica. De acordo com os entrevistados, há um predomínio de trabalhadores braçais, seja no abatedouro, na metalúrgica ou no trabalho de costura. *“(...)aqui nós temos costureira informal, sem vínculo empregatício e aí nós estamos fazendo levantamento pra começar um grupo com essas costureiras porque elas têm bastante LER também”* (Profissional PSF 1).

Aqui no bairro tem muito trabalhador braçal mesmo, tem Pena Branca, que é o frigorífico. Então tem muito caso de LER, por que tem muito movimento repetitivo. Tem pessoas que passam o dia inteiro quebrando cabeça de frango, o dia inteiro cortando, aquele movimento repetitivo(...). E também tem Valisere, é de Pedreira, mas tem gente que é daqui(...), agora diminui bastante, mas tinha muita doença relacionada ao trabalho e emocional, muita. Assim, muita pressão da supervisoras. Tinha gente que chegava, há uns dois ou três anos atrás, chorando, não conseguia falar, sofria assédio moral mesmo no trabalho (Profissional PSF 3).

Com essas características da UBS de São Dimas, nas entrevistas com os profissionais de saúde identificamos três núcleos temáticos relacionados à potencialidade do AM em ST, são eles: Trabalho intrasetorial: o estreitamento dos vínculos, Reorganização do trabalho em saúde e Mudança na abordagem do processo saúde-doença.

### **3.4.2.1. Trabalho intrasetorial: o estreitamento dos vínculos**

Tal qual relatado pelos profissionais do Cerest, dentre os resultados encontrados a partir das entrevistas com os profissionais da UBS, destacamos a importância que eles dão à implantação do AM em ST para o trabalho na UBS, no sentido de fortalecer a articulação intrasetorial, promovendo mudança na configuração das relações entre os sujeitos do SUS. Mudança essa que pode ser expressa na incorporação, por parte dos profissionais da UBS, de termos do campo ST e de ações voltadas para a atenção dos problemas de saúde existentes, com o suporte da equipe do Cerest, conforme podemos observar aqui: *“Nós mandamos uma referência e eles mandam uma contra referência falando quais são os procedimentos, às vezes continua o atendimento lá até ter uma alta”* (Profissional PSF 2).

Até então a gente tinha demanda de saúde do trabalhador, mas a gente não tinha referência. Nossa referência normalmente era especialista, ortopedia, neuro, dermatol, a gente não tinha uma referência específica de saúde do trabalhador. Com a abertura do Cerest nós começamos a ter referência e passamos a ter orientação. Então assim, CAT a gente não fazia, nem a discussão de nexos e de qualidade do trabalho. Isso a gente não intervinha de forma nenhuma no atendimento, na queixa e encaminhamento. Às vezes, a gente até percebia a necessidade de intervenção, percebia o fator desencadeante da doença, mas não tinha como intervir. Aí com a vinda do Cerest nós começamos a nos envolver mais com a questão da qualidade do trabalho, da saúde do trabalhador mesmo (Profissional PSF 1).

Nesse sentido, uma marca relevante da reorganização do trabalho, a partir do AM, para os profissionais de Saúde da UBS é o de estreitar a relação entre os serviços do SUS, a partir da aproximação entre profissionais de saúde e usuários da rede. Vale ressaltar que o discurso da aproximação entre os profissionais aparece concomitante à ideia de referência e contra-referência, tal qual exemplifica o relato a seguir:

A distância diminuiu bastante entre os serviços são super prontos (Cerest). É legal porque tem as referências, a gente faz a referência, mas tem também a contra referência. A gente acaba sabendo o que está acontecendo, um liga pro outro. Quando a gente vê que está empenhado o negócio aqui, que o cara está indo pro trabalho, não está conseguindo trabalhar, pede atestado de

novo, não está legal, acaba sendo liberado, às vezes está afastado e é liberado pelo INSS, você vê que não tem condição, então a gente encaminha pro Cerest. O Cerest faz a parte dele também. Eu acho que outra coisa legal são os grupos que eles estavam desenvolvendo lá, tem adesão é pequena mas aquelas pessoas que tão ali, tão conseguindo alguma coisa (Profissional PSF 3).

Conforme observamos, além de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, o AM possibilita o compartilhamento das responsabilidades diante dos casos atendidos e deixa mais visível o papel de cada um deles na ação em saúde. Por outro lado, as atividades de grupo no Cerest são levantadas pelos profissionais da UBS como possibilidade de ampliar a oferta de tratamentos de saúde. Outra articulação que aparece como relevante na fala dos entrevistados da UBS é a atuação dos ACS nas ações de ST, em torno dos casos visitados e atendidos na UBS e no Cerest. A discussão desses casos pelos profissionais de saúde da UBS é feita diariamente, conforme relatado aqui: *“Em relação ao agente comunitário a gente tem discussão de caso, diariamente. Se eles percebem o problema, eles trazem a discussão para aqui. Então o médico, o enfermeiro, já recebe orientação do que é pra fazer”* (Profissional PSF 1).

O agente comunitário dentro do programa que a gente tem é fundamental; porque é o contato entre a população e a unidade, o médico não pode estar saindo o tempo todo, nem a enfermeira; então elas trazem todas as informações pertinentes, tanto de uma pessoa que está acamada, quanto de um trabalhador que, às vezes, tem um acidente na firma e o funcionário está internado no hospital, ou aconteceu alguma coisa elas trazem a informação e a gente tem facilidade de acompanhar (Profissional PSF 2).

A sensibilização e preparação dos ACS para o reconhecimento dos processos produtivos que ocorrem em seu território e suas repercussões sobre a saúde e vida das pessoas é fundamental para o desenvolvimento de ações de ST na rede básica (Dias et al, 2009). Os profissionais entrevistados afirmam a generalidade do trabalho do ACS na Equipe de Saúde da Família e a importância da integração da ST, confirmando os relatos anteriores de aproximação entre os serviços do SUS:

Eu acho assim, que a gente trabalha mais próximo, como nas reuniões quando eles vêm, trazem e explicam. Eu achei muito interessante porque a gente toma mais contato com as situações. Porque o meu trabalho não é específico nessa área, ele engloba muitas outras áreas, então você tem que ter um olhar muito amplo. (...) Eu acho importante a participação deles aqui na rotina da Unidade, pra gente ficar mais atento a esses aspectos, já que é um trabalho muito amplo, porque você tem que olhar hipertensão, isso,

aquilo. Acho que é interessante esse trabalho, deixa você mais atento (Profissional PSF 4).

Aqui, fica evidente a importância do AM em ST para a integração entre as equipes de ST e SF, através da reorganização do trabalho em saúde, que trataremos a seguir.

### 3.4.2.2. Reorganização do Trabalho em Saúde

Assim como se referem os profissionais do Cerest, para os profissionais da UBS, outra consequência do AM incide sobre a gestão do trabalho na UBS, como uma certa mudança no fluxo de atenção dos pacientes. Isso ocorre a partir da identificação, no primeiro acolhimento na Unidade, dos problemas que poderiam estar relacionados ao trabalho, a fim de estabelecer um contato com o Cerest, no sentido de obter orientações sobre o caso e, dependendo da situação, intervir sobre esse local de trabalho. Dessa maneira, há uma inversão no fluxo da atenção, não apenas para o encaminhamento dos trabalhadores, mas principalmente, para que eles possam ter a assistência à saúde adequada ao processo de adoecimento e a intervenção necessária para o bem da saúde da coletividade. Conforme observamos aqui:

Geralmente ele chega num momento de acolhimento (individual). Então ele é avaliado pelo enfermeiro ou pelo técnico de enfermagem e aí ele é encaminhado pro atendimento, dependendo do atendimento médico, dependendo do tipo de queixa, da gravidade, da condição geral (...)quem faz o acolhimento, na primeira hora, se percebe que tem uma situação de intoxicação relacionada à ambiente de trabalho, a gente já entra em contato com o Cerest (por telefone), a gente aciona o Cerest pela questão de ambiente de trabalho, de produto químico inadequado e o paciente é tratado aqui (Profissional PSF 1).

Essa aproximação entre os profissionais da SF com a especialidade e a vigilância em ST se torna possível com o AM, pois, sob olhar mais próximo da ST, os profissionais da UBS acionam os profissionais do Cerest, através do contato telefônico e têm sua demanda avaliada e assistida: *“Eu acho que pra unidade é essa agilização do fluxo mesmo. Uma coisa que não fica parado aqui, consegue ter uma resolutividade melhor”* (Profissional PSF 3). Essa mudança no fluxo da atenção ao trabalhador na UBS de São Dimas produz um outro nível de resolutividade para os problemas de saúde dos trabalhadores, visto que os profissionais da UBS relatam estarem mais envolvidos com a temática, ao ponto de compreenderem melhor a situação do trabalhador e o sofrimento envolvido nas queixas apresentadas. A aproximação com o Cerest garante maior agilidade no fluxo da atenção ao trabalhador, à medida em que o

contato direto aumenta a percepção sobre os problemas relacionados ao trabalho e a vontade de resolvê-los em prol da saúde da família e da coletividade.

Olha, dá pra entender melhor, a gente entende melhor a dinâmica familiar, o sofrimento da família, a gente consegue associar o sofrimento da família com a questão do desemprego ou da doença do trabalhador. Consegue ser mais resolutivo. Antes a gente encaminhava pro serviço de especialidade e, às vezes, a gente perdia, voltava ou a pessoa piorava, tinha algum desdobramento ou outra patologia, outra queixa e ela retorna. Agora com o Centro de Referência a gente consegue acompanhar junto. (...) Nós conseguimos envolver mais com a questão do trabalhador e inclusive com a comunidade do trabalho das empresas (Profissional PSF 1).

Na fala acima, a profissional expressa o acompanhamento em conjunto dos casos, demonstrando a existência de um espaço de comunicação ativa e compartilhamento do conhecimento, a partir da reorganização do trabalho em saúde pela via do AM (Domitti, 2006). Conforme dissemos anteriormente, os termos referência e contra-referência aparecem continuamente nas falas dos profissionais de saúde da UBS, mas observamos uma conotação diferente na organização da relação hierárquica do trabalho em saúde, pois se torna menos burocratizada por um lado e mais horizontalizada, personalizada e dialogada, por outro. O rearranjo do trabalho em saúde, promovido pelo AM, indica ainda uma melhora na comunicação entre os profissionais de saúde, maior circulação de informações e conhecimentos. Os profissionais falam do seu envolvimento e compreensão da situação do trabalhador, do aumento do vínculo e de sua capacidade de lidar com os casos atendidos. Ao mesmo tempo em que vão se apropriando do conhecimento sobre ST e se responsabilizando sobre os casos relacionados ao trabalho, os profissionais expõem nas entrevistas outras possibilidades de atenção à saúde, para além do paradigma curativo-medicamentoso, articulando os serviços oferecidos na UBS e no Cerest, com a discussão sobre direitos dos trabalhadores, dignidade no trabalho e intervenção sobre as empresas. Nesse sentido, o AM auxilia na ampliação dos projetos terapêuticos, conforme exemplificamos no relato a seguir:

Eu acho que é melhor assim, ofertar para as pessoas uma outra possibilidade, porque talvez esse tratamento só curativo, de medicação, às vezes, a empresa tinha uma culpa muito grande e não era punida, isso acontecia com várias pessoas. Eu acho que nesse trabalho você oferta outras coisas para as pessoas e deixa elas mais atentas aos direitos. Aqui não tem, mas no Cerest tem vários grupos de atividade física, de restabelecer uma qualidade de vida. Eu acho que é bom porque não fica só focalizado naquilo da dor, de tomar remédio e pronto, acabou. Isso engloba mais coisas e ter o serviço pra oferecer, se você está com um problema relacionado ao trabalho ou alguma dúvida que eu não possa esclarecer, você tem um local que pode procurar.

Eles retornam pra gente, até pra saber mais alguma coisa, então eu acho essa comunicação interessante (Profissional PSF 4).

Na busca da compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença, os profissionais expressam a necessidade de transformação de processos e ambientes de trabalho, demonstrando uma importante integração entre assistência e vigilância, assim como entre intervenção individual e coletiva. A fala selecionada abaixo ilustra essa preocupação de forma bastante clara, sinalizando a necessidade de denunciar, investigar e vistoriar os locais de trabalho:

Além de você tentar restabelecer uma qualidade de vida pra essa pessoa, eu acho que a gente tem que pensar também na empresa, no local de trabalho, porque se aconteceu com ela pode acontecer com outras pessoas. Então eu acho que assim, o trabalho com a pessoa é importante, mas também não ficar só nisso. Tentar, se é um caso grave, fazer uma denúncia, investigar melhor. Eu tenho conhecimento que o Cerest faz visitas às empresas, acho que isso é importante porque não acontece só com uma pessoa, geralmente acontece com muitas pessoas. Então acho que é importante: não é porque resolveu um problema que acabou, tem que tentar evitar outros, prevenir outros (Profissional PSF 4).

Assim sendo, o trabalho dos profissionais da SF parece se aproximar mais da perspectiva da Saúde Coletiva, com valorização das ações de prevenção, promoção da saúde e intervenção sobre o trabalho, representando um importante avanço para o campo ST, que pode ser expresso pela mudança do olhar dos profissionais da UBS sobre o processo de adoecimento dos trabalhadores.

### **3.4.2.3. Mudança na abordagem do processo saúde-doença**

Com o AM em ST, os profissionais das UBS expressaram nas entrevistas maior interesse pelas temáticas relacionadas à saúde dos trabalhadores. Desse modo, passam a dar mais importância ao tema, visando melhorar a resolutividade dos casos atendidos, mantendo um contato permanente com a equipe do Cerest, mesmo que por telefone, a exemplo da seleção seguinte:

Depois que a gente começou a trabalhar com o Cerest despertou na equipe a questão da doença do trabalhador. Até então era um caso que podia desdobrar, mas a gente não envolvia tanto com relação ao trabalho. Com a vinda do Cerest a equipe ficou mais atenta pra questão do trabalho e com a perspectiva de conseguir resolver essa questão. Então o Cerest, pra nós, não é o centro de referência que a gente encaminha os pepinos, a gente discute, a

gente troca idéia, a equipe é disponível pra discussão pra fazer apoio matricial, mesmo que a distância, a gente discute por telefone, encaminha, eles dão retorno; tem contra referência (Profissional PSF 1).

Obviamente que essa mudança na compreensão não ocorre de modo uniforme entre todos os profissionais de saúde, no entanto, para os entrevistados da UBS o trabalho junto ao Cerest promoveu uma transformação importante na produção de um olhar mais atento da própria equipe de SF na apreensão da relação entre trabalho e saúde. Olhar esse que modifica o atendimento ao trabalhador, com a incorporação de questões como: “onde trabalha?” e “o que faz?”, que representariam um passo a frente em torno da construção da história de trabalho.

E a equipe (da UBS de São Dimas) começou a ficar mais atenta. Então você vê, quando a gente atende, por exemplo, a gente pergunta que tipo de trabalho você faz, quanto tempo faz. A equipe está atenta. O agente comunitário trás também, olha, fulano tá assim; principalmente as costureiras, que são informais e as pessoas que elas têm mais contato. Ó fulana tá assim, trabalha de costura, não pára. A equipe está mais atenta pra essas questões (Profissional PSF 1).

Interessante notar que esse despertar inicial sobre a questão da ST para os profissionais da UBS representa uma novidade no entendimento da lógica do processo saúde-doença. Isso porque, há relatos de que essas questões não estavam presentes na sua formação ou na experiência profissional pregressa no trabalho em saúde na própria UBS, antes do AM. A ilustração do texto seguinte expressa exatamente esse fato:

Quando eu entrei pra trabalhar aqui eu tinha acabado de sair da faculdade, eu não sabia, eu sou enfermeira, mas a gente não vê isso na formação, muito pouco. Então com a entrada do Cerest, a gente teve algumas capacitações pra saber de lei trabalhista, de qual passo que eu tenho que seguir, de que papel eu tenho que preencher. E antes você ficava de mão atada. Na verdade você não conseguia fazer o seu trabalho, você não dava uma devolutiva legal pro paciente, porque você também não sabia. Com certeza, mudou bastante (Profissional PSF 3).

De acordo com Lacaz (1996) o projeto da ST esbarra nos limites da formação técnica-profissional, sua potencialidade então se opera com o descortinamento do desconhecido, cujo desvendamento se relaciona à vontade de saber inter e transdisciplinar. Assim, além da modificação do olhar sobre o adoecimento dos trabalhadores, a prática do profissional da UBS parece se alterar, com a incorporação dos elementos da ST levados para as reuniões temáticas de AM, como as orientações trabalhistas. Os profissionais de SF relatam que conseguem melhorar a atenção à saúde e a devolutiva para os trabalhadores atendidos, num processo de ampliação de sua prática clínica. Outro fato relevante ocorrido após a

implantação do AM na UBS diz respeito à possibilidade de uma atenção à saúde dos trabalhadores mais integrada, no sentido de associar as ações de assistência e vigilância em ST. A investigação sobre a causa do adoecimento leva os profissionais da UBS a demandarem para o Cerest ações de vigilância e vistorias nos locais de trabalho, a fim de intervir sobre o trabalho adoecedor, mas não participam diretamente dessas ações. No que diz respeito ao PSF e PACS, Machado e Porto (2003, p. 128) consideram *“(...)de grande importância a articulação desses programas a um sistema de vigilância à saúde mais abrangente, que leve em consideração o território como base operacional e de planejamento (...)”*. No entanto, não foi possível observar essa aproximação, apenas a afirmação pelos profissionais da UBS da relevância da ação de vigilância para o próprio trabalho em saúde e também para prevenir novos quadros de adoecimento, conforme os seguintes exemplos:

A gente na verdade, nós não fazemos intervenção. A relação do trabalho mesmo a gente detecta e percebe, a intervenção, a visita ao ambiente de trabalho é o Cerest(...)e aí depois eles dão o retorno pra gente (Profissional PSF 1).

Eu acho que o trabalho que desenvolve o Cerest e a Vigilância nas diferentes firmas, fez com que algumas firmas tivessem mais consciência de que o trabalhador precisa de um ambiente legal, com condições boas de trabalho (Profissional PSF 2).

Enfim, consideramos que o AM auxilia os profissionais do PSF a repensarem o processo saúde-doença e a lidar com a saúde dos trabalhadores de forma mais ampliada e integral. Através da construção de um saber e uma ação interdisciplinar, os casos passam a ser de responsabilidade mútua dos profissionais, numa lógica em que a ação de reabilitação parece mais associada a prevenção e promoção da saúde, tal qual preconizado para a integralidade do SUS.

### **3.5. Dificuldades e Desafios para o Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**

Para o conjunto dos profissionais entrevistados, além das potencialidades discutidas acima, algumas dificuldades podem se tornar empecilhos para um melhor desenvolvimento do AM em ST. Dificuldades que em seu conjunto merecem destaque, visto que expressam desafios a serem superados pela Atenção Básica e ST no SUS. Agrupamos as dificuldades relatadas nos seguintes núcleos temáticos: Sobrecarga de trabalho, habilidades da equipe e rotatividade dos

profissionais de saúde; Subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho; Relações intra e interinstitucionais e Desafios para a Gestão do processo de trabalho em ST no SUS.

### **3.5.1. Sobrecarga de Trabalho, habilidades da equipe e rotatividade dos profissionais de saúde**

Vários entrevistados discutem a grande e variada demanda de trabalho na UBS como uma importante dificuldade para o desenvolvimento das ações de ST na AB. Isso porque os profissionais tem que dar conta de uma série de problemas de saúde colocados para o PSF, somando aos procedimentos habituais as ações de ST, que demandam tempo de trabalho e disposição dos profissionais de saúde. Conforme a ilustração abaixo:

Acho que pode ser uma parte de conhecimento e uma parte de tempo também. Porque aqui a gente só faz saúde do trabalhador. Na Unidade não, abrange tudo: parte ginecológica, pré-natal, vacina. Então, a saúde do trabalhador é uma coisa a mais que veio pra eles. É um trabalho a mais fazer saúde do trabalhador, que é mais demorado, tem que investigar(...) é uma demanda a mais pra eles (Profissional ST 4).

De certa forma, a ST produz uma nova demanda de trabalho para a equipe de SF e, por isso, é relatado uma sobrecarga de trabalho também para os ACS, que passam a atender as visitas domiciliares nos casos de AT e DRT: *“Os agentes comunitários têm muita atividade (...) É, muito sobrecarga! A gente precisa de uma visita, eles nos acompanham imediatamente, já se disponibilizam”* (Profissional ST 3). Frise-se que a UBS de São Dimas é a maior UBS do município, com o maior número de profissionais de saúde, entretanto há um acelerado crescimento populacional na região, que também explica a sobrecarga de trabalho para as equipes de SF, conforme o relato abaixo:

A gente vai fazendo o que é possível. E em relação ao número de famílias dos ACS a gente está com um número até que legal, porque o ministério preconiza que seja 250 por ACS. Eu estou com 260, dez a mais, não é uma quantidade exorbitante. Então eu acredito que à medida do possível vai melhorando, mas a população cresce muito e a gente sabe que é um crescimento desigual ao dos profissionais (Profissional PSF 4).

No que tange ao Cerest, a mesma sobrecarga de trabalho é evidenciada, visto que há relatos que consideram o número de seus profissionais insuficiente para atender toda demanda. Ressalta-se que o Cerest possui apenas a equipe mínima determinada pela portaria de

habilitação da Renast e realiza ações nos campos da assistência, educação e vigilância em ST. No entanto, como bem lembram Dias et al (2008), os profissionais definidos na equipe mínima da Renast estão orientados para o desenvolvimento de ações assistenciais. Há, entre os profissionais entrevistados do Cerest, o entendimento de: “(...) *que falta engordar a equipe com outros profissionais*” (Profissional ST 2). Para eles, entre os profissionais que poderiam ser incorporados ao Cerest, merecem destaque, o profissional de fisioterapia e técnicos de segurança no trabalho. Desse modo, a presença de novas categorias profissionais tende a enriquecer a prática do Cerest, com uma abordagem mais abrangente do trabalhador, através de olhares de diferentes disciplinas (Dias et al, 2008).

Os profissionais entrevistados atribuem que essa insuficiência de profissionais está especialmente relacionada a grande região de abrangência do Cerest, ao aumento das atividades de vigilância, após estabelecido o fluxo de notificação dos ATs socorridos na Santa Casa e ao trabalho de AM nas UBS do município, conforme esses exemplos: “*A ação de vigilância triplicou e tem a vigilância e a assistência (...) eu acho que é pouco funcionário, porque a demanda de serviço é muito grande*” (Profissional ST 4).

É um serviço de grande extensão e é uma equipe muito pequena (...) e a gente não dá assistência só na cidade, nós temos toda uma região. Esse é o único Cerest. Nessas Unidades nós vimos que aumentou (a demanda), eles agora encaminham muito mais e vêm solicitando mais o Cerest para vistorias. Nós vamos assim, primeira, segunda vez, levantamos os dados, fazemos relatórios. Depois vamos passando pelo telefone algumas orientações quando eles ligam, pois não temos tanto tempo pra tudo (Profissional ST 3).

Os Conselheiros entrevistados também sugerem que apenas um Cerest na região é insuficiente para atender toda a demanda por atividades assistenciais e ações de vigilância:

É uma dificuldade porque o Cerest é assim um ambiente de porta fechada, que ele recebe por encaminhamento esse paciente, porque se ele abrir a porta, não vai ser o suficiente pra atender tudo o que precisa. Mesmo assim tem bastante dificuldade, aparece trabalhador e paciente de tudo quanto é lado. Então é por isso que eu acho que deveria ter mais unidade do Cerest na região (Trabalhador 2).

Uma outra dificuldade decorrente da demanda excessiva, considerada pelos entrevistados, é a de compatibilizar a agenda dos serviços de saúde para a realização das reuniões de AM, pois todas as UBS do município tem o mesmo dia da semana para realizar as reuniões de equipe. Nesse dia as agendas das UBSs são fechadas para atendimento da população, a fim de que a

equipe possa discutir os problemas e soluções relacionados ao trabalho em saúde. No entanto, esse dia é comum para todas as UBS (quarta-feira à tarde), o que nem sempre propicia a compatibilidade das datas:

Eu acho que temos que catar as agendas! Às vezes, a gente queria marcar pra logo e não tinha data pra marcar, porque eles (UBS) não tiveram, por motivos deles lá, estão sem médicos, vários problemas internos e não deu pra marcar(...). Como tem que ser no dia da reunião (de equipe da UBS), eles deixam de fazer a reunião deles, de discutir os problemas deles, pra receber a gente. Então, acho que esta é a dificuldade deles marcarem (Profissional ST 5).

Devido à dificuldade de compatibilizar as agendas dos serviços foram realizadas apenas duas reuniões temáticas de AM em todas as UBS de Amparo, no ano de 2008, sendo que o programado era a realização de quatro delas. À medida em que a periodicidade dos encontros de AM fica prejudicada, toda a potencialidade de discutir os casos, os problemas de saúde, elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção (Domitti, 2006) também sofrem interferências. Acreditamos que essa interferência só não é maior, porque o contato telefônico, acaba sendo um dispositivo bastante citado, pelos entrevistados, para o compartilhamento do conhecimento e esclarecimento de dúvidas entre os profissionais.

Outra dificuldade apontada por alguns profissionais do Cerest é a falta de amadurecimento da equipe do Cerest para atuação no campo ST, visto que a equipe é relativamente nova, composta por profissionais em sua maioria recém-formados. Como exemplo, o profissional mais experiente da equipe do Cerest tinha apenas três anos de atuação na área: *“Dificuldade ainda acho que é falta de amadurecimento da equipe, como eu disse a equipe ainda está em processo de formação(...) o Engenheiro, que é o mais velho depois de mim, ele está há três anos”* (Profissional ST 2). Tal qual relatado por Dias et al (2009) há ainda pouca tradição de ações de vigilância, quando comparadas às práticas assistenciais e curativas, portanto, a articulação mais estreita do Cerest com instituições de pesquisa e universidades poderia fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento dos problemas de formação de profissionais em ST (Santos e Lacaz, 2007), o que de certa forma tem sido priorizado em Amparo, desde a habilitação do Cerest à Renast. No entanto, na formação dos profissionais de saúde inexistente a concepção de ST:

Lacunas no conhecimento sobre as relações produção-consumo-ambiente e saúde e os impactos sobre a saúde dos trabalhadores começam a se formar na graduação e precisam ser preenchidas para que os profissionais possam

desenvolver com qualidade essas atribuições (Dias et al, 2008, p. 9).

Outro ponto levado em consideração pelos entrevistados diz respeito às dificuldades apresentadas pelos profissionais da UBS na Atenção à ST, pois envolvem repercussões psicossociais. O tratamento de AT e DRT demanda dos profissionais de saúde um aprendizado sobre como lidar com os aspectos emocionais, seja ao que diz respeito a dor crônica, às relações familiares e a necessidade de afastamento do trabalho, seja no que tange à vulnerabilidade social dos trabalhadores (Castel, 1998), com o impacto do desemprego, da precariedade do trabalho e dos vínculos trabalhistas.

Eu acho que a principal dificuldade de lidar com a parte emocional da pessoa, porque não está envolvendo só a doença, envolve muita coisa, envolve o salário. Você fala assim: ‘olha é do trabalho isso, você não pode fazer isso’. Eu vou falar o que pra ele? ‘Pede a conta?’. Ou ele faz aquilo, ou ele vai ficar sem o trabalho dele. E a gente sabe que no afastamento o pagamento atrasa (...) você fica no meio ali, mas acho que esse lado emocional, além da dor que não deve ser fácil, eu acho que essa parte emocional é o mais difícil de lidar (Profissional PSF 3).

Como bem lembra Gomes (2006), o apoiador precisaria lidar com as expectativas das equipes nos casos de difícil resolutividade, em que o possível não é a cura, mas uma melhora seja na qualidade de vida ou no desenvolvimento da autonomia. Para tanto, o espaço das reuniões de AM podem ser úteis no sentido de problematizar a questão da onipotência e impotência dos profissionais de saúde para criação de estratégias de intervenção diante do sofrimento envolvido no adoecimento pelo trabalho.

A força de trabalho no setor saúde é considerada estratégica e tem potência de dar sustentabilidade e continuidade às políticas (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009). A rotatividade dos profissionais de saúde do município, em particular da equipe do Cerest é uma preocupação que aparece frequentemente nas entrevistas. As categorias profissionais com maior rotatividade, na percepção dos entrevistados, são os médicos e psicólogos. A rotatividade interfere no processo de integração entre os profissionais e na atenção aos trabalhadores atendidos, já que a formação em ST deverá se repetir com o novo profissional: *“Daí, a equipe está toda integrada, está boa, está sabendo fazer e de repente muda o Médico, vem um novo! Daí, até pegar a unidade da coisa, entender como funciona, o que é o Cerest, como é essa parte, leva um tempo, mas isso vai acontecer”* (Profissional ST 4). Outro aspecto importante é que, embora os profissionais de saúde de Amparo tenham ingressado no serviço público

municipal via concurso, em sua totalidade o regime de contratação é pela CLT. A questão da instabilidade do vínculo trabalhista tem sido apontada como uma das principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais do PSF, interferindo negativamente na continuidade e efetividade das ações (Costa et al, 2009). A alta rotatividade também aparece entre os profissionais da Atenção Básica, em especial os de formação médica, conforme revelou pesquisa realizada por Lacaz et al (2008).

Vale também repensar a constituição das equipes mínimas, assim como o processo de educação continuada dos profissionais e seus vínculos de contratação. Além do que, o profissional médico indicado pela Renast deve possuir formação em medicina do trabalho, o que não necessariamente favorece sua atuação no campo ST. Por isso, um cuidado a ser tomado diz respeito ao papel que o médico do trabalho pode assumir, como figura central na atenção à saúde, mantendo a perspectiva assistencial-individual em detrimento das ações de caráter coletivo (Santos e Lacaz, 2007).

### **3.5.2. Subnotificação dos Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho**

Desde a década de 1980 a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores tem sido objeto de preocupação dos atores sociais do campo (Cordeiro et al, 2005). Devido à capilaridade da rede do SUS e a possibilidade de incluir os trabalhadores do mercado informal de trabalho, que anteriormente eram praticamente ignorados no universo dos registros oficiais de AT (Nunes et al, 2006), a notificação dos agravos, a partir da Atenção Básica é de fundamental relevância. Com a Renast foram criados os Serviços Sentinelas, responsáveis pela notificação das informações, que seriam base das ações articuladas de prevenção, vigilância e intervenção pelos Cerests. Ademais, a notificação compulsória dos AT e DRT no Sinan auxilia a organização desta informação (Santos e Lacaz, 2007). Um problema que se configura no cotidiano do trabalho diz respeito à subnotificação no Sinan dos casos de AT e DRT atendidos nas UBS, que preocupa os profissionais entrevistados. A evolução silenciosa e demorada das DRT podem ocultar a percepção donexo causal entre o trabalho e o agravo à saúde (Nunes et al, 2006), o que colabora para a subnotificação desses eventos. Em parte essa subnotificação é atribuída pelos entrevistados à sobrecarga de atividades na UBS, em outra parte está relacionada à falta do estabelecimento de fluxo interno de notificação, para que não haja necessidade de encaminhamento do trabalhador ao Cerest, apenas para essa finalidade.

Eu acho que eles não notificam, um pouco por causa da correria de ser uma Unidade Básica. Porque lá, eles não têm só isso pra notificar. Eles até sabem que tem que notificar. Então, eu acho que como eles sabem que aqui a gente notifica, eles vão mandar o paciente pra cá mesmo (Profissional ST 5).

Da mesma forma, para os profissionais da UBS/ São Dimas o problema da subnotificação no Sinan estaria relacionado à falta de notificação por parte dos médicos da Unidade, visto que o diagnóstico final de uma DRT acaba ficando nas mãos desse profissional. No entanto, essa centralização da responsabilidade do diagnóstico e notificação pelos médicos rompe com a possibilidade de construção do conhecimento interdisciplinar donexo causal da relação entre trabalho e saúde, expresso aqui: *“Todo acidente grave que chegou, foi atendido no hospital, a gente sabe que a notificação sai de lá ou pelo menos é esse o caminho. O que chega pra o ambulatorial são mais as doenças ocupacionais. Ai o diagnóstico final é médico, a gente não faz”* (Profissional PSF 1).

Outra justificativa é o excesso de burocracia envolvida na notificação da DRT, pois a ficha extensa, demorada e complicada, que está entre tantas outras fichas que devem ser preenchidas na AB. Por outro lado, a notificação no Sinan da DRT não impede ou inviabiliza a realização dos procedimentos decorrentes, tal qual ocorre com outros agravos de Notificação Compulsória em geral, que ficam sob responsabilidade das enfermeiras da UBS, com um fluxo interno já bem delineado. O fluxo para notificação das DRT na própria UBS de São Dimas ainda não foi incluído na rotina dos profissionais de saúde. Apesar da subnotificação no Sinan, os profissionais relatam que a notificação da CAT tem sido feita com frequência, mas ela é um instrumento para acessar benefício previdenciário, que só cobre os trabalhadores regidos pela CLT:

No dia-a-dia você vê que tem uma burocracia, o serviço de ambulatório tem papel que não termina. Todos os consultórios têm folha de queixa epidemiológica da notificação. O passo de doença transmissível eles fazem a suspeita, o enfermeiro faz a notificação. Na doença ocupacional nós não conseguimos esse fluxo porque a nossa demanda é grande de queixa ocupacional. Assim, eu sei quando chega um paciente que é suspeita de rubéola ou de sarampo, e já estou atenta pra essa notificação, a gente até anota, os técnicos sabem que vão anotar. Agora o paciente que chega com dor pode ser ocupacional ou não. Então esse fluxo não conseguimos ainda, nós não modificamos e não notificamos. Nós encaminhamos, porque é a maior equipe do município, então nós temos o maior número de encaminhamento pro Cerest também, mas não notificamos, não conseguimos colocar na rotina da equipe(...)Ah e é novo, é uma coisa nova, notificar

doença ocupacional. Porque eles estão atentos pra fazer abertura de CAT, é notificado e tal (Profissional PSF 1).

De acordo com essa fala, a ausência da organização do fluxo de notificação dos casos de DRT na UBS, aqui chamadas de doenças ocupacionais, aparece como um desafio a ser superado pelos profissionais do PSF e indica a necessidade de sensibilizá-los para a importância do registro sistemático dessas informações. Outro desafio é o registro das informações coletadas nas residências pelos ACS, o instrumento usado é chamado de Ficha A, que alimenta o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) contém apenas o campo ocupação, o que diz muito pouco sobre a situação do trabalhador. Essa informação poderia ser qualificada para permitir o monitoramento das formas de trabalhar e de viver dos moradores e trabalhadores do território de abrangência da UBS.

Sob outro ponto de vista, é relatada a dificuldade das empresas aceitarem laudo e atestado de médico generalista do PSF. Para os profissionais da UBS entrevistados, isso se deve ao argumento empresarial de que o afastamento do trabalhador, nos casos de DRT, deve ser feito por médico do trabalho. Por isso, ao invés dos profissionais incorporarem na sua rotina a notificação desses eventos, preferem encaminhá-los ao Cerest, conforme observamos abaixo:

Algumas empresas questionam muito o afastamento que a gente faz, mas assim, se a gente começa a ter alguma dificuldade com a empresa a gente encaminha imediatamente o funcionário, o trabalhador ao Cerest e eles colocam na linha na hora; que aí o Cerest dá o laudo e acabou, não tem mais brincadeiras(...). Isso porque eles acham que são especialistas que tem que afastar o funcionário. Eu tinha uma paciente que é gestante ainda, que estava com muita dor e eu comecei a atestar, porque realmente é comprovado, a parturiente tinha bastante dor e depois começou a desenvolver um problema de hipertensão na gestação. Ali eu afastei e dei um atestado de 15 dias, encaminhei para o alto risco que a gente tem aqui e o médico da firma falou que o afastamento tinha que ser feito pelo especialista não por mim (Profissional ESF 2).

Vale considerar que a sensação de impotência diante de alguns casos, como o acima relatado, em que a equipe não sabe como agir ou que medidas tomar diante da negativa do atestado médico, pode disparar uma ansiedade na busca de rápida solução do caso, o que decorre o trabalho na lógica do encaminhamento expresso, sem discussão ou responsabilização sobre o caso tratado (Gomes, 2006). As situações relatadas acima, sobre o fluxo de notificação e a negativa dos atestados médicos, são questões pendentes e deveriam fazer parte do debate sobre o trabalho em saúde dos trabalhadores, a fim de buscar soluções dialogadas para essa

questão.

### 3.5.3. Relações intra e interinstitucionais

Conforme situamos no Capítulo 1 e 2, a articulação intersetorial e interinstitucional representa uma forte potencialidade para o desenvolvimento das ações no campo ST, ao mesmo tempo em que se revela como um desafio histórico (Lacaz, 2005). De acordo com os entrevistados, na intervenção nas grandes empresas há articulação com o MPE. O mesmo acontece na articulação com a Universidade de São Paulo (USP), que através da Faculdade de Saúde Pública oferece curso de especialização de ST para os profissionais do Cerest e com a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP) de Botucatu, que oferece cursos de Análise de Acidentes de Trabalho. No entanto, a articulação intersetorial e interinstitucional ainda parece enfraquecida, em especial a relação com instituições como o MTE e o MPS. Há também dificuldade de articulação do Cerest com outras instituições relacionadas à ST em todos os seus municípios de abrangência, assim como com os sindicatos de trabalhadores.

Alguns entrevistados do Cerest revelam dificuldades na relação com movimento sindical na região, visto que boa parte dos sindicatos não possuem sub-sedes no entorno e aqueles que atuam, demandam e participam pouco das ações do Cerest. A exemplo, nas ações de vigilância dos acidentes graves e fatais há pouquíssima participação dos sindicatos, em geral esta atividade fica sob responsabilidade exclusiva da dupla de técnicos do Cerest, o que limita a repercussão que essa ação possa ter, no sentido de efetivamente transformar a realidade de trabalho: *“(...)falta de um movimento sindical que na verdade desse apoio, que demandasse mais, acho que isso é uma dificuldade”* (Profissional ST 2).

Outro empecilho para o avanço das ações de ST na AB é o horário em que a UBS presta atendimento, das 7h às 17h, justamente no horário de expediente dos trabalhadores. Sendo assim, os trabalhadores só buscam atendimento, nos casos mais graves, onde é necessário o afastamento do trabalho, o que torna complicado, por exemplo, a identificação precoce das DRT. Por outro lado, as atividades oferecidas pela UBS, em que os trabalhadores em tratamento poderiam participar, como o grupo de dor crônica e do Liang Cong, ficam esvaziadas ou com alta rotatividade entre os trabalhadores, devido à limitação no horário de

atendimento.

Olha, a gente do ano passado até o mês de maio deste ano, a gente tinha um grupo de dor crônica aqui. Tava a psicóloga e eu trabalhando com esse grupo só que aí teve um problema de falta de médicos e eu saí daqui da unidade(...). E a gente pensa em montar porque a gente tem muita gente com dor crônica, mas trabalhadores mesmo são muito poucos que vêm aqui pra fazer esse grupo. Porque é horário de expediente, então aí fica difícil (Profissional PSF 2).

Outro fator que deve ser considerado é que parte dos trabalhadores com vínculo pela CLT possuem plano de saúde privado e, portanto, não freqüentam a UBS e/ou não possuem a cobertura da equipe do PSF em suas residências. O que representa um desafio no que tange a atenção à saúde dos trabalhadores na rede privada, já que “(...) *o mundo privado da saúde é uma caixa preta do ponto de vista dos indicadores epidemiológicos para o planejamento epidemiológico em cada nível de gestão*” (Vasconcellos, 2007, p. 78).

#### **3.5.4. Desafios para a Gestão do processo de trabalho em ST no SUS**

Além dos desafios relativos à gestão do trabalho em equipe, como a insuficiência de profissionais e sobrecarga de trabalho e do estabelecimento de relações intra e interinstitucionais, outras dificuldades relativas à gestão do trabalho são apresentadas pelos entrevistados. Entre os quais, observamos que apesar do avanço na articulação intrasetorial das ações de ST na AB no município de Amparo, uma dificuldade importante diz respeito à distribuição dos Cerest de forma regionalizada, num SUS municipalizado. Por isso, apesar da organização regional, muitos deles têm limitado e priorizado sua atuação sobre o município sede (Lourenço, 2009; Lacaz e Santos, 2010). Isso ocorre com o próprio Cerest de Amparo que, como já dissemos, possui dezesseis municípios em sua área de abrangência.

As relações e interlocuções com os profissionais ligados a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo são ressaltadas como empecilhos para avançar na articulação das ações nos municípios na região de abrangência do Cerest. A ausência do articulador estadual, juntamente com o arranjo estrutural da municipalização do SUS e um Cerest com abrangência Regional é considerada uma dificuldade imposta pelo Estado, que ainda está para ser superada, como podemos observar na fala abaixo selecionada:

Essa proposta da Renast, que o Centro de Referência é municipal, mas tem abrangência regional, é uma coisa que pode ser muito legal, só que ela não foi articulada, não tem sido discutida. Os Centros de Referência não têm o apoio real da Secretaria de Estado, nem da região, nem do estado inteiro, pra fazer de fato essa articulação regional. Quem é Amparo para chegar no município vizinho e falar: ‘você tem que fazer saúde do trabalhador?’ (...). Se o município não tem isso como política, se o secretário lá está preocupado com outras coisas e não quer saber, se o secretário lá não deixa a vigilância dele fazer nem a ação básica, de vigilância sanitária, quem somos nós pra chegar lá e falar: ‘você tem que ir na reunião, você tem que vir na capacitação, você tem que fazer?’ (Profissional ST 1).

Santos e Lacaz (2007) relatam que as diferenças regionais, as diferentes concepções sobre ST, os diferentes interesses políticos influenciam fortemente a pactuação municipal da gestão regional dos Cerests, constituindo um importante desafio para a organização da rede de forma regionalizada e integrada. A construção de mecanismos de pactuação da gestão das ações em ST constituem um elemento chave para superação dos entraves existentes na articulação intrasetorial. Na divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo existem atualmente 17 (dezessete) Departamentos Regionais de Saúde, DRS (Decreto 51.433, de 28/12/2006). Amparo situa-se no DRS VII de Campinas, que envolve 42 municípios, entre os quais 16 deles pertencem a área de abrangência do Cerest de Amparo. Desse modo, os DRS seriam estratégicos para o desenvolvimento dessa articulação intrasetorial e de aproximação com os gestores municipais (Dias et al, 2008), por isso a importância do estabelecimento de referências técnicas na regional de saúde e um maior investimento na sensibilização e capacitação desses profissionais para as questões de ST. Por outro lado, urge a necessidade de desenvolvimento de mecanismos de cooperação e o envolvimento ativo dos níveis Estadual e Nacional (Dias et al, 2008), a fim de suprir essas lacunas institucionais e fortalecer o desempenho da ST no SUS.

### **3.6. Algumas Considerações sobre a experiência**

O AM em ST em Amparo apresentava-se em sua fase inicial e a experiência ainda estava no seu primeiro ano quando realizamos a pesquisa. Em razão do período investigado, são apresentados os resultados preliminares de um processo que se mantém em curso. Apesar de recente, a reorganização do trabalho em saúde iniciada pelos profissionais do Cerest apresenta importantes avanços e potencialidades na perspectiva da incorporação da ST na rede de AB do município de Amparo.

A experiência de Amparo nos aponta divergências em relação ao modelo de rearranjo organizacional das ER e AM, tal qual proposto por Campos (1999), apesar de tê-lo como elemento norteador. A diferença operacional consiste na ausência de definição da ER, em torno da organização da população adscrita no território. No caso do AM em ST as Equipes de Referência são as equipes de SF, já delimitadas territorialmente nas UBS, os Apoiadores dessas equipes são as duplas de profissionais do Cerest responsáveis, cada qual, por três ou quatro UBS.

A conotação positiva do AM em ST, nos exige a compreensão das características políticas institucionais aí colocadas. Amparo é considerado um município de pequeno porte, tem uma rede de Atenção Básica totalmente estruturada no PSF. A gestão do trabalho em saúde do município tem características democráticas, com a existência referida de diferentes instâncias coletivas de deliberação (Carvalho e Campos, 2000), como os colegiados de gestão no nível local e central. Um indicador relevante de priorização pela gestão municipal nas ações em saúde, é de Amparo ter sido o primeiro município paulista a assinar o Pacto de Gestão (Lacaz et al, 2008). Além de fazer um investimento importante em educação em saúde para os profissionais da rede, conforme já relatamos.

Outro fato relevante diz respeito ao envolvimento na trajetória do gestor municipal de saúde, presente na fase da pesquisa, com formação médica e doutorado na área de ST. Segundo os entrevistados, havia no gestor as concepções do campo, a convicção de que as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores deveriam ser responsabilidade da Atenção Básica e houve um investimento nesse sentido, visando a educação e reorganização da equipe de trabalho do Cerest para servir de referência nessas ações. Resta-nos questionar se esta priorização será mantida com as mudanças da gestão atual e se o AM em ST terá continuidade.

Vale ressaltar que a incorporação da ST na AB não ocorre de modo homogêneo, assim como não é homogênea a mudança do olhar dos diferentes profissionais do PSF sobre a questão da centralidade dos processos produtivos na determinação da saúde e doença. O que observamos é que há um processo de adesão da rede básica aos conceitos e práticas do campo ST que, apesar de não estar plenamente concluído, sugere que o Cerest tem efetivamente se tornado retaguarda especializada das ações de ST e que isso tem ocorrido a partir da inclusão dessa discussão na AB.

Por outro lado, mesmo com reorganização do AM são relatadas dificuldades e/ou empecilhos para o seu desenvolvimento de modo pleno. A sobrecarga de trabalho e o número reduzido de profissionais em relação à demanda aparece como dificuldade tanto na UBS como no Cerest. Entre outras, uma consequência importante é um número menor de reuniões de AM em ST, se comparado ao planejado para o ano de 2008. Isso implica na reduzida participação dos profissionais de ST na rotina das UBSs, inviabilizando a possibilidade de construção permanente do vínculo entre eles. Além disso, com o AM observamos o aumento da demanda de ações de vigilância nos locais de trabalho provindas dos profissionais do PSF, mas sem a participação dos mesmos. Os profissionais do Cerest queixam-se da sobrecarga causada por esse aumento, pois a vigilância nos locais de trabalho demanda tempo e dedicação permanente. O uso dos instrumentos da VISAT de abordagem por território (Machado, 1997), com a atuação local e definição de prioridades realcionadas a saúde dos trabalhadores no território apresenta grande potencial de integração da vigilância e promoção com os PSF (Vilela, 2003). Acreditamos que a participação dos profissionais da AB no planejamento e nas ações de vigilância, em conjunto com os trabalhadores e seus representantes sindicais poderia representar um salto qualitativo no exercício das mesmas e no acompanhamento das mudanças decorrentes deste processo.

Em síntese, podemos dizer que há um processo de introdução das ações em ST na AB, que exige um tempo de maturação. Mesmo assim, a adoção do AM em ST propiciou o intercâmbio sistematizado de conhecimentos e experiências entre as várias especialidades e profissões, estabelecendo a introdução da questão do trabalho na assistência à saúde da ESF, representando uma possibilidade concreta de se avançar na incorporação da ST na rede básica do SUS.

## **Capítulo 4. Vigilância em Saúde do Trabalhador e Ambiente: integrando áreas e instituições, o caso do CRST/ Campinas.**

*“Para muitos dos que viemos do campo (...) da Saúde dos Trabalhadores, saltar o muro da fábrica e descobrir suas ‘coalescências’ com o entorno tem sido um processo que abre muitas janelas(...).”*

Raquel Rigotto

### **4.1. O município de Campinas e a rede do SUS**

Campinas localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo, cerca de 100km da capital, possui uma população de 1.039.297 habitantes (IBGE, 2007) e é sede de uma região metropolitana composta por 19 municípios. No fim da década de 1970, devido a uma explosão urbana na periferia da cidade é empreendida uma ampliação da rede dos postos de saúde. Foram desenvolvidos nesses postos projetos pilotos de modelos alternativos de atenção à saúde, tendo como referência os Programas de medicina comunitária desenvolvidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva da Pontífica Universidade Católica (PUC) e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), precursores do movimento sanitário e da Reforma Sanitária brasileira (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007). A partir de 1987, os então chamados Postos Comunitários de Saúde passam a integrar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1989, com a configuração do SUS, uma nova gestão da SMS prioriza a ampliação da rede, através da realização do primeiro concurso público para todas as categorias de profissionais de saúde, com investimento na formação de recursos humanos e na formulação de protocolos assistenciais (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007). Em 1994 inicia-se um processo de regionalização e descentralização dos serviços, entre os quais da vigilância epidemiológica para as UBS (Vilela, 2004). Em 1997 a rede de saúde do município é subdividida em cinco distritos de saúde: Norte com 181.184 habitantes, Sul com 283.056, Sudoeste com 214.860, Noroeste com 170.085, Leste com 210.968 habitantes (IBGE, 2007). Entre 2001 e 2004 uma nova gestão da SMS procede a implantação do Programa de Saúde da

Família-Paidéia<sup>25</sup> em toda a rede municipal, com a inclusão na rede básica de médicos generalistas e ACS. Os Centros de Saúde são organizados em torno de equipes locais de referência do tipo clássica<sup>26</sup> e ampliada (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007). De acordo com Vilela (2004), algumas dessas unidades funcionam à noite e abrem aos sábados. A atenção básica no município de Campinas está estruturada em 49 UBS, 4 serviços de Pronto Atendimento, 13 Módulos de Saúde da Família, com 41 equipes de PSF. O município ainda possui 14 Centros de Referência, 3 ambulatórios de especialidades, 2 hospitais universitários, um hospital municipal, além de maternidades e hospitais privados ou filantrópicos conveniados (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007).

Na divisão administrativa da SESA, Campinas situa-se no Departamento Regional de Saúde (DRS) XII, que contém 38 municípios, dentre os quais Amparo.

#### **4.2. O CRST de Campinas: aspectos históricos.**

De acordo com Dias (1994) em 1978 é criado o Ambulatório de Medicina do Trabalho da Unicamp, mas é entre 1985 e 1986 que se inicia um movimento para o desenvolvimento de ações em ST no município. Conforme Medeiros (2001), na pré-Conferência de ST, realizada em 1986, as direções sindicais atuantes elaboram a proposta de criação de um serviço específico, que foi encaminhada à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS). Nessa época a CIMS contava com a participação de instituições como a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fundacentro, Secretaria Regional do Trabalho e Unicamp. Os sindicatos de trabalhadores envolvidos nessa proposta eram o Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Materiais elétricos da região de Campinas, dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Campinas e o Sindicato de Condutores de

---

<sup>25</sup> As principais diretrizes do PSF-Paidéia são: clínica ampliada, acolhimento e responsabilização, apoio matricial, sistema de co-gestão, cadastro de saúde da população e vinculação das famílias à equipe local de referência e capacitação (Campos, 2007).

<sup>26</sup> A equipe clássica seria composta por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 dentista, 2 auxiliares de consultório dentário e técnico de higiene dental, na medida do possível, auxiliares de enfermagem e 4 ACS, cuja cobertura prevista é de 700 famílias ou 3.500 pessoas. Já a equipe ampliada incorporaria os profissionais da equipe clássica, além de 1 médico pediatra, 1 médico gineco-obstetra, 1 dentista, 1 técnico de higiene dental, para cobertura de 1.400 famílias ou 7.000 pessoas (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007).

Veículos Rodoviários e anexos de Campinas (Lacaz, 1996). Assim, com a participação do movimento sindical e dos profissionais da saúde é criado em fevereiro de 1987 o Ambulatório de ST de Campinas, numa unidade básica do sistema de saúde local. Em 1990 esse ambulatório é transformado em PST, adquire uma sede própria, assumindo a Coordenação de Acidentes de Trabalho, até então responsabilidade do INSS. Como marca originária o PST/ Campinas tem a participação sindical no seu gerenciamento e com a regulamentação do SUS, a Comissão Sindical se transforma em Conselho Gestor do CRST : *“A co-gestão sindical do Centro de Referência em Saúde do trabalhador de Campinas é mencionada não somente como impulso originário do Programa, mas como o móvel de sustentação política, por se apresentar como uma forma de controle social”* (Medeiros, 2001, p. 176).

No ano de 1993 o PST ganha estatuto de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CRST/ Campinas, com objetivo de promover: *“(...) atenção à saúde do trabalhador visando a prevenção das doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho, através do diagnóstico precoce, tratamento e orientação do trabalhador acometido, bem como a identificação, qualificação e controle de riscos nos ambientes de trabalho”* (Silva<sup>27</sup> apud Medeiros, 2001, p. 95).

A partir de 1994 o CRST passa a integrar o PCTBI, já referido no Capítulo 1, que possibilita a capacitação de seus profissionais, o desenvolvimento de projetos de vigilância e aquisição de equipamentos (Medeiros, 2001). Uma característica importante da ST em Campinas, lembrada por Lacaz (1996) é a sua proximidade com a Academia, tanto para a elaboração de estudos acadêmicos, quanto para o desenvolvimento de pesquisas operacionais.

O CRST nasce como porta de entrada da rede para atendimento e vigilância dos casos de AT e DRT, essa demanda era proveniente de trabalhadores encaminhados pelos sindicatos em 53% dos casos e em 9% da rede de saúde (Lacaz, 1996). Na década de 1990, diante do estrangulamento da capacidade de absorção do serviço, via assistência, e da dificuldade de vincular essas ações com a vigilância e a educação tem início o processo de descentralização do atendimento do AT para rede básica de saúde (Medeiros, 2001), com o desenvolvimento de capacitações sobre a temática. A fala de uma entrevistada ajuda-nos a compreender a

---

<sup>27</sup> Silva, AB, 1995. *Relatório de Atividades do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no ano de 1994*. Campinas, SMS, mimeo.

descentralização das ações voltadas para a saúde dos trabalhadores:

Assim que esse serviço começou a existir a gente trabalhou com sindicatos, que estavam demandando o serviço. Aí a gente separou um pouco o que era o sindicato, o que era o serviço público e pegou a parte dos acidentes de trabalho. Ficamos anos cuidando dos acidentados do trabalho, foi uma maneira da gente entender a lógica da Previdência Social. E aí quando a gente organizou, a gente passou isso para a rede básica do SUS. De modo que, hoje em dia, em Campinas os acidentes de trabalho são atendidos nos hospitais e na rede básica, não passa por aqui (...). Isso não quer dizer que a gente não fique de vez em quando com algum caso particularmente complicado, que a rede não está conseguindo ver, que deu problema no hospital. Aí é nosso. Mas 99% dos casos estão dessa forma (Profissional ST 11)

A partir da descentralização do AT havia a perspectiva de uma atuação mais articulada entre vigilância e educação, contudo nos anos seguintes há uma: “(...) *explosão dos casos de LER (que) resulta numa crise do Centro de Referência, que se verá obrigado a adiar o projeto de atuação mais efetiva em vigilância*” (Medeiros, 2001, p. 131). Diante da complexidade da LER e da preocupação com a transformação do CRST em ambulatório especializado, após o Seminário interinstitucional sobre LER, promovido pelo CRST e o Núcleo de Saúde da PUC de Campinas surge a proposta Grupo Interinstitucional em LER (GIL). O GIL teve importante papel de aglutinação de instâncias que tratavam do problema, com a participação de representantes do CRST, do Núcleo de Saúde da PUC, Perícia Médica e Centro de Reabilitação Profissional do INSS, Projeto Semdor do Ministério da Saúde, Ministério Público, Serviço de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, sindicatos dos metalúrgicos, dos trabalhadores da Unicamp e bancários (Medeiros, 2001).

De 1998 em diante, ganha força a discussão da descentralização do atendimento de LER, com a proposta de capacitação da rede básica de saúde e de retaguarda laboratorial, a fim de que o CRST se tornasse referência apenas para os casos de maior complexidade (Medeiros, 2001). A profissional entrevistada explica esse processo:

Em 91, 92 descentralizou os acidentes de trabalho e já estava aparecendo muitos casos de LER. Então a gente saiu de um problema e entrou num outro. E fizemos a mesma coisa, entendemos o que é LER, organizamos o atendimento, capacitamos a rede e passamos o atendimento de LER pra rede e ainda atendemos os casos (...) encaminhados pela rede com algum problema. (...)Aí a gente cuida aqui e devolve pra rede (Profissional ST 11).

Embora desde 1998 houvesse um esforço em descentralizar o atendimento de LER, até 2003

o CRST foi porta de entrada para os trabalhadores encaminhados pelos sindicatos, o que de certa forma protelou a consolidação da estratégia de descentralização:

Desde 1998, até antes, a gente tinha o intuito de levar essas capacitações pra rede, levar o atendimento de LER/DORT, que já era feito (...)mas não tínhamos muito sucesso. Daí eu acho que de 2003 pra agora a gente conseguiu fazer com que nós só atendêssemos pessoas encaminhadas pelo centro de saúde. Porque antes as pessoas vinham aqui na nossa porta e a gente atendia, vinha encaminhado do sindicato. (...)foi um processo muito difícil (Profissional ST 8).

Frise-se que a partir de 1993, quando ocorreu o I Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador de Campinas, surge a proposta da CIST e são delineadas as diretrizes para a Vigilância, entre as principais destacamos as seguintes:

(...) aprimorar o trabalho de intervenção sobre os ambientes laborais valorizando a informação epidemiológica; integrar as ações de vigilância às demais ações de saúde, descentralizando-as para os centros de saúde; capacitar recursos humanos para atuar em vigilância em saúde do trabalhador; promover integração interinstitucional para as ações de vigilância (epidemiológica e sanitária) e ampliar, integrar e otimizar a utilização dos recursos existentes (Santos et al<sup>28</sup> apud Medeiros, 2001, p. 144).

A partir de então, há maior investimento nas ações de vigilância, como exemplo disso, no ano de 1997 são totalizados mais de 100 ações nessa área, mesmo considerando a restrita capacidade instalada no serviço (Medeiros, 2001). Com o crescimento da vigilância nos locais de trabalho, em 2001 surge a perspectiva de descentralização dessas ações para a Vigilância em Saúde (VISA) municipal, com intuito de que técnicos do CRST nessa fase inicial pudessem acompanhar e desenvolver as ações de VISAT junto aos profissionais dos cinco distritos de saúde do município. Desse modo, alguns profissionais, especialmente engenheiros, até então vinculados ao CRST, são descentralizados para esses distritos. A principal instituição envolvida nesse processo foi a própria SMS, segundo uma entrevistada: *“De fazer conversa com a vigilância, com o departamento de saúde, com os distritos, com os centros de saúde. E sempre uma conquista de espaços mesmo, porque a rede tem tantas outras prioridades (...)”* (Profissional ST 8).

---

<sup>28</sup> Santos, MLR; Bueno, JMS; Magalhães, LV et al, 1993. *Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas e Região- Diagnóstico e Diretrizes*. Campinas, SMS, mimeo.

Com o processo de descentralização da vigilância são apontadas algumas dificuldades, dentre as quais as diferentes realidades e hierarquias dos distritos, que definem os critérios de cada vigilância, conforme sinaliza a seguinte fala: *“Por mais que o CRST leve a discussão, faça planejamento que envolva usuários, profissionais de saúde e gestores, tentando envolver todo o SUS, ainda assim não é uma coisa que na prática seja fácil”* (Profissional ST 8). Um exemplo de dificuldade na descentralização da vigilância nos locais de trabalho para as VISAs, relatado em entrevista, foi a dificuldade para o acolhimento da demanda sindical por esta instância.

Em julho de 2003 o CRST é habilitado à Renast, como Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, com nove municípios na sua área de abrangência, são eles: Campinas, Americana, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Hortolândia, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré e Valinhos, com uma população entre 1,8 a 2 milhões de habitantes. Atualmente o CRST não possui perfil de morbidade populacional e utiliza os dados do IBGE, para compreender, em termos gerais, as características próprias de cada município da sua regional: *“A gente tem alguns dados que a gente tirou na época na regional, do IBGE, como característica um pouco do que é cada município: é mais industrial, mais agrícola, pra que a gente possa ter uma noção de quais riscos eles estarão submetidos no seu trabalho”* (Profissional ST 8). Devido à sua trajetória, o CRST/ Campinas cumpria os requisitos de habilitação e já desenvolvia as ações previstas nas portarias da Renast: *“Então pra gente não foi novidade. Já éramos regional sem ser regional. Porque a gente já era referência para outros municípios (...) nós sempre tivemos o compromisso social, acompanhados dos sindicatos.”* (Profissional ST 8). Na avaliação dos entrevistados, o que gerou maior impacto com a habilitação à Renast foi o incentivo financeiro para aquisição de materiais, equipamentos e ações educativas:

Foi muito bom, quando veio dinheiro pela Renast(...) foi um empurrão muito grande, a gente fez capacitação, a gente conseguiu comprar livros, comprar material pra trabalho, comprar cadeira adequada.(...) Porque aí a gente pegou o recurso financeiro e investiu em coisas que nós precisávamos: pagamos curso pra nós, demos cursos pros outros, compramos material pra trabalhar (Profissional ST 11).

O CRST/ Campinas possui sede própria, com 3 consultórios médicos, 6 salas de especialidades (Serviço Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Terapia Integrativa, Vigilância e Informação), 2 salas administrativas, 2 salas de reunião com biblioteca, 1 auditório (capacidade de 35 pessoas), 1 recepção, 1 copa/cozinha/área de serviço, 1

almoxarifado, 1 sala de arquivo morto, 2 banheiros para usuários, 5 banheiros para funcionários, estacionamento e horta de plantas medicinais. O horário de atendimento do CRST é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

### 4.3. Processo de Trabalho no CRST/ Campinas

Atualmente a equipe do CRST/ Campinas é composta por 13 profissionais de nível superior, 4 administrativos, 2 auxiliares de limpeza e 1 vigia. Entre os profissionais de nível superior existem: 1 assistente social (com carga horária de 36 horas semanais), 2 fonoaudiólogas (30 horas e 36 horas), 1 psicóloga (36 horas), 2 terapeutas ocupacionais (30 horas), 1 enfermeira (36 horas), 1 engenheiro de segurança (36 horas), 1 fisioterapeuta (30 horas), 4 médicos sanitaristas (sendo uma delas com 30 horas, dois com 20 horas e um cedido 10 horas por semana). Desses profissionais de nível superior, 11 são estatutários vinculados à SMS e 2 são contratados pela CLT via Hospital Cândido Ferreira. Vale ressaltar que todos eles possuem pós-graduação, em sua maioria, na área de Saúde Pública e ST.

De acordo com os relatos nas entrevistas, os profissionais de nível superior da equipe do CRST desenvolvem ações de assistência, vigilância e educação, com exceção do engenheiro de segurança que não presta assistência, mas está envolvido na gestão do Centro. As equipes são definidas em torno de projetos e afinidades: *“A maior parte das pessoas aqui tem perfil para fazer as três ações. Lógico que uns fazem mais outros menos, só ficam na assistência. Mas assim, no geral o perfil da nossa unidade é de quem tem esse olhar de fazer assistência, vigilância, educação em saúde”* (Profissional ST 8). Além do que há o entendimento de que as ações de ST devem ser desenvolvidas numa perspectiva multiprofissional e interinstitucional, de acordo com projetos e necessidades em comum:

Procurar desenvolver alguns projetos em comum(...) buscando os parceiros de acordo com o trabalho que está sendo desenvolvido, isso interinstitucional e a mesma coisa se dá intra também, você vai fazer isso com as VISAs, você vai ofertar isso para os conselhos, centros de saúde, você vai conversar com os coordenadores de distrito, pra ver se pode levar isso ou não(...) (Profissional ST 8).

Desse modo, os profissionais envolvidos em cada ação podem ser definidos nas reuniões de equipe do CRST, na busca de parceiros intra e interinstitucionais, de modo bastante autônomo, devido a experiência adquirida: *“Acho que a nossa equipe tem uma grande*

*autonomia e responsabilidades. As pessoas fazem, se articulam bem na equipe. Também, há tanto tempo juntos” (Profissional ST 8).*

No que diz respeito ao Planejamento e Avaliação das atividades, desde o ano de 2006, os profissionais do CRST vem desenvolvendo os Planos de Ações e Metas (PAMs) em ST, com o planejamento bienal das ações e com ampla participação dos profissionais da rede SUS e trabalhadores usuários:

Em 2006 a gente fez (o PAM) para 2006 e 2007, esse ano nós fizemos para 2008 e 2009, aliado ao recurso financeiro da Renast e procuramos envolver não só pessoas daqui da unidade, mas os usuários do SUS, os profissionais de saúde de outros níveis, outros gestores também do próprio município. Tentamos envolver outros municípios, da nossa área de abrangência e a regional também, mas nós não tivemos participação da regional (Profissional ST 8).

Apesar da tentativa, os profissionais de saúde vinculados aos municípios que compõem a regional não participam do planejamento das atividades em ST. Ressalta-se que o CRST não possui base de dados atualizada para planejar as ações. O sistema utilizado até 2001 era alimentado com dados das CATs. Recentemente o CRST começou a trabalhar com os dados do Sinan, que são considerados incompletos, visto que há problemas na alimentação da informação sobre os agravos à ST pelas unidades de saúde do município:

Nesses últimos anos a gente tem tentado trabalhar com o Sinan, quer dizer, fazer com que as unidades registrem os acidentes no Sinan. Na verdade, o grande desafio nosso vai ser trabalhar em cima do Sinan, pelo menos para investigação dos acidentes graves e fatais, por que foi um dos indicadores pactuados pelo estado com o ministério da saúde (Profissional ST 8).

Devido à ausência de uma base de dados completa e atualizada sobre o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora e dos processos produtivos do município e da regional, a definição das prioridades no Plano das Ações e Metas é feita a partir do que os profissionais já estão envolvidos e do que se mostra factível de realização. A avaliação da conjuntura e a possibilidade de envolvimento de outras instituições e atores sociais, na forma de comissões mais focadas para o desenvolvimento de projetos específicos são critérios prioritários para a escolha das atividades que serão realizadas.

Desde o ano de 2006 há uma priorização das atividades do CRST para a atuação junto aos trabalhadores expostos ao risco químico e vigilância ambiental, conforme expresso nos relatos abaixo: *“Eu acho que o risco químico hoje aqui pra unidade tem sido uma coisa que mobiliza bastante, porque a gente tem ido atrás de capacitação, pra poder se tornar referência, pra poder também passar conhecimento para os outros serviços”* (Profissional ST 8).

A gente não pensou que tivesse tanto, basicamente o pessoal da Shell, que são centenas de trabalhadores, os frentistas, aqui em Campinas tem um monte de área contaminada de posto de gasolina e empresas isoladas que lidam com substância química, não necessariamente empresas do ramo químico.(...) Então é o que a gente tem feito agora (Profissional ST 11).

O CRST articula e avalia as atividades desenvolvidas com a participação dos profissionais do CRST e do Conselho Gestor, em reuniões específicas para tanto. A fim de proceder a avaliação das ações, o CRST tem como possibilidades de indicadores quantitativos, o número de cursos realizados ou o número de pessoas capacitadas, mas devido a rotatividade dos profissionais da rede esse indicador é relativizado, por se referir apenas a um determinado momento, conforme o relato abaixo:

Hoje eu consegui capacitar, mas amanhã a rede roda, quer dizer tem valia nesse semestre, tem valia nesse ano, mas no ano que vem, se as pessoas mudarem, daí eu perco aquilo. Perco entre aspas, porque de repente as pessoas podem ser remanejadas para outros lugares que não tinham sido contemplados e passam a ser contemplados porque a pessoa está levando esse conhecimento (Profissional ST 8).

Nesse relato, observamos como a rotatividade dos profissionais de saúde prejudica o processo de formação e de atuação em ações voltadas para a saúde dos trabalhadores, conforme observado na pesquisa realizada por Lacaz et al (2008). Por isso, um indicador ideal, relatado nas entrevistas, é avaliar as ações desenvolvidas em todos os aspectos, inclusive no que se refere à qualidade do seu impacto para os trabalhadores, o que não se mostra factível para todas as ações do CRST ou para todos os momentos, por isso não está institucionalizado como tal, mas vale como possibilidade de reflexão:

O bom indicador é se a gente conseguir avaliar tudo, o quanto eu consegui atender, o quanto eu consegui levar de capacitação, o quanto eu consegui fazer de vigilância, ou como eu consegui fazer essa ação de vigilância. Então depende. Pra algumas coisas a gente consegue quantificar, e pra outras, quantificar não significa absolutamente nada, é o quanto que isso vai ter de impacto (Profissional ST 8).

No que diz respeito às principais ações desenvolvidas no campo da Assistência, Vigilância e Educação em ST, de acordo com o PAM 2008/2009, a assistência foi estruturada para o acolhimento e atendimento dos trabalhadores que tiveram exposição química, em especial para o caso dos trabalhadores da Shell/Cyanamid/Basf, de que falaremos mais a frente. Ainda existe a retaguarda da rede de saúde para avaliação, diagnóstico e tratamento médico, de fisioterapia, enfermagem e terapia ocupacional nos casos de LER, assim como grupos terapêuticos com trabalhadores adoecidos pelo trabalho.

No campo da Vigilância as principais ações existentes, com fortes repercussões até hoje, no que tange à exposição a produtos químicos, são os casos ocorridos nas Mansões Santo Antônio e da Shell/Basf/Cyanamid, que envolveram a equipe do CRST em redes de articulação intra e intersectorial para as ações em ST e ambiente. No bairro das Mansões Santo Antônio, em Campinas, foram construídos dois edifícios residenciais, numa área que pertencia a empresa Proquímica, que funcionou de 1973 a 1996, realizando atividades para recuperação de solventes (Carneiro, Nakamoto e Vieira, 2008). Em 2001, a partir da demanda do Ministério Público do Trabalho e da Cetesb, o CRST entra na ação, pois havia uma área contaminada com solventes, que atingiu o lençol freático, com exposição dos trabalhadores da construção civil e moradores dos edifícios, construídos pela empresa Concima. Frise-se que no CRST já haviam cerca de 15 prontuários abertos de trabalhadores atendidos, na década de 1990, da empresa química que contaminou o solo. Segundo relatado pelos entrevistados:

Nessa empresa das Mansões Santo Antônio, o solo tinha uma faixa grande de argila e a contaminação ficava abaixo disso, (...) eles furaram poços profundos pra jogar os restos das borras de solventes(...), que ia abaixo da camada de argila e chegava no lençol freático, eles contaminaram lá com vários produtos (Profissional ST 9).

Assim havia uma situação convergente, o envolvimento de diferentes instituições públicas, mas não se tinha metodologia para enfrentar o caso, na área pública, conforme expresso nesse depoimento: *“A Cetesb faz um diagnóstico momentâneo da foto e define medidas de cunho ambiental. A saúde tem que dar resposta para pessoas que tiveram expostas no passado, tem exposição presente e que possa ter exposição futura(...) é uma tarefa complexa”* (Profissional ST 10). Diversos autores apontam a complexidade da relação entre produção, saúde e ambiente (Tambellini e Câmara, 1998; Freitas et al, 2002; Augusto, 2003; Rigotto, 2003; Barcellos e Quitério, 2006). Complexidade por envolver o meio biofísico, a produção, a

tecnologia, a organização social e a economia (Augusto, 2003), pela dificuldade de identificar relações diretas de causa-efeito (Rigotto, 2003), pelas incertezas técnicas, metodológicas e epidemiológicas relacionadas à poluição química (Freitas et al, 2002), entre outros aspectos. Portanto, há acordo de que a intervenção depende de um trabalho integrado, de articulação intersetorial, numa perspectiva interdisciplinar, assim como da importância de fortalecer a participação popular na fixação de prioridades e nas tomadas de decisões (Freitas, 2005).

Diante disso e compreendendo suas próprias limitações e a importância da articulação intersetorial, os profissionais do CRST souberam do Projeto Nacional de avaliação de risco à saúde humana por resíduos perigosos, da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM), da SVS, do Ministério da Saúde. A incorporação da Vigilância Ambiental na Saúde é recente, data de 1999 a organização do nível federal do SUS da CGVAM, responsável pelo Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SNVAS) e execução de programas de vigilância ambiental em co-responsabilidade do município (Barcellos e Quitério, 2006). Dentre esses programas, as áreas de atuação da Vigilância Ambiental são: Segurança Química, qualidade da água para o consumo humano (vigi água), contaminações do solo (vigi solo), contaminações atmosféricas (vigi ar) e desastres naturais (vigi desastre) (Ministério da Saúde, 2010).

Na época, os profissionais do CRST estabelecem articulações com a CGVAM e a área das Mansões Santo Antônio é identificada como prioritária para o estudo piloto do referido projeto. Os pilotos foram também executados na: 1) Cidade dos Meninos, em Duque de Caxias/RJ, devido a contaminação de compartimentos ambientais e da cadeia alimentar por praguicidas organoclorados pela Fábrica de produtos profiláticos do próprio Ministério da Saúde, que encerrou as atividades no local em 1961; 2) Na cidade de Santo Amaro da Purificação/ Ba, com a contaminação do solo, ar e as águas do rio Subaé<sup>29</sup> por metais pesados, como chumbo e cádmio, pela Companhia Brasileira de Chumbo (COBRAC), de capital francês e nacional; 3) Em Mauá, na grande São Paulo/ SP, onde foi construído um conjunto residencial, em que viviam cerca de 5000 pessoas, num terreno que durante anos serviu como

---

<sup>29</sup> Essa contaminação, inclusive, foi objeto da composição de Maria Betania intitulada Purificar O Subaé / Cantiga Para Janaina: Purificar o Subaé/ Mandar os malditos embora/ Dona d'água doce quem é?/ Dourada rainha senhora/ Amparo do Sergimirim/ Rosário dos filtros da aquaria/ Dos rios que deságuam em mim/ Nascente primária/ Os riscos que corre essa gente morena/ O horror de um progresso vazio/ Matando os mariscos e os peixes do rio/ Enchendo o meu canto/ De raiva e de pena.

lixão industrial, que contaminou o subsolo e as águas subterrâneas por substâncias tóxicas, como o benzeno e organoclorados, afetados pela emissão de gases inflamáveis (Mapa da injustiça ambiental e saúde no Brasil, 2010).

A proposta do Projeto Nacional da CGVAM era a adequação à realidade brasileira da metodologia americana de avaliação de risco produzida pela *Agency for Toxic Substances and Disease Registry* (Agência de Registro de Substâncias Tóxicas e de Doenças), conhecida como ATSDR, que desenvolve atividades de saúde pública associadas à exposição real ou potencial a agentes perigosos emitidos no ambiente, cujo processo de investigação tem a participação da população exposta e dos trabalhadores. O procedimento de avaliação visa dimensionar o risco, assinalar recomendações para eliminação da exposição humana, propor ações de saúde direcionada às populações expostas e remediação das fontes de emissão (ATSDR, 2010). Portanto, o curso de ATSDR oferecido pela CGVAM, com o objetivo de gerar recomendações para a intervenção (Ministério da Saúde, 2010), contou com a participação dos profissionais de saúde de Campinas. De acordo com os entrevistados, três profissionais de saúde do município cursaram a primeira turma, com seis meses de duração, na segunda turma mais uma profissional de saúde participou. Com o envolvimento da CGVAM, o papel dos profissionais de saúde após o curso foi dar apoio operacional para a aplicação da ATSDR no bairro das Mansões Santo Antônio:

E a partir daí, dar a logística e apoio operacional para o pessoal da esfera federal vir aplicar a metodologia, conversar com a comunidade, levantar com os trabalhadores, então a gente acabou intermediando isso. Isso nos aproximou da VISA Ambiental e a gente passou a começar a trabalhar muito com essa interlocução, num espaço de diálogo entre as áreas, por demandas comuns (Profissional ST 10).

Assim sendo, essa experiência apresentou-se como a primeira articulação entre ST e Saúde Ambiental, pelo CRST/ Campinas, com uma configuração intra e interinstitucional entre os profissionais do CRST, da UBS do bairro, da VISA municipal, Ministério Público do Trabalho (MPT), Cetesb, CGVAM, dos ex-trabalhadores da indústria química, dos trabalhadores da construção civil dos edifícios e da população exposta, sendo aplicada a Metodologia da ATSDR, conforme relatado por uma entrevistada:

A fala dos trabalhadores foi fundamental para entender (dos trabalhadores da empresa química), ficamos sabendo de uma explosão (...), falavam do acidente e gente até pensava que era o acidente que tinha contaminado,

depois a gente viu que era essa história do poço. Mas foi legal, a gente entende as cidades, eles fizeram o relatório e ficou uma coisa muito mais palpável, de confiança (Profissional ST 9).

Concomitante à produção do relatório foi construído, pelos profissionais envolvidos e a CGVAM, um Protocolo de Atenção e Vigilância à Saúde da População Exposta (Ministério da Saúde, 2010). A partir desse documento foi realizada, pelos profissionais do CRST, uma capacitação em educação em saúde para a aplicação deste protocolo na rede de Atenção Básica, a fim de fornecer: *“(...) uma avaliação inicial, tanto ambiental, do histórico, tanto da pendência clínica, de exames, mais aprofundados, para daí triar e fazer procedimentos diferenciados com relação ao potencial de lesão, de danos que essas pessoas viessem a ter”* (Profissional ST 10). Aqui evidencia-se também a articulação, nessa ação, dos profissionais da ST e da AB:

No Taquaral, que é o Centro de Saúde das Mansões Santo Antônio, a equipe da saúde da família da área participou desde o começo, os agentes de saúde foram nas casas, fizeram todo um levantamento de dados, uma pesquisa, eles estiveram envolvidos, todo mundo, desde os agentes de saúde até o pessoal da secretaria de saúde. (...) No final de 2006, a gente fechou o centro de saúde uns dias e fizemos (capacitação) com toda equipe. O que é tinha lá, o que era o protocolo, o fluxo (...) tem casos que podem alterar a fertilidade, afetar outras gerações, tem que ter um acompanhamento dos filhos ou na gravidez, tem todas as regrinhas pra gente fazer (Profissional ST 9).

Nesse sentido, a ação inicia com uma demanda para o CRST de VISAT, que também envolve a vigilância ambiental e os profissionais da atenção básica da região, desde o início. A ação ganha maior força, à medida em que a área contaminada se transforma em projeto piloto da CGVAM para aplicação da metodologia de Avaliação de Risco da ATSDR. Metodologia esta que dá aos profissionais de saúde maior desenvoltura para lidar com a problemática, assim como envolve os trabalhadores da antiga empresa química, os trabalhadores da empresa construtora das edificações e a população moradora dos apartamentos, numa perspectiva participativa. Com o objetivo de acompanhar as consequências da exposição e dos riscos à saúde, ao longo dos anos, foi elaborado um protocolo de atenção para a equipe da Atenção Básica da Região. Desse modo, a experiência fortalece a articulação intrasetorial e a participação social, ampliando uma rede de atores em torno de ações de vigilância, educação e assistência à saúde dos trabalhadores e da população exposta. Atualmente o caso das mansões Santo Antonio ganhou maior repercussão com sua divulgação no Mapa da injustiça ambiental e saúde no Brasil (2010).

Outro caso de repercussão é o da Shell, no município de Paulínia, que se inicia a partir de denúncia dos ex-trabalhadores para o Ministério da Saúde, solicitando que o SUS e o CRST assumissem seu tratamento de saúde, visto que foram expostos a produtos químicos e não recebiam atenção especial da própria Shell e do SUS no município de Paulínia. Esse contato inicia-se em 2003, mas a história da organização dos ex-trabalhadores da Shell começa um pouco antes. A fim de resgatá-la, entrevistamos os trabalhadores da Associação dos Trabalhadores Expostos a Produtos Químicos (ATESQ), que são membros do Conselho Gestor do CRST/ Campinas.

A Shell/ Cyanamid/ Basf<sup>30</sup> funcionou, de 1977 a dezembro de 2002, formulando e sintetizando uma série de substâncias químicas para a produção de agrotóxicos (Rezende, 2005). Na fala dos entrevistados: *“Trabalhei com centenas de substâncias perigosas, um veneno. As empresas falam em defensivos agrícolas, mas na realidade é veneno: herbicida, inseticida, pesticida, fungicida, tudo o que é conhecido aí”* (Trabalhador 3). Do ponto de vista ambiental, o rio Atibaia contornava o complexo de 26 edificações do Centro Industrial Shell Paulínia (CISP) e no entorno da fábrica haviam 66 chácaras, que produziam alimentos e animais para o consumo humano, no bairro Recanto dos Pássaros. Como bem detalha Rezende (2005), a licença da Cetesb para o funcionamento é emitida em 1978. Desde então são registradas reclamações do forte odor das emanações atmosféricas e a Shell recebe várias autuações da Cetesb, muitas delas pelo lançamento de efluentes no rio Atibaia, em 1993. No ano seguinte a empresa foi comprada pela Cyanamid e no acordo de venda a Shell assumiria a responsabilização pelos passivos, via auditoria ambiental por empresa contratada pela própria Shell, que constata a existência de contaminação do solo e dos lençóis freáticos na planta de Paulínia. Diante do resultado da auditoria, a Shell faz uma auto-denúncia e assina o Termo de Ajuste de Conduta (TAC), no Ministério Público Estadual (MPE), para remediação e monitoramento da água contaminada. Posteriormente, a Cyanamid foi adquirida pela Basf, que assume as atividades no complexo industrial de Paulínia. Em 2000, as avaliações técnicas revelam contaminação por Dieldrin no solo e áreas subterrâneas das chácaras, quando são exigidas medidas ambientais emergenciais pela Cetesb e Ministério Público (Rezende, 2005). Segundo os trabalhadores entrevistados, em 2001 a Shell comunica aos moradores que não poderiam consumir ou vender a produção de suas chácaras, nem a água do local. Em

---

<sup>30</sup> A Shell funcionou de 1977 a 1993, quando foi comprada pela Cyanamid, depois adquirida pela Basf.

dezembro de 2001, a justiça determina o dever da Shell de remover todos os moradores do Recanto dos Pássaros (Rezende, 2005). De acordo com os trabalhadores entrevistados:

Os moradores (do Recanto dos Pássaros) criavam porco lá pra vender, tinham vaca, fornecia leite, isso aí foi proibido, frango, ovos de frango, consumo de frutas, foi tudo proibido. Só podia morar lá que não ia acontecer nada. A Shell fornecia água pros moradores, foi que surgiu o sindicato e disse tem coisa errada: ‘os moradores que estão lá fora da cerca, estão necessitando de todo esse aparato, tem as coisas mas não pode usar, tem água mas não pode tomar’. (...) ‘E os trabalhadores?’ Foi aí que começou toda essa luta aí (Trabalhador 4).

No início do 2001, diretores do Sindicato dos Trabalhadores Químicos Unificados de Campinas, Osasco e Vinhedo (Sindicato dos Químicos) desconfiados da gravidade do caso, diante da situação dos moradores, promoveu uma reunião com um grupo de ex-trabalhadores da Shell e os moradores do entorno. Conforme sinaliza Tambellini e Câmara (1998, p. 51): *“Em qualquer análise de riscos à saúde (e ambiente) a partir dos processos produtivos, os trabalhadores são os mais afetados através da exposição direta”*. Essa primeira reunião foi um marco, segundo os trabalhadores entrevistados, de resgate da solidariedade e luta pela saúde, na qual se constituiu uma comissão, a fim de acompanhar diretamente a situação, enfatizado na seguinte ilustração:

Nessa primeira reunião que a gente teve com os vários trabalhadores, a simples declaração de cada um de seu estado de saúde foi evidente que as alterações eram muito parecidas umas com as outras. Eu tinha costume de ver a literatura dos produtos e me veio na cabeça: ‘vai ficar um monte de gente doente, vai morrer gente aí’. Por isso que eu, diante dessa certeza, abracei essa causa. É, também tinha visto algumas crianças doentes lá nas chácaras que me mexeu muito e começamos esse movimento. Nós começamos, na época nós não tínhamos muita experiência, não tínhamos a vivência que a gente tem hoje, que nós fomos pesquisar, e a gente queria fazer só uns exames de sangue e achava que tava suficiente. E a coisa é muito mais ampla, muito mais complicada (Trabalhador 3).

A reunião dos trabalhadores, a verbalização dos sintomas e a socialização da informação propicia o entendimento da dimensão coletiva do adoecimento. De acordo com Dejours (2001, p. 19): *“O sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resulta de uma injustiça”*. Com a formação da Comissão do caso Shell e apoio do Sindicato dos Químicos, tal fato ganha ampla repercussão, inclusive de caráter nacional. Os trabalhadores se organizam partindo para a ação política, mobilizando o

legislativo federal para a realização da primeira audiência pública na Câmara dos Deputados, em Brasília, em junho de 2002, para discutir sua situação frente ao caso Shell. Em dezembro de 2002, diante da constatação de risco grave e iminente à saúde dos trabalhadores, a fábrica foi interditada, por ação conjunta do MTE e MPT, em decisão proferida em primeiro grau pela Justiça Federal (Rezende, 2005). A empresa é fechada e dispensa os trabalhadores, sem dar atenção às questões de saúde, de acordo com os entrevistados:

Não dando atenção especial à saúde dos trabalhadores devido à exposição química que eles tiveram lá por substâncias altamente tóxicas. Fizeram os exames a toque de caixa só pra atender a lei.(...) Várias pessoas que se encontrava em estado doente mesmo assim foram demitidas, que não poderia ser demitidos (Trabalhador 3).

À medida em que é fechada, os trabalhadores recém demitidos passam a compor a comissão de ex-trabalhadores, solicitando reuniões com representantes da Shell/Cyanamid/Basf, para avaliação do estado real de sua saúde. Nesse meio tempo a empresa contrata médico do trabalho, que procedeu a uma avaliação inicial da saúde dos ex-trabalhadores. Na avaliação dos entrevistados:

Eles identificaram num universo de 225 pessoas, 58 pessoas com alterações graves de saúde. Eles deduziram que, supostamente, podia estar relacionado com a exposição ocupacional dentro da empresa e eles foram obrigados a falar isso numa audiência pública que foi feita em Brasília, numa comissão social de minorias, teve três audiências públicas em Brasília, isso aí está registrado na ata da audiência. Só que eles não promoveram nenhum tipo de tratamento(...) (Trabalhador 3).

Através desse relato observamos claramente a omissão das empresas, no que tange à saúde dos trabalhadores, explicitando o conflito entre capital e trabalho, inclusive, a vulnerabilidade dos trabalhadores diante desse conflito. De acordo com Rezende (2005) durante os 25 anos de funcionamento, passaram pela Shell/Cyanamid/Basf 844 trabalhadores com vínculo empregatício, com média de permanência de 8,5 anos, sem contar os trabalhadores terceirizados ou temporários. Na opinião dos trabalhadores entrevistados:

(...)ela deixou um legado de funcionários doentes(...) lá tinha um quadro fixo aproximado de 250 pessoas, porque tinha período que tinha pessoas que só trabalhava por temporário. E esse quadro aí, mais ou menos 50 trabalhadores faleceram.(...) Desses 50 só dois conseguiram ultrapassar a expectativa de vida de hoje, os demais tudo abaixo de 60 anos. Então esses óbitos nós consideramos que foi, a maioria deles, óbito precoce (Trabalhador 3).

A comissão de ex-trabalhadores realiza, desde de 2001, reuniões periódicas às quintas-feiras, tanto no sindicato dos químicos em Campinas, quanto em Paulínia. Para eles, além do prejuízo a saúde das pessoas, a empresa causou danos ao solo, água e ar, com importante dano ambiental:

Tinha os incineradores lá, que funcionaram por 17 anos sem licença. Ele gerava uma pluma de fumaça branca, assim de noite quando a gente chegava pra trabalhar, quando a gente fazia turno, dava pra ver aquela pluma de fumaça por uns 2 km. São substâncias altamente tóxicas, que elas começam a formar assim em 200 graus. E sem contar também que queimava essas lâmpadas de mercúrio, queimava bastante, jogava no incinerador e o mercúrio é extremamente prejudicial à saúde.(...) E um dos aterros de cinza era próximo a uns poços artesianos que supria toda a fábrica, inclusive com água, pro banho, pra culinária, pra lavagem do uniforme, regar o jardim, todas essas coisas aí (Trabalhador 3).

Vale lembrar que fontes locais de poluentes, como essas assinaladas pelos trabalhadores, devem gerar contaminações ambientais causando intoxicação crônica, por exposição prolongada de uma concentração variada de poluentes, que podem superar a abrangência do entorno, quando se difundem pelo ar, solo e água, causando perda da biodiversidade, comprometendo alimentos ou fontes de água potável (Rigotto, 2003). Os trabalhadores entrevistados nos falam que o sindicato dos químicos esteve próximo deles auxiliando nas discussões e lutas, entretanto, havia uma confusão no processo de representação sindical e de protocolo de documentos em órgãos públicos, já que consideram a comissão uma instância independente do sindicato. Para superar esse empecilho a comissão de ex-trabalhadores foi transformada na Associação dos Trabalhadores Expostos a Produtos Químicos (ATESQ). Segundo eles, os associados não pagam mensalidades, pois o movimento existe em função da saúde dos trabalhadores e em defesa do meio ambiente.

Desse modo, ao longo dos anos de existência, a fim de somar forças para este movimento, a ATESQ protocolou denúncias e documentos em diversos órgãos públicos, como o Ministério da Saúde, o Ministério do Meio Ambiente, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Cetesb, Procuradoria do Trabalho, Justiça Federal, assim como realizaram três audiências públicas na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, três na Câmara de Deputados Federal e uma na Câmara Municipal de Campinas (Rezende, 2005). O relato abaixo expressa algumas dificuldades enfrentadas nesse processo:

Você sabe o que é três trabalhadores de chão de fábrica, sem conhecimento

nenhum, você pegar a área médica, a área jurídica, área de incentivo. Então são três zé ninguém que estão parecendo do nada, lutando(...) esse pessoal da alta, tem médico(...) nós levamos quase dois anos pra provar quem estava mentindo e quem estava falando a verdade. O pessoal do dinheiro falava uma coisa e nós três trabalhadores, que ajudamos na riqueza da empresa, brigando pelos nossos direitos de saúde. Praticamente foi no meio de 2003 que esse pessoal começou a acreditar um pouquinho no que a gente vinha falando.(...) Não é dois pesos e duas medidas, é um peso e uma medida diferente (Trabalhador 4).

Segundo os trabalhadores entrevistados, no começo de 2003, eles ganham maior força pela experiência adquirida nos anos anteriores e com a ampliação da participação dos trabalhadores, após o fechamento da Shell/Cyanamid/Basf. Nesse período, o contato com o CRST é estabelecido formalmente, com a realização de diversas reuniões e uso da metodologia da Análise Coletiva do Trabalho<sup>31</sup>, a fim de reconstruir através da fala dos trabalhadores o processo e condições de trabalho, e da ATSDR, conforme os relatos abaixo: *“E aí junto com o Ministério da Saúde fez um estudo da metodologia da ATSDR, que hoje é praticada nos EUA. E foi lá pra Brasília essa equipe trabalhar em cima disso, saiu umas 60 mil laudas de documentos oficiais”* (Trabalhador 3).

Daí pra frente começou a melhorar e aqui no CRST nós tivemos várias reuniões, várias apresentações, nós fizemos uma oficina de análise coletiva de trabalho, com os trabalhadores durante 5 dias, tinha dois médicos anotando tudo e cada trabalhador fazendo uma explanação do processo. Foi muito rico isso aí (Trabalhador 3).

De acordo com os trabalhadores entrevistados, a aplicação dessas metodologias auxiliou os profissionais do CRST a terem maior entendimento da realidade de exposição do risco químico a que estavam submetidos os trabalhadores e a população do entorno. Todo esse processo culminou na elaboração do relatório de avaliação de risco à saúde humana, pelo Ministério da Saúde, apresentado em 2005, que apontava a necessidade da população exposta ter um acompanhamento médico e de saúde durante um período de 15 anos. Para tanto, foi elaborado pelos profissionais do CRST um protocolo de atenção à saúde desses trabalhadores, para atendimento na rede básica do SUS de Campinas, apresentado em 2007. Na avaliação dos trabalhadores entrevistados este foi um trabalho exemplar, muito diferente da ausência de

---

<sup>31</sup> A Análise Coletiva do Trabalho foi divulgada no Brasil a partir dos trabalhos produzidos por Leda Leal Ferreira. Em síntese, o método consiste em que um grupo de trabalhadores voluntários expliquem aos pesquisadores a sua atividade, detalhando minuciosamente o que fazem no seu trabalho. Ver: Ferreira, LL, 1993. Análise Coletiva do Trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 78 (21): 7- 19, São Paulo.

envolvimento da secretaria municipal de saúde de Paulínia, cuja aproximação inicial com a equipe de profissionais de saúde foi dissolvida por interferência do gestor municipal. Fato este que expressa os interesses econômicos e a fraqueza política dos municípios diante dos poderes de grupos empresariais dominantes em sua região (Machado, 2005b).

Diante desse protocolo o CRST pode trabalhar mais tranquilo porque já tem o conhecimento, já está com uma visão completa, já tem uma visão total do que foi a exposição, do que é uma exposição química, o que ela pode fazer pro ser humano. Então nós estamos muito confiantes nesse trabalho.(...) Que foi criado um documento oficial apontando as nossas necessidades (Trabalhador 3).

Com a experiência adquirida ao longo dos anos os trabalhadores da ATESQ, numa luta política, produziram vídeo<sup>32</sup> e cd-room, divulgaram o caso em festivais, encontros, fóruns nacionais de saúde e universidades, promoveram passeatas com a participação de sindicatos e ambientalistas, entre outras atividades (Rezende, 2005). Na busca de aperfeiçoar a luta por saúde, os trabalhadores entrevistados relatam pesquisas existentes sobre a temática, apropriaram-se do conhecimento sobre os transtornos à saúde decorrentes da exposição continuada a produtos químicos, pela precocidade e gravidade dos casos e incorporaram o conceito de precaução: *“É preferível e mais saudável trabalhar em cima da precaução, porque nós estamos falando da saúde”* (Trabalhador 3). Conceito esse expresso no artigo 255 da Constituição Federal, em Leis ambientais e no Código Sanitário do Estado de São Paulo, que se refere à: *“(...)desencadear ações preventivas (de antecipação) em caso de incerteza, dúvida; transferir a responsabilidade da prova aos proponentes da atividade; investigação ampla de alternativas para a ação prejudicial; aumentar a participação pública na tomada de decisões”* (Kriebel e Tickner<sup>33</sup> apud Rezende, 2005, p. 53).

Na perspectiva dos profissionais do CRST/ Campinas envolvidos no caso da Shell/ Paulínia, a ação não foi somente diagnóstico-terapêutica. A participação dos ex-trabalhadores foi fundamental para resgatar a história das condições e organização do trabalho, elemento chave para a compreensão dos problemas de saúde e dos danos ambientais causados. Nesse sentido, os ex-trabalhadores não somente demandaram uma resposta do serviço de saúde, mas

---

<sup>32</sup> O vídeo: “O Caso Shell: o Lucro acima da Vida” foi premiado recentemente na 5ª Mostra Cinetrabalho, realizada na Unesp/ Marília.

<sup>33</sup> Kriebel, D e Tickner, J, 2001. Reenergizing Public Health Thought Precaution. American Journal of Public Health, 91 (9):1351-5.

participaram ativamente do processo, apropriaram-se das informações e articularam-se com outras instituições. Na visão do entrevistado do CRST, essa aproximação foi de suma relevância para o próprio quadro de saúde desses trabalhadores e para sua construção como sujeitos de sua história, reafirmando a noção de que a saúde se constrói principalmente a partir de um enfrentamento cotidiano (Hoefel et al, 2004), conforme expresso abaixo:

Eu tenho muita convicção hoje que as pessoas que se mobilizam, que tem uma expectativa de um câncer ou de uma doença mais grave, mas que se mobilizam em prol de alguma luta comum(...): **‘Os que vivem são os que lutam, que não se envergaram’**, os trabalhadores falam isso.(...) é uma ação que constrói sujeitos, tanto individuais, como coletivos na sociedade, aptos a tentar construir mudanças, integrados, formando redes (Profissional ST 10, *grifos nossos*).

Vale ressaltar a complexidade da exposição que estes trabalhadores sofreram ao longo dos anos de trabalho na Shell/Cyanamid/ Basf:

São diversos os contaminantes em questão neste caso. A maior parte deles apresenta alta toxicidade. Muitos são cancerígenos, genotóxicos e mutagênicos. A exposição dos trabalhadores foi múltipla, o que significa a possibilidade de produção de efeitos aditivos, combinados, sinérgicos ou potencializados, sobre os quais o conhecimento científico dos mecanismos de interação de magnitude dos efeitos ainda é limitado (Rezende, 2005, p. 143).

Mesmo afirmando que a luta pela saúde auxilia na manutenção da própria saúde, os profissionais entrevistados consideram a necessidade do acompanhamento de saúde específico para esses trabalhadores, dada a complexidade dos transtornos à saúde: *“Eles tem que ter um acompanhamento de saúde mais específico(...)se ele esteve exposto a um produto que causa câncer no fígado, ele tem que ter um acompanhamento mais detalhado nisso, mais aprofundado”* (Profissional ST 9).

Outra característica relevante do caso foi ter sido uma ação intra e interinstitucional, envolvendo órgãos da saúde, ambiente e instituições como Ministério do Trabalho e Ministério Público do Trabalho: *“Foi uma ação interinstitucional e intrainstitucional, porque envolveu a nossa unidade, envolveu o ministério da saúde, secretaria de saúde de Paulínia, centros de saúde daqui do município de Hortolândia, de várias unidades onde os ex-trabalhadores moram”* (Profissional ST 10). A consolidação desse processo dá-se com a elaboração do protocolo de atenção pelos profissionais do CRST, contendo três perspectivas

de avaliação da saúde: a primeira parte do protocolo é preenchida pelo próprio trabalhador, com dados da história de trabalho, a segunda parte é preenchida pelos profissionais de enfermagem e terapeutas ocupacionais e a terceira parte é exclusiva para os dados médicos:

O protocolo da Shell está pronto, mas não está cristalizado(...), a gente fez com a base na metodologia da ATSDR(...). E o protocolo ficou legal por isso, a gente conseguiu de fato no protocolo abranger todos os riscos diferentes que eles estiveram expostos. Estamos fazendo diagnósticos assustadores, cerca de 7 a 8 diagnósticos da mesma pessoa, todos eles com risco adicional por causa de substância química: Câncer, doença de tiróide, insuficiência hepática, vasculite, que é uma doença rara. (...)E tem sido uma experiência bem legal, a partir desse da Shell a gente acha que pegou o jeito, a tecnologia vamos dizer assim, de fazer outros (protocolos) (Profissional ST 11).

O protocolo da Shell/ Cyanamid/ Basf será objeto de capacitação na rede básica de Saúde, na perspectiva de descentralizar a assistência aos trabalhadores. O CISP foi totalmente demolido e os moradores do Recanto dos Pássaros removidos, com garantia do custeio de exames e tratamento médico pela própria Shell: *“Hoje na chácara só funciona uma barreira hidráulica pra descontaminar o lençol freático da fábrica, organizada, em uma das chácaras pra evitar que a água contaminada chegue até o rio”* (Trabalhador 3). Em janeiro de 2009, a Justiça do Trabalho de Paulínia concedeu tutela antecipada<sup>34</sup> em favor do MPT de Campinas, da Associação de Combate aos Poluentes e da ATESQ, frente a ação civil pública, obrigando a Shell/Cyanamid/Basf contratar plano de saúde vitalício para os ex-trabalhadores, assim como para seus familiares e trabalhadores autônomos, que prestaram serviço no local.

Assim, essa ação exemplar vem sendo desenvolvida com a participação do CRST/Campinas desde 2003, e com forte participação dos ex-trabalhadores da Shell, de outros órgãos do trabalho, da saúde, do ambiente e instituições afins. Tem como elemento central a articulação de profissionais de saúde do trabalhador e ambiente, com ações de assistência e educação em saúde, além da importante consequência de formação ativa e recíproca dos ex-trabalhadores da Shell, dos profissionais de saúde e dos profissionais do próprio CRST para a questão do risco químico na relação entre trabalho, saúde e ambiente.

---

<sup>34</sup> Tutela antecipada é um termo jurídico que se refere ao ato do juiz de adiantar os efeitos do julgamento de mérito, na primeira instância ou em recurso.

Pode-se considerar que os casos das Mansões Santo Antônio e da Shell/Cyanamid/Basf de Paulínia tratam de Acidentes Químicos Ampliados, visto que foram capazes de produzir múltiplos danos, com efeitos que se estendem para além dos locais e momentos de sua ocorrência (Freitas, Porto e Gómez, 1995). No entanto, não ocorreu um evento agudo intercorrente e sim armazenamento inadequado de resíduos, envolvendo inúmeras substâncias perigosas que causaram danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas. Por não ter ocorrido um único evento e devido a invisibilidade da disposição dos resíduos, os casos ganharam maior complexidade. Em especial no caso da Shell/ Cyanamid/ Basf pode-se considerar que ele mantém a característica do tipo duplo padrão, no qual as indústrias multinacionais adotam padrões inferiores de segurança industrial, proteção ao meio ambiente e saúde dos trabalhadores em países de economia periférica, sustentadas pela ausência e/ou fragilidade de restrições legais e controle social sobre os riscos químicos (Freitas, Porto e Gómez, 1995). Ambos os casos forneceram conhecimento, experiência e subsídios para os profissionais envolvidos no que tange ao desenvolvimento de outras ações que façam interface entre Saúde do Trabalhador e Ambiente, como o Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível, de que trataremos a seguir. Da mesma forma, como bem refere a Psicóloga entrevistada: *“(...)esses projetos têm muito articulado a questão da vigilância e a assistência, isso é o que está sendo construído”* (Profissional ST 9). De acordo com Vilela (2003), a integração da assistência com a vigilância potencializa e racionaliza as ações de saúde, tendo um papel pedagógico de atuação e desalienação dos profissionais de saúde.

Além desses dois casos, existem outras atividades de Vigilância do CRST/ Campinas, que envolvem pessoas de diversas áreas, como o projeto com os trabalhadores da limpeza, dos trabalhadores do telemarketing e vinculados à LER: *“Não deixa de ser algo que ainda permanece, está estabelecido quanto ao desenvolvimento de ações(...) mobiliza bastante as pessoas ainda, mas acho que o risco químico tem nos trazido para uma outra direção”* (Profissional ST 8).

No campo da Educação o CRST/ Campinas tem desenvolvido muitas ações, como cursos de atualização e Especialização Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, de toxicologia e oficinas para usuários discutirem o SUS e a ST. Além de fornecer retaguarda para a notificação das CAT e para o atendimento de trabalhadores adoecidos por LER na rede básica de saúde. Os cursos são oferecidos para profissionais e usuários tanto do município de

Campinas, como da regional. Os profissionais do CRST entrevistados consideram a formação como um dos aspectos mais importantes no momento atual:

A missão principal do CRST nesse momento é formação, a criação de massa crítica, passar ouvir e receber em cima dessas experiências, por que elas são complexas demais pra gente dar conta sozinho, a gente não entende todas as nuances, todos os caminhos. Então essa visão assim, tanto dos trabalhadores, das suas representações, tanto das instituições de rede, de interligação, começou a ficar muito forte e isso tem ajudado a irmos pra frente ou pra apanharmos juntos, não sozinho (Profissional ST 10).

As estratégias de trabalho e técnicas utilizadas dependem da característica da ação e do projeto a ser desenvolvido, que podem ser definidas na própria reunião de equipe ou entre os profissionais envolvidos na ação e/ou buscando os parceiros institucionais:

Cada projeto tem a sua demanda e a sua realidade(...) na assistência, as pessoas são marcadas, a gente faz acolhimento, marca médico ou outro profissional de saúde de acordo com a necessidade que o usuário nos traz ou encaminhamos de volta para o centro de saúde. Nossa atividade de educação depende do público alvo que a gente vai querer atingir: é aqui em Campinas, outros municípios, é unidade básica de saúde(...) nas ações de vigilância a mesma coisa, qual a nossa demanda, é fazer médico fiscalizar, fazer vigilância em determinada empresa porque nós estamos com problemas nos nossos pacientes, coletar informação dessa empresa, ver se tem CAT aberta, chamar o sindicato ou conversar com o trabalhador pra saber o que tem naquela empresa pra poder investigar (Profissional ST 8).

As principais leis utilizadas nas ações de vigilância são o código sanitário estadual e o código sanitário municipal, conforme discutiremos mais a frente. Os recursos materiais usados dependem da característica de cada ação ou projeto. No que tange à assistência, por exemplo, se faz necessária a aquisição e renovação de equipamentos (terapêuticos e tecnologias), além de realizar a manutenção dos mesmos. Na área de informática, fazem uso de computador, para acessar informações e internet. Existem equipamentos específicos de vigilância, cuja manutenção ou aquisição de novos também pode ser necessária. Além dos equipamentos de educação em saúde, como o projetor multimídia, TV, DVD, recurso para compra de livros, para oferecer material de fotocópia e lanche e/ou café nas capacitações. Outro recurso necessário para o CRST é a manutenção da própria estrutura da unidade, do automóvel usado principalmente nas ações de VISAT e aquisição de combustível. Para tanto, o CRST utiliza recursos financeiros da própria prefeitura para pagamento dos recursos humanos, enquanto a verba da Renast é usada como complementar, isso porque:

Só ele não pagaria o que nós gastamos. Nós temos em torno de 60 mil reais por mês de gastos, incluindo RH. Nós recebemos 30 por mês. E com atrasos e tudo mais. Então assim, grande parte do investimento é a prefeitura que assume. E o recurso da RENAST vem como uma possibilidade de um plus, de um investimento, de uma coisa a mais (Profissional ST 8).

Conforme já dissemos, o controle social no CRST/ Campinas existe desde a criação do PST em 1986, através da participação dos sindicatos, que tiveram papel fundamental na sua construção. Com o passar dos anos, o controle social se transforma em Conselho Gestor (CG), composto na lógica do Conselho Local de Saúde, com 25% de representantes dos gestores, 25% de profissionais de saúde e 50% de usuários. O CG possui um regulamento próprio estabelecendo um período de dois anos de gestão. Atualmente, na representação dos usuários os sindicatos mais envolvidos no CRST são: o Sindicato dos Químicos, dos Metalúrgicos, da Construção Civil, Sindicato dos Professores do Estado, Sindicato dos Professores de Universidades, o Sindicato dos Correios e as Associações de trabalhadores adoecidos por LER e dos ex-trabalhadores expostos a riscos químicos (ATESQ). No entendimento dos profissionais há uma oscilação na participação dos sindicatos: *“Nós nascemos com o controle social, nascemos com a participação de sindicatos, que ao longo do tempo, tem mais ou menos participação. Depende de como que está também o sindicato, as estruturas deles, que também tem dificuldade de levar essa discussão”* (Profissional ST 8). Por considerarem relevante a participação dos sindicatos no CRST, uma entrevistada revela a preocupação de que atualmente os trabalhadores atendidos parecem estar sem respaldo, revelando o distanciamento dos sindicatos de sua base de representação (Lacaz e Florio, 2010). A fala a seguir explicita esta realidade:

Os sindicatos abandonaram os nossos pacientes. Tanto os sindicatos locais quanto as centrais sindicais. Nossos pacientes são entregues a própria sorte. E volta e meia precisa tomar atitude que não é atitude de saúde é atitude de proteção do trabalhador de sindicato. Não tem sindicato trabalhando, mesmo os metalúrgicos estão ausentes. Isso é um problema pra gente, bem sério (Profissional ST 11).

Os profissionais entrevistados consideram a conjuntura desfavorável para a participação ativa dos sindicatos, conforme discutimos no Capítulo 2, visto que houve uma queda na representação do Conselho Gestor, ainda que as reuniões ocorram apenas uma vez por mês. Eles enfatizam a importância da participação dos trabalhadores no Conselho, no desenvolvimento das ações, no processo de enfrentamento e também para lutar pela própria manutenção do CRST, frente às mudanças nas gestões municipais. Nesse sentido as

concepções sobre a participação dos trabalhadores estão próximas dos referenciais do campo ST (Lacaz, 1996), conforme observamos aqui:

Por mais que tenha altos e baixos dentro dos sindicatos, umas dificuldades de discussão, de levar esse assunto também pras outras diretorias dentro de um sindicato, é bem importante isso, porque é o que mantém. Para as prefeituras isso é delicado, o quanto que você está atuando nas ações de vigilância, incomodando, (...) porque as empresas recolhem impostos pro município(...), se a gente não tiver apoio do sindicato, do controle social (...) (Profissional ST 8).

A CIST composta por representantes da universidade, SRT, Fundacentro e sindicatos que funcionou por alguns anos em Campinas, foi dissolvida: *“Até uns anos atrás nós tínhamos(CIST), mas acabou morrendo: eram sempre as mesmas pessoas que participavam das mesmas coisas e de muitos fóruns”* (Profissional ST 8). Dissolução essa que reflete o enfraquecimento do movimento sindical frente ao trabalho contemporâneo (Alves, 2002).

A seguir trataremos especificamente do Projeto de Vigilância em Postos de Combustíveis, desenvolvido pelo CRST/ Campinas em parceria com outras instituições, em especial com a Comissão Regional de Acompanhamento do Acordo do Benzeno, a fim de detalhar o processo de trabalho, as dificuldades e potencialidades desta ação.

#### **4.4. O Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível**

O atendimento no CRST de um trabalhador de Posto de Combustível, encaminhado por psicóloga da rede de saúde do município, produz o diagnóstico de alteração hematológica grave relacionada ao trabalho. Após ser diagnosticado, esse trabalhador indica mais dois frentistas para o atendimento, conforme detalhado pela profissional do próprio CRST:

Nós recebemos um trabalhador encaminhado de uma policlínica, do planejamento familiar, porque a psicóloga estava dando um grupo de educação e saúde para gestantes do planejamento familiar e o marido estava junto. Ele deve ter comentado o que ele estava fazendo e ela achou interessante que ele passasse aqui na saúde do trabalhador, para ser orientado melhor, a questão do risco. Aí nós detectamos o primeiro caso, ele era de um posto de combustível que foi autuado e está interdito até hoje, por adulteração de combustível, ele era um dos que manipulavam o combustível. Aí ele trouxe mais dois trabalhadores, na mesma situação(...) uma coisa interessante foi que ele falou que, nos últimos três anos, mudou o dono do posto e começou a adulterar, foi quando ele percebeu que começou a adoecer (Profissional CRST 12).

Assim, um evento sentinela e a detecção de um caso modelo, a partir do atendimento de três trabalhadores frentistas com problemas de saúde relacionados ao trabalho, como alterações hematológicas graves, hepatite tóxica e epilepsia sem controle medicamentoso, servem como motivo e estratégia de análise de caso índice pelo CRST. A busca ativa de casos e a criação de um programa de vigilância permitem a identificação dos determinantes dos agravos à saúde, através da análise da história de trabalho e delimitação de novas formas de controle dos riscos (Vilela, 2003). Os trabalhadores atendidos relataram para os profissionais do CRST o concomitante surgimento dos sintomas com o processo de adulteração de combustíveis, o que desencadeia uma mobilização dos profissionais para a problemática dos Postos: *“Todo mundo começou a ler, estudar e a partir daí a gente começou a entender (...), mas a gente tem pouca perna”* (Profissional ST 10). À medida em que os profissionais do CRST observaram que não dariam conta da complexidade do caso, essa demanda é levada para a CRBz de Campinas, onde começa a se desenhar a proposta do projeto: *“Enfim, com essa demanda no CRST, a gente passou a discutir também na comissão a importância da gente pensar no projeto. Isso foi em 2006”* (Profissional ST 12).

O Acordo Nacional do Benzeno, firmado e regulamentado em dezembro de 1995, determina a criação da Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNBz), a fim de acompanhar a sua implementação, assim como o cumprimento do Anexo 13A, da Norma Regulamentadora 15<sup>35</sup> (Portaria 3214, de 08/06/1978). A Comissão tem caráter tripartite com representação da bancada do Governo (MTE, MS, MPS e Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comercio), da bancada dos Trabalhadores (CUT, Força Sindical e Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria) e dos Empregadores (Confederação Nacional da Indústria, Associação Brasileira da Indústria Química, Instituto Brasileiro de Petróleo e Gás, Instituto Brasileiro de Siderurgia e Petrobrás) (Costa, 2009).

O Benzeno é uma substância reconhecidamente carcinogênica, considerada a quinta substância de maior risco pelo Programa de Segurança Química das Nações Unidas (Costa, 2009). No Brasil data de 1983 a resolução Interministerial, envolvendo MS e MTE, que visa a

---

<sup>35</sup> A Norma Regulamentadora 15 trata das atividades ou operações insalubres, que se desenvolvem acima dos limites de tolerância previstos nos Anexos da Norma, comprovadas através de laudo de inspeção do local de trabalho. O anexo 13-A desta norma tem como objetivo regulamentar ações, atribuições e procedimentos de prevenção da exposição ocupacional ao benzeno, visando à proteção da saúde do trabalhador, visto tratar-se de um produto comprovadamente cancerígeno (Lei 3214, de 08/06/1978)

redução da contaminação pelo Benzeno dos produtos acabados em até 1% do seu volume (Machado et al, 2003). O Acordo Nacional proíbe seu uso, com exceção das empresas que o produzem ou utilizem em síntese, como químicas, siderúrgicas e laboratórios, onde o Benzeno não pode ser substituído. Essas empresas são cadastradas e devem seguir um Regulamento próprio, inclusive com a constituição dos Grupos de Trabalhadores do Benzeno (GTBs), que fazem parte das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes<sup>36</sup> (CIPA) dessas empresas, como forma de exercício do controle social da exposição (Machado et al, 2003). Assim a CNBz pode ser considerada uma: “(...)instância de negociação e acompanhamento da implementação do acordo e da legislação, responsável também por complementar as lacunas até então não resolvidas no processo de discussão” (Costa, 2009: 132).

Dentre as principais atribuições da CNBz destacam-se a necessidade de complementar o Acordo do Benzeno nas questões que ficaram pendentes para deliberação posterior, com prioridade para a regulamentação do setor de combustíveis, assim como para a redução da concentração de benzeno em produtos acabados. Para Machado et al (2003) dentre os importantes desafios da CNBz está o de ampliar o foco das ações de vigilância sobre o controle de Benzeno na gasolina, com a criação de programas para a redução da exposição dos frentistas e mecânicos, que a manipulam diretamente. Isso porque a gasolina automotiva tem concentração máxima de Benzeno permitida, 1 a 1,5% dependendo do tipo, pela legislação da Agência Nacional do Petróleo (ANP), mas nos casos de adulteração a própria agência já encontrou 8% de concentração (Costa, 2009). Ao longo dos anos foi estimulada a criação das Comissões Estaduais de Acompanhamento do Acordo (CEBz), nos locais onde existem empresas cadastradas, nos termos do Acordo do Benzeno. No Estado de São Paulo, essa discussão inicia-se em 1997 e em 1998 a Comissão Estadual é oficializada, mesmo com a negativa de participação da bancada dos empregadores, naquele momento. A CEBz desenvolve uma série de ações, entre as principais destacamos a criação das Comissões Regionais (CRBz) do Grande ABC e da Baixada Santista, nos anos de 1998 e 2000, respectivamente, a organização de Seminários Estaduais e Regionais sobre benzeno, a capacitação dos GTBs do Petróleo, dentre outras. Entre os anos de 2003 e 2004 a CEBz passa por reformulação, em relação ao seu Regimento Interno, com a entrada da bancada dos

---

<sup>36</sup> A Norma Regulamentadora 5, do Ministério do Trabalho e Emprego, trata Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho (Lei 3214, de 08/06/1978).

empregadores. Os profissionais entrevistados sinalizam que apenas o Estado de São Paulo possui Comissões Estadual e regionais:

Porque os outros estados os grupos, com relação ao benzeno, são mais localizados. Aqui foram formadas várias regionais, até porque são regiões diferentes com vários pólos petroquímicos e químicos (...) também funciona como um grupo articulador, interagindo e discutindo como resolver os problemas na parte de formação e outros problemas que acabam acontecendo (Profissional Fundacentro 2).

A partir de 2000 surge, de modo mais organizado, a preocupação da CEBz em desenvolver um projeto para vigilância da exposição à saúde dos trabalhadores e da população exposta ao benzeno na gasolina, que acabou sendo inviabilizado, expresso no relato abaixo:

A gente fez uma reunião chamando o sindicato dos frentistas e o sindicato patronal pra discutir os riscos em postos de gasolina (...). Dois mil e pouco, 2001/2002, logo depois dessa reunião a gente começou a trabalhar nesse projeto. A proposta era que a prefeitura de São Paulo desenvolvesse esse projeto, aqui na cidade de São Paulo. (...)era um momento difícil na prefeitura porque estava havendo uma reestruturação nos programas de saúde do trabalhador. Então o projeto não foi pra frente (Profissional Fundacentro 2).

No ano de 2004 é publicada a Portaria 775 (de 28/04/2004) conjunta do MS e MTE, que proíbe a comercialização de produtos acabados que possuam Benzeno, diminuindo ainda mais a percentagem de concentração aceita (Arcuri e Cardoso, 2005). Em 2006 são publicados dois protocolos pelo MS relacionados ao Benzeno, com o intuito de atender aos trabalhadores com suspeita de agravos relacionados ao trabalho e dotar o profissional de saúde de conhecimentos sobre a temática, são eles: Risco Químico, Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno, e Câncer Relacionado ao Trabalho, Leucemia Mielóide Aguda/ Síndrome Mielodisplásica Decorrente da Exposição ao Benzeno (Ministério da Saúde, 2006b).

Em 2005, a CEBz realizou curso sobre Benzeno para trabalhadores e profissionais envolvidos nas CRBz, no qual o CVS, da SESA, amplia o convite para os profissionais das Vigilâncias em Saúde municipais e dos Cerests, que culmina na formação de mais duas Comissões Regionais, a de Campinas e do Vale do Paraíba:

Aí a gente fez um curso em que o pessoal do CVS chamou o pessoal da saúde do trabalhador, regionais e Renast (...)dessas regiões onde tinham as empresas que teriam que haver intervenção. (...) a partir dessas discussões surgiram a comissão de Campinas, do Vale do Paraíba e de Santos

(Profissional Fundacentro 2).

No que tange ao nascimento e formação da CRBz de Campinas, os profissionais entrevistados contam a trajetória de articulação dos diferentes atores institucionais e dos trabalhadores nos GTBs, até sua institucionalização:

Começamos a nos organizar, chamamos sindicatos, várias instituições (...) esse grupo foi sedimentando pra elaboração do estatuto, a criação dessa comissão(...) levou mais ou menos um ano pra gente se estruturar, elaborar o regimento (...) nós fizemos um seminário ano passado, em novembro, pra nos oficializar (Profissional ST 12).

A atual composição da CRBz possui:

Em torno de 17 a 20 pessoas participam, é tripartite, nós vamos ter representação da empresa, dos GTBs e dos sindicatos que cobrem a base daquelas empresas(...) e aí também tem diferentes representações de governo com vigilância sanitária, com epidemiológica, com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Profissional Fundacentro 1).

Curiosamente, no município de Campinas não existe empresa cadastrada, mas dois municípios da regional possuem, são eles Paulínia e Várzea Paulista. No entanto, estrategicamente está mais estruturado para a organização da CRBz que os demais: *“Em Paulínia tem a refinaria Replan e a BannQuímica, em Várzea Paulista é a Elekeirós(...)”* (Profissional Fundacentro 1).

Assim sendo, na CNBz existem prerrogativas para a discussão do Benzeno em produtos acabados, entre os quais a gasolina. Na CEBz de São Paulo esse debate aparece com maior força, entre 2001 e 2002, com a proposta do projeto apresentado a prefeitura municipal de São Paulo, que foi inviabilizado naquela ocasião. A CRBz de Campinas é consolidada no ano de 2007 e os profissionais envolvidos estavam sensibilizados para esta questão, através da atividade de formação. O CRST atende trabalhadores frentistas com graves problemas de saúde, o que amplia a preocupação de seus profissionais sobre a problemática, cujo caso deflagra um evento sentinela que aciona a CRBz para a questão. Portanto, o contexto mostrava-se favorável para o desenvolvimento do Projeto de Vigilância nos Postos de Combustível.

Dentro da CRBz são formados três subgrupos técnicos: de educação, para atividades de formação; de inspeções nas empresas para avaliar o cumprimento do acordo, e; para desenhar

o projeto dos trabalhadores frentistas, sobre a exposição ao Benzeno na gasolina: *“Lá dentro é formado subgrupo, muito pensando no projeto frentista de exposição à benzeno, que é o escopo do acordo”* (Profissional VISA 3). Inicialmente o subgrupo do projeto era composto por duas profissionais, uma vinculada ao CRST e outra a Fundacentro de Campinas, que começam a refletir e estudar sobre os Postos de combustível, adquirindo a compreensão de que haviam além dos frentistas outros trabalhadores no posto e a população do entorno. Diante da ampliação do projeto, foi realizada uma atividade de formação com profissionais de saúde da rede municipal:

Em 2007, num curso de capacitação que a gente fez com a vigilância sanitária, já pensando no projeto, nós convidamos a COVISA, que é a central de vigilância do município.(...) E aí foi um fôlego e um olhar diferenciado que elas nos deram quando trazem todo o conhecimento técnico a respeito de contaminação de solo, contaminação de água e ar (Profissional Fundacentro 1).

Com a formação, inicia-se o envolvimento dos profissionais da Vigilância Ambiental e das Visas Municipais de Campinas, que ampliam a discussão: da exposição ao benzeno para exposição a solventes: *“(...) ele pode estar exposto à polueno, metilbenzeno, xileno, mascaleno, todos os enos.”* (Profissional Visa 3); de trabalhadores frentistas para trabalhadores de Postos de combustível; da priorização dos postos com adulteração para postos com contaminação, incluindo o problema da contaminação do solo, água e ar, assim como da exposição da população do entorno. Ao mesmo tempo em que o projeto adquire um outro caráter ele é associado às atividades desenvolvidas nas áreas contaminadas, a partir dos programas de ações de Vigi-solo e Vigi-Água já referidos, mas no âmbito municipal: *“(...)essa pessoa que é muito envolvida na vigilância ambiental, ela disse: ‘nossa, porque a gente não associa a questão dos postos de combustível com o vigi-solo e o vigi-água, que a gente já está fazendo?’ ”* (Profissional ST 12). Ressalta-se que essa articulação intrasetorial entre profissionais de Saúde do Trabalhador e Ambiental não se apresenta como de subordinação entre as partes, mas como uma relação de cooperação entre os especialistas das diferentes instituições requeridas no processo de intervenção em torno de um objeto comum (Rigotto, 2003), no caso a relação entre trabalho, saúde e ambiente nos Postos de Combustível. Sendo assim, somam-se esforços em torno de um problema comum, a partir da elaboração e desenvolvimento do projeto, que ganha uma dimensão mais coletiva, com o envolvimento de outros profissionais que foram se agregando ao subgrupo, dentro da

Comissão Regional. Frise-se que esta característica de construção coletiva é ressaltada como propulsora desse debate, exigindo uma permanente negociação para compreensão do fenômeno na sua totalidade (Rigotto, 2003), conforme sinaliza o relato abaixo:

Em cima dessa sensibilização dos grupos de vigilância ambiental e de saúde do trabalhador foi construído o projeto de forma coletiva, a gente fazia reunião, passava o projeto, retirava objetivo e punha objetivo, todo aquele papo de construção realmente coletiva foi feito. Acho que isso ajudou o pessoal a se sensibilizar e se organizar em cima do projeto (Profissional Fundacentro 2).

Outro fator relevante para o projeto dos postos foi a realização de um seminário pela CEBz de São Paulo, no qual é realizada uma exposição por profissional do CESAT da Bahia, relatando a experiência de vigilância em postos de combustíveis no município de Simões Filho. A partir desse contato inicial o profissional é convidado pela CRBz de Campinas para dar um curso sobre essa temática, neste município, com aulas teóricas e práticas. A experiência do CESAT possui características diferentes da proposta de Campinas. O profissional do CESAT entrevistado relata o histórico dessa experiência, falando da sua participação na CEBz da Bahia e, como convidado, nas reuniões da CNBz que já discutia a importância de se incluir os trabalhadores dos postos de combustíveis no acordo do Benzeno, no início dos anos 2000. Na Bahia, no ano de 2004 surge uma demanda do Ministério Público do Estado para que o CESAT realizasse inspeção em 10 postos de combustíveis no município de Simões Filho, devido a um cartel de adulteração, segundo o entrevistado:

(...) era uma grande oportunidade para iniciar um projeto aonde a gente pudesse aprender a fazer vigilância em postos de combustíveis (...) e fizemos uma proposta de Termo de Ajustamento de Conduta junto com o Ministério Público. Nesta experiência nós descobrimos além da exposição química muitos outros problemas (...). O que vinha muito como demanda era a questão do assalto, do atropelo, não pagamento das horas extras e a falta de carteira assinada em alguns postos de combustíveis (Profissional CESAT).

Com a experiência de vigilância em postos de combustível, os profissionais do CESAT desenvolvem uma ficha de inspeção e começam a elaborar um projeto, que é apresentado para os Cerests da Bahia. Apesar das diferenças dos projetos e das disparidades das realidades municipais, os profissionais de Campinas consideram de fundamental relevância a experiência do CESAT, visto que eles tiveram contato com os roteiros de inspeção produzidos e aprenderam na prática a olhar para o posto de combustível com maior destreza. A fala abaixo ilustra esta experiência:

Ele criou dois roteiros na verdade, um pra inspeção do estabelecimento e outro pro trabalhador, uma entrevista (...) Nesse mesmo dia, ele nos levou num posto de combustível aqui, pra gente ver mesmo, in loco, quais são os pontos de risco (...). Coincidiu da gente vivenciar a chegada de um tanque, como é a questão do abastecimento, do descarregamento desse combustível, foi muito rico, muito legal (Profissional CRST 12).

Os instrumentos de vigilância do CESAT ao mesmo tempo em que serviram de base para a experiência prática dos profissionais envolvidos na construção do projeto e auxiliaram no processo de capacitação dos mesmos, foram adequados para a realidade de Campinas. Por isso, os profissionais do CESAT são considerados importantes interlocutores desta ação. Dessa maneira, para os profissionais entrevistados uma série de fatores propiciou a construção do Projetos de Vigilância nos Postos de Combustíveis, entre eles agrupamos abaixo os principais dados que justificam a importância do projeto:

#### **4.4.1. Adulteração de Combustível**

Inicialmente havia uma preocupação dos profissionais envolvidos no Projeto em priorizar as ações nos postos com adulteração de combustível, pela queixa de alteração de saúde dos frentistas atendidos no CRST e pelo uso do Benzeno no processo de adulteração, ilustrada na fala seguinte: *“O combustível normalmente é alterado por solvente, embora os benzenos sejam caros, os solventes sejam caros, o imposto taxado é bem menor do que no combustível global. Por isso, o benzeno pode até ser caro, mas pensando no contexto do imposto ele dilui”* (Profissional VISA 3). Nesse sentido ao problema da adulteração do combustível soma-se o uso do Benzeno e Solventes. A Agência Nacional do Petróleo (ANP) possui a listagem dos postos revendedores autuados e/ou interditados por problema de qualidade dos combustíveis disponível no site da Agência (ANP, 2010). Nos dados referentes ao município de Campinas são registradas 36 autuações e interdições, em 16 postos revendedores de combustível, nos últimos cinco anos. As informações da ANP revelam a adulteração como um sério problema, que pode estar relacionado à qualidade do combustível vendido para os consumidores e à gravidade da exposição e dos riscos à saúde dos trabalhadores. Apesar disso, à medida que o Projeto dos Postos de Combustível é aprimorado, com a discussão de diversos profissionais e olhares, a priorização dos postos com adulteração é abandonada, por representar um confronto direto com a ilegalidade dos proprietários de postos que procedem a adulteração. O recorte de entrevista selecionado expressa esse conflito:

Conforme a gente foi discutindo, foi percebendo que essa parte é muito complicada, que a gente poderia lidar com a questão do tráfico mesmo, bandidagem, a própria comissão achou melhor ampliar isso, porque na verdade o risco não está só na questão da adulteração, o benzeno está presente na gasolina e o risco é pra todos (Profissional ST 12).

Frise-se que os dados da ANP publicizados revelam os postos já autuados em função da adulteração, o que pode facilitar o cruzamento dessa informação, caso seja necessário, sem a necessidade de conflito direto sobre o problema da ilegalidade.

#### **4.4.2. Assistência à Saúde do Trabalhador**

Para os profissionais envolvidos, uma importante preocupação é com a saúde dos trabalhadores, visto que grande parte dos Postos de combustível contratam serviços terceirizados de assistência médica, para realizar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA)<sup>37</sup>, que não dão conta da questão: *“Eles vão lá fazem o admissional só que não diz nada e os trabalhadores não tem a mínima noção do risco do benzeno. Nem o próprio sindicato dos frentistas(...) tinha esse conhecimento sobre o risco do benzeno”* (Profissional ST 12). Para Lacaz (1997) tais Programas têm sido executados por empresas contratadas, em geral mediante terceirização, constituindo-se num espaço de trabalho para médicos do trabalho e outros profissionais da área, na lógica de Mercado. Em geral, se tornam documentos protocolares, por serem obrigatórios, distantes da realidade e sem o efetivo compromisso com a prevenção da saúde.

---

<sup>37</sup> O PCMSO e PPRA constam nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho número 07 e 09, respectivamente, da Lei 3214 (08/06/1978), cuja elaboração e implementação é obrigatória a todos empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados. O objetivo do PCMSO é prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive os de natureza subclínica e a constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores. O Programa deve incluir, entre outros aspectos, a realização obrigatória dos exames médicos: Admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional. O PPRA visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Entre outros, o Programa deve incluir as etapas de: Antecipação e reconhecimento dos riscos, estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle, avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores, implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia, monitoramento da exposição aos riscos, registro e divulgação dos dados.

Outra preocupação expressa diz respeito às frentistas mulheres, devido ao risco envolvido na gravidez e a ausência de orientação dos profissionais de saúde que as acompanham. Desse modo, o projeto procura dar atenção à mulher frentista e ao processo de educação em saúde, a fim de orientar e diminuir o risco de exposição.

Os profissionais entrevistados relatam vários riscos de agravos à saúde dos trabalhadores existentes nos postos, entre eles, a ausência de válvula de vedação das bocas dos tanques, que provoca a inalação dos produtos e o permanente contato da pele com combustível pelo uso de um paninho “babador”. Sobre as situações de extremo risco, sinalizam as operações para coleta manual de amostra de combustível no caminhão tanque e abastecimento do tanque, propriamente dito. As principais vias da intoxicação por combustível são por contato respiratório, da pele e a ingestão, que pode ocorrer nos casos de retirada de combustível excedente com uso de mangueira, por sucção. A intoxicação causada pela exposição ao combustível pode ser aguda ou crônica, que é a mais comum e mais invisível, porque ocorre ao longo dos anos de modo lento e insidioso, que pode ser confundida com outros transtornos à saúde:

(...) muitas vezes o sintoma é um mal estar, uma dor de cabeça, tontura, que pode ser qualquer outra coisa. Se um profissional de saúde não tiver atento com relação a exposição: ‘ah, ele é frentista, tem exposição ao benzeno’, se ele não tiver essa visão ele come bola, trata como uma dor de cabeça comum e tal (Profissional ST 12).

Conforme foi nos relatado um problema de saúde muito comum entre os trabalhadores expostos ao combustível é a leucopenia, uma expressão de lesão na medula óssea, que reduz o número das células sanguíneas e que não apresenta uma sintomatologia. A exposição contínua ao combustível torna os trabalhadores leucopênicos mais suscetíveis ao desenvolvimento de uma doença grave e maligna, conforme exemplifica a fala a seguir:

Se você ficar exposto de forma contínua, a possibilidade de tornar uma doença maligna é muito elevada, porque é suscetível e aquela exposição já está provocando uma lesão que vai se agravar fatalmente. (...) Todos que tiveram exposição ao benzeno tem mais risco do que o resto do mundo (de câncer) e todos no mundo que tiveram lesão de medula tem mais dos que tiveram exposição à benzeno.(...) Então a conduta é tirar você da exposição. Num posto de gasolina tirar da exposição é dizer pro cara: ‘arruma outro trabalho’... (Profissional SRT).

Nessa perspectiva, a prevenção do agravamento do quadro envolve o diagnóstico precoce da Leucopenia, o afastamento do trabalho e o monitoramento da saúde, o que aponta para a necessidade de diálogo com profissionais do INSS para tratar do afastamento e da readaptação dos trabalhadores. Frise-se que os dados do próprio Instituto, referentes aos trabalhadores de Postos de combustível, ganham maior magnitude com a possibilidade do NTEP, conforme podemos observar nas tabelas 1 e 2:

**Tabela 1- Levantamento de Doenças malignas de tecido linfático e hematológico, que se supõe relacionadas ao Benzeno (CID C81 a C96 ou D60 a D64) correlacionada com o numero de auxílio doença concedido pelo INSS a trabalhadores registrados no comércio varejista de Combustíveis (CNAE 50-50)**

Ano	Número de Auxílio-Doença concedidos pelo INSS	Doenças em Destaque
2004	25	4 leucemias Mielóides 2 Aplasias
2005	21	6 leucemias Mielóides
2006	22	5 leucemias Mielóides 3 aplasias
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>15 leucemias Mielóide e 5 aplasias</b>

Fonte: Costa, 2009.

**Tabela 2- Levantamento de Doenças malignas de tecido linfático e hematológico, correlacionada com o numero de auxílio doença acidentário concedido pelo INSS.**

Ano	Número Auxílio-Doença-Acidentario concedidos pelo INSS, via Nexo Técnico Epidemiológico	Doenças em Destaque pelo NTEP
2007 (jan a julho)	86	34 Leucemias Mielóides 10 aplasias 12 agranulocitose 10 síndromes mielo displásicas 10 leucemias linfóides
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>34 Leucemias Mielóides 10 aplasias 52 outras</b>

Fonte: Costa, 2009.

Na comparação entre as duas tabelas observa-se que houve uma mudança na concessão dos benefícios pelo INSS para trabalhadores do comércio varejista de combustível, de auxílio doença para auxílio doença acidentário, a partir do estabelecimento do NTEP. Assim, novas informações sobre doenças hematológicas relacionadas com esta atividade passaram a ser reconhecidas (Costa, 2009). Embora, os períodos analisados nos dois quadros sejam diferentes, é possível identificar um aumento na notificação dos transtornos à saúde,

especialmente dos mais graves como a Leucemia Mielóide que aumenta de 15 casos, no período de 3 anos, para 34 casos em 6 meses. No que diz respeito a incidência de doenças malignas hematológicas entre os trabalhadores registrados no comércio varejista de combustíveis, os dados demandam maior aprofundamento da análise, mas expressam por si a gravidade da situação de saúde tais trabalhadores (Costa, 2009). Uma das questões balizadas pelo projeto é a construção do protocolo de atenção à saúde para os trabalhadores de Postos de combustível, a fim de abarcar os riscos existentes e as medidas de intervenção necessárias para controlá-los ou extinguí-los.

#### 4.4.3. Contaminação da Água, Solo e Ar

A Cetesb possui dados atualizados até novembro de 2008, disponíveis no site institucional, sobre áreas contaminadas no Estado de São Paulo, onde considera a potencialidade dessas áreas gerar danos à saúde humana, comprometimento dos recursos hídricos, restrições ao uso do solo, danos ao patrimônio e meio ambiente. Os dados apresentados estão expressos na tabela 3.

**Tabela 3. Áreas Contaminadas no Estado de São Paulo, por regiões, até novembro de 2008**

Região <sup>38</sup>	Atividade					total
	Comercial	Industrial	Resíduos	Postos de Combustíveis	Acidentes/ desconhecido	
São Paulo	32	69	21	657	2	781
RMSP- outros	21	92	14	359	5	491
Interior	52	117	28	707	13	917
Litoral	13	32	17	111	3	176
Vale do Paraíba	2	27	0	119	1	149
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>337</b>	<b>80</b>	<b>1953</b>	<b>24</b>	<b>2514</b>
<b>Percentual</b>	<b>4,78%</b>	<b>13,4%</b>	<b>3,18%</b>	<b>77,68%</b>	<b>0,95%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Cetesb, 2010.

<sup>38</sup> Para a distribuição das áreas contaminadas, pela CETESB, foram consideradas as seguintes regiões:

- São Paulo: Capital do Estado;
- RMSP - outros: 38 municípios da Região Metropolitana de São Paulo, excluindo-se a Capital;
- Litoral: municípios do Litoral Sul, Baixada Santista, Litoral Norte e Vale do Ribeira;
- Vale do Paraíba: municípios do Vale do Paraíba e da Mantiqueira;
- Interior: Os municípios não relacionados anteriormente.

Os dados oficiais referentes ao Estado de São Paulo revelam que num total de 2514 áreas classificadas como contaminadas, 1953 delas são em Postos de combustível, o que corresponde a 77,68% das áreas registradas pela Cetesb até novembro de 2008. Vale ressaltar que essa tendência é evidenciada em Campinas, onde organizamos os dados oficiais na tabela 4:

**Tabela 4. Áreas Contaminadas na cidade de Campinas/ SP, novembro de 2008**

Cidade de Campinas	Atividade					total
	Comercial	Industrial	Resíduos	Postos de Combustíveis	Acidentes/ desconhecido	
Total	1	13	5	72	1	92
<b>Percentual</b>	<b>1,09%</b>	<b>14,13%</b>	<b>5,43%</b>	<b>78,26%</b>	<b>1,09%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Cetesb, 2010, adaptada pelo autor.

Os dados demonstram que o município de Campinas possui 92 áreas classificadas como contaminadas, sendo que 72 delas são por Postos de combustível, ou seja, 78,26% do total. As principais fontes de contaminação, no caso dos Postos de Combustível, estão relacionadas a problemas de armazenagem e infiltração de combustíveis líquidos, solventes aromáticos e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (PAMs) dos tanques subterrâneos. Os principais meios impactados são os solos e água subterrâneas, dentro e fora da propriedade do Posto de combustível (Cetesb, 2010).

Frise-se que, desde 2001, é obrigatória a licença ambiental da Cetesb para funcionamento dos Postos de revenda e abastecimento de combustíveis no Estado de São Paulo, renovável a cada cinco anos (Secretaria de Estado de Meio Ambiente, Resolução n. 5, de 28/03/2001). Para a Cetesb (2010) o crescimento das áreas classificadas como contaminadas por Postos está relacionada ao desenvolvimento desse programa de licenciamento, no qual é exigida investigação confirmatória para verificar a situação ambiental e troca de equipamentos com mais de 15 anos de operação. Conforme sinaliza uma entrevistada: *“Está na mão da Cetesb, a liberação dessas áreas que comercializam isso, mas eu acho que não dá pra ficar só nessa licença e a gente não ter o controle sobre isso. Haja visto que o maior número de áreas contaminadas são os postos de combustíveis”* (Profissional Fundacentro 1). Da mesma forma que a profissional entrevistada expressa essa preocupação, foi noticiado recentemente, que dos 7540 postos do Estado de São Paulo, 1080 deles operam sem licença ambiental (Folhaonline, 17/04/2010 e 11/05/2010), ou seja, 14,32% do total de Postos em

funcionamento não estão licenciados para tanto, o que de certa forma demonstra que não há total controle da Cetesb sobre a questão. À medida em que os profissionais da vigilância ambiental municipal tiveram acesso a esses dados, os mesmos se tornaram objeto de discussão da equipe envolvida e deram maior dimensão ao projeto:

Quando você pensa na área subterrânea contaminada, você pensa o trabalhador, não é só o frentista, mas o trabalhador do posto de combustível (...) eu tenho que ficar atenta qual foi a água usada no lava rápido, se pode ou não estar com os mesmos contaminantes que foram detectados(...). O que na verdade nós temos hoje em Campinas, acho que 165 postos de combustível, é um dado que foi passado pelo sindicato patronal. Se a gente pensar em 70 com áreas contaminadas, temos uns 40% deles (Profissional VISA 3)

A entrevistada revela que no caso do município de Campinas, cerca de 40% dos Postos de combustível são em áreas contaminadas. Do mesmo modo, outra entrevistada nos fala que, a partir desses dados, o projeto além de ser ampliado torna-se mais articulado com os profissionais da vigilância ambiental, envolvidos nos Programas Vigi-Solo e Vigi-Água municipal: *“Isso também acabou aproximando o pessoal da vigilância ambiental, porque é uma demanda deles também. Eles vão ter que trabalhar essa questão do posto de combustível”* (Profissional ST 12). Além disso, quando o projeto passa a tratar de áreas contaminadas, isso significa que deverá ter um olhar para a população do entorno do posto e também para o trabalhador envolvido no processo de remediação<sup>39</sup> da área contaminada, isto é, a remoção ou contenção dos contaminantes presentes. A fala abaixo ilustra esta preocupação:

Nós tivemos uma situação de uma denúncia, pelo 156, da população de entorno de um posto de combustível, que estava em remediação. Na hora que os trabalhadores começaram a retirar a terra, pra trocar o tanque, a população do entorno começou a reclamar de um cheiro fortíssimo, algumas pessoas passaram mal, como idosos e crianças, com mal estar, vômito. Na época isso trouxe mais outra questão: a gente precisa olhar sim a população do entorno(...). A remediação é complicadíssima, o posto de combustível acaba contratando um serviço que faz isso, só que ninguém tem controle, nem a Cetesb, nem a vigilância. Então vão uns trabalhadores lá, retiram o tanque, entram em contato com esse solo contaminado. E a gente fica pensando até que ponto eles estão orientados e não tem nenhum cadastro dessas empresas (Profissional ST 12).

---

<sup>39</sup> A Cetesb disponibiliza no site “Manual de Gerenciamento das áreas contaminadas”, que trata da questão da remediação.

Ao mesmo tempo em que há a preocupação com os trabalhadores envolvidos no processo de remediação, outra questão ambiental relevante diz respeito à contaminação do ar do entorno do posto, através do escape de gases pela válvula de suspiro do tanque de combustível, conforme relatado abaixo:

Todo posto de combustível tem um escape dos gases que são liberados. Então a população do entorno com certeza está respirando benzeno constantemente. Foi feito um estudo em Niterói sobre avaliação do ar, dos postos de combustíveis, eles coletaram as amostras e analisaram a concentração de benzeno no ar, nos postos de combustíveis e no trânsito. Eles viram que no posto a concentração de benzeno estava 150 vezes maior do que no tráfego (Profissional ST 12).

Com todas essas questões, o projeto de Campinas foi ganhando amplitude e magnitude, diante das críticas existentes sobre a dimensão da proposta, a profissional entrevistada nos diz que: *“Nós concordamos, achamos que está muito amplo, realmente ele foi pensando bem a longo prazo, envolve vários atores, mas hoje a gente tem a clareza de que não tinha como não ser assim. É importante ter vários parceiros aí”* (Profissional ST 12). Há evidente aproximação com o modelo conceitual da vigilância que possui como referência o entendimento de que as relações entre saúde e ambiente são integrantes de sistemas complexos, o que exige abordagem e articulações interdisciplinares e transdisciplinares, voltadas para a promoção da saúde (Barcellos e Quitério, 2006).

Com o objetivo de agregar profissionais, com os novos elementos trazidos nas capacitações, nas experiências práticas de aplicação dos roteiros de inspeção e com os dados da ANP, INSS e Cetesb, no primeiro semestre de 2008 o desenho do Projeto dos Postos de Combustível de Campinas é finalizado com a proposta de um termo de referência para o mesmo, intitulado Projeto de Vigilância em Postos de Revenda de Combustíveis a Varejo/ Postos de Abastecimento (PRCV/PA) contemplando os objetivos, metas, parceiros e cronograma de execução das atividades, que estavam sendo cumpridos no momento de realização da pesquisa. Para os entrevistados, como o projeto trata de um objeto ainda desconhecido por eles e foi escrito por vários autores, sofreu modificações e provavelmente ainda sofrerá, pois estava na fase piloto durante a pesquisa de campo. O relato abaixo explica esse fato:

(...) a gente entende que durante toda essa etapa das amostras piloto ele está sobre revisão constante, discussão e revisão; até a gente chegar nos instrumentos e numa proposta fechada no final dos pilotos pra ficar mais tranquilo (...) nós decidimos, como somos divididos em cinco distritos, nós

decidimos fazer duas amostras por distrito. Pra fazer bem feitinha. Embora a gente vá propor para o município todo (Profissional VISA 3).

O termo de referência contempla os problemas acima justificados envolvendo ações de vigilância, assistência e educação em saúde, com abordagem voltada para os trabalhadores, sindicato, proprietários e profissionais das unidades de saúde, localizadas nas regiões dos postos em área contaminada, a fim de instrumentalizá-los a respeito dos riscos e para o atendimento da população do entorno de uma forma diferenciada. Dois instrumentos produzidos pelo projeto estão em fase de avaliação, são eles o instrumento de inspeção dos Postos e o protocolo de acolhimento dos trabalhadores de Postos de combustível, que estão sendo aplicados pelos profissionais da vigilância em saúde municipal e do CRST, respectivamente.

O projeto PRCV/ PA em andamento, foi apresentado ao Sindicato Patronal, dos donos de Postos de Combustível, à SRT e à Cetesb, órgão fiscalizador e regulador da questão da contaminação ambiental. De acordo com profissional entrevistado houve uma inversão no plano inicial, na apresentação da proposta aos proprietários dos postos, pois entenderam que isto poderia colaborar para a própria execução da etapa piloto:

Teve reunião no sindicato patronal e deve ser chamado uma reunião com os donos de postos de gasolina com uma chamada conjunta do sindicato patronal, pra discutir o projeto e como ele vai ser desenvolvido, que a qualquer momento seu posto pode estar sendo visitado e qual a documentação que vai ser exigida, etc. Então houve essa inversão, de trazer os patrões já agora no início da discussão (Profissional Fundacentro 2).

Outro fator relevante é que a partir de 2008 a SVS, do Ministério da Saúde, participante da bancada da CNBz, traz a proposta de elaboração de um projeto, a nível nacional, referente a esta questão. Para tanto, foi realizada uma capacitação em São Paulo, agregando os diferentes grupos no país, com experiência de vigilância em Postos de Combustível, a fim de discutir um projeto piloto nacional. Os principais grupos envolvidos são Campinas, que conta com instituições como o CRST, Vigilância Municipal e Comissão Regional; Curitiba, cujo maior parceiro é o Ministério do Trabalho; Salvador, desenvolvido pelo CESAT. Desse modo, os profissionais desses grupos irão compor o projeto piloto, que subsidiará a discussão de uma política nacional: *“O projeto nacional está buscando experiências e modelos regionais e locais. E nós somos esses modelos que eles estão usando”* (Profissional VISA 3).

Vale lembrar que dentro da própria CNBz já era apontada a discussão dos Postos de combustível, antes mesmo de Campinas se tornar referência. Em abril de 2009, a CNBz promoveu uma Oficina de Integração do Projeto de Vigilância em Saúde da Exposição de Solventes nos Postos de Combustíveis no Brasil, em Curitiba, com o objetivo de integrar as experiências locais e apresentar o projeto nacional. Do ponto de vista do profissional do CESAT, para um bom andamento do Projeto Nacional será necessário capacitar novos formadores:

A gente precisa capacitar mais profissionais pra que esse projeto passe a ser incluído nas ações de vigilância (...) para que qualquer município, qualquer regional tenha o posto de combustível como uma atividade importante a ser vigiada. (Profissional CESAT).

Outros fatores coincidentes permitiram a entrada de novos parceiros no projeto de Campinas, como os profissionais da vigilância em saúde municipal que participaram do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, organizado pelo CRST/ Campinas e ficaram sensibilizados com a problemática: *“Teve alguns outros fatores que ajudaram, aqui em Campinas pela RENAST teve o curso de especialização em saúde do trabalhador. Então muitas dessas pessoas das VISAs fizeram esse curso e aí foram se sensibilizando, foram entrando no assunto”* (Profissional VISA 3).

Nessa linha da educação, foram realizadas várias atividades de capacitação, como Oficinas e Seminários sobre Vigilância em Postos de Combustível, organizados pela bancada Regional, Estadual ou Nacional da Comissão do Benzeno, que tiveram importância fundamental para a capacitação da equipe e adesão de novos participantes ao projeto. Do mesmo modo, foram inúmeras as reuniões desenvolvidas ao longo da construção do projeto, dentro e fora da CRBz de Campinas, tanto para discutir o projeto internamente, quanto para apresentá-lo para outras instituições, o que reforça o caráter de construção coletiva da proposta, como ilustra o relato abaixo:

Através desses cursos de capacitação, a gente conseguiu sensibilizar técnicos que estão na ponta do projeto, aplicando esse roteiro de inspeção e esses protocolos.(...) Foi muito trabalho mas assim, ninguém pode dizer hoje que é uma coisa que caiu de pára quedas; porque todo mundo ajudou na construção (Profissional Fundacentro 1).

Vale sublinhar o papel dos profissionais do CVS, da SESA, em especial da Divisão Sanitária

do Trabalho nesse processo, que possui quatro programas considerados prioritários, são eles: 1) Programa de Prevenção dos Acidentes Graves e Fatais; 2) Programa de ST do Setor canavieiro; 3) Vigilância em ST em exposição ao agrotóxico, e; 4) Programa de ST em Exposição ao Benzeno. De acordo com a profissional entrevistada do CVS, grande parte desses programas são prioridades nacionais, que foram adequadas para a realidade do Estado de São Paulo, pririzados no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e pactuados com os municípios no Plano de Ação de Vigilância Sanitária, como a atuação em Postos de Combustível: *“Então são programas que a gente tem, a grande maioria já era prioridade nacional, a gente incorporou e desenvolveu adaptado a nossa realidade estadual e aí na conversa com as regiões também fazendo essas adaptações”* (Profissional ST 8). De acordo com Dias et al (2008), o pacto de gestão atribui ao nível estadual o importante papel na organização e pactuação das ações de saúde no SUS, atendendo aos critérios de regionalização.

Dessa forma, a ação de vigilância em Postos de combustível foi pactuada entre os municípios do Estado de São Paulo, portanto, conforme expõe uma das entrevistadas há obrigação das VISAs municipais em realizar esta ação: *“(...) foi pactuado no escopo da vigilância em saúde do trabalhador do estado de São Paulo pelo CVS, nós não podemos fugir disso, mas, na verdade isso pra o município chegou bem depois, o projeto (de Campinas) já tava avançado”* (Profissional VISA 3). No Programa de ST exposto ao benzeno foram adotadas duas linhas de ação, uma delas é a integração das estruturas de vigilância sanitária às comissões regionais do benzeno de Campinas, ABC e Santos. Outra linha diz respeito ao Programa de Vigilância em Postos de Combustível, em que há o intuito de integrar ações de ST e ambiente, assim como capacitar profissionais das vigilâncias municipais para a metodologia da ATSDR, o que pode contribuir para potencializar a investigação, segundo a entrevistada:

Dentro da vigilância sanitária, na divisão de ações em meio ambiente, já existe um projeto de águas contaminadas. E a gente sabe, segundo levantamento da Cetesb que cerca de 70% das áreas contaminadas no estado de São Paulo são postos de combustíveis. (...) Então foi com esse objetivo de potencializar as ações de vigilância que a gente focou nessa questão dos postos de combustíveis e até a gente começo na época a levar um pouco também pras comissões do benzeno essa discussão (Profissional CVS).

Importante frisar que partiu do CVS do Estado de São Paulo a iniciativa de envolver, na capacitação da CEBz, os profissionais dos CRST e Visas municipais, que culminou com a

proposta de formação da CRBz de Campinas. Assim como promoveu, em abril de 2009, a Capacitação para o Desenvolvimento de Ações de Vigilância em Postos de Combustível dirigida a profissionais da ST e Visas municipais.

O Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados do Petróleo de Campinas e Região ou Sindicato dos Frentistas participa do Projeto dos Postos de Combustível desde o início, mas o dirigente que acompanhava o processo até 2008 saiu da categoria e, portanto, entrevistamos os atuais sindicalistas envolvidos. No momento das entrevistas, eles haviam ingressado recentemente na proposta e expressam a necessidade de conhecerem mais a ação:

Nós vamos ter que acompanhar e dar um encaminhamento maior, porque nós temos uma preocupação muito grande com a saúde do trabalhador e é uma discussão muito aprofundada, porque a nossa categoria trabalha diretamente com os produtos inflamáveis, não só com produtos inflamáveis como com produtos insalubres, produtos químicos e tem o contato direto (Trabalhador 6).

Os dirigentes sindicais entrevistados estimam que cerca de 5 mil trabalhadores são associados ao sindicato e apesar da alta rotatividade da categoria, consideram que cerca de 90% dos frentistas são sindicalizados. Além da sede de Campinas, o sindicato possui três sub-sedes: em Americana, Limeira e Mogi Mirim. De acordo com os entrevistados, o piso salarial do trabalhador do Posto de combustível no Estado de São Paulo é de R\$ 628,00, mais 30% de periculosidade, firmado em convenção coletiva. O salário pode oscilar em 20%, caso o frentista realize a função de caixa. Além disso, no Estado de São Paulo a carga horária do frentista é regulamentada em 7h20 por dia. Na área de saúde os entrevistados revelam a preocupação com a exposição a substâncias químicas: “(...)a nossa categoria trabalha com vários produtos inflamáveis, produtos insalubres e isso afeta diretamente a saúde do trabalhador. Nós começamos a fazer, a desenvolver um trabalho nessa área foi do ano passado pra agora, com o projeto do CRST e Fundacentro” (Trabalhador 5). Para eles, o Sindicato deve dar o apoio necessário para o desenvolvimento das ações no projeto, acompanhar e participar ativamente, inclusive na orientação dos trabalhadores: “(...)para que ele não tenha medo, pra que ele fale, conte a verdade (...) então o papel do sindicato é importante, tem de ser muito importante e queremos dar todo o apoio possível pra que esse projeto do frentista vá pra frente e cresça” (Trabalhador 5).

Em estudo realizado por Lima (2008) foram entrevistados 14 frentistas de seis postos diferentes do município de Campinas, com o objetivo de conhecer a vivência e percepção dos frentistas em relação ao risco de dano à saúde. A autora observou que há pouco debate sobre os riscos à saúde no trabalho em Postos de combustível, em termos gerais, e dos riscos químicos, especificamente, com pouca organização dos trabalhadores e circulação de informações sobre possíveis danos e agravos à saúde dos trabalhadores.

Além da participação no projeto, os trabalhadores do sindicato estão envolvidos na CRBz e justificam a importância de sua participação para o desenvolvimento das ações interinstitucionais de ST:

A gente tem que lutar pra que junto, não só o sindicato, mas a gente envolver os órgãos públicos: o CRST, a secretaria de saúde, lutar por um projeto (...) municipal a nível de Campinas que venha a fazer a prevenção sobre a questão da saúde do trabalhador nos postos de gasolina (Trabalhador 6).

Apesar dos sindicalistas expressarem pouco conhecimento acerca do projeto, até porque assumiram recentemente o compromisso, demonstram interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre a temática, assim como auxiliar na articulação e desenvolvimento de ações de prevenção.

Conforme observamos, uma relevante característica do projeto é a articulação intrasetorial e interinstitucional, de acordo com os entrevistados, as principais instituições envolvidas, são:

No âmbito municipal: o CRST, com envolvimento de profissionais, acolhimento dos trabalhadores dos postos de combustível e o financiamento via Renast; a Covisa e as Visas municipais, que estão diretamente comprometidas na elaboração e execução da proposta. Há, também o intuito de aproximação com os profissionais da rede básica de saúde para o atendimento diferenciado dos trabalhadores dos Postos e da população do entorno.

No âmbito estadual, o setor mais envolvido é a Vigilância Sanitária do Trabalho, do CVS/SESA/SP, que propiciou capacitações junto a Comissão Estadual do Benzeno e pactou com os municípios a atividade de Vigilância em Postos de Combustível. Além dos profissionais dos Grupos de Vigilância Sanitária(GVS) e Grupos da Vigilância Epidemiológica(GVE), da região de Campinas.

A Comissão Regional do Benzeno já é composta interinstitucionalmente pela Fundacentro/Campinas, que ocupa a coordenação da comissão e está diretamente envolvida na proposta, o CRST, Vigilância Municipal, Sindicato dos Químicos Unificados de Campinas, Sindicato dos Frentistas, ATESQ, a Superintendência Regional do Trabalho de Campinas (SRT), além do laboratório da Unicamp, que faz as análises de monitoramento do combustível para a Agência Nacional do Petróleo (ANP) e a Cetesb, que produz os relatórios ambientais. A Comissão Estadual do Benzeno também é composta interinstitucionalmente e os principais parceiros do projeto dos postos são a Fundacentro/SP e a SRT/SP. Vale resgatar que o CVS também está vinculado à Estadual. O mesmo ocorre com a Comissão Nacional, cujo parceiro principal é a SVS/CGVAM/MS e agrega na discussão as experiências de Curitiba, via SRT, e Bahia, através do CESAT, cujo envolvimento possibilitou a capacitação e instrumentos básicos para o projeto.

De acordo com Machado e Porto (2003), as redes construídas nas ações de VISAT são dinâmicas, de estabilidade provisória e traduzem a conjunção e integração de diferentes atores e interesses frente a problemas específicos, assim como a força dos trabalhadores e do setor saúde na sociedade. Sendo assim, os entrevistados expressam que o envolvimento das instituições não se dá na mesma proporção, algumas entram com uma participação ativa dos profissionais, enquanto outras são referências de apoio para determinadas situações, como o recorte que se segue:

O sindicato dos frentistas, dos químicos e a ATESQ está acompanhando. A Delegacia Regional do Trabalho está ainda como parceiro de apoio, não está acompanhando, mas tem uma pessoa, um dos auditores que entreviei aqui na Shell, que teve uma atuação grande nessa área e se mostrou interessado em nos auxiliar. (...) E tem um outro ator que é a o laboratório da Unicamp, de clínica, porque eles são a referência da ANP para fazer a análise das gasolinas, dos combustíveis adulterados (Profissional ST 12).

Para além da relação interinstitucional, os entrevistados expressam que são os profissionais e não instituições os autores do projeto, mas que é necessário uma institucionalização dessa parceria para garantir a continuidade da ação, como ocorreu no âmbito do SUS, conforme a fala abaixo:

A cidade de Campinas está incluindo a Delegacia Regional do Trabalho dentro desse projeto, o próprio INSS a gente tem um pessoa que está disposta e está colaborando nesse projeto. Então assim, eu vejo muito mais como pessoas dentro dessas instituições que estão interessadas em

desenvolver uma atividade, mais do que a própria instituição. Porque muitas vezes essas pessoas também são barradas pela própria burocracia que existe dentro dessa instituição (Profissional Fundacentro 1).

Conforme sinaliza Rigotto (2003), a aproximação promissora da ST e com a Saúde Ambiental permeia a capacidade dos atores envolvidos em compreender a complexidade sistêmica das relações em foco, numa perspectiva trans-setorial e transdisciplinar.

#### **4.4.4. A execução das atividades piloto de vigilância nos Postos de combustível.**

O município de Campinas é subdividido, conforme citamos, em cinco distritos de saúde: Norte, Sul, Sudoeste, Noroeste e Leste, cada qual com uma estrutura de Vigilância em Saúde, com uma média aproximada de 20 profissionais por equipe. Devido ao processo de descentralização das ações de vigilância do CRST, existem equipes de ST atuantes em cada uma destas VISAs. As VISAs municipais são coordenadas pela COVISA, que é a central de vigilância do município. Com o envolvimento dos profissionais das Visas no processo de formação da CRBz e posterior incorporação na construção do Projeto de Vigilância nos Postos de Combustível, tal projeto foi inserido como atividade do programa de exposição a produtos químicos e riscos a saúde humana, já existente nas Visas. Assim, cada distrito possui profissionais do núcleo de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, de saúde ambiental e/ou do núcleo de vigilância sanitária envolvidos no projeto. Na ação de vigilância no posto, propriamente dita, participa uma média de três profissionais, de acordo com a disposição de cada distrito, seja por um médico, enfermeiro, engenheiro de segurança e/ou tecnólogo em saúde ambiental.

O principal instrumento utilizado é o Roteiro de Vistoria de Ambientes e Processo de Trabalho de Postos de Combustíveis a Varejo e Postos de Abastecimento<sup>40</sup>, que contém dados referentes ao Posto, trabalhadores e condições ambientais. Conforme relatado: *“Essa prática de fiscalização o pessoal da vigilância já faz, mas só que antes não tinha um olhar pra o*

---

<sup>40</sup> Os itens do roteiro contem dados relativos: 1) à empresa; 2) população trabalhadora; 3) jornada de trabalho; 4) produtos comercializados; 5) instalações físicas; 6) dados sobre as áreas operacionais e equipamentos; 7) do atendimento as normas legais, onde são solicitados documentos como o PPRA, PCMSO, Laudo Elétrico, Corpo de Bombeiros, CIPA (acima de 20 trabalhadores), uniforme e Meio Ambiente (NBR 13786/97); 8) Funções e Atividades Básicas dos trabalhadores; 9) Identificação dos Riscos Ocupacionais; 10) Avaliação Ambiental de Ruído e Iluminância; 11) Caracterização do Ambiente do entorno; 12) Considerações Finais sobre a Inspeção; 13) Procedimentos adotados (notificação, infração, interdição ou outro) e equipe técnica.

*risco do benzeno. Antes eles iam lá, por exemplo, pra ver a questão do poço ou do solo contaminado. Esse projeto trouxe um olhar mais dessa integração”* (Profissional ST 12). Dessa maneira, esse projeto pode ser considerado como mote da discussão trabalho, saúde e ambiente, objeto em torno do qual foi construída a experiência concreta de fortalecimento dos atores do SUS, para dar conta da complexidade dessa relação. A fim de compreendermos o andamento do projeto dentro da visa municipal entrevistamos dois profissionais envolvidos nessa atividade, no distrito sudoeste, com as seguintes características, descritas por eles:

Uma área periférica com crescimento acelerado, dos maiores pra Campinas, e com um nível sócio-econômico com bastante vulnerabilidade.(...) Tem o distrito industrial da cidade inserido na sudoeste e o aeroporto de Viracopos, que também em termos de vigilância e saúde do trabalhador é bem importante. A gente tem desde trabalho informal, por conta da situação socioeconômica até trabalhador de aeroporto, que faz toda carga e descarga, Viracopos é o maior aeroporto de carga do país. Então é bem diversificado aqui e tem o distrito industrial que tem bastante trabalhador (Profissional VISA 1).

O distrito sudoeste possui sete áreas contaminadas relacionadas ao funcionamento dos postos de combustível e duas por indústrias, segundo os entrevistados. Conforme planejado e descrito no Termo de Referência do Projeto, na etapa piloto cada distrito faria inspeção em dois Postos de combustível e a equipe do distrito definiria os critérios para a escolha desses postos. Frise-se que os profissionais da Visa participaram das capacitações, das reuniões para elaboração do projeto, das aplicações e revisões do roteiro, e ressaltam essa integração com o CRST e CRBz, na seguinte fala: *“(...)desenharam junto com a gente uma proposta de ação desse projeto. O que nós vamos fazer no posto de combustível, o que nós vamos olhar, isso em conjunto”* (Profissional VISA 1). No distrito sudoeste foram priorizados dois postos em áreas contaminadas, um deles pelo risco de proximidade com um Hospital e outro pelo fácil acesso. As atividades de vigilância nos dois postos foram efetivadas por quatro profissionais, são eles: um engenheiro de segurança, um técnico de segurança, um visitador sanitário e uma médica. Os entrevistados relataram que na prática dividiram as questões do roteiro entre si, a médica ficou responsável pelos dados dos trabalhadores do posto, como análise do PCMSO e PPRA, enquanto os demais profissionais ficaram envolvidos com as questões do trabalho no Posto e da relação com o ambiente. Os entrevistados afirmam que ao chegar nos Postos, a equipe procura conversar com o responsável presente naquele momento e é aplicado o roteiro para verificação *in loco* da veracidade das respostas. A equipe procura dialogar também com os trabalhadores, mas não foi discutida a inserção do sindicato nessas atividades, que ficaram

restritas aos profissionais da vigilância em cada distrito. Considera-se que, mesmo tratando de uma experiência piloto, a participação dos trabalhadores e do sindicato é de suma relevância.

Os profissionais nos falam da possibilidade de intervenção no momento da vigilância ou depois, tomando por referência a informação coletada, que alimentará um banco de dados. No caso das informações sobre o PCMSO e PPRA, foi feita a análise comparada dos documentos, das capacitações e confirmado com os trabalhadores a fidedignidade dos Programas e dos dados contidos. Da parte que trata das informações sobre o posto, para o entrevistado: “(...) *nós temos que pegar todas as informações importantes a respeito do posto, principalmente como trabalha esses frentistas (...) nas diversas situações de trabalho dentro do posto*” (Profissional VISA 2).

As Leis mais importantes usadas nas atividades de vigilância dos Postos, de acordo com os entrevistados, são as leis federais do MTE número 6514<sup>41</sup> (de 23/12/1977), que altera o capítulo V, título II, da consolidação das Leis Trabalhistas relativo a segurança e medicina do trabalho e a Portaria 3214 (08/06/1978), que trata das Normas Regulamentadoras, utilizadas para subsidiar as questões do risco ambiental, de saúde ocupacional e instalações elétricas, NR 7, 9 e 10, respectivamente. Do MS, é referida a Portaria 518<sup>42</sup> (25/03/2004), que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e a Portaria 3120 (de 01/07/98) usada como diretriz e instrumento de orientação técnica das ações de VISAT.

No âmbito Estadual, o Código Sanitário do Estado de São Paulo, Lei 10.083 (de 23/09/1998) é considerado o principal instrumento e base de ação da Vigilância: “*A nossa base de atuação e atuação é o código sanitário estadual, a lei 10.183 publicada em 98, que tem lá um capítulo específico pra saúde do trabalhador, saúde e trabalho*” (Profissional CVS). Assim como a Portaria do CVS de número 02 (de 28/03/2007), que obriga a apresentação de uma

---

<sup>41</sup> No artigo 154 dessa lei consta a obrigatoriedade das empresas de cumprirem outras disposições com relação à matéria, existentes em códigos de obras ou regulamentos sanitários dos Estados ou Municípios e convenções coletivas de trabalho, o que autoriza aos profissionais do SUS a aplicação do Código Sanitário Estadual

<sup>42</sup> No anexo desta portaria consta a Norma de qualidade da água para o consumo humano, que atribui ao nível municipal o dever da vigilância da qualidade da água, em sua área de competência, de acordo com as diretrizes do SUS. O curioso desta portaria está no Padrão de potabilidade para substâncias químicas que representam risco à saúde, em que é considerada potável a água que contenha o Valor Máximo Permitido de Benzeno é de 5 ug/l;

série de documentos no ato do cadastramento da solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano proveniente de mananciais subterrâneos, como os poços profundos. As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) são referidas, pois tratam das adequações para instalação e funcionamento do Posto de combustível.

Após a realização das duas inspeções piloto em cada distrito de saúde foi feita uma reunião no CRST, com os profissionais de todas as VISAs para a apresentação dos resultados, avaliação do roteiro e compartilhamento das experiências. Conforme programado, o CRST de Campinas assumiu o atendimento dos trabalhadores dos Postos para avaliação de saúde, como sinaliza o entrevistado: *“Eles vão fazer audiometria, hemograma, exames de função renal, tudo o que for preciso pra ser atendido pelos médicos daqui do CRST.”* (Profissional VISA 2). Um aspecto considerado por profissional entrevistado é a importância de trazer os trabalhadores para serem atendidos no CRST, por haver constrangimento dos mesmos para responder questões no próprio local de trabalho e em horário de expediente, o que poderá facilitar a compreensão da rotatividade da categoria de frentistas, já expressa pelos sindicalistas entrevistados: *“Porque eles também, os frentistas, saem de um posto vão pra outro, essa questão acho que é importante a gente está investigando”* (Profissional VISA 2).

Para realizar o atendimento desses trabalhadores foi desenvolvida, pelos profissionais do CRST, da Visa e da CRBz, uma Ficha de Acolhimento em Saúde do Trabalhador para exposição a riscos químicos<sup>43</sup>, com objetivo de coletar os dados sobre o trabalhador e sua saúde. Segundo os profissionais entrevistados, a experiência de elaboração do protocolo de atenção à saúde dos ex-trabalhadores Shell/Cyanamid/Basf, já relatada, auxiliou no processo de construção dessa ficha, pois os profissionais do CRST tinham conhecimento prévio dos procedimentos de atenção à saúde diante dos riscos químicos e adaptaram-na ao projeto: *“(...)demos uma reestruturada no que já tínhamos, porque nos baseamos no acolhimento da experiência da Shell. Então isso realmente nos facilitou bastante”* (Profissional ST 12). Além do atendimento dos trabalhadores, está prevista a organização de grupos focais com tais trabalhadores para discutir o processo de trabalho, os riscos à saúde e ambiente, a fim de

---

<sup>43</sup> A ficha contém dados como: 1) Identificação; 2) Origem do encaminhamento; 3) Situação Ocupacional (ativo, desempregado, vínculo, etc); 4) Situação Previdenciária; 5) Histórico Ocupacional (características dos empregos anteriores e atual); 6) Situação de saúde (sintomas, medicamentos, afastamentos, etc); 7) Exposição Ambiental (contaminação solo, água, ar, etc); 8) Conduta, orientações, solicitação de exames, consulta médica, audiometria, etc; 9) Profissional responsável.

captar outros elementos não contemplados nesse instrumento: “(...) *pra pegar mais informações, detalhando e tendo uma idéia mais ampliada*” (Profissional ST 12). Com a finalização da etapa piloto do projeto, os profissionais envolvidos pretendem concluir as adequações do protocolo de vigilância e de acolhimento dos trabalhadores, a fim de subsidiar a ação tanto na rede de saúde de Campinas, quanto para outros municípios.

#### **4.5. Potencialidades do Projeto dos Postos de Combustível**

O projeto de Vigilância em PRCV/ PA, apesar de ser uma proposta com quase 10 anos de discussões nas Comissões do Benzeno, estava na etapa piloto quando realizamos a pesquisa de campo em Campinas. Para os profissionais entrevistados, mesmo nessa fase o projeto já apresenta potencialidades de êxitos futuros no campo ST e Ambiente. Por isso, agrupamos o conjunto de considerações dos entrevistados nos seguintes núcleos temáticos: História da Saúde Pública de Campinas e do CRST; Trabalho interdisciplinar, intra e interinstitucional; Mudança Abordagem Processo Saúde-Doença; Possibilitar olhar ampliado sobre o risco químico; Melhorar as condições de trabalho, aumentar o controle social e regulamentar processos.

##### **4.5.1. História da Saúde Pública de Campinas e do CRST**

Grande parte dos entrevistados referem-se à história de Saúde Pública em Campinas para justificar a pertinência para o desenvolvimento de ações integradas entre ST e ambiente nesse município. Por vezes é relembrada a história dos profissionais de saúde que construíram o movimento de Reforma Sanitária, na década de 1980, que foram precursores na formulação e desenvolvimento do SUS, assim como a importância desse movimento para que a Saúde Pública e a ST em Campinas já seja, por si mesma, considerada uma experiência de êxito para o País, conforme um entrevistado:

Eu acho que Campinas tem uma história muito forte da saúde(...) tem técnicos, tem a própria Unicamp, com atores que tiveram um papel fundamental dentro da construção do SUS. Então, Campinas na área da saúde pública ela tem uma participação, tem pessoas que tiveram um envolvimento muito grande na construção da história da saúde pública nesse país. E aí tem os filhotes (Profissional Fundacentro 1).

As ações pgressas, que parecem ter sido determinantes para o conhecimento e a experiência

dos profissionais do CRST na intervenção articulada entre trabalho, saúde e ambiente foram os casos ocorridos no Bairro das Mansões Santo Antonio e na Shell/Cyanamid/Basf. Casos estes que propiciaram o contato inicial desses profissionais com a metodologia da ATSDR, envolvendo população do entorno e instituições vinculadas a área e também a produção de protocolo de atenção a saúde do trabalhador exposto a produtos químicos, usado na rede básica de saúde. Todos esses fatos pregressos aliados a uma rede de saúde integrada, faz com que haja entre os entrevistados, a convicção de que o Projeto de Vigilância em Postos possa ser um grande precursor da abordagem para outros núcleos no Brasil:

Eu tenho a impressão que o diferencial maior é a experiência que eles (os profissionais) têm do ponto de vista ambiental(...) em Campinas, eles tiveram toda essa experiência lá que eles atuaram, de forma integrada, com o pessoal de Paulínia na discussão lá do Recanto dos Pássaros, da Shell Basf, fizeram um protocolo. Isso daí é uma força muito grande, um background que não é nenhum pouco desprezível. Eles têm um grupo grande que fez essa formação da ATSDR, enfim, eles têm um grupo qualificado(...)tem condições de ser um trabalho de ponta aí em relação ao país mesmo (Profissional SRT).

Os profissionais entrevistados ressaltam a importância da experiência das ações anteriores do CRST, pela possibilidade de articulação entre as ações de vigilância, assistência e educação, o que facilita a execução do projetos dos postos nessa mesma linha, com uma definição clara dos fluxos de atenção à saúde dos trabalhadores. No que tange às experiências pregressas, os profissionais também consideram como potencialidade o saber e a noção adquirida com relação ao planejamento das ações e as metodologias de integração das mesmas: *“Na saúde pública, pelo menos em Campinas, tem uma experiência muito boa, de fazer ótimos planejamentos, diversas metodologias, enfim, tem know how pra isso”* (Profissional ST 8). Observamos nesses relatos a importância da prática dos profissionais de saúde, da experiência empírica, dos percursos trilhados e da influência histórica como dispositivos de formação, que garantem maior domínio e confiança de atuação dos profissionais, já descrita por Dias et al (2008).

Há também relatos de profissionais que consideram o projeto necessário para a realidade de Campinas, visto que parte da população do município faz uso de água proveniente de poços profundos e os dados indicam a contaminação do solo e águas subterrâneas nas áreas dos Postos de combustível. Daí a potencialidade da ação, lidar com um problema concreto não somente do ponto de vista da saúde dos trabalhadores dos Postos, mas de toda a população

residente, tal qual relatado abaixo:

Campinas tem um problema importante, ou seja, boa parte desses postos de combustíveis tem vazamento de tanque. Alguns tem sido inspecionados e tem se descoberto adulteração de combustível. E o mais grave, Campinas é uma cidade, pelo o que foi informado, que usa muito a água do solo, ou seja, o risco dessa água estar contaminada é muito alto. Além de ser um projeto estruturante, ele é um projeto bastante necessário pra situação, ele pode ajudar a ampliar mais, junto com a Cetesb, o conhecimento dos problemas desses postos e ajudar também na solução do problema (Profissional CESAT).

Assim, o histórico de construção de uma rede de saúde pública integrada e a experiência de articulação das ações de Saúde do Trabalhador e Ambiental são aspectos considerados pelos entrevistados como fundamentais para que o projeto dos postos venha responder a necessidade da realidade desse município.

#### **4.5.2. Trabalho interdisciplinar, intra e interinstitucional**

Segundo Dias et al (2009), a ST e a Saúde Ambiental são áreas transversais e, portanto, exigem políticas públicas que articulem os diferentes setores sociais responsáveis pela produção e geração de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população do entorno e do ambiente, assim como os setores responsáveis pela atenção integral, vigilância e reparação de danos. Dessa forma, a potencialidade do projeto, relatada pela totalidade dos profissionais entrevistados diz respeito ao caráter articulador com o qual a proposta foi construída, agregando profissionais de diversas profissões, especialidades e de diferentes instituições. O principal aspecto dessa integração, considerado pelos entrevistados, diz respeito ao comprometimento dos profissionais, à medida em que o diálogo permanente, nas capacitações e nas reuniões da equipe do projeto, favoreceu tanto o entendimento do trabalho de cada profissional da rede SUS, quanto a unificação de esforços em comum: *“Acho que esse projeto, na verdade, ele já está trazendo muita mudança, muito envolvimento(...). Eu acho essa estratégia inovadora e muito enriquecedora, está ajudando a gente a entender o trabalho de cada um, está integrando mais”* (Profissional ST 12). O sentimento de co-autoria da ação é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização ou projeto (Campos e Amaral, 2007). Portanto, o que parece ter favorecido esse envolvimento é a participação dos profissionais na construção do planejamento das ações, do cronograma da proposta, dos instrumentos a serem usados, com a realização de ações em conjunto e

avaliações periódicas em reuniões específicas, ou seja, os profissionais participaram das diferentes etapas projeto, de modo coletivo e ampliado: “(...) *o processo de trabalho a gente tem que construir junto com as pessoas, pras pessoas curtirem participar do projeto, todos*” (Profissional VISA 3).

Por isso, para os atores entrevistados que não estão diretamente envolvidos com a execução de todas as etapas do projeto, parece haver uma fusão positiva entre a ST e ambiente, de modo a se apresentarem como áreas fundamentalmente integradas: “*Eu imaginava um projeto que não fosse da saúde do trabalhador, não fosse da saúde ambiental, não fosse da vigilância sanitária. Essa é a impressão que eu tenho do projeto de Campinas. (...) É um projeto que está bastante integrado*” (Profissional CESAT). Assim, se o comprometimento e envolvimento se mostram relevantes, outro aspecto importante considerado por grande parte dos entrevistados diz respeito à integração entre a ST e a Saúde Ambiental, considerada como alternativa às lacunas ou sobreposições de atribuições entre os setores saúde e ambiente (Barcellos e Quitério, 2006), aparece como fator central e determinante para o projeto de vigilância, o que pode favorecer a potencialização das ações de ambas, para os entrevistados:

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

A integração entre as áreas, relatada na experiência de Campinas, apresenta-se como importante desafio no cenário contemporâneo (Rigotto, 2003 e Dias et al., 2009). Dessa forma, no projeto nacional, coordenado pela CNBz, um dos objetivos relatados é a integração da ST e ambiente: “(...) *esse projeto nacional, se você olhar o projeto acho que um dos objetivos é essa integração mesmo da ocupacional com a ambiental*” (Profissional Fundacentro 2).

Outra questão relacionada à integração diz respeito a construção de um olhar interdisciplinar, por um conjunto de profissionais de formações e instituições diferentes, em torno de um mesmo projeto de vigilância, que começa desde a sua elaboração. A ação interinstitucional agrega-se a abordagem interdisciplinar da relação entre trabalho, saúde e ambiente nos Postos, contribuindo para a aprendizagem coletiva. A fala aqui selecionada ilustra essa construção: “*Quando você passa a discutir sentado na mesma mesa com a equipe, todo mundo junto, na*

*mesma roda, você troca definitivamente os olhares. E o que é bem interessante é um objeto totalmente novo pra saúde do trabalhador e pra vigilância ambiental”* (Profissional VISA 3). O conhecimento adquirido no processo de construção do projeto sobre como integrar profissionais, trabalhadores e instituições é extremamente referenciado pelos entrevistados. Do mesmo modo, a expectativa dos entrevistados é que o aprendizado coletivo sobre o desenvolvimento de ações integradas, interdisciplinares e interinstitucionais possa contribuir para o desenvolvimento futuro de outras ações integradas na rede do SUS.

Os principais atores da integração entre ST e ambiente estão vinculados aos departamentos de Vigilância em Saúde Municipal, Estadual e Nacional, no próprio CRST de Campinas, nas Comissões do Benzeno, Regional, Estadual e Nacional e no Sindicato dos Frentistas, construindo um saber-fazer com maior potencialidade de alcance dos resultados pretendidos para o projeto. A fala selecionada expressa a posição em relação ao avanço em conhecimento e experiência:

O principal avanço dessa história foi o conhecimento, acho que em primeiro lugar, a potencialização das ações de vigilância, integrando ações de vigilância de saúde do trabalhador e vigilância em meio ambiente, isso é um ganho pra gente essencial: o fortalecimento das parcerias interinstitucionais (...) e o projeto do posto de combustível está propiciando essa integração desde o início (Profissional CVS).

Uma das marcas do projeto é a participação dos trabalhadores e da sua representação, através do sindicato dos frentistas, na construção do projeto, embora não tenham uma atuação direta nas atividades de vigilância executadas no piloto. Devido a consideração da relevância dessa participação, os entrevistados consideram a possibilidade de futuramente organizarem GTBs no comércio de combustível: *“Eu espero que pro futuro a gente consiga também criar os GTBs dentro do setor de comércio de combustível”* (Profissional Fundacentro 1).

E, finalmente, há de se considerar que a integração de conhecimentos, experiências e competências dos profissionais de diferentes instituições, em torno do mesmo objeto, dá maior eficiência da ação e mobiliza os próprios profissionais de saúde para o enfrentamento de situações, cuja atuação isolada seria insuficiente para transformar a realidade do trabalho na contemporaneidade:

Pela minha experiência de 10 anos em saúde pública no interior do estado de São Paulo vi situações de trabalho que são inimagináveis, de sofrimento, de iniquidade, maldades, de desvalor para a pessoa humana, então essas coisas mobilizam a gente. Se a gente só se apega a isso, a gente esmorece, deprime e não faz nada. Então a gente tem essa ideia de que é uma construção coletiva(...). Você tem uma construção de várias instituições e dentro dessas instituições, pessoas, que tem um olhar, querem trabalhar junto e entendem que não estão ali só pra se aposentar (risos) e sabe que pode ser mais eficiente se você trabalhar integrado (Profissional ST 10).

Essa fala reafirma a concepção de que a construção de redes intra e interinstitucionais é fundamental para potencializar as ações do campo ST (Machado e Porto, 2003).

#### **4.5.3. Mudança da abordagem do processo Saúde-doença**

Uma das características do projeto dos postos considerada, pelos entrevistados, como potencialidade é a possibilidade de fornecer uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, a partir da articulação das ações de educação, vigilância e assistência à saúde no mesmo projeto de intervenção, o que representa uma superação do modelo médico-assistencialista tradicional. Do ponto de vista das ações educativas, por exemplo, foram desenvolvidas uma série de atividades de capacitação para os profissionais envolvidos, assim como estão previstas ações educativas com a rede básica de saúde, trabalhadores dos postos e população do entorno. Frise-se que alguns profissionais consideram que as atividades formativas podem ser espaços singulares para o estabelecimento de relação técnica, política e pessoal entre os profissionais envolvidos, o que favorece a promoção de ações integradas com comprometimento e fluidez: *“As pessoas que se envolveram com assunto, acham que o benzeno é importante, entenderam alguma coisa, vêem alguma importância política nessa ação e concordam politicamente de alguma maneira com você (...) tendo esses encaixes, que não são poucos, flui...”* (Profissional SRT).

De acordo com Costa (2009) um dos principais desafios em relação ao Benzeno no Brasil consiste no envolvimento dos trabalhadores terceirizados e dos ramos de atividade menos organizados, que não estão contemplados diretamente no Acordo do Benzeno e na legislação, como os trabalhadores de Postos e Oficinas Mecânicas. Com o objetivo de que o projeto possa adquirir maior êxito no futuro, os profissionais relatam a importância da formação dos trabalhadores dos Postos, como ocorre com os GTBs, a fim de gerar o debate nos próprios

locais de trabalho, de acordo com entrevistado: “*Acho que pro posto de gasolina funcionar a gente vai ter que trabalhar bastante a discussão da formação(...) que aí fica um pouco mais difícil, que eles não são tão bem organizados quantos os trabalhadores dessas grandes empresas*” (Profissional Fundacentro 2). Apesar das dificuldades para a organização desses trabalhadores em locais de trabalho dispersos, para os entrevistados o conceito ampliado de VISAT, discutido no Capítulo 2, é considerado o norte da proposta, pois possibilita atuar numa rede integrada, com a participação dos mesmos.

Para Machado (1997) embora a VISAT tenha sido incorporada em algumas experiências nos serviços de saúde, esse processo carece de consolidação institucional, de reconhecimento social dos setores diretamente envolvidos, de aprofundamento conceitual e da devida abrangência territorial da atuação. Na contramão desse processo, o projeto sinaliza um caminho para a construção de uma ação de vigilância interinstitucional, que pretende transformar o trabalho e dialogar com trabalhadores, tal qual relata o entrevistado:

O projeto é um projeto que apesar de dar a possibilidade de você fazer alguns estudos, ele é um projeto de intervenção (...) a gente não vai ao ambiente de trabalho só pra pegar dados, a gente vai no ambiente de trabalho pra tentar transformar, junto com os trabalhadores que é o espírito da vigilância em saúde do trabalhador no SUS (Profissional CESAT).

Na primeira etapa do projeto, a assistência à saúde dos trabalhadores dos postos é realizada no CRST de Campinas, até que a ficha de acolhimento tenha sido concluída na forma de um protocolo de atenção, que poderá ser usado pelos profissionais da Atenção Básica para atendimento dos trabalhadores e população do entorno dos Postos de Combustível. Dessa forma, a mudança na abordagem do processo saúde-doença diz respeito à potencialidade da proposta de oferecer ações organizadas e integradas nas três vertentes de atuação do campo ST: assistência, educação e vigilância, incluindo o enfoque sobre o ambiente.

#### **4.5.4. Possibilitar um olhar ampliado sobre o risco químico**

Rigotto (2003) discute a complexidade para estabelecer relações entre trabalho, saúde e ambiente no plano científico, pela dificuldade de indentificação de relações diretas de causa-efeito, pela oscilação dos níveis de contaminação ambiental, da exposição em baixas doses por período prolongado, entre outros fatores. Nessa linha, Freitas et al (2002) afirmam que

não é possível reduzir as análises da poluição química a componentes isolados, portanto, ainda existem incertezas técnicas, devido a inexatidão dos dados e da análise; incertezas metodológicas, em face dos valores e confiabilidade da informação, e; epistemológicas, pelas incertezas do conhecimento científico. Ainda persiste uma certa ignorância concernente aos processos saúde-doença na exposição à substâncias químicas, até porque, no que tange à substâncias cancerígenas não existem níveis seguros de exposição (Augusto e Freitas, 1998). Nesse sentido, para os entrevistados, os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto dos Postos poderá fornecer a possibilidade de ampliar o olhar dos profissionais sobre a questão do risco químico, a saúde e ambiente.

Em parte, o trabalho de construção do projeto de forma integrada já possibilitou a mudança de olhar dos profissionais envolvidos. Como exemplo, as equipes das VISAs antes do projeto se limitavam a atuar sobre a área contaminada e recentemente ampliaram o olhar com a aproximação da idéia de exposição humana a fatores ambientais, decorrentes do processo de trabalho:

No próprio programa Vigi-solo a gente via só área contaminada, rota de exposição e população ao entorno.(...) Nós estamos olhando a exposição humana decorrentes desses riscos ambientais, sejam eles do ambiente ou do processo de trabalho. Para a saúde do trabalhador e para a questão ambiental, acho que a gente vai trazer alguns subsídios e indicadores de risco que não estão claros (Profissional VISA 3).

Por isso, os profissionais entrevistados acreditam que o projeto fornecerá elementos para a construção de novos indicadores de risco, assim como poderá revelar os casos de adoecimento decorrentes da situação existente nos Postos de combustível:

Acho que a importância está em revelar os casos que estão tão nebulosos, escondidos, é um assunto que não tem muita clareza: Benzeno, contaminação, tudo muito novo e no campo das possibilidades.(...) Acho que a gente consegue mapear melhor, porque é uma atividade que tem demais. É impressionante o que tem de posto de combustível (Profissional VISA 1).

Vale ressaltar que parcela significativa dos trabalhadores expõe-se, na atividade de trabalho, a uma combinação de cargas de trabalho (Laurell e Noriega, 1989), cujo desgaste a saúde não pode ser captado por indicador único, visto que estamos tratando de fenômenos complexos:

Desta forma, as questões que envolvem a vigilância em saúde dos trabalhadores – em particular, nas situações de risco de exposição a produtos químicos – exigem abordagem coerente com a compreensão da realidade

como sistema aberto em que todos os seus elementos são interdependentes, interdefiníveis, e cujas relações não são lineares (Garcia<sup>44</sup> apud Augusto e Freitas, 1998: p. 94).

Os autores nos lembram que para a vasta maioria dos produtos químicos existem poucos ou nenhum dado sobre a toxicidade crônica (Tarlau<sup>45</sup> apud Augusto e Freitas, 1998). Ao revelar os casos nebulosos de adoecimento decorrente da exposição ao combustível, os profissionais entrevistados acreditam que será possível ter maior clareza do risco do benzeno existente na gasolina, ampliando o enfoque da própria Comissão do Benzeno das empresas cadastradas para grupos mais dispersos, como os Postos de combustível e Oficinas mecânicas, conforme apontado por Costa (2009). Para o entrevistado: *“Eu acho que vai possibilitar a gente entender essa coisa do benzeno, existe essa possibilidade da gente entender não só os trabalhadores de dentro das empresas, mas outros trabalhadores que estejam expostos ao benzeno”* (Profissional Fundacentro 1).

Outra coisa que já é um avanço em relação ao benzeno é que a gente sempre trabalhou como sendo uma substância que pudesse carregar as outras substâncias, os riscos químicos de uma forma geral. O benzeno na gasolina, como a gasolina tem centenas de outras substâncias que também são muito tóxicas, ela também já está arrastando a discussão de risco químico em posto de gasolina, além de outros riscos em postos de gasolina. O pessoal lá de Campinas já fez um levantamento de perda auditiva em vários trabalhadores frentistas, também tem outra interação: solvente e ruído, o sinergismo com as substâncias químicas potencializa a surdez, a perda auditiva (Profissional Fundacentro 2).

Além de agregar a discussão dos riscos do benzeno na gasolina, outra potencialidade do projeto seria a compreensão da ação sinérgica das substâncias presentes numa mesma situação de trabalho (Augusto e Freitas, 1998), ou seja, do benzeno com todas as outras substâncias químicas presentes nos combustíveis e dessas substâncias com outros fatores de risco, como o excesso do ruído na produção de PAIR, por exemplo.

Os resultados que o projeto poderá fornecer, como a produção de dados concretos sobre os riscos à saúde dos trabalhadores do postos, é considerado o mote principal para a discussão da prevenção dos agravos a saúde, para os representantes do sindicato dos frentistas:

---

<sup>44</sup> Garcia, R, 1986. Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo Apud: G Du- val 1993. Investigación disciplinaria y enfoque sistémico. Avance y Perspectiva 12: 67-75.

<sup>45</sup> Tarlau, ES, 1990. Industrial hygiene with no limits. Guest Editorial. American Industrial Hygienists Association Journal 51: A-9 e A-10.

Com esse projeto, nós chegando a constatar os problemas que são causados pelas impurezas que existem nos combustíveis nós temos dados concretos, nós podemos trabalhar com dados concretos e buscando com isso a prevenção. Uma vez que não estamos trabalhando com hipótese, mas com fatos concretos, comprovados (Trabalhador 5).

Dessa forma, há o entendimento de que futuramente os dados obtidos no decorrer do projeto fornecerão subsídios para o debate da prevenção e melhoria da situação dos trabalhadores de postos, que falaremos a diante.

#### **4.5.5. Melhorar as condições de trabalho, aumentar o controle social e regulamentar processos.**

Uma situação esperada com a proposta é a melhoria das condições de trabalho para os trabalhadores de Postos de Combustível: *“É um projeto que vai abranger todos os frentistas e também os proprietários, isso que é importante (...) vai só melhorar as condições pros trabalhadores”* (Profissional VISA 2). Há também a expectativa de que a divulgação da situação dos postos de combustível para a população possa trazer ganhos no controle social em relação à comercialização desses produtos e áreas contaminadas por Postos, visto que atualmente a licença de funcionamento está nas mãos da Cetesb:

Espero que ele avance nesse sentido, tendendo a esse controle, não só nos postos, mas também na questão ambiental desses entornos, que a gente ganhe assim em termos de regulamentar uma situação que está aos deus dará. (...) Espero que ele ganhe uma magnitude, seja a ponte para conseguir realmente mudar algumas coisas, regulamentar ou criar uma legislação, não sei, ter algum controle sobre isso (Profissional Fundacentro 1).

Outra pretensão dos profissionais envolvidos no projeto é a mudança na legislação, tanto a que regulamenta as licenças ambientais para funcionamento dos postos, quanto a que trata da redução de benzeno na gasolina e dos aspectos relacionados ao trabalho com combustível, conforme é relatado aqui:

Na gasolina as intervenções vão ter que ser na parte de legislação, de auditorias e de acordos. Esse projeto tem que atender a vários objetivos. Foi uma mudança da legislação na gasolina a redução, foi uma mudança nas distribuidoras de fechamento de descarregamento no posto, fechamento nos automóveis, sistema de fechamento, com relação ao controle coletivo (Profissional Fundacentro 2).

Os representantes sindicais dos frentistas concordam com a importância do projeto no que tange à revelação dos riscos à saúde dos trabalhadores, para a prevenção dos agravos, criação de projetos de lei para melhorar as condições de trabalho nos postos e intervir sobre esse problema, no âmbito nacional.

No que tange as Normas Regulamentadoras 07 e 09, uma das entrevistadas cita que a atividade de vigilância nos Postos demanda a análise desses documentos, o que poderá revelar se, de fato, eles auxiliam no controle dos riscos ambientais e da saúde dos trabalhadores: *“Outra potencialidade é a gente discutir como é feito esse trabalho entre PPRA e PCMSO”* (Profissional VISA 1). Até porque os dados existentes sobre o monitoramento da saúde dos trabalhadores estão restritos ao espaço privado das empresas (Augusto e Freitas, 1998).

#### **4.6. Dificuldades e desafios do Projeto de Vigilância em Postos de Combustível**

As categorias temáticas desenvolvidas para análise das dificuldades desta ação foram: Relações intra e interinstitucionais; Dificuldades em promover Mudanças; Construir uma Atenção Integral à Saúde; e os Desafios para a gestão do processo de trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS.

##### **4.6.1. Relações intra e interinstitucionais**

De acordo com os entrevistados, assim como existe forte potencialidade no trabalho integrado intra e interinstitucionalmente, eles relatam as dificuldades existentes em trabalhar com vários grupos de profissionais e trabalhadores. Dificuldades estas que aparecem principalmente no início, até os profissionais começarem a ter um entendimento comum sobre a proposta. Lidar com essa situação demanda tempo, trabalho e disposição para a construção coletiva, como podemos observar na fala a seguir:

Porque é muito difícil, acho que levou mais de um ano, fazia reunião, discutia, participei de várias delas, não de todas, mas eu percebia que existia. E às vezes entra um grupo novo e aí você retrocede na discussão. Tem que ter um jogo de cintura pra poder construir as coisas de forma conjunta muito grande (Profissional Fundacentro 2).

O trabalho em grupo pressupõe um comprometimento dos participantes, para a apropriação da

problemática e proposição sobre ela. Se existe uma certa oscilação na participação dos profissionais, as dificuldades para se conquistar um entendimento comum aumentam: *“Esse grupo que a gente está se reunindo frequentemente, a gente percebe que tem um grupo fixo, que está mais envolvido e tem outro que vem e volta, sabe, aquela coisa”* (Profissional ST 12). Apesar disso, para os entrevistados, o que constitui maior dificuldade no trabalho em grupo é conseguir a integração dos diferentes saberes dos profissionais, de lugares institucionais distintos, ou seja, a construção de um saber interdisciplinar e de uma ação interinstitucional com a participação dos trabalhadores, com é revelado aqui: *“Agora a dificuldade na construção do projeto foi a interdisciplinariedade mesmo. É uma construção coletiva, que você precisa considerar todos os atores envolvidos, todos os vigilantes envolvidos”* (Profissional VISA 3). Por demandar engajamento e aproximação entre diferentes visões de mundo, a inexistência de afinidades pessoais e políticas entre os sujeitos da equipe, combinada com a intolerância e a falta de disposição ao diálogo representa uma importante dificuldade para a integração disciplinar (Porto e Almeida, 2002). Assim a dificuldade referida pelos entrevistados é o processo de articulação dos diferentes atores e instituições, que demanda um esforço de aproximação, tempo e também paciência dos profissionais envolvidos para lidar com os conflitos e diferenças: *“A dificuldade é a integração, a articulação, você vai estar trabalhando com vários órgãos, com pensamentos diferentes e interesses diferentes”* (Profissional CESAT).

Outro desafio para o trabalho em grupo consiste na espera do tempo certo de cada profissional amadurecer a discussão e a proposta da ação, para compreender suas competências diante do projeto, até porque, o projeto dos Postos se traduz em nova atribuição para equipes já sobrecarregadas, o que aparece como fator determinante no tempo de trabalho disponível, para que os profissionais possam efetivamente se dedicar à proposta. Há acordo entre os entrevistados de que a demanda na rede básica de saúde, nas VISAs e no próprio CRST é grande e o projeto entraria como mais uma dentre tantas outras atribuições:

Porque todo mundo tem uma demanda muito grande, a unidade de saúde, os profissionais que estão envolvidos. Você conseguir que eles também consigam absorver mais essa nova demanda, muitas vezes não é fácil.(...) Vai aumentar um pouco mais? Vai, mas a gente vai ter um resultado muito melhor. Não dá pra trabalhar mais picadinho, um vê só o solo, outro vê só a água, outro vê só o trabalhador, não dá. Então é uma mudança de visão do próprio profissional de saúde (Profissional ST 12).

Nesse caso, o argumento utilizado pelos entrevistados é o de que trabalhar integrado possibilita maior resolutividade da ação do que o trabalho fragmentado, em que cada um faz sua parte, o que pressupõe maior entendimento dos profissionais sobre os aspectos positivos dessa articulação, inclusive para reduzir a carga de trabalho.

Outra dificuldade relatada para a construção do projeto diz respeito à produção interdisciplinar e interinstitucional de um saber-fazer sobre uma realidade desconhecida pelos profissionais de saúde, os Postos de Combustível. Assim, no lugar do termo dificuldade, alguns entrevistados utilizam o termo novidade, por que havia um entendimento da problemática, mas não havia conhecimento sobre a realidade dos postos, conforme o exemplo abaixo: *“É um projeto multidisciplinar, envolvendo a vigilância em saúde num objeto desconhecido.(...) além de ser multidisciplinar, ele é interinstitucional(...). Eu acho que são essas novidades que geram as dificuldades do ponto do objeto a se conhecer”* (Profissional VISA 3). Para enfrentar esse desafio, os profissionais tiveram que se apropriar dos conhecimentos acerca do trabalho nos Postos de combustível, das áreas contaminadas e aprofundar o debate sobre os riscos químicos, inclusive sobre o próprio Benzeno, como relata uma entrevistada: *“A maior parte não tem essa cultura de discutir riscos químicos, então acho que tudo isso é uma construção que serviu, inclusive, como formação”* (Profissional Fundacentro 2). Frise-se que os entrevistados consideram que o debate sobre o Benzeno nos combustíveis ainda é pequeno entre os profissionais de saúde, tanto no que diz respeito à vigilância, quanto à assistência a saúde dos trabalhadores expostos.

O nível de apropriação da questão do benzeno e da questão do frentista é muito pequeno na sociedade científica, na sociedade médica, de quem presta assistência. Pouquíssimas pessoas pensam isso. Pouquíssimas pessoas sabem o que o benzeno pode causar e o espectro é super grande. (...) essa área é muito difícil (Profissional VISA 1).

Construir um conhecimento integrado acerca de um objeto desconhecido pode significar uma dificuldade inicial na construção da proposta, ao mesmo tempo em que o conhecimento produzido e os resultados da intervenção poderá futuramente revelar situações, até então emblemáticas, como já nos referimos.

#### 4.6.2. Dificuldades em promover Mudanças

Produzir mudanças no trabalho dos Postos, como falamos anteriormente, aparece como uma meta do projeto. No entanto, não há entre os profissionais entrevistados a ilusão de que essa transformação será fácil, pelo contrário, suas expectativas são de que os maiores problemas ainda estão por vir, tal qual relatado abaixo:

Nós já fizemos uma reunião com o sindicato dos proprietários e nesse primeiro contato não botaram empecilho, mas a gente sabe que a partir do momento que a gente começar a mexer, nós vamos ter problemas(...). Então provavelmente eu acho que os maiores contratemos ainda a gente vai ter (Profissional Fundacentro 1).

Essa fala revela o entendimento de que provocar mudanças no trabalho irá gerar conflitos no campo político-econômico local (Vasconcellos, 2007). Entre os quais, Dias et al (2008) citam os conflitos decorrentes dos interesses econômicos e financeiros na arrecadação municipal ou do patrocínio de campanhas políticas. Pelo conhecimento e experiência dos profissionais entrevistados, a produção de conflitos aparece como situação inerente ao campo ST, ao passo que significa mexer na relação entre capital e trabalho, expresso nas falas a seguir:

Na Saúde do Trabalhador a gente deve descobrir onde estão os problemas, como a gente interfere neles com o objetivo de evitar doença. Aqui a gente faz medicina preventiva bem legal. Só que é cheia de conflito, é cheia de ponta pé. Porque a gente acaba chegando na coisa do processo produtivo, do núcleo, do confronto do capitalismo (Profissional ST 11).

Outro potencial de dificuldade é esse que é inerente à saúde do trabalhador são os problemas gerados pela sua ação (...). A gente não tem uma dimensão muito clara de como isso vai repercutir socialmente, mas é um assunto que atinge todo mundo direta ou indiretamente. Diretamente, porções significativas de nossas camadas formadoras de opinião aí que tem carro, que abastece os seus carros em postos de gasolina, uma parte substantiva do PIB é atingida por isso. Vai mexer com um negócio que envolve as pessoas, que provoca celeuma, que tem um potencial de repercussão muito grande (Profissional SRT).

Assim sendo, quanto mais a vigilância avançar no sentido de intervir nos ambientes de trabalho mais conflitos trará à tona (Ribeiro<sup>46</sup> apud Vasconcellos, 2007). Nessa perspectiva,

---

<sup>46</sup> Ribeiro, FSN; Ramos Junior, A; Pinheiro, T; Buschinelli, T, 2001. Vigilância em Saúde do Trabalhador - o que está por vir... in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, nº 10.

os profissionais entrevistados lembram que existem raras intervenções voltadas para a saúde dos trabalhadores e ambiente nos Postos de combustível e será necessária muita habilidade para lidar com situações de conflito, disputas de poder e as repercussões da ação de vigilância, conforme pautado por profissional entrevistado:

Isto é um potencial ninho de vespas, você vai mexer com uma coisa com potencial de gerar conflitos muito grande. Então se não for muito hábil(...) por exemplo, se o cara adultera combustível é bandido, em princípio, você vai lá falar pro cara cumprir a lei e proteger o trabalhador (Profissional SRT).

Apesar da mudança da priorização da investigação dos Postos para aqueles das áreas contaminadas, com o aperfeiçoamento do projeto, certamente haverá investigação dos Postos de revenda de combustível adulterado. Diante desse fato, os profissionais entrevistados acreditam que será necessário abrir um canal de negociação para superar possíveis interferências políticas e administrativas, para tanto consideram o Ministério Público como uma importante instância para propiciar a mudança pretendida em prol da saúde:

Vai ter que ter muita discussão, vai ter que ter muita articulação, vai ter que superar algumas interferências políticas, algumas interferências administrativas.(...) O ministério público pode ser um fator determinante nessa negociação (Profissional CESAT).

Vale considerar que outra possível dificuldade diz respeito a continuidade da ação, em face das mudanças políticas, das prioridades e de gestão nas instituições públicas envolvidas (Pinto, Tanaka e Spedo, 2007). Em ST essa dificuldade ganha outra dimensão, visto o potencial conflito existente nas ações, conforme o relato a seguir:

Dificuldade eterna de todos os projetos de todos os serviços é continuidade, vira e mexe muda, tira a pessoa que está responsável, muda o gestor, muda a política, (...)este é sempre um potencial de risco grave e eminente, enquanto você não aparece ninguém se incomoda, você começa a aparecer, começa a criar dificuldades, começa a criar problemas, isso gera dificuldades (Profissional SRT).

Sob esse aspecto, Vasconcellos (2007) nos fala da fragilidade da política pública e da cultura brasileira de ‘esvaziar as gavetas’ com as mudanças dos gestores governamentais. Além da descontinuidade da política, a escassez de recursos financeiros para o setor ambiental e saúde representa um desafio para a questão da Segurança Química no Brasil (Freitas et al, 2002). A

---

fim de garantir a continuidade do projeto, diante dessa possibilidade, os profissionais entrevistados relatam a importância da formalização das relações interinstitucionais e pactuação da proposta nas diferentes instituições envolvidas:

Há a necessidade de que seja um pouco mais formalizado até pra você não correr o risco que nós corremos em Paulínia, por exemplo, que a equipe foi muito fácil de destituir (...). Dentro da saúde em Campinas eles conseguem fazer isso uma vez que eles formalizam num plano de ação, dentro da instituição (Profissional Fundacentro 1).

No campo ST, devido às relações de conflito entre o capital e o trabalho, algumas empresas acabam por entrar com processos jurídicos contra o profissional que assinou o laudo ou relatório e não contra a instituição que ele está vinculado: *“O advogado da empresa que vem, ele não faz processo contra a prefeitura, ele faz processo com a minha pessoa”* (Profissional ST 11) e nessa relação, nem sempre os profissionais são respaldados pelos departamentos jurídicos das secretarias de saúde, instâncias frágeis em relação à influência judicial das empresas. Desse modo, embora esse conjunto de dificuldades não tenham aparecido com tanta veemência até agora: *“Por enquanto não temos tido problemas na execução do projeto, na nossa fiscalização, não está tendo; está tudo bem, ainda temos outros postos pra fazer.”* (Profissional VISA 2), os profissionais entrevistados acreditam que, certamente, serão objeto de discussão numa fase mais avançada da ação.

#### **4.6.3. Construir uma Atenção Integral à Saúde**

Uma das dificuldades apontadas pelos entrevistados é a de construir uma atenção integral à saúde no SUS, independente de projetos ou programas de saúde. Para eles, no cotidiano do trabalho essa dificuldade se relaciona tanto com a fragmentação do trabalho em saúde, quanto com a precária formação dos profissionais de saúde e dos médicos, em particular, o que produz uma crônica incapacidade em atender o usuário como um ser integral, que trabalha, que tem família, vive em um determinado bairro, etc. A fala a seguir ilustra essa preocupação:

A gente tem um processo de trabalho muito voltado pra projetos (...), a gente vive época de dengue, agora está na época da gripe, depois nós vamos ter a época de campanhas de tuberculose, depois tem a campanha do idoso. A gente não consegue ter um processo de trabalho que permita ao médico, ou quem está fazendo o atendimento, que ele pense tudo ao mesmo tempo (...). A gente tem muita dificuldade no tal atendimento integral, não só no atendimento é no pensamento integral (Profissional VISA 1).

Possibilitar a atenção à saúde dos trabalhadores dos postos na rede básica de saúde consiste em mais um desafio para o projeto. Para tanto será necessário a construção de certezas diagnósticas diante do quadro de saúde desses trabalhadores dos Postos. Augusto e Freitas (1998) relatam as incertezas dos efeitos das substâncias químicas sobre os seres humanos e ambiente, tecem críticas aos indicadores biológicos de exposição, ao uso dos limites de exposição ocupacional, como os Limites de Tolerância, e dos fatores restritivos dos estudos epidemiológicos. Os autores ressaltam a importância da incorporação do modelo para a abordagem das dimensões bio-ético-sociais do problema e da adoção do princípio de precaução, que pode resultar maior eficácia na prevenção. Nos casos em que a prevenção não for possível, o monitoramento da saúde depende do diagnóstico correto da doença relacionada ao trabalho. Nesse caso, os entrevistados questionam quais serão os procedimentos decorrentes do diagnóstico, haverá afastamento ou não da exposição, o trabalhador será ou não segurado pela Previdência Social, haverá um processo de reorientação profissional, são questões que implicam não só a saúde desses trabalhadores, mas também a manutenção de suas condições de vida. O trecho abaixo selecionado de uma entrevista, ilustra de maneira exemplar essa preocupação:

(...)você vai fazer diagnóstico (...) e isso vai gerar que tipo de reação nos trabalhadores? Isso vai ser uma crise, potencialmente, porque você vai começar a gerar um mal estar sem solução (...) tecnicamente, juridicamente, administrativamente ele tem direito à ser apoiado pelo órgão segurador que ele pagou (...) esse é um desafio, de convencer a previdência, de ter força social (Profissional SRT).

Cabe lembrar que os trabalhadores de Postos de Combustível estão em locais de trabalho dispersos, com dificuldades para sua organização, possuem pouco histórico de militância política e alta rotatividade. Assim, outro aspecto importante a ser trabalhado pelo projeto será conquistar maior força social para que se faça valer os direitos previdenciários dos trabalhadores adoecidos, a fim de que os transtornos à saúde, quando diagnosticados, não se agravem com a exposição prolongada.

#### **4.6.4. Desafios para a gestão do processo de trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS**

Entre os desafios para a gestão do processo de trabalho na Saúde do Trabalhador no SUS relatados pelos profissionais está o reduzido quantitativo de profissionais na área. Para os entrevistados, existe uma grande quantidade de ações a serem feitas e uma capacidade

limitada de profissionais para fazê-las: *“Então nossas ações também vão ser limitadas, o que é possível fazer”* (Profissional ST 8). Esse número limitado é explicado pela dificuldade de encontrar pessoas dispostas e que gostem de trabalhar na ST: *“Talvez por causa do conflito mesmo. Então nós estamos envelhecendo, eu sou a mais velha, mas a nossa caçula está com 46 anos, a médica. E a gente queria sangue novo”* (Profissional ST 11). Conforme assinala Vasconcellos (2007) o campo ST é também militância, ideologia e luta contínua contra a iniquidade e injustiças nos ambientes de trabalho. Por isso, o autor considera o técnico da ST marginal, contra-hegemônico e subversivo.

A escassez de profissionais no campo ST nos revela o problema da capacitação e qualificação dos profissionais de saúde, que na sua maioria tem formação para a atuação na clínica individual no setor privado: *“A formação que tivemos na universidade foi para trabalhar em setores privados, clínica, é verdade, mas a pessoa não está no setor privado, ela está no setor público. Então, minimamente, ela tem que entender como funciona o sistema único de saúde”* (Profissional ST 8). Mesmo entre os profissionais com experiência na Saúde Pública há dificuldade de apreender e incorporar em suas práticas as relações entre trabalho, saúde e ambiente ou de se assumirem como co-responsáveis pela atenção à saúde dos trabalhadores, de acordo com os preceitos do SUS:

Mesmo aquelas que estão inseridas na saúde pública, que tem um olhar mais sanitarista, uma visão de saúde e social interessante e legal, mesmo assim, o olhar da saúde do trabalhador ainda é muito precário, muito o que está estabelecido, com muito preconceito com o trabalhador, muito, muito difícil (Profissional CRST 8).

Sendo assim, uma dificuldade decorrente é estabelecer um fluxo contínuo de diagnóstico e notificação de agravos à ST na rede do SUS de Campinas e da regional do CRST. Atualmente os profissionais do CRST estão elencando algumas unidades sentinelas para fazer a notificação no Sinan, conforme estabelecido na Portaria da Renast. Entretanto, conforme revela uma das entrevistadas: *“A política de saúde do trabalhador é uma coisa que fica sempre fora das prioridades”* (Profissional ST 11). Nesse sentido, são relatadas dificuldades em levar a ST como prioridade para outros níveis do SUS: *“É complicado, porque você vai disputar com outras prioridades, que de fato, a população encara como sendo problema”* (Profissional ST 8). Questão esta também levantada pelos profissionais entrevistados de Amparo, assim como o problema de ser referência regional, sem interferência sobre a política de ST nos municípios de sua área de abrangência.

#### **4.7. Algumas Considerações sobre a experiência**

No que tange a experiência de Campinas, a rede de saúde municipal possui fundamental papel histórico no movimento de Reforma Sanitária Brasileira, sendo precursores da proposta de organização do Sistema Único de Saúde (Nascimento, Correa e Nozawa, 2007). O CRST também carrega uma trajetória no movimento de ST, constituído-se como importante referência para outros Centros no Estado de São Paulo e no País. Ao longo dessa história o CRST passou por sucessivos processos de descentralização das ações voltadas para a saúde dos trabalhadores para a rede de saúde, primeiramente no atendimento dos trabalhadores acidentados no trabalho, depois no atendimento a trabalhadores com LER e finalmente a descentralização da vigilância para as VISAs do município. Nesse processo de descentralização, a formação dos profissionais de rede do SUS teve papel central no fomento de ações de ST nessas instâncias, embora não tenha ocorrido sem conflitos ou de modo pleno, conforme relatam os entrevistados.

As atividades de avaliação e planejamento das ações do CRST pautaram essa trajetória, construindo uma experiência marcada pela aproximação com a rede SUS e pela priorização de ações capazes de articular vigilância, educação e assistência, assim como de agregar outros atores institucionais para a busca de respostas mais efetivas.

O envolvimento dos profissionais do CRST/ Campinas nos casos do bairro Mansões Santo Antonio e Shell/Cyanamid/ Basf, de Paulínia, propiciou um processo de formação concomitantemente à ação de vigilância. Tal situação ofereceu aos envolvidos no CRST maior experiência para lidar com a relação trabalho, saúde e ambiente, especialmente aquela implicada com os riscos químicos sobre a saúde dos trabalhadores, da população do entorno e do ambiente, numa perspectiva participativa e integrada.

O conjunto desses elementos, aliado à formação da CRBz de Campinas, propicia condições adequadas para o nascimento do Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível. O projeto em si é recente e estava na fase de coleta das amostras piloto quando realizamos a pesquisa de campo, com algumas alterações no seu desenvolvimento e ganhando maior amplitude com a entrada de atores da VISA, entre os quais, da Vigilância Ambiental. Um aspecto fundamental é que o processo de formação, seja através de cursos oferecidos pelas Comissões do benzeno,

seja dos cursos de especialização em ST organizados pelo próprio CRST, em parceria com a SES/SP e a Unicamp, sensibilizaram e agregaram os profissionais de saúde da rede, que passaram a participar das sucessivas reuniões de planejamento da ação nos Postos. Este processo participativo leva a uma maior envolvimento dos profissionais com a questão, na medida em que passam a se sentir integrantes de um projeto que auxiliaram a construir (Campos e Amaral, 2007). A formação também permitiu a formulação e ajustes dos instrumentos de inspeção nos Postos e de Acolhimento dos trabalhadores no CRST, essenciais para a orientação das ações práticas de vigilância e assistência em saúde, respectivamente.

À medida que ocorre a pactuação das ações do projeto de Vigilância nos Postos de Combustível no âmbito do SUS, nos níveis nacional, estadual e municipal, elas parecem ter se convergido em uma ação transversal e necessária (Machado, 2005b), visto que tornou-se uma demanda de trabalho dos diferentes atores, fortalecendo seu compromisso com a produção de conhecimento e com a ação, propriamente dita. Para os atores entrevistados, assim desenhada a proposta apresenta a possibilidade de ampliação do olhar sobre o risco químico, no que tange à possibilidade de construção de indicadores ambientais e de saúde, de melhoria das condições de trabalho nos Postos, ao lado de possibilitar o aumento do controle social e regulamentar processos relacionados à produção, distribuição e consumo dos combustíveis, além de tratar do problema do uso do Benzeno na gasolina. Abrindo novas janelas para o campo ST.

As dificuldades até então observadas pelos entrevistados consistem naquelas inerentes ao trabalho em grupo de pessoas, com diferentes formações, saberes, vínculos institucionais, ao que se alia à sobrecarga de trabalho. Soma-se a isso o trabalho em torno de um objeto ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde, a relação entre trabalho, saúde e ambiente. Para os entrevistados, os maiores conflitos ainda estão por vir, à medida em que as ações começarem efetivamente a interferir no trabalho dos postos.

No que diz respeito aos desafios da gestão do trabalho em ST, os atores entrevistados acreditam que o maior deles seja a escassez de formação e de profissionais no campo ST, mesmo entre aqueles com formação em Saúde Pública. Além disso, ampliar a abrangência das ações do nível municipal para o regional também é apontado como dificuldade no cenário atual.

## **Capítulo 5. Assistência em Saúde do Trabalhador em grupos: do adoecimento à reorientação profissional, o caso do CRST de Santo Amaro/SP.**

*“(...) quando a solidariedade marca a inter-relação humana, uma nova sociabilidade pode enfrentar a incerteza e superar o medo e o desânimo, reencontrando o caminho para a saúde, ao recuperar simultaneamente o sentido do trabalho e o sentido da vida”*

Edith Seligmann-Silva

### **5.1. O município de São Paulo e a rede do SUS**

Estima-se que a população do município de São Paulo era de 10.886.518 habitantes (IBGE, 2007). A cidade é a sede da maior região metropolitana do País, representando um complexo desafio para a implantação do SUS (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009). De acordo com esses autores, no período de 1989 a 1992 a gestão da SMS realizou a primeira tentativa de alinhamento dos serviços de saúde ao ideário do SUS, com a criação de 32 Distritos de Saúde e descentralização de 17% das UBS Estaduais. Na gestão seguinte, de 1993 a 1996, esse processo é desmontado com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), no qual Hospitais, Unidades de Pronto-Socorro e Ambulatórios são cedidos para cooperativas privadas de profissionais de saúde, desrespeitando os princípios do SUS (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009).

Até 2008 o município contava com 850 equipes do PSF e 383 UBS, com cobertura populacional de 26,6%, com uma variação no ritmo de construção das mesmas nas duas últimas gestões (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009). A cidade de São Paulo conta ainda com 115 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e 15 AMAs de especialidades (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2010), muitas delas instaladas nas UBS (Lacaz et al, 2010). A rede hospitalar é considerada a maior do País, com 16 unidades de Pronto-Socorro, 18 hospitais municipais e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com 177 ambulâncias e 65 bases na cidade (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2010).

Apesar das gestões subsequentes a 1996 terem assumido o compromisso de extinguir o PAS e reconstruir o SUS (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009), nas últimas gestões ganha força a modalidade de parcerias da SMS/SP com entidades privadas, as chamadas Organizações

Sociais (OS). AS OS atuam na gestão de pessoal do PSF, na contratação de serviços de apoio diagnóstico e na gerência das unidades, sem procedimentos licitatórios, numa estratégia de terceirização e quarteirização da força de trabalho, através de contratação de cooperativas e empresas médicas, sendo a maioria via CLT ou na modalidade de autônomos (Puccini, 2008). Além do que é estabelecida uma lógica gerencialista, como das metas de número de consultas por mês, o aumento das demissões dos trabalhadores e relações de trabalho precárias ou não estáveis (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009). Alguns autores consideram que o modelo atualmente implantado na SMS/SP apresenta similaridades ao PAS e não valoriza a Atenção Básica como princípio do SUS, visto que:

A proposta da terceirização dos serviços estatais do SUS por meio das Organizações Sociais iniciadas no município de São Paulo com a implementação do PSF, expandida para hospitais municipais e para as unidades AMAs carrega questionamentos legais, técnicos, financeiros e políticos (Puccini, 2008, p. 2764).

Os processos de incorporação de parcerias público-privada e de terceirização nos serviços de saúde municipais de São Paulo revelam a mudança da administração pública e do papel do Estado (Pinto, Tanaka e Spedo, 2009), referida no Capítulo 2. Além disso o município de São Paulo não assinou o Pacto pela Saúde, nem possui Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS (Lacaz et al, 2008), sendo nesse contexto em que a atuação do CRST de Santo Amaro se opera.

## **5.2. O CRST/ Santo Amaro: aspectos históricos**

O Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Santo Amaro localiza-se na região sul do município de São Paulo e foi implantado na rede de saúde municipal em 17 de junho de 1990, em sede própria, cedida pela Secretaria Municipal de Educação. Entre 1989 e 1990 são criados cinco CRST no município de São Paulo, o de Santo Amaro (região sul), da Lapa (oeste), da Mooca (leste), Freguesia do Ó (norte) e Sé (centro), nas áreas de grande concentração de trabalhadores e de organização sindical e popular, voltados à assistência, vigilância e ações de ensino e pesquisa (Oliveira e Udihara, 2001). Os Centros foram parte da estratégia de desenvolvimento de ações em saúde dos trabalhadores durante a gestão de Luiza Erundina, que deflagrou um debate político e metodológico, envolvendo sindicalistas e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Maeno e Carmo, 2005).

Para Ribeiro et al (1998) os CRST da cidade de São Paulo foram montados originalmente não como programas verticais, mas como serviços de referência para as unidades da rede de sua região. Do ponto de vista dos gestores envolvidos na construção dessa política:

Definimos a estratégia de organização da saúde do trabalhador no município de São Paulo com a construção de três pólos localizados nas principais regiões industrializadas da cidade- Mooca, Santo Amaro e Lapa, cada com suas peculiaridades. A Mooca foi expressão de um processo de industrialização até o final de 1960, depois se deslocou para a Lapa e, finalmente, Santo Amaro com a tecnologia de ponta. Então centros com perfis diferentes e traduções de momentos diferentes da industrialização. Eram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Maeno e Carmo, 2005, p. 113).

Para a implantação do CRST/ Santo Amaro foi organizada uma equipe inicial, constituída por 2 médicos, 2 enfermeiras e 2 auxiliares de enfermagem, num espaço cedido na Praça Floriano Peixoto, em Santo Amaro, a fim de planejar e organizar a estratégia de trabalho. Posteriormente outros profissionais foram se agregando a equipe até a mudança para a sede própria atual. De acordo com uma profissional entrevistada que participou desse momento inicial, ainda não havia muito conhecimento da equipe sobre o papel do CRST: *“Nós sabíamos a proposta, mas nós não conhecíamos o trabalho. A gente não tinha essa clareza do que é o Centro de Referência como a gente tem agora, com essa lógica mesmo do Centro de Referência”* (Profissional ST 19). Entre as principais necessidades que levaram a implantação do centro, os entrevistados afirmam que foi uma política do governo municipal na época, que vinha atender uma demanda do movimento sindical, frente a industrialização da região.

Era uma das regiões mais industrializadas de São Paulo, todas as grandes fábricas estavam nas Nações Unidas, aqui pela marginal, era um corredor, ainda tem várias fábricas, mas era muito intensamente industrializado, a Lacta que saiu, Kibon que saiu, Nuclemon que acabou, Silvania de lâmpadas que foi proibido, Monark, várias já saíram daqui que estavam presentes naquela época, que eram nossos fregueses. (...) quando eu cheguei, tinha tido uma história, que era tudo muito novo, tava tudo sendo montado e era uma indicação dos trabalhadores da região, então tinha vereadores, tinha sindicalistas, tinham várias pessoas que pediram pra existência desse Centro de Referência aqui (Profissional ST 14).

Se na época da implantação do CRST a região de Santo Amaro era densamente industrializada, atualmente, observou-se a transferência de numerosas plantas industriais da região metropolitana de São Paulo para o interior do Estado e outras regiões do país (Lima, 2009).

Na fase inicial do CRST, os sindicatos que mais participaram ativamente das ações foram o Sindicato dos Químicos, de transporte urbano (ônibus/empresas de transportes), das marmorarias e bancários. Naquele momento os profissionais faziam busca ativa de casos: “*E isso era, eu acho que é uma diferença fundamental, que dava uma qualidade diferente pro trabalho*” (Profissional ST 15). A busca ativa de casos é uma metodologia, na qual o atendimento aos trabalhadores no CRST desencadeava atividades de vigilância nos seus locais de trabalho, em alguns casos o mapeamento dos riscos com a participação dos trabalhadores nos moldes da experiência italiana, e a intervenção propriamente dita.

No âmbito da vigilância nós iniciávamos com essa queixa do trabalhador, íamos até o local e lá nós fazíamos a investigação.(...) Quando nós marcávamos essa visita, sempre íamos acompanhado do sindicato daquela categoria (...) nós fazíamos a reunião, vinham os trabalhadores pra cá pro Centro de Referência, conversávamos com os trabalhadores, fazíamos o antigo processo de mapeamento de risco. Os trabalhadores é que davam as condições do seu processo de trabalho, porque nós não conhecíamos melhor que eles. Então nós mapeávamos os riscos através do trabalhador. E as condições da melhora do trabalho também era através do trabalhador, o que eles achavam que era melhor pro procedimento do trabalho deles (...). Nós também não tínhamos um grande conhecimento, tínhamos que ir pra literatura (...) e nós sempre tivemos parceiros nas universidades (Profissional ST 19).

Cavalcanti (1996) realizou um estudo no CRST/ Santo Amaro analisando as atividades de vigilância realizadas entre 1990 e 1993, até então chamadas de ‘Frentes de Trabalho’, constituídas pela priorização dessas atividades com a participação dos trabalhadores e sindicatos. Nesse período, haviam relações com Universidades, entre elas a Faculdade de Saúde Pública, da USP, ocorrendo propostas concretas de estudos e discussões entre a equipe do CRST/ Santo Amaro, sindicalistas e profissionais da área, constituída no Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI) do próprio Centro.

Com o Código de Defesa do Consumidor, publicado em 1991, o Ministério Público Estadual (MPE) ganha poder de fiscalização, requisição de provas, abertura de inquérito civil e ação civil pública em ST (Maeno e Carmo, 2005). Para isso, no MPE foi criada a Divisão Especializada em Meio Ambiente e Prevenção de Acidentes, o que implicou na atuação dos profissionais do CRST como assistentes técnicos desse órgão, desenvolvendo uma série de ações conjuntas. “*O Ministério Público canetava e a fábrica obedecia*” (Profissional ST 14).

O CRST/ Santo Amaro também participou do PCTBI, entre 1994 e 1998, em que os técnicos italianos discutiam as ações voltadas para a saúde dos trabalhadores junto aos profissionais do CRST, fornecendo instrumentos e aparelhos: *“Eu acho que o projeto Brasil-Itália foi importante porque(...) ele instrumentalizou o Centro de Referência”* (Profissional CRST 15) e propiciou o suporte técnico para as ações: *“(..)eu mesma fiz um treinamento na Fundacentro, a gente mandava amostras laboratoriais pra Itália e a gente tinha um suporte técnico mesmo”* (Profissional CRST 13). Há, no entanto, uma divergência na percepção de alguns profissionais do CRST/ Santo Amaro sobre o PCTBI, pois compreendiam a importância do MOI pela priorização da fala e envolvimento dos trabalhadores nas ações, enquanto que a experiência da cooperação técnica trouxe elementos que priorizavam mais a avaliação técnica quantitativa do ambiente de trabalho, tal qual exemplifica o relato abaixo:

(...) de você ouvir os trabalhadores, do grupo ser consensual, da percepção que eles tivessem sobre os agravos, pouco disso restou pra esses técnicos que vieram. Você tinha que medir, quantificar e analisar, era uma coisa técnica mesmo e a gente não entendia (Profissional CRST 14).

Após o término do PCTBI, no ano de 2001 ocorre uma reorganização do trabalho em saúde com a produção e a definição de um fluxo de atenção à saúde dos trabalhadores, isto é, uma nova organização dos procedimentos assistenciais para diagnóstico e tratamento dos trabalhadores atendidos. De acordo com esse fluxo, os trabalhadores entravam no CRST/ Santo Amaro e passavam pelo atendimento médico, posteriormente participavam do grupo de orientação do serviço social, com duração de 4 horas, depois eram atendidos pelas especialidades, de acordo com o caso. Se o parecer do especialista fosse inconcluso, os trabalhadores faziam outros exames e a análise do caso era feita no Grupo de Discussão de Caso (DICA). Após ser fechado o nexos com o trabalho, a empresa recebia o diagnóstico do trabalhador e era aberta a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), pelo profissional de enfermagem e pelo médico: *“E aí a gente conseguiu tornar isso uma coisa mais dinâmica e sem perder direitos”* (Profissional ST 14). Nesse momento foram definidos critérios para participação do trabalhador nas especialidades e protocolos interdisciplinares de atenção à saúde, com os procedimentos decorrentes para cada agravo, sendo pactuado entre os profissionais do CRST. Por exemplo, o critério para ingresso na Terapia Ocupacional, era que o trabalhador tivesse *“Limitações funcionais em membros superiores”* (Profissional ST 17). Frise-se que a construção desse fluxo foi realizado nos moldes de uma construção coletiva, conforme sinaliza a entrevistada:

(...) isso não era uma coisa de cima pra baixo, era um modelo participativo, que a gente se reunia com todo mundo, a gente pegava o que cada profissão dizia que ela fazia. A gente respeitou cada área e fez em conjunto. Isso é uma coisa legal, porque criou algumas coisas, assim de padronização, que não tinha nenhuma (Profissional HC).

Com a institucionalização da Renast, a partir de 2002, o CRST de Santo Amaro passa a ser habilitado à rede, já que possuía os critérios de credenciamento. Parte da verba recebida com o credenciamento à Rede foi utilizada na ampliação e reforma do prédio, ocorrida no ano de 2007, no valor de R\$ 550.000,00.

Atualmente, a área de abrangência do CRST é de toda coordenadoria regional de saúde sul do município de São Paulo, envolvendo as supervisões de saúde de Santo Amaro, Cidade Ademar, Campo Limpo, M'Boi Mirim, Capela do Socorro e Parelheiros, com cerca de 129 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em termos numéricos isso abarca uma população de cerca de 2.496.000 habitantes, numa área de 654,7 km<sup>2</sup>, correspondente a 45% do território da cidade de São Paulo. Do ponto de vista da organização da SESA/SP, o CRST/ Santo Amaro localiza-se no Departamento Regional de Saúde (DRS) I, da Grande São Paulo, que contém os 39 municípios localizados na região metropolitana.

A estrutura física do prédio conta com 1 recepção, 6 consultórios, 5 salas de especialidades (Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social), 8 salas para fins específicos (vigilância, administração, gerencia, medicação/observação e inalação, esterilização, expurgo, dispensação de medicamentos, almoxarifado), 1 sala de reunião, 1 copa/cozinha, 5 banheiros (2 para funcionários, 2 para pacientes e 1 para deficientes). O horário de atendimento do CRST é de segunda a sexta-feira, das 7h às 20h. Por isso, a equipe de profissionais do CRST está dividida em dois turnos de trabalho: manhã (7h-13h) e tarde (14h-20h).

### **5.3. Processo de Trabalho no CRST de Santo Amaro**

Com quase 20 anos de existência o CRST de Santo Amaro possui uma equipe consolidada de 51 profissionais, sendo: 13 médicos (3 médicos em saúde pública, 3 médicos do trabalho, 3 clínicos, 2 ginecologistas, 1 ortopedista e 1 otorrinolaringologista), 3 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionais, 3 assistentes sociais, 2 enfermeiras, 2 psicólogos, 2 fonoaudiólogos,

1 educadora e 1 pesquisadora, além de 10 auxiliares de enfermagem, 6 auxiliares agentes de políticas públicas<sup>47</sup> (AGPP). Todos os profissionais são efetivos da prefeitura de São Paulo, com exceção dos trabalhadores dos serviços de vigilância patrimonial e limpeza que são vinculados a empresas terceirizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Apenas dois médicos do trabalho e uma assistente social ingressaram no CRST recentemente, no ano de 2008: *“Todos os outros são funcionários estão de 10 à 18 anos na unidade”* (Profissional ST 13). De um modo geral, quase todo o profissional do CRST faz atendimento e vigilância, mas não existem critérios para a definição das equipes de trabalho, o que é feito mais por afinidade entre os profissionais.

Os recursos financeiros do CRST/Santo Amaro são provenientes da SMS que paga os salários dos profissionais de saúde e fornece uma verba trimestral de adiantamento bancário, para pequenos concertos. Os recursos provenientes da Renast não são acessíveis ao Gestor do Centro, evidenciado na seguinte fala:

O recurso da RENAST a gente não tem acesso, eu não tenho o número da conta bancária, não tenho informação(...) me parece que até o primeiro trimestre de 2008, havia sido feito o depósito, da verba de custeio de 30.000,00 reais por mês, mas não foi utilizada e não foi disponibilizada (Profissional CRST 13).

Conforme observado por Machado e Santos (2010) os cinco CRST do município de São Paulo (Sé, Freguesia do Ó, Santo Amaro, Mooca e Lapa), no período analisado pela pesquisa, possuíam juntos um saldo total de R\$ 2.648.070,91 e saldo médio de R\$ 529.614,18 de recursos financeiros provenientes da Renast, o que reforça a tese dos autores de que a capacidade de execução dos recursos sofre influências periódicas de cunho político administrativo.

Os profissionais entrevistados nos falam que não existe uma prática regular de planejamento e avaliação das atividades do CRST/ Santo Amaro, em especial nos últimos três anos, tanto que não tivemos acesso aos seus planos e relatórios. Frise-se que Cavalcanti (1996) em análise desse CRST já apontava a necessidade de um melhor planejamento das ações e de maior integração entre as atividades de assistência individual e coletiva. Uma justificativa para a ausência da prática de planejamento, dada pelos profissionais entrevistados, é a

---

<sup>47</sup> Os AGPP são trabalhadores administrativos de nível médio.

manutenção do fluxo de organização do trabalho definido anteriormente:

O fluxo, os objetivos do trabalho, dos grupos, todo esse fluxo foi estruturado em 2004(...) foi um grande processo de planejamento das ações relacionadas ao atendimento dentro da unidade. De lá pra cá, nada foi modificado. Algumas coisas melhoraram, outras diminuíram, mas o planejamento de atendimento, de fluxo da unidade é daquela época (Profissional ST 13).

O que existe é um plano de ação englobando as atividades realizadas no dia a dia: *“É uma diretriz política, mas não um plano de metas e ações”* (Profissional ST 13). No entanto, o Centro carece do planejamento de estratégias, metas e avaliação das ações, conforme explicitado abaixo:

Não existe um planejamento anual, não existe quais são as metas (...) não existe uma avaliação do que é feito, não existe uma coisa situacional (...) não existe um consenso do que fazer, a sensação é que a gente vai tocando, segundo a demanda que venha ou dos Sindicatos ou do Conselho, como um todo, ou das chefias, então o planejamento é nenhum, há 2 ou 3 anos que a gente vive nessa situação (Profissional ST 14).

Além da ausência de planejamento e avaliação geral das ações, atualmente o CRST/ Santo Amaro não possui informações e dados sobre a realidade do seu território de abrangência: *“Então não tem uma atuação planejada com base numa informação, com base de dados. Porque não tem esses dados”* (Profissional ST 13). Portanto, não possui Perfil de morbimortalidade populacional de sua região, segundo os entrevistados: *“Na região de Sul, ela segue o perfil da cidade de São Paulo: morte por doença cardiovascular, AVC, mas não temos o perfil de acidentes de trabalho”* (Profissional ST 13). Sem perfil ou base de dados, a definições das ações que serão executadas ocorrem de modo imediatista (Santos, 2001), conforme as solicitações que chegam ao Centro, cada vez mais de ordem individual: *“(...) levadas mesmo e cada vez mais a coisa vai se individualizando, então o Sindicato quer falar do caso de fulano de tal”* (Profissional ST 14). Observou-se também a ausência de indicadores, metas e definição de ações prioritárias, o que soma-se à ausência de um processo de avaliação das ações. Atualmente, um meio de avaliação quantitativa das atividades de atendimento é fornecido pelas estatísticas de produtividade ambulatorial de cada profissional, gerada num instrumento chamado de Mapa 4, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA): *“(...) é o boletim e o Mapa 4, que é um mapa de produtividade dos profissionais, ele é um instrumento de gerenciamento, serviria como gestão de serviços, pra relocação de profissionais, adequação, etc”* (Profissional ST 13).

O objetivo do CRST/ Santo Amaro, explicitado em documentos do próprio Centro, é a atenção à saúde dos trabalhadores da região sul da cidade de São Paulo, visando a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho, proteção e promoção da Saúde. A demanda dos trabalhadores atendidos é encaminhada por profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município, dos Hospitais e sindicatos de trabalhadores.

As principais ações de assistência voltadas para a saúde dos trabalhadores envolvem o acolhimento dos trabalhadores por uma dupla de profissionais (médico e enfermeiro ou fisioterapeuta), quando é identificado se o caso de saúde trata de problema relacionado ao trabalho, para os entrevistados: *“Na verdade é uma triagem, mas chama de acolhimento, grupo de acolhimento, a gente ouve a história de cada um, fala um pouco o que é o Centro de Referencia, mas a expectativa dessas pessoas é encontrar um local pro tratamento da sua doença(...)”* (Profissional ST 14). Após passarem pelo acolhimento, os trabalhadores são agendados para consulta médica individual, onde são solicitados, de acordo com a necessidade exames complementares. Em alguns exames laboratoriais o material é coletado na própria Unidade, pela equipe de enfermagem, que também referencia outros exames para as unidades do SUS. A audiometria é realizada no próprio Centro, pela equipe de fonoaudiologia. Caso o médico entenda a necessidade de avaliação de outros especialistas para a conclusão do diagnóstico do caso, o trabalhador é encaminhado para este profissional. Se ainda persistir a indefinição diagnóstica, o caso é avaliado em reunião para Discussão de Casos (DICA), com participação de equipe multiprofissional. Após a conclusão diagnóstica o trabalhador é encaminhado para tratamento no próprio CRST, quando necessária é emitida CAT e relatório médico (Lima et al, 2008).

O CRST/ Santo Amaro oferece atendimento médico individual, geral e em especialidades, como otorrinolaringologia, ortopedia, ginecologia e acupuntura, também existem atendimentos individuais nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Enfermagem, Psicologia e Fonoaudiologia. Além da assistência individual existem atividades em grupos, como os de serviço social, em que são discutidos direitos e benefícios sociais em decorrência da caracterização do Acidente de trabalho e/ou Doença Relacionada ao trabalho; o grupo de trabalhadores expostos ao assédio moral no trabalho; o grupo de Tai-Chi Pa-lin, que é uma atividade terapêutica parte do programa de práticas integrativas; o grupo de alta orientada, direcionado para trabalhadores que recebem alta do CRST e serão tratados nas

UBS, e; o Grupo de Reorientação Profissional (GRP), que analisaremos detalhadamente a seguir. Ainda existem os grupos da especialidade da Terapia Ocupacional, são eles: Grupo da Síndrome do Túnel do Carpo, de ombros e misto, que dão orientações gerais para problemas específicos relacionados à vida prática.

Nas entrevistas, os profissionais afirmam que cerca de 90% dos casos atendidos no Centro são por LER e grande parte desses trabalhadores está num estágio crônico da patologia, como referem:

Ele vem pra cá porque ou ele foi demitido, ou porque ele já rodou, ele já fez tratamento em vários lugares(...) eles demoram demais pra chegar no Centro de Referência, a maioria dos casos que a gente têm são casos crônicos. Uma coisa que a gente ficava muito aflito em relação à lista de espera do setor, infinda, tinham pacientes até recentemente com quase dois anos na lista de espera(...) é muito difícil conseguir ter um resultado em relação a reabilitação nesse sentido (Profissional ST 17).

Hoje a gente recebe pessoas que estão afastadas das empresas, às vezes, há muito tempo porque que estão doente, mas está no INSS, são pessoas que estão em risco de desemprego, você percebe que talvez ele vá ser mandado embora, então vem procurar a gente. Mas é uma minoria o grupo dos que ‘estou trabalhando, estou com um problema, vou procurar um médico e esse problema pode estar relacionado ao trabalho’(Profissional ST 15).

Para os entrevistados, a tendência no cenário atual é o crescimento dessa demanda ambulatorial e da situação que eles chamam de “relatorismo”, ou seja, dos trabalhadores que fazem tratamento no CRST para garantir relatório médico para a manutenção do afastamento do trabalho pelo INSS. Ressalta-se que no Brasil, desde a década de 1990, as LER constituem uma das mais frequentes doenças relacionadas ao trabalho, de grande e crescente impacto sobre o sistema médico-assistencial e previdenciário, já que vitimiza um grande contingente de trabalhadores jovens (Ribeiro, 1999).

As principais ações de Vigilância nos locais de trabalho partem da demanda dos profissionais para identificar nexos causais, dos sindicatos, da Covisa e do Ministério Público Estadual, visto que os profissionais são assistentes técnicos do MPE. O Decreto 50.079 (de 07/10/2008), que regulamenta a disposição da Lei 13.725 (de 09/01/2004), institui o código sanitário do município, que investe os profissionais do CRST do poder de autoridade sanitária, visto que passam a fazer parte do sistema de vigilância da região. Por ser um processo recente, a equipe ainda estava se organizando para tanto:

O processo é muito recente, nós estamos em fase de estudo do código municipal de vigilância, porque não é um curso de 2 semanas que vai nos tornar técnicos nessa área e porque nós não temos a credencial como autoridade sanitária. (...)hoje nós temos uma responsabilidade 10 vezes maior, não que antes não tivesse, mas você interditar uma máquina, fechar uma empresa, o simples ato de você autuar, já tem a responsabilidade civil nisso. Então, de repente a gente virou polícia (Profissional ST 13).

Atualmente, na Vigilância, o foco são as ações do MPE, que devem ser cumpridas de acordo com a ordem de chegada, visto que os CRST do município de São Paulo viraram o “braço técnico” deste órgão (Lacaz, 2000). No caso da demanda, por parte da Covisa, as tarefas são distribuídas entre os profissionais menos sobrecarregados, de acordo com os entrevistados, a distribuição dessas ações se dá em reuniões de equipe, nos turnos de manhã e tarde.

Uma das primeiras ações de vigilância de grande repercussão do CRST/ Santo Amaro, relatadas pelos profissionais entrevistados, foi executada com trabalhadores da Nuclemon. A Nuclemon foi a primeira empresa nuclear brasileira, de economia mista (Estatual e Privado), e processava material radioativo na Usina de Santo Amaro (USAM), tendo como principal matéria-prima a monazita, extraída da areia monazítica, rica em urânio e torio. Na época a empresa possuía cerca de 400 trabalhadores e funcionou de 1940 a 1993<sup>48</sup>, numa área residencial (Nogueira et al, 2009). De acordo com o ex-trabalhador entrevistado, membro do Conselho Gestor, por ser uma empresa de capital misto, a Nuclemon era comandada por militares: “(...) a gente é muito prejudicado por causa disso, porque quem comandava era o pessoal militar e eles achavam que tem que pisotear na gente, se abrir a boca é prejudicado e era mesmo” (Trabalhador 8).

A ação iniciou-se a partir de denúncia do Sindicato dos Químicos de São Paulo da ocorrência da morte de um trabalhador da Nuclemon no ano de 1987 e da precariedade das condições de trabalho. O CRST/ Santo Amaro realiza a ação de vigilância na empresa, no ano de 1990, em conjunto com a Delegacia Regional do Trabalho, Fundacentro, Ministério Público Estadual

---

<sup>48</sup> Na década de 1940 foi criada a Orquima Indústria Química, empresa de capital misto (51% de seu patrimônio pertence à União), em um terreno de cerca de 20 mil metros quadrados, no Brooklin, que no final da década de 1950 é adquirida pela Companhia Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e passa a se chamar de Administração da Produção de Monazita (APM). Na década de 1970 foi criada a Companhia Brasileira de Tecnologia Nuclear (CBTN), vinculada à CNEN, que adquire o nome de Nuclebrás, em 1975. Desde então a Orquima/APM é denominada Nuclemon, permanecendo vinculada a Nuclebrás. A partir de 1988, a Nuclebrás se transforma em Indústrias Nucleares do Brasil (INB) e a Nuclemon passa a ser denominada Usina Santo Amaro(USAM) (Lima et al, 2008).

(MPE) e o próprio Sindicato. Por ser tratar de uma temática até então desconhecida pelos profissionais do CRST foi fundamental a realização de estudos e pesquisas sobre radiações ionizantes e efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, assim:

Na ocasião foram detectadas irregularidades na empresa, tais como instalações obsoletas, falta de segurança e de informações sobre o processo de trabalho. Identificamos um grupo de trabalhadores que estavam expostos a fatores de risco ambientais que poderiam lhes causar danos à saúde. A presença de radiações ionizantes detectadas na indústria representava um risco inclusive para a população que vivia no entorno da mesma, já que estava localizada num bairro residencial. Em relação aos riscos para a sociedade, também havia a questão do lixo/resíduos contaminados por radiação, que estavam estocados na empresa (Lima et al, 2008).

Após uma série de inspeções nos locais e sucessivas reuniões com trabalhadores e profissionais das instituições envolvidas foi determinado um cronograma pelo MPE para que a empresa procedesse a adequação da estrutura física, do processo de trabalho e das condições de segurança dos trabalhadores. A fim de atender aos trabalhadores adequadamente foi produzido um protocolo de atenção à saúde pela equipe, de acordo com as observações obtidas sobre o processo produtivo. O protocolo continha avaliação hematológica, pulmonar, auditiva e de clínica médica, com o qual foram avaliados cerca de 160 trabalhadores, conforme relatado pela entrevistada:

(...) era muito alta a concentração da radiação ionizante no ambiente de trabalho. Então a gente achou que poderia encontrar casos de danos agudos por radiação na linhagem hematológica, patologias hematológicas, na época tinha uma médica que também era hematologista. Daí o protocolo tinha avaliação pulmonar, avaliação da hematologista, clínica médica, médica do trabalho e ruído, por conta dos moinhos tinha muito ruído e todos eles faziam audiometria(...) todos que entravam aqui passaram por esse protocolo. Aí a gente foi fazendo os diagnósticos. Em paralelo, foi a ver um processo no ministério público, também estava envolvido, que culminou com o fechamento da empresa (Profissional ST 15).

Dos 160 trabalhadores avaliados ao longo dos anos, 58 deles apresentaram Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), 14 Silicose e 7 leucopenia (Nogueira et al, 2009). Além dos adoecidos, houveram 16 vítimas fatais, sendo 8 casos de suspeita de câncer relacionado ao trabalho e 8 de suspeita de silicose (Sindiluta, 2008). Em 1991 foi instituída na Câmara Municipal de São Paulo uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as responsabilidades pela exposição à radiação sofrida e nesse mesmo ano foram demitidos 150 trabalhadores (Nogueira et al, 2009). No ano seguinte, a empresa inicia o processo de

fechamento e em 1993 ela finalmente encerra as atividades e demite todos os trabalhadores. Após o fechamento foi realizado o descomissionamento<sup>49</sup> do local e o Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN) emitiu documento declarando o terreno liberado para uso irrestrito. Em 2003, medidas de radioatividade feitas por solicitação do MPE mostraram níveis anormais de radiações ionizantes, no entanto foram construídos prédios residenciais no local (Lima et al, 2008). Os rejeitos radioativos oriundos do descomissionamento da USAM, estimados em 1 tonelada, foram depositados na Usina de Interlagos (USIN) num terreno de 60 mil metros na zona sul da cidade, que pertence à Indústria Nuclear do Brasil (INB). Segundo o trabalhador entrevistado: *“Aqui em Socorro tem um depósito de produto radioativo, da própria empresa, que tá lá até hoje (...) a gente vem brigando há anos para eles tirarem aquilo dali”* (Trabalhador 8).

O resultado da ação teve repercussão na imprensa da época e até hoje (Mapa da Injustiça ambiental e saúde no Brasil, 2010). Alguns trabalhadores entraram com processo na justiça, outros continuaram a ser atendidos no CRST, mas houve uma grande dispersão dos mesmos:

Era uma empresa que muitos trabalhadores estavam lá há muito tempo, quando fechou muitos deles já estavam mais ou menos em situação de se aposentar. Aí fechou, alguns se aposentaram, outros ainda foram pro Rio, tinham em alguns lugares e dispersou todo mundo (Profissional ST 15).

A partir de 2001, alguns trabalhadores voltaram a procurar o CRST/Santo Amaro, sem processos jurídicos concluídos, adoecidos e com piores condições de vida. A partir de então é retomado o contato com a Delegacia Regional do Trabalho e passam a fazer reuniões periódicas no próprio CRST, onde abordava-se os resultados dos exames periódicos, a situação de saúde, os processos em andamento e os direitos relacionados ao trabalho em condições inadequadas. No ano de 2003, parte da equipe do CRST, representantes do Sindicato dos Químicos e uma comissão de ex-trabalhadores foram à sede da INB, em Rezende/RJ, solicitar cópias dos exames periódicos e tratar de assuntos relativos ao problema. Em 2006 é fundada a Associação Nacional dos Trabalhadores da Produção de Energia

---

<sup>49</sup> O descomissionamento é *“a desativação de uma instalação que processa material nuclear ao final de sua vida útil, observando todos os cuidados relativos à saúde do trabalhador, do público e do meio ambiente, bem como a sua liberação para outros usos. Deveria ter sido retirada grande quantidade de solo, até uma profundidade de dois metros em algumas áreas da instalação, como é recomendado por especialistas em energia nuclear. A empresa, porém, optou por realizar um aterro”* (Lima et al, 2008).

Nuclear (ANTPEN), cujo presidente atual é membro do Conselho Gestor da Unidade. O entrevistado ilustra esse processo no seguinte depoimento:

A gente começou a reunir pra ver se corria atrás pelo menos desse convênio médico. Aí nisso ficou 3 anos lutando pra ver se o advogado do sindicato entrava com essa ação.(...) Conseguimos outro advogado, daí ele pesquisou e falou, não como vocês trabalhava com produto radiativo não tem prescrição isso aí pelo o que eu sei. Aí a gente abriu esse processo e começou a debater com a gente que tinha que fundar uma associação, mas ninguém quis ser presidente da associação. Falei: ‘doutor eu não posso eu não sei falar eu sou quase analfabeto’; ‘não tem que ser você mesmo, é você que acompanhou esse pessoal, o pessoal te respeita, tem uma consideração aí com você, você chama eles vai, tem que ser você e acabou’ e fundamos essa associação e graças a deus deu sorte, ganhamos, tem 64 pessoas que ganhou o convênio, com muita luta, porque a justiça mandava a empresa dar o convênio pra gente e ela recorria. (...) sei que nós ganhamos esse convênio dia 10 de outubro de 2007.(...) A gente faz reunião todo mês aqui no sindicato (Trabalhador 8).

Os resultados do processo foram divulgados em eventos da área, nas Conferências de Saúde do Trabalhador, na Assembléia Legislativa de São Paulo, na Câmara dos Deputados em Brasília, entre outros. Atualmente, a ANTPEN tem como metas a ratificação da Convenção 115 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da Proteção contra Radiações Ionizantes, denunciar os efeitos da radiação entre trabalhadores e população exposta, através dos meios de comunicação de massa, acionar os órgãos públicos competentes para a realização de procedimentos e processos de responsabilidade legal deles decorrentes (Nogueira et al, 2009).

Desse modo, a ação de vigilância na Nuclemon inicia-se com uma denúncia do sindicato dos químicos ao CRST, que realiza um processo de investigação do local de trabalho com outras instituições, produz e aplica um protocolo de atenção à saúde dos trabalhadores. A partir das pressões sofridas pelo MPE, a empresa é fechada, reconduz parte dos trabalhadores para Rezende/RJ e demite outros. Após um período de dispersão, os trabalhadores voltam a procurar o CRST, organizam-se em uma Associação e entram com processo jurídico para pleitear Plano de Saúde. A ação da associação se mantém após a conclusão do processo, no sentido de discutir a Proteção à Saúde contra as radiações ionizantes.

Processo semelhante de Vigilância, deu origem a outra ação de repercussão relacionada ao Mercúrio Metálico. Alguns trabalhadores da fábrica de lâmpadas Sylvania, recém-demitidos,

chegam no CRST/ Santo Amaro adoecidos e com patologias desconhecidas pelos profissionais. A investigação do processo de trabalho é iniciada com uma vigilância no local, realizada em conjunto com a Delegacia Regional do Trabalho. O setor de produção de lâmpadas fluorescentes, objeto da investigação, consumia cerca de 82 kg de mercúrio por mês na produção de 10.000 lâmpadas por dia, onde foram observados os seguintes riscos: “(...) ruído, calor, acidentes com partes móveis de máquinas, acidentes por corte com vidro, queimaduras por vidro quente, lesões por esforços repetitivos, intoxicação por mercúrio metálico e intoxicação por Chumbo” (Zavaris e Glina, 1992, p.360). A reconstituição do processo de trabalho e do mapeamento de riscos, tendo como referência o Modelo Operário Italiano, foi feita com um grupo de trabalhadores e técnicos em reuniões quinzenais, de janeiro de 1991 a abril de 1992, cujos objetivos eram:

Instrumentar a análise científica da relação saúde-doença-trabalho; propiciar o entendimento do processo de trabalho através da reconstituição do mesmo pelos relatos; favorecer a conscientização dos trabalhadores sobre os riscos existentes e os danos à saúde (Zavaris e Glina, 1993, p.120).

Além do grupo foi realizada uma ampla avaliação clínica, neurológica, psiquiátrica e psicológica dos trabalhadores, cujos resultados finais expressam que de um total de 91 trabalhadores avaliados, 77 (84,61%) deles apresentavam quadro de intoxicação crônica por Mercúrio Metálico, 4 (5,19%) apresentaram resultados inconclusivos e 10 (10,98%) não estavam intoxicados: “(...)o que aponta para a gravidade do problema, em virtude da natureza da doença, que compromete áreas nobres do organismo; do acometimento de trabalhadores jovens; e da ineficácia dos tratamentos existentes” (Zavaris e Glina, 1993, p. 128). Alguns desses trabalhadores passaram posteriormente pelo Grupo de Reorientação Profissional, conforme falaremos a diante, e fundaram a Associação dos Trabalhadores Expostos e Intoxicados por Mercúrio Metálico. Para um dos trabalhadores entrevistados receber esse diagnóstico foi avassalador:

Aqui no Centro de Referência foi feito o diagnóstico e a gente cai, desmorona, porque cai em depressão e acho que devido à intoxicação e as notícias que vai recebendo, vai detonando a gente, que a gente não aceita. E aí depois de muita luta começamos os encaminhamentos, o pessoal daqui começou a dar os encaminhamentos pra gente, pra procurar os direitos. (Trabalhador 7)

Vale assinalar que segundo o entrevistado, após a divulgação desses dados, a empresa propôs um acordo de 17 mil dólares por trabalhador para que não entrassem com processo na justiça

e entregassem o laudo final do CRST/ Santo Amaro. Apesar da polêmica instalada, alguns trabalhadores assinaram esse acordo com a Silvania. Posteriormente, os médicos do CRST/ Santo Amaro foram intimados pela justiça por apresentarem laudo sem nome do trabalhador. Os profissionais do CRST avaliaram prontuário por prontuário e identificaram que os laudos originais continham os nomes dos trabalhadores, exatamente aqueles que haviam feito o acordo. O Ministério Público solicitou a apreensão dos prontuários e a análise da tinta do papel, pela polícia técnica. O resultado mostrou que não havia culpa dos médicos, mas deixou marcas, como bem sinaliza o entrevistado:

Saiu o resultado da polícia técnica e aí resolveu o problema (...) os médicos ficaram pra cá, continuaram a trabalhar já com restrição, já pensando duas vezes para colocar o nome. E o processo rolou e aí o cara (advogado da empresa) foi chamado lá na polícia: ‘desculpa aí que não foi por mal intenção’ e ficou por isso mesmo (Trabalhador 7).

A Associação hoje possui cerca de 350 sócios que realizam tratamento no Setor de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas, mas relatam dificuldades para se fazer novos diagnósticos de Intoxicação Crônica por Mercúrio Metálico:

A gente tem alguns entraves técnicos, mas político é bem maior. Hoje nós temos a dificuldade de fazer um diagnóstico. O médico dá um relatório pra gente, mas não é um relatório completo fechado, não é um laudo, porque os testes comportamentais não estão liberados hoje pra fazer (Trabalhador 7).

Além do problema dos diagnósticos, um desses entraves diz respeito à subordinação do relatório técnico da vigilância à mensuração do teor de mercúrio no ambiente de trabalho feita pelas empresas, devido à ausência da aparelhagem para tanto nos órgãos públicos. Nesse sentido:

O que vale é a medição dela. Então o **nosso Estado ele entrega o trabalhador por conta da empresa**, é o mesmo que entregar o galinheiro pra raposa tomar de conta. É triste. E isso nós já lutamos demais pra comprar esse aparelho, inclusive com envolvimento do ministério público. Mesmo com o ministério público pedindo não foi possível comprar. Foi mais fácil tirar o procurador da área, mudar ele pra outra (Trabalhador 7, *grifos nossos*).

Outra questão diz respeito aos processos judiciais individuais que os trabalhadores entraram há cerca de 17 anos, em fase final e, na sua maioria, os trabalhadores perderam os direitos. Por isso, a Associação elaborou documento explicando a exposição, o diagnóstico e as condições de vida dos ex-trabalhadores, que foi protocolado em diversos órgãos públicos,

entre os anos de 2006 e 2007. De acordo com o entrevistado, o Ministério Público do Trabalho interessou-se pelo caso, acionou o Ministério da Saúde e do Meio Ambiente e abriu processos coletivos para os trabalhadores, considerando a empresa e região de trabalho. A Associação tem representação no Conselho Gestor do CRST/ Santo Amaro e os trabalhadores participam ativamente de atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores, entre as quais a recomposição da CIST no município e no estado de São Paulo, desativada no início de 2009.

Nesse caso do mercúrio metálico, a ação de vigilância se inicia a partir do atendimento de trabalhadores adoecidos e demitidos pelo CRST. O local de trabalho é investigado, em conjunto com a Delegacia Regional do Trabalho e o processo de trabalho é reconstituído com a participação dos trabalhadores. Com o conhecimento adquirido, os profissionais do CRST elaboram protocolo de atenção à saúde, que auxilia na produção de diagnósticos de intoxicação por Mercúrio Metálico. A confirmação do diagnóstico e a participação em atividades de grupo no CRST auxilia o processo de criação da Associação dos trabalhadores intoxicados, produzindo documentos e agregando trabalhadores sobre essa questão, além de fazer parte da representação de usuários no CG da unidade.

A principal ação em educação em saúde dos trabalhadores relatada pelos entrevistados é uma capacitação para as UBS da região sul do município de São Paulo desenvolverem ações de ST. A origem desta ação está vinculada à demanda da Renast, que pressupõe a execução de ações de ST na Atenção Básica e da constatação, pela equipe do CRST, da necessidade de: sensibilizar os profissionais de saúde para identificar a relação das doenças com o trabalho; otimizar a integração dos serviços de saúde da região sul; identificar a hipótese diagnóstica de patologias relacionadas ao trabalho; identificar casos que devem ser encaminhados para o serviço de referência para estabelecimento donexo causal; conhecer o sistema e fluxo de referência e contra-referência da região sul; conhecer o sistema de investigação e notificação das doenças relacionadas ao trabalho, para realização de ações de baixa complexidade, otimizar os serviços e intervir no meio ambiente (Marques et al, 2008). A proposta ganhou corpo no ano de 2007, sob o nome do Curso: “Conhecendo e promovendo a Saúde do Trabalhador na Atenção Básica”, com objetivo de fornecer subsídios para ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores, identificar os riscos, a relação da doença com o trabalho e o fluxo de referência e contra-referência para atendimento (Marques et al, 2008). A primeira etapa da atividade consistiu em reuniões de sensibilização para os gerentes das UBS

da área de abrangência do CRST/ Santo Amaro, a fim de conhecerem o objetivo da atividade e indicarem profissionais de medicina e enfermagem para participação no curso.

A equipe faz uma reunião de sensibilização com os gerentes, das UBS, explica que vai haver a capacitação, que é pra eles indicarem um médico e uma enfermeira. E aí é feito a turma(...) uma vez por semana, no total de 32 horas (...) é falado o que é a saúde do trabalhador, as ações que a unidade pode desenvolver, sobre doença ocupacional, um pouquinho de cada doença e é passada a informação sobre as notificações de doenças ocupacionais. (Profissional ST 13).

Desse modo, os cursos realizados atenderam a 27 UBS da supervisão de Santo Amaro e Cidade Ademar e 27 UBS de M'Boi Mirim. Os profissionais tem a perspectiva de realização de mais 4 turmas para profissionais de UBS ainda não contempladas e realizar reuniões de educação continuada nas supervisões de saúde envolvidas (Marques et al, 2008).

As estratégias de trabalho são definidas pelos profissionais da equipe do CRST em torno da ação a ser executada, o que depende dos profissionais terem maior disponibilidade e/ou experiência para sua execução. Para essa definição, as propostas de trabalho são apresentadas pelos ou para os profissionais nas reuniões de equipe, divididas no contexto da manhã ou tarde.

Entre os instrumentos legais referenciados pelos profissionais entrevistados, os principais usados no âmbito da vigilância são o código sanitário estadual e o código sanitário municipal, que dá autoridade sanitária aos profissionais do Centro, mas que ainda está em processo de adequação. A Lei Municipal 13.325 (08/02/2002), que trata dos Conselhos Gestores das Unidades, no Sistema Único de Saúde, também é um instrumento legal referido, que falaremos a seguir. No âmbito da assistência, os profissionais do CRST/Santo Amaro fazem uso das normas da Previdência Social, referente ao registro e direitos decorrentes do diagnóstico de Acidente e Doença Relacionada ao Trabalho. Além de referirem o uso do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, de procedimentos para os serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Os sindicatos participam das ações do CRST/Santo Amaro desde sua implantação e, conforme já dissemos, apoiaram a proposta não nos moldes de um Conselho Gestor, mas como um ator das ações voltadas para a saúde dos trabalhadores, de acordo com a seguinte ilustração:

(...) nós iniciamos aqui não era bem um conselho gestor, era uma reunião que nós fazíamos de diversos sindicatos que vinham e que trabalhavam junto e sempre trabalharam, não era ainda um conselho gestor, trabalhavam junto com o Centro de Referência. E nós trabalhávamos assim, ia fazer a vigilância, o sindicalista vinha e aqui a gente conversava, fazia as reuniões com aquele grupo do sindicato e um grupo do Centro de Referência e via as necessidades daquela categoria e ia fazendo sucessivamente essas reuniões (Profissional ST 19).

Em 1994 foi implantado o Conselho Gestor com a mesma configuração do Conselho Nacional de Saúde, numa composição tripartite, sendo 50% de trabalhadores usuários, que inclui representantes de sindicatos, movimentos populares, organizações não-governamentais e afins, 25% dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes dos gestores. Atualmente, o CG do CRST/ Santo Amaro é entendido como órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de natureza permanente, sustentado nos termos da Lei Municipal 13.325 (08/02/2002). O CG possui um Regimento Interno, no qual são definidas suas Competências; Organização do Colegiado, com a representação de 16 membros titulares e 16 suplentes, com mandato de 2 anos, com reuniões ordinárias mensais, registradas em Ata; e Disposições Gerais.

Desde 2006, os membros do CG são eleitos em votação secreta, urna, através da organização de um processo eleitoral, que abre espaço para que os usuários do CRST possam se candidatar, independentemente da vinculação a sindicatos ou associações, para alguns entrevistados esse novo processo apresenta-se como mais democrático: *“Eu considero que foi democrático”* (Profissional ST 13). Outros entrevistados expressam que o CG perde o caráter combativo, apresentando, com isso, retrocessos nas discussões e proposições, perdendo o referencial do seu próprio papel, conforme indicado nas falas a seguir:

Tem uma história desse conselho, muitas lutas. Junto com esse pessoal nós conseguimos fazer duas conferências no município de São Paulo de saúde do trabalhador. Sem condição, sem nada, sem a secretaria querer que a gente fizesse as conferências nós conseguimos fazer duas. Um trabalhador comprava o crachá o outro comprava uma caneta, o outro sindicato dava o papel e assim conseguimos fazer duas conferências e mais oficina. Então, uns anos atrás a gente acha que avançou um pouco. E agora por último a gente regrediu(...) (Trabalhador 7).

Ademais,

Ele continua existindo, mas eu acho que o empobrecimento foi muito grande do papel desse conselho gestor. De que objetivo, ele precisa pensar qual é a missão que ele vai ter pra agora. (...)O que o conselho, os sindicatos, os moradores querem de um Centro de Referência? (Profissional ST 14).

Uma possível explicação para esse retrocesso é que os representantes de usuários do CG não participam das atividades gerais do CRST/ Santo Amaro, restringindo a atuação nas reuniões do próprio conselho o que condiz com a idéia de Vasconcellos (2007) de que existem conselhos, mas não têm efetivo controle social e participação dos trabalhadores. Por um lado, os profissionais compreendem que o próprio CRST, na sua forma de atuação atual, propiciou o distanciamento do movimento sindical: *“Porque a gente também está, de uma certa forma, prescindindo disso mesmo, do sindicato fazer junto. Eles vem aqui no conselho gestor, ficam discutindo questões de paciente, bem individual e a questão macro eles não sabem mais discutir”* (Profissional ST 14). Ainda que não intencionalmente mantém-se a hegemonia do saber técnico na condução das práticas e os mecanismos de controle social distantes dos processos decisórios (Vasconcellos, 2007).

Por outro lado, o retrocesso na participação dos trabalhadores no CG e nas ações do CRST/ Santo Amaro não seria uma experiência própria do Centro, mas decorrente do enfraquecimento da organização dos trabalhadores na luta por saúde e da atuação dos sindicatos na contemporaneidade:

Na conjuntura atual, os trabalhadores estão muito enfraquecidos em relação aos seus órgãos sindicais e isso faz com que os trabalhadores se submetam mais ao que está acontecendo aí fora(...) porque é uma questão de sobrevivência (Profissional ST 19).

A questão do emprego e desemprego afetou muito a demanda, pelo menos nesse Centro de Referência e a própria postura do sindicato. O sindicato não é o que era naquela época. Por causa da questão do desemprego, questão salarial, não sei, mas mudou. Naquela época, o sindicato tinha comissões voltadas pra saúde, voltadas pra outras coisas que eram mais ativas do que são hoje e tem muitas brigas internas nos sindicatos (Profissional ST 15)

Outra razão lembrada é o crescimento das Organizações Sociais (OS) na Saúde Pública de São Paulo que enfraquece o próprio SUS:

O SUS também está super enfraquecido em relação aos novos convênios. As organizações sociais novas que entraram agora, essa nova configuração de atendimento na área de saúde, que o lucro está acima de tudo... a morte do SUS está sendo anunciada todo dia (Profissional ST 19).

Conforme nos referimos a atuação das últimas gestões municipais de São Paulo não têm privilegiado o fortalecimento do SUS, pelo contrário, a tendência tem sido as parcerias público-privadas, via OS, a destituição dos conselhos municipais de saúde e a contratação dos

profissionais de saúde por empresas terceirizadas.

#### **5.4. O Grupo de Reorientação Profissional (GRP) de CRST/ Santo Amaro**

No contexto atual de desemprego e precarização das relações de trabalho e de vulnerabilidade dos trabalhadores, analisado no Capítulo 2, crescem as dificuldades de reinserção dos trabalhadores com seqüelas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no mercado de trabalho. Diante da falta de perspectiva após o adoecimento, muitos trabalhadores atendidos no CRST/ Santo Amaro permaneciam por anos na situação de pacientes, afastados do trabalho pelo INSS ou na condição de desempregados. A partir desta constatação, os profissionais do CRST/ Santo Amaro organizaram um grupo para auxiliar na reorientação profissional dos trabalhadores com seqüelas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o GRP. Assim sendo, embora o GRP esteja vinculado ao campo da assistência, os profissionais entrevistados consideram como um grupo terapêutico-educativo, à medida em que fornece subsídios para o processo de mudança em relação ao trabalho e à vida, como ilustra a fala selecionada:

Eu considero ele(o GRP) uma atividade terapêutico-educativa, um misto, ele é mais um grupo de intervenção, no fim é isso. Você está ensinando os caras a pescar. Você está dando condição pra ele voltar de alguma maneira a exercer algum tipo de atividade. Então eu acho que ele, nesse ponto, é bem inovador e já trabalha com a idéia da interinstitucionalidade e da interdisciplinaridade (Profissional HC).

A organização do GRP inicia-se no ano de 2001 com a elaboração do projeto piloto e apresentação do mesmo para o gestor e profissionais do CRST/ Santo Amaro. O projeto possuía dois grandes objetivos: 1) Fornecer subsídios para o trabalhador escolher e desenvolver uma ocupação adequada às suas reais possibilidades, buscando alternativas profissionais como empregado, autônomo, em cooperativa ou outros e, também, pelo auto-conhecimento das potencialidades, aptidões, vocações e limitações; 2) Estabelecer uma rede de parcerias de encaminhamento dos pacientes para atividades de formação, reabilitação cognitiva, reabilitação física, recolocação profissional, assessoria de geração de renda e orientação vocacional (Glina et al, 2004). De acordo com os entrevistados a proposta consiste em apoiar o trabalhador, abrindo possibilidades para sua reinserção na sociedade:

O que a gente faz nesse ambulatório, com os grupos é tentar apoiar esse trabalhador num momento em que ele tem um déficit da sua capacidade de produção, ele não está podendo, ele é descartado (...)ele é rejeitado pela família, por tudo, jogado fora pela empresa. A última situação mais

interessante que o INSS conseguiu criar é que o sujeito fica no limbo, ele está empregado, ele tem uma situação definida com relação a empresa, ele vai para o benefício porque a empresa o encaminhou, não importa muito se é acidente de trabalho ou não(...) aí ele tenta transformar, tenta transformar, tenta transformar (...)Ele é um pré-desempregado, ele sofre todas as agruras de ser um pré-desempregado sem ser (Profissional ST 14).

Com a aprovação inicial da proposta foi desenhada uma equipe multidisciplinar com profissionais interessados em trabalhar no projeto, composta inicialmente por psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador em saúde pública e enfermeiro. Assim, foi estabelecido um cronograma de atividades do GRP e a busca de parcerias interinstitucionais para encaminhamento dos trabalhadores. A fim de estabelecer essas parcerias procedeu-se a um levantamento das possíveis instituições e órgãos e discutiu-se junto à gerência do CRST a contrapartida que poderia ser oferecida. As primeiras instituições que firmaram parcerias foram: Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de São Paulo (SEBRAE), Centro Integrado do Trabalhador (CIT), Programa de Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência (PADEF) do Sistema Nacional de Empregos (SINE), Divisão Médica de Reabilitação do Hospital das Clínicas e Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade (Glina et al., 2004).

Para garantir a efetividade do GRP foram estabelecidos critérios de elegibilidade dos pacientes do CRST para participação no grupo, são eles: ter diagnóstico de doença ocupacional ou acidente de trabalho; apresentar seqüelas que acarretassem limitações laborativas, mas que não impossibilitassem a atuação profissional; apresentar motivação para o desenvolvimento de atividade laborativa e trabalho em grupo, ter escolaridade compatível com as tarefas do grupo (mínimo quarto ano do ensino fundamental) e estar na fase final do atendimento no CRST (Parra et al, 2007). Dessa forma, foi feita uma divulgação entre os profissionais do Centro para que pudessem indicar os trabalhadores atendidos com essas características para a participação no GRP. Os trabalhadores indicados passam por entrevista individual com profissionais da equipe do GRP, com objetivo de levantar informações da sua história e verificar a compatibilidade para participação no grupo. Posteriormente a equipe se reúne para confirmar os pacientes selecionados para a atividade, considerando a motivação, escolaridade e disponibilidade. A fala selecionada exemplifica o processo:

O grupo (de profissionais) se divide, escolhe o perfil do paciente, avalia o prontuário com os profissionais que indicaram. Ao escolhendo o paciente, eles fazem entrevista com o paciente, nessa entrevista decide se esse paciente vai ficar ou não, é convocado ou não. Se coloca os objetivos e enfim, se forma o grupo (Profissional ST 13)

Inicialmente foi formado um grupo-piloto, que começou em março de 2002 e teve duração de dois meses e meio, seguido de três reuniões de acompanhamento, chamadas de *follow-up*, no primeiro, segundo e quarto mês após fechamento do grupo. Cada encontro foi composto por atividades de aquecimento, discussão e avaliação, propiciando a reflexão sobre a vida, o trabalho e projetos futuros. Vídeos, textos, dinâmicas e exposição dialogada constituem os principais dispositivos para o trabalho grupal. O objetivo da reunião de *follow-up* é avaliar o número de participantes que conseguem emprego e/ou desenvolvem formas de ocupação, a partir de um questionário elaborado pela equipe: “(...)o acompanhamento, chama *Follow-up*, são duas reuniões de acompanhamento pra saber os resultados, a gente preenche ficha, mas aplica técnica também” (Profissional ST 16). Finalizado o grupo-piloto realizou-se uma avaliação da atividade seguida de adequações da proposta, com a organização de 9 encontros de 2 horas cada, com até 20 participantes e uma única reunião de *follow-up* após o quarto mês. Depois da realização de dois outros grupos foi organizado o evento chamado de Espaço GRP, onde os participantes podem apresentar seus trabalhos, produtos e iniciativas coletivas ou autônomas, trocar experiências, a fim de estimular a geração de renda, possibilitar a experimentação dos trabalhadores e motivá-los continuamente (Glina et al 2004). O relato abaixo ilustra o processo de trabalho e organização do GRP:

(...)a gente tinha que explicar pros colegas do Centro de Referência, pra eles mandarem as pessoas pra gente, dizer de critério, tinha seleção pra entrar nesse grupo, tinha que bolar entrevista de seleção. Depois tinha que fazer avaliação, depois foi montado um grupo pra ter acompanhamento. Então ele tem um programa, ele não é um grupo eterno, é um grupo com algumas reuniões já com temas certos. Tem acompanhamento de seis meses, um ano, até dois anos acompanha o pessoal. Tem um negócio que depois nós colocamos que eram experiências de sucesso, tinha feiras que a gente fazia pro pessoal, pra quem tava empreendendo poder apresentar pras outras pessoas o que tava fazendo (Profissional HC).

No ano de 2009, quando realizamos o acompanhamento da atividade do GRP, o grupo já estava em sua décima versão com alguns ajustes sobre a proposta inicial. A equipe envolvida era composta por: 1 educadora em saúde pública, 2 terapeutas ocupacionais e 1 enfermeira. As principais parcerias estabelecidas foram com o Sebrae, o Centro de Convivência e

Cooperativa de Santo Amaro (CECCO) e o Centro de Cidadania da Mulher. Foram realizados 10 encontros com os seguintes temas: 1) Descobrendo Tesouros; 2) O mundo do Trabalho e o mundo das oportunidades; 3) Repensando a trajetória; 4) Retorno ao Mercado formal; 5) Parceiros e rede de contatos; 6) Preparo para o planejamento; 7) Experiência de Trabalho Coletivo; 8) Cooperativa, aspectos teóricos; 9) Empreendedorismo, Sebrae; 10) Rumos a Percorrer.

No primeiro encontro ocorreu a apresentação dos 9 trabalhadores participantes e da equipe do CRST, realizou-se o levantamento das expectativas do grupo, a apresentação da proposta e o contrato grupal, como a frequência e recebimento de certificado. Nesse encontro os participantes discutiram as mudanças que ocorreram recentemente e como elas afetaram suas vidas, o que propiciou um momento de troca da experiência de vida, trabalho e do processo de adoecimento. Além disso, foram apresentados textos sobre o processo de mudança e uma tarefa para casa de listar duas coisas que sabem fazer, que adoram fazer e que podem fazer, além de duas coisas que não sabem fazer, detestam fazer e não podem fazer. O encontro foi finalizado com uma breve avaliação dos participantes. Nos encontros seguintes, a equipe estabeleceu três temáticas de apoio:

1) “Eu como empregado”, cujo enfoque desses encontros é refletir sobre a vivência que os trabalhadores tiveram na situação de empregado, as limitações impostas pela condição de adoecimento no trabalho e reflexões sobre as possibilidades de retorno ao mercado de trabalho. A título de exemplo uma das tarefas envolvia a discussão das respostas das seguintes questões: o trabalho que aprendi no passado, o trabalho que eu gostaria de ter aprendido, o trabalho que faço agora, o trabalho que gostaria de fazer agora, qualidades pessoais que me ajudam na hora de procurar emprego/desenvolver uma atividade, aspectos que tem me atrapalhado na vida pessoal. Aqui são tratados temas como curriculum e dicas para entrevista de emprego. Questões estas que estimulam os participantes a refletir sobre o passado, o presente, resignificando o destino e o futuro (Sato et al, 1993) no mercado de trabalho formal;

2) “Eu como participante do trabalho coletivo”, aqui os debates giram em torno de possibilidades de trabalho em cooperativas e/ou associações, onde são discutidos, por exemplo, os princípios doutrinários do cooperativismo e da economia solidária. De acordo

com Gaiger (2009) a economia solidária pode ser compreendida como prática econômica de iniciativa de pessoas livremente associadas, com algum grau de socialização dos meios de produção, com dispositivos de cooperação no trabalho, elementos de gestão democrática e envolvimento em ações mais amplas a partir do entorno dos empreendimentos. A criação de cooperativas com auxílio de instituições incubadoras<sup>50</sup> pode representar uma alternativa para a melhoria das condições de trabalho, geração de renda e inserção social de grupos excluídos do mercado de trabalho, como o exemplo da incubagem da Unitrabalho junto aos trabalhadores envolvidos na reciclagem do lixo, enquanto ‘redes de sobrevivência’ (Georges e Freire<sup>51</sup> apud Lima, 2009).

Para melhor conhecimento dessa prática, um dos encontros ocorreu no Centro de Convivência e Cooperativa de Santo Amaro (CECCO), onde os participantes puderam conhecer as oficinas e os projetos de economia solidária, como o Clube de Trocas, Geração de Renda e Agricultura Urbana. Também houve oportunidade de conhecer o Centro de Cidadania da Mulher de Santo Amaro, vinculado à Prefeitura de São Paulo, que oferece cursos, atividades e debates em torno de políticas públicas. Em outro encontro os participantes dos GRPs anteriores dão depoimentos sobre a experiência anterior e posterior ao grupo, a fim de apresentarem exemplos reais de superação e luta, o que propicia ao grupo ampliar as possibilidades de mudança sobre a vida;

3) “Eu como empreendedor”, esse encontro ocorre no Escritório Capital Regional Sul do Sebrae, localizado próximo ao CRST/ Santo Amaro, onde são apresentadas as primeiras noções do curso “Aprendendo a Empreender”, assim como os cursos oferecidos pelo órgão. Vale ressaltar que o Sebrae é uma entidade que tem se encarregado de estimular as micro e pequenas empresas no Brasil, aquelas com menos de 99 empregados (Barros e Pereira, 2008). Os empresários que participam do treinamento em empreendedorismo do Sebrae formaram a Associação dos Empreendedores, a Empretec, difundindo a idéia de que se tornar empresário significa ascender socialmente (Leite e Melo, 2008). No entanto, o desfecho mais comum

---

<sup>50</sup> As incubadoras são instituições que fornecem um processo de assessoria, formação e acompanhamento que se estende dos primeiros estágios das cooperativas até a estruturação jurídica e o funcionamento autônomo dos empreendimentos (Gaiger, 2009).

<sup>51</sup> Georges, I e Freire, C, 2007. A naturalização da precariedade: trabalho informal, ‘autônomo’ e ‘cooperativado’ entre costureiras em São Paulo. In Lima, JC (org.), *Ligações perigosas: trabalho flexível e trabalho associado*. São Paulo: Annablume.

desses micros e pequenos negócios é o encerramento das atividades em breve espaço de tempo (Gaiger, 2009). Apesar dessas considerações, a parceria com o Sebrae existe desde a formação do GRP. Nessa etapa do grupo, também há uma abordagem sobre planejamento, execução e avaliação do trabalho, fornecendo subsídios para abertura e manutenção de um negócio próprio.

No último encontro os participantes debatem sobre como chegaram para participar no grupo e como estão saindo do grupo. Alguns relataram participarem de cursos de empreendedorismo no Sebrae, da oficina de corte e costura, no CECCO, ou terem se inscrito no curso sobre Reciclagem, no Centro de Cidadania da Mulher. Além do debate dos textos que tratam de caminhar e tecer o futuro, foi feita a avaliação dos encontros do GRP em questionário próprio, em torno dos temas e conteúdos abordados, técnicas e recursos usados, possibilidade de aplicação do que aprendeu, críticas e sugestões para os próximos. O encontro de *follow-up* foi agendado para os próximos 60 dias.

Os profissionais entrevistados nos falam de um processo contínuo de planejamento e avaliação das atividades, no qual todos os membros da equipe do GRP participam do processo de seleção dos trabalhadores e assumem as atividades que tem mais afinidade no grupo, seja a aplicação de dinâmica, exposição dialogada, registro dos encontros, seja os contatos com parceiros: “*Sobre a divisão de tarefas na equipe, isso tudo faz parte do planejamento que a gente faz antes de começar o grupo*” (Profissional ST 16). A avaliação é realizada em dois momentos: no fim de cada encontro e no encerramento do grupo, com os trabalhadores e usuários e entre a equipe, como ilustra a seguinte fala:

Todo dia faz avaliação, fazemos avaliação depois que termina o grupo, a gente fica junto faz registro dos prontuários e também faz uma breve avaliação de como é que foi o trabalho. No final dos encontros a gente faz avaliação com os pacientes de todos os encontros, eles fazem algumas sugestões, mas a gente enquanto equipe, nós nos reunimos também e fazemos algumas adequações (Profissional ST 16).

Dessa maneira, o processo de avaliação e planejamento das atividades do GRP ocorre de modo contínuo e discutiremos a seguir mais detalhadamente.

## **5.5. Potencialidades do Grupo de Reorientação Profissional, na visão dos profissionais do CRST/ Santo Amaro**

O GRP é uma atividade com quase 10 anos de existência no CRST/ Santo Amaro, que foi sofrendo algumas adequações, ao longo do tempo, e estava em sua décima versão quando realizamos a pesquisa de campo. A experiência do GRP já foi fruto de publicações (Glina et al, 2004), apresentada em eventos como o Prêmio São Paulo Cidade, organizado pela Escola de Formação do Servidor Público Municipal, na Faculdade Ítalo Brasileira e nos Cerest de Rio Claro, Lapa e Freguesia do Ó (Parra et al, 2007). Nesse sentido, os profissionais entrevistados reafirmam suas potencialidades como experiência do CRST de Santo Amaro. Assim, agrupamos o conjunto de considerações dos entrevistados nos seguintes núcleos temáticos, que de certa maneira interagem entre si, são eles: História da proposta, Mudança na abordagem do processo saúde-doença, Reinserção no mercado de trabalho, nos estudos e na vida social.

### **5.5.1. História da proposta**

Como já apontado, a experiência do GRP está consolidada dentro das ações do CRST/ Santo Amaro e completará 10 anos de existência. Sendo assim, a equipe envolvida no GRP desenvolveu um modo peculiar de organização do trabalho com a experiência, pautado no planejamento e avaliação periódica. Tais práticas foram incorporadas no cotidiano do trabalho do Grupo, possibilitando os ajustes necessários para a efetividade de seu funcionamento. Se o CRST, como um todo, não possui espaços de planejamento e avaliação coletiva de suas atividades, o GRP apresenta-se na contramão desta tendência. Além disso, todas as atividades são registradas e documentadas nos prontuários dos pacientes participantes do grupo e em questionários de entrevista de seleção e avaliação, o que permite um registro claro da situação do trabalhador e a possibilidade de seu acompanhamento com o passar dos anos. Além disso, a composição da equipe é organizada de modo multiprofissional, com profissionais de enfermagem, terapia ocupacional e educação em saúde pública, o que possibilita um olhar interdisciplinar sobre o problema, conforme expressa a seguinte entrevistada:

Podemos dizer que de fortaleza o GRP já constitui um grupo organizado, já estamos na sua décima versão, estamos no caminho certo. Outro ponto forte é a característica da organização do trabalho desse grupo, porque é uma equipe multiprofissional, que a gente faz um trabalho transdisciplinar,

ninguém fica falando da sua profissão, fazemos juntos(...). Nós somos documentadas por meio de registro de todas as reuniões, de frequência, pra fazer gráficos de frequência, temos as avaliações diárias, a avaliação final do próprio processo, a gente tabula esse resultado, leva em consideração as sugestões e isso é base de planejamento para pensarmos melhor o próximo e essa reflexão propicia a mudança (Profissional CRST 18).

Além da consolidação do processo de avaliação e planejamento ser considerado, pelos entrevistados, um elemento chave para o aperfeiçoamento das atividades do grupo, também é observado que o processo de avaliação do GRP não se restringe à equipe e aos trabalhadores atendidos. Para os entrevistados, outros profissionais do CRST/ Santo Amaro, que participam da seleção dos trabalhadores para o GRP, observam mudanças significativas na postura desses trabalhadores, tal qual relatado aqui:

(...) eu acho que o Centro de Referência todo está envolvido. Desde o encaminhamento, desde a escolha das pessoas que vão participar, está todo mundo envolvido, o Centro de Referência está voltado pra isso. Tem essa motivação e é legal porque tem assim os médicos que atendem o paciente falam: ‘nossa notei muitas mudanças’, isso é legal pra gente porque é difícil mudar as coisas (Profissional ST 20).

Essa avaliação positiva de outros profissionais do CRST, que não estão diretamente vinculados ao GRP, propicia, de certa forma, para os profissionais diretamente envolvidos um estímulo para continuar a experiência. Ao mesmo tempo em que há reconhecimento entre os pares dos resultados do Grupo, os profissionais envolvidos ganham maior autonomia e flexibilidade na gestão da proposta em relação à chefia do Centro: *“Por parte da direção, praticamente eles dão carta branca pra gente fazer o que acha. Logicamente, nós temos um projeto, a gente já apresentou esse projeto pra direção, pra equipe (...)”* (Profissional ST 16).

### **5.5.2. Mudança na Abordagem do processo saúde-doença**

O trabalho com grupos de discussão é considerado como elemento facilitador para a criação das condições coletivas para se operar a ação educativa, a partir da valorização da experiência e cultura dos sujeitos envolvidos (D’Acri et al, 2009). De acordo com os entrevistados, um dos objetivos do GRP é possibilitar a reflexão dos trabalhadores sobre saúde, trabalho e vida, tanto que as técnicas, dinâmicas, textos, vídeos e relatos de experiência são organizados nesse sentido. Para isso o trabalho pressupõe criatividade daqueles que o executam, conforme os exemplos a seguir:

(...)Nossa proposta de trabalho é de realmente fazer com que as pessoas pensem, então tem que ter discussão, tem que trazer momentos de descontração pra facilitar esta aproximação do técnico e promover essa abertura das pessoas, isso é fundamental e as técnicas promovem isso. A criatividade nesse trabalho pra mim é fundamental (Profissional ST 16).

(...)os encontros a gente não entrega coisas prontas, é mais um grupo de reflexão, pra que as pessoas parem e pensem, o que quer da vida, quais são as possibilidades, o que ela pode fazer, apesar das dificuldades todas. (Profissional ST 17).

À medida em que as técnicas propiciam um espaço de discussão e reflexão sobre a condição do trabalhador, também auxiliam na reconstrução de sua identidade perdida no meio do processo de adoecimento, tanto como trabalhador, quanto de sujeito de sua história:

A fortaleza maior é a oportunidade oferecida ao paciente/ usuário do CRST, a possibilidade de reflexão, de se situar (...) sua identidade, o Dejours fala dessa perda de identidade do trabalhador, a lesão e todas suas conseqüências sociais e econômicas(...). Eu creio que o GRP facilita esse processo de encontrar essa identidade nova, de ter esse olhar, de que ele não está descartado, que pode ser sujeito da sua história (Profissional ST 18).

Aqui a entrevistada reafirma o achado de Sato et al (1993) de que a atividade grupal pode se constituir como um espaço de aprendizado e ressignificação de si no mundo, facilitando o desenvolvimento de um processo em que os trabalhadores adoecidos por LER, no caso, passem a situar-se como sujeitos. Outra potencialidade do GRP no sentido de produzir mudanças nos seus participantes é que o grupo auxilia na construção de um novo olhar sobre as possibilidades de vida, para além das dificuldades atuais:

Têm dificuldades financeiras, dificuldades físicas, emocionais, cada um tem a sua dificuldade, que já vêm no pacote, mas eu acho que acima de tudo é mostrar que existem possibilidades, existe uma luz no fim do túnel, que não é porque eles têm problemas de saúde, que têm dificuldades que o mundo se fechou pra eles, eu acho que é mais por aí (Profissional ST 17).

Desse modo, superar as dificuldades significa reconhecer suas potencialidades e limitações, assim como ampliar objetivos de vida, conforme relatado aqui:

Ter auto conhecimento de suas limitações e potencialidades, a maioria tem um quadro crônico e eles tem que entender como podem fazer as coisas. Ter autonomia, ter conhecimento do seu corpo e à medida que a gente vai oferecendo isso, ele vai tomando uma consciência de si, que ele nem tinha antes. Ele era uma peça de engrenagem, agora ele pode se reconhecer: eu sei que eu gosto, o que eu não gosto, o que eu quero fazer, o que eu posso fazer, são exercícios pequenos que vão levando a essa consciência de si (Profissional ST 18).

Nesse sentido, a proposta supõe novas possibilidades de abordagem da saúde-doença, já que vai além das formas convencionais do modelo médico-assistencial, por se constituir uma intervenção em grupo, coletiva, por equipe interdisciplinar, visando potencializar as capacidades dos sujeitos, mudanças de percepção e atitudes, assim como seu fortalecimento para reinserção no mercado de trabalho, nos estudos e na vida social.

### **5.5.3. Reinserção no trabalho, estudos e vida social**

De acordo com os entrevistados, o GRP lida com uma questão muito atual que diz respeito ao mundo do trabalho e às dificuldades de reinserção dos trabalhadores com seqüelas de adoecimento e acidente de trabalho no mercado de trabalho deteriorado (Pochman, 2004), conforme discutimos no Capítulo 2. Para eles, a permanência no “papel de doente” se mostra como alternativa de sobrevivência dos trabalhadores frente à essa problemática contemporânea. Isso porque, a doença como realidade impõe aos trabalhadores o rearranjo de todos os dados que têm sobre si, ou seja, da sua identidade pessoal e social (Sato et al, 1993). Romper com o individualismo, com a resignação queixosa dos trabalhadores adoecidos, desenvolver uma consciência crítica e suscitar a transformação (Hoefel et al, 2004) são os grandes desafios para o trabalho em grupo nesse contexto. Diante dessas questões, os profissionais entrevistados afirmam que o GRP oferece a possibilidade do trabalhador dar um novo sentido à sua história pessoal, através de sua reinserção em outra atividade de trabalho, apesar de suas próprias limitações:

Na verdade essas pessoas têm muita dificuldade de se reinserir, voltar a trabalhar e acaba sendo extremamente vantajoso pra elas de alguma forma(...)ficar no papel de doente, porque ele não tem muito alternativa diferente disso, qualquer lugar que ele for é discriminado, porque ele já foi doente. Ele ficou com seqüela, então ele não vai poder fazer o trabalho que ele sabia fazer(...) Eu acho que o que pode ser feito no sentido desse cara se reintegrar na sociedade, na produção, não no sentido do mercado, porque ele tem alguma saúde que ficou, não está só doente (Profissional HC).

No caso de trabalhadores adoecidos por LER, por exemplo, estar destituído da capacidade de trabalhar, mesmo que involuntariamente, implica em sentimentos de incapacidade e culpa, além do que ressentem-se com as incriminações veladas e explícitas (Ribeiro, 1999). Desse modo, dar a possibilidade do trabalhador reconhecer-se nesse mundo do trabalho (Sato et al, 1993), entender o porque adoeceu pelo trabalho e aprender novas experiências de trabalho

representa uma importante potencialidade do GRP, conforme expresse aqui:

Hoje em dia o trabalhador é considerado como sucata(...). Ele adoeceu, ele é substituído, ele vai mesmo pra sucata, porque tem outro, tem a fila, o exército de reserva, pra eles catarem outro trabalhador e colocar no lugar. (...)E ele realmente é inserido novamente no mercado não como mais uma peça, ele é inserido no mercado como uma pessoa que começa a entender realmente o processo de trabalho (Profissional ST 19).

Assim sendo, uma potencialidade do trabalho do GRP é fornecer subsídios para que os trabalhadores possam se reinserir no trabalho, visto que o retorno à atividade produtiva se mostra fundamental para o resgate da autonomia e cidadania (Hoefel et al, 2004). A retomada dos estudos também apresenta-se como potencialidade dessa ação: *“Quando você está no grupo de reorientação profissional e a pessoa fala assim: estou pensando em voltar a estudar, isso é êxito pra mim”* (Profissional ST 16). Isso porque, uma constatação dos profissionais entrevistados é que, em geral, o nível de escolaridade dos trabalhadores atendidos é muito baixo e o GRP desenvolve neles a necessidade de melhorar a capacitação:

Eu acho que é exitoso porque dessas experiências que eu participei do grupo, você tem muita gente que voltou a estudar que não pensava nisso. Outras pessoas que realmente se tornaram empreendedoras. A gente tem um paciente que agora ela virou uma diretora de vendas de uma empresa de cosmético (Profissional HC).

Mesmo que o trabalhador não saia do grupo inserido necessariamente no mercado de trabalho, os entrevistados afirmam a potencialidade do GRP em promover mudanças na sua vida, ou seja, ter um papel terapêutico de promover a redefinição do comportamento de passividade para a adquirir outra postura frente às situações associadas ao adoecimento (Hoefel et al, 2004). Dentre as mudanças promovidas pelo grupo, a recuperação da sua auto-estima<sup>52</sup> é frequentemente citada, para que os trabalhadores possam buscar a transformação da vida. Segundo os profissionais entrevistados: *“O êxito nessa transformação mesmo das pessoas. As pessoas são outras, você conversa com elas, nossa! A auto-estima, na questão de ir atrás do que elas realmente querem. Então acho que, falta só um apoio, de repente as pessoas deslancham e vão por conta. É um apoio”* (Profissional ST 20). Os profissionais reafirmam a importante mudança dos trabalhadores participantes operadas pelo grupo, no sentido da sua

---

<sup>52</sup> A auto-estima pode ser considerada uma parte da percepção de si mesmo, que expressa sentimento ou atitude de aprovação e/ou de repulsa de si, e demonstra quanto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso (Andrade, Souza e Minayo, 2009).

auto-valorização e construção de novas perspectivas:

E quando ele vem aqui, ele realmente entende o que é o trabalho, ele começa a aumentar a sua auto-estima, ele começa a ver que não é aquilo mesmo que está sendo considerado, que realmente ele tem valor, que ele pode exercer um outro. Ele tem tendinite, o braço está doendo, mas ele pode fazer outra coisa, o cérebro funciona, as pernas funcionam, ele pode ser outra coisa, ele pode fazer alguma coisa (Profissional ST 19).

A mudança pode ser expressa ao longo dos encontros ou na avaliação final, sinalizando que os trabalhadores entram de uma forma e saem de outra, conforme o seguinte relato:

Em vários encontros a gente vai fazendo a avaliação do dia, mas no último encontro quando eles têm oportunidade de falar, tem uma técnica que a gente usa massa e gente fala pra eles expressarem através de uma forma. Então vou te dar um exemplo que me veio agora na cabeça, ele fez uma bolinha colocou uma folhinha e disse: ‘antes eu era um limão, então eu tava amargo, tava triste e agora esse laranjinha, agora eu estou como uma laranja, sou mais doce, mudei a cor!’ A pessoa expressa isso (Profissional ST 16).

Desse ponto de vista, a mudança operada na atitude e na maneira de olhar a vida, por parte dos trabalhadores usuários, representada numa dinâmica de grupo, demonstra para os profissionais do CRST uma relevante consequência da intervenção grupal no processo de superação física e psicológica dos trabalhadores. Desse modo, é factível a aproximação do conceito de vulnerabilidade, como um conjunto de aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade de doenças e agravos (Sanchez e Bertolozzi, 2007), com as práticas de saúde e as diferentes possibilidades de intervenção.

#### **5.5.4 Potencialidade do Grupo de Reorientação Profissional, na visão dos trabalhadores usuários**

A fim de compreender esse processo de mudança relatado pelos profissionais, entrevistamos sete trabalhadores que participaram do grupo em algum momento de sua história. Quatro deles participaram do primeiro GRP, que ocorreu em 2002, uma participou do GRP da turma 3, outra do GRP da turma 9 e outro foi entrevistado após o último encontro do GRP 10. Os entrevistados afirmam mudanças sobre as perspectivas de vida ocorridas com a participação no grupo. Assim, objetivando organizar essas falas, selecionamos três temas frequentes. São eles: Conhecer e trocar experiências com outros trabalhadores; Ampliar os horizontes e mudar o sentido da vida e Reinserção no trabalho, no estudo e na vida social.

#### 5.5.4.1. Conhecer e trocar experiência com outros trabalhadores

Ao se referirem ao trabalho em grupo de discussão D'Acri et al (2009) defendem a noção de que o encontro dos trabalhadores no grupo apresenta-se como uma arte que produz novas subjetividades, contornando o medo e a falta de informação. Esta característica é assinalada por grande parte dos trabalhadores entrevistados, que afirmam que a participação no grupo possibilita um espaço de troca de experiência. Encontro este que ocorre entre pessoas diferentes, com profissões diferentes, mas que vivenciaram situações semelhantes de adoecimento no trabalho. De acordo com Sato et al (1993) a vivência grupal pode possibilitar que seus integrantes produzam entre si efeitos singulares, novas representações, fruto da discussão e elaboração de temas e ansiedades comuns, o que pode ser ilustrado aqui:

Primeiro esse grupo é um grupo com vários casos, um diferente do outro, vários tipos de pessoas. Eles não fazem uma separação, é todo mundo junto e eu acho bacana isso(...). E aí você ouve as experiências de cada um e você vê que as pessoas chegam ali todas no mesmo nível: destruídas emocionalmente, achando que não podem nada, não são nada, porque na hora que elas mais precisaram do sistema, pode-se dizer assim, o sistema jogou elas de lado, porque enquanto você é trabalhador saudável você está muito bem pra todas as empresas e todos os órgãos. Quando você passa a ter algum problema de saúde, você é jogado de lado como se não servisse mais pra nada. E eu me senti assim mesmo literalmente falando. E aí ouvindo aquelas experiências, aquelas histórias você se identifica sempre com alguém. (Trabalhador 9)

A troca de experiência entre os trabalhadores participantes do GRP promove um processo de identificação entre os trabalhadores, a partir das semelhantes histórias de peregrinação e sofrimento decorrentes da doença. Para Ribeiro (1999), o processo de invalidação da pessoa adoecida pelo trabalho é um só e se externaliza em múltiplas e simultâneas pressões, vinculadas a mecanismos de dominação, exercidos por diferentes sujeitos, sejam eles as chefias imediatas e colegas de trabalho, os serviços médicos das empresas, a previdência social, sejam dos próprios familiares. A verbalização dos sujeitos e a escuta instaurada permite a criação de uma nova identidade (Hoefel, 2004). Esse mecanismo de identificação sinaliza, na maior parte dos casos, que o problema não é da ordem individual e sim uma questão coletiva e social. Assim sendo, a dinâmica grupal permite que se avance de uma perspectiva individual, condição de ingresso, para uma coletiva, condição de estabelecimento da identidade de grupo (Sato et al, 1993), conforme demonstra o relato a seguir:

Eu não conseguia dormir, eu tinha medo de tudo. Eu sou muito vaidosa, eu passei a não ter vontade de mais nada, às vezes eu deitava e pensava: ‘não tô com vontade de tomar banho, não quero tomar banho’. Aí quando ela me convidou que eu cheguei aqui, que eu vi as histórias das pessoas que estavam igual a minha, outra pior do que eu. E elas venceram, elas lutaram, elas deram a volta por cima, isso fez com que eu me reanimasse, com que eu me levantasse.(...) De ver a vida das outras pessoas, como eles vivem, como eles viveram, como eles deram a volta por cima(...) me ajudou muito, dizer não, você é capaz (Trabalhador 13).

Fica, então, clara a importância desse espaço de troca proporcionado pelo GRP e da relevância da participação de trabalhadores que já passaram pelo grupo contarem sua histórias de superação diante das dificuldades e limitações impostas pela doença ou acidente de trabalho. A história vivida pelo outro se torna exemplo de que é possível mudar o rumo da sua própria história, estimulando os trabalhadores a buscarem novas alternativas para sua vida. O relato abaixo expressa esta questão:

Quando você chega no GRP eles conversam, falam, te incentivam, perguntam o que cada um queria(...) tenta direcionar se nós temos vontade de fazer alguma outra coisa. Pergunta o que cada um tem e aí cada um vai falando. Sem dizer que, quando se junta todos, são várias pessoas trocando idéias e nessa troca você troca conhecimentos, cada um vai passando a sua vivência. Aí você vai vendo que não é só você que tem problema, que o outro também tem, que aquele está procurando lugar pra fazer alguma coisa, que aquele está tentando mudar, aí você também vai caminhando (Trabalhador 12).

A diferença entre como ingressaram e como saíram do GRP, no que tange à doença, pode ser avaliada pela possibilidade de ampliar o olhar, as perspectivas e pela atitude diante do mundo, que falaremos a seguir.

#### **5.5.4.2. Ampliar os horizontes e mudar o sentido da vida.**

Sato (1996) nos fala das repercussões para a saúde mental dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, devido às perdas físicas em decorrência dos mesmos, que tornam os trabalhadores incapacitados temporariamente ou permanentemente para atividade laboral, gerando sentimentos de impotência e incapacidade. Como exemplo, Sato (1996) cita o caso de trabalhadores com LER que expressam medo e insegurança em relação ao futuro, dificuldade em lidar com a “invisibilidade” da doença e com o preconceito diante da mesma, seja na família, no trabalho ou entre os profissionais de saúde. Nesse sentido, uma das características mais relatadas pelos trabalhadores entrevistados diz respeito à condição de

sofrimento mental quando chegam no GRP, fruto das seqüelas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, das limitações para o trabalho e atividades diárias, por terem passado por um processo de peregrinação para caracterizar o nexos com o trabalho, para a garantia de benefícios do INSS ou por um histórico de direitos negados e de exclusão social.

Os sentimentos decorrentes da incapacidade física e psicológica podem levar os trabalhadores a se desvalorizarem, com impactos sobre o auto-conceito, percepção de si, tendo por consequência uma fragilidade interna, psicológica, à medida em que se percebem sem saídas e sem apoio. Percepção esta que pode resultar em quadros depressivos variados, dependendo do grau de investimento afetivo sobre o trabalho (Sato et al, 1993). A auto-estima se refere a um auto-conceito de si, expressando o sentimento ou atitude de aprovação e/ou de repulsa, demonstrando o quanto o sujeito se percebe como capaz, significativo, bem-sucedido e valioso. Importante frisar que o auto-conceito e a auto-estima são atributos individuais, que são moldados nas relações sociais e decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, visto que influenciam a percepção dos acontecimentos e das pessoas, além do comportamento e das vivências individuais (Andrade, Souza e Minayo, 2009).

De acordo com Ribeiro (1999) não poder trabalhar é assustador, socialmente marginalizante e pode, nos casos definitivos, destruir a pessoa que está fortemente identificada, nos tempos atuais, com a necessidade social, familiar e individual de trabalhar. Conforme observamos nos relatos dos trabalhadores participantes do GRP o sofrimento mental e os sentimentos de baixa auto-estima acompanham a seqüela do acidente e doença relacionada ao trabalho. Nesse sentido, o GRP possibilita a valorização da percepção sobre si e uma consciência crítica, que propulsiona ações transformadoras da realidade social (Hoefel et al 2004), como observado a seguir:

Eu acho que ajudou muito, na questão da auto-estima, que a gente quando está nessa situação fica muito depressivo, sem perspectiva. Eu tava na empresa e passei por muito humilhação e muita coisa, eu cheguei a ficar com a síndrome do pânico(...). Eu estava muito depressiva, muito angustiada com toda aquela situação e o GRP acho que me ajudou a enxergar as coisas além disso, ver que eu não era aquela inútil que a empresa tava dizendo que eu era, como se eu não tivesse mais serventia mais pra nada(...). Hoje eu não aceito, tenho um sentimento crítico das coisas, uma visão crítica. Se você me falar alguma coisa que eu sinto que não é legal pra mim ou pro grupo que eu estiver, eu vou protestar. (...) a meu ver a coisa mais importante que tem no GRP é essa possibilidade de você ver adiante novos horizontes, saber que você é capaz de seguir em frente, independente da doença, embora a doença

não vai curar, não sai porque é crônica. Mas você não vai ficar ali só pensando na doença e esquecendo da vida (Trabalhador 11).

A inserção no grupo parece contribuir para que o trabalhador possa se reconhecer como sujeito de direito e informação, no sentido da produção de uma subjetividade ética de coresponsabilidade pela saúde no trabalho (D'Acri et al, 2009). No contexto de vulnerabilidade social, o CRST/ Santo Amaro constitui um importante espaço de acolhimento e assistência desses trabalhadores, seja no âmbito do atendimento médico, do serviço social, da terapia ocupacional, fisioterapia e de outras especialidades. Os trabalhadores entrevistados reconhecem o CRST como um lugar de apoio:

O Centro de Referência pra mim é um lugar que me acolheu, acho que na hora que eu achei que eu não tinha mais saída. Porque você pensa assim: você vai pra onde? Você vai num lugar o médico fala é isso, vai pra lá, um joga pra lá, um joga pra cá. Até chegar em alguém que não, aqui você vai ficar, aqui é o seu lugar, aqui a gente vai cuidar de você até o fim (Trabalhador 13).

No afastamento do trabalho para o tratamento de saúde, muitas barreiras são colocadas na trajetória desses trabalhadores, fazendo com que se limitem a ter uma percepção de si apenas como doentes, o que restringe sua visão sobre o mundo ao seu redor, como o exemplo seguinte:

Olha, antes de participar do GRP era só passar no médico, pegar relatório, fazer exame, tal e procurar o INSS, não tinha outro ponto de vista. Procurando por aí, vê se encontrava um trabalho, mas a pessoa depois de 45 anos, ainda quando ela tem problema de saúde é difícil encontrar, eu procurei, várias vezes, distribuí currículo, tudo. (...) Foi nesse grupo, o GRP, que consegui abrir mais a minha mente pra outras profissões, pra ir atrás de outras coisas que interessa (Trabalhador 14).

O GRP fornece subsídios para que os trabalhadores possam ampliar suas perspectivas para além do contexto da doença e dos benefícios sociais decorrentes. Por isso, muitos relatos tratam da ampliação dos horizontes e das mudanças na vida processadas através da recuperação da auto-estima perdida com o adoecimento e afastamento do trabalho:

Depois que entrei no GRP mudou bastante coisa. Eu achava que minha vida tava acabada, que eu não tinha mais nada pra fazer, sem dizer que você chega a sentir a pior das piores. Sua auto-estima está lá em baixo. Você já passa por tantas humilhações no serviço, na própria instituição do INSS. (...) com o pouco que elas têm elas conseguiram mudar a minha vida(...), hoje eu estou formada(...). Porque assim: 'como é que eu vou escrever?' e elas falavam pra mim: 'grava!', 'Mas como não sei o que?' 'Tira xérox'. Elas

sempre tinham uma idéia formidável (...) ‘Não, você vai conseguir, você consegue’ (trabalhador 12).

Conforme pode ser observado no relato anterior, a trajetória do trabalhador adoecido pelo trabalho é marcada pela negação de sua condição de cidadão, numa situação de indefinição social (Cohn et al., 1985) e os profissionais do GRP estimulam a capacidade das pessoas enfrentarem os problemas, a partir de suas condições concretas de vida (Campos, 2007), fornecendo elementos para o processo de mudança, em que os trabalhadores comecem a acreditar em si mesmo, dando respostas menos estereotipadas às situações e buscando outras saídas para a própria vida:

As pessoas não sabem a sua orientação, acham que não têm competência pra fazer outras coisas além daquilo que ela fazia. E no GRP vê que podem fazer as coisas e ir além disso(...) Porque a pessoa fica doente na empresa, ela se sente inútil, que não serve pra mais nada(...) o GRP serve pra dar auto estima pras pessoas se valorizarem, não dizer: ‘eu não posso fazer’ e dizer ‘eu posso fazer, eu vou fazer, eu vou conseguir’(...) me deu mais segurança, além de dar aquela **vontade de viver mais** (Trabalhador 10, grifos nossos).

Porque você chega ali limitada, porque era aquilo que você sabia fazer. E você não acredita que consegue fazer outra coisa, mesmo porque com sua limitação você vai fazer o quê? Elas vão abrindo os horizontes da gente, dando sugestões, você ouvindo as experiências das outras pessoas(...). Então pra uma mulher que tava lá com a auto-estima baixa, sentindo um nada, de repente eu resolvi ir, por conta de todo conjunto e experiências de pessoas que estavam no mesmo nível que eu, eu resolvi fazer (Trabalhador 9).

Desse modo, mais do que um grupo que busca a reinserção no trabalho, o GRP possibilita o aprendizado de outros possíveis caminhos que se pode trilhar na vida, de novos sentidos de existência pautados pelo esforço de superar as próprias limitações e a atitude de transformar a condição de doente na condição de sujeito da sua própria história. Vale lembrar, que nem todos os membros do grupo conseguem encontrar saídas individuais e/ou coletivas (Sato et al, 1993), a mudança não ocorre de forma homogênea, nem instantânea, mas o GRP apresenta subsídios para que os trabalhadores possam agir, com outro ponto de vista sobre a doença, o trabalho e a vida. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores relatam a troca de experiências, também situam a possibilidade de refletir sobre a realidade vivida e trocar conhecimentos, o que serve de base para a atitude transformadora. Atitude esta que pode estar vinculada à vontade de reinserir-se no trabalho, retomar os estudos, assumir responsabilidade política ou simplesmente mudar sua própria perspectiva de vida, conforme discutiremos a seguir.

### 5.5.4.3. Reinserção no trabalho, no estudo e na vida social

Parte dos trabalhadores entrevistados apresentam grandes expectativas de reinserção no trabalho, o que demanda, entre outros aspectos, o reconhecimento de suas limitações físicas, seus desejos e suas potencialidades para trabalhar em outra profissão ou área, que não comprometa seu quadro de saúde. Há dificuldade para se identificar que é possível fazer coisas de modo diferente daquele conhecido e praticado até o processo de adoecimento (Sato et al, 1993). Em outras palavras, mudar hábitos, modos de ser e trabalhar é um importante desafio para os trabalhadores participantes do GRP. Mesmo assim, uma das trabalhadoras entrevistadas expressa a mudança na carreira profissional, sinalizando que aproveitou a oportunidade que surgiu de passar da área administrativa para a área de vendas de produtos de beleza: *“Eu sempre gostei da área da beleza e fui direcionada pra essa parte porque recebi um convite; então pra mim talvez tenha sido até mais fácil por conta desse convite. E fui aos pouquinhos alcançando os meus objetivos e minhas metas”* (Trabalhador 9).

Além do reconhecimento de suas próprias limitações e potencialidades, o GRP propicia aos trabalhadores o conhecimento de outras formas de se trabalhar, para além do mercado formal, como em cooperativas ou empreendendo um negócio próprio. Dentre as atividades programadas no GRP são apresentadas experiências de cooperativas, alternativas de oficinas, cursos profissionalizantes ou sobre empreendedorismo. Frise-se que o retorno ao mercado de trabalho pode ser entendido como a retomada do exercício de uma atividade econômica e manutenção de uma fonte de renda, para a própria sobrevivência. Essa questão é ilustrada como de suma importância para os entrevistados, conforme o exemplo a seguir:

Aqui eu já descobri que tem outras formas de trabalho que você pode exercer mesmo com os problemas que você tem, que não comete muitos esforços naquela parte que você tem os problemas de saúde. Pra mim foi bom, conheci o rapaz lá da reciclagem, a gente foi no centro de referência da mulher, a gente foi lá no CECCO(...) que tem a parte de marcenaria, tem várias atividades lá dentro, a gente pode fazer ali um cursinho daquilo e até exercer no dia a dia(...). Olha o que eu vejo de positivo aqui é que **todo mundo está buscando a melhoria pra si próprio, de sobreviver**. Todos nós estamos aqui atrás da saúde, atrás de um curso pra melhorar nosso dia a dia, pra arrumar um emprego ou descobrir outra forma de nós trabalhar por conta mesmo, pra sobreviver, ter o nosso salário (Trabalhador 14, grifos nossos).

Interessante aqui a referência da busca da sobrevivência e do entendimento de que ir atrás de saúde significa melhorar o dia a dia, através do próprio trabalho. Para outros entrevistados, o

GRP teve importância no sentido de estimular a atitude de retomar os estudos, sendo fundamental a parceria com instituição de orientação vocacional gratuita, que auxiliou a trabalhadora na escolha de outra profissão, como refere a entrevistada:

Foi por aqui que eu fui e consegui entrar na faculdade. Porque eu tenho 43 anos, eu tinha 39, voltar a estudar...Então fiz orientação vocacional, aí eu fiquei um tempão nesse grupo, que também foi do pessoal aqui que me indicou. Do grupo eu fiz o teste pra faculdade, sendo que é particular lá em Taboão da Serra. E aí eu passei, entrei e me formei agora em 2007 (Trabalhador 12).

De acordo com outra entrevistada, a atitude de retomar os estudos e concluí-los deu outro significado para a vida:

Através do GRP eu voltei a estudar, voltei a fazer o ginásio, às vezes eu tinha vontade de deixar, de largar e elas em cima falando, não, vai, continua... Terminei o colégio e minha vida modificou bastante.(...) Hoje eu participo do conselho gestor, da associação dos portadores de Chagas, eu faço parte do fórum de patologias, que a gente tem uma reunião na secretaria da saúde. Eu faço parte também do fórum da seguridade social (Trabalhador 10).

O novo significado da vida após o GRP e a conclusão dos estudos é representado pelo engajamento na ação coletiva (Sato et al, 1993), como representante dos usuários no Conselho Gestor do CRST/ Santo Amaro, participando de associações e Fóruns Permanentes. O grupo opera uma abertura para a reconstrução da cidadania no espaço social, a partir da ressignificação do cotidiano, do fortalecimento do sujeito e do desenvolvimento de sua auto-determinação (D'Acri et al, 2009). Outros trabalhadores entrevistados se envolveram na luta política, como espaço de mudança para sua vida e da coletividade, conforme ilustra o entrevistado:

Eu saí do interior vim pro chão de fábrica, trabalhei com aquela visão tampada e aqui eu consegui criar uma associação e andar, discutir, sentar com pessoas que eu nunca imaginei de estar sentando e discutir a saúde da gente, acho que isso também foi um avanço muito grande.(...) Olha o GRP acho que foi uma iniciativa muito boa dos técnicos (Trabalhador 7).

A participação em atividades políticas representa para os trabalhadores envolvidos um empoderamento social antes negligenciado na sua história, mas que após a experiência vivida e o novo olhar adquirido no GRP assume um importante significado para suas vidas, que passam ser voltadas para a luta por melhoria sociais. O relato abaixo ilustra com grande riqueza esse empoderamento:

Eu participei do primeiro GRP aqui do Centro de Referência, na época o foco era pra gente saber o que poderia ser feito depois que sai da empresa (...). Eu queria ser uma monitora do meio ambiente e voltada pro turismo. Só que depois tudo mudou: eu comecei a pintar quadros, telas, participei de algumas feiras de economia solidária, de outros eventos aqui do Centro de Referência, aqui do GRP. Logo após eu aposentei, aí já mudou totalmente as coisas na minha vida. A gente, devido às dificuldades no transporte em Embu Guaçu e tantas outras coisas, focou em criar uma associação de moradores, a qual eu fui eleita presidente. Comecei a desenvolver esse trabalho, na questão comunitária de reivindicação de meio de transporte, pela Associação dos Moradores de Embu Guaçu em Ação. Essa associação é voltada em defesa dos direitos da comunidade, dos moradores do município. (...)Várias outras ações foram feitas como emendas parlamentares, fui eleita delegada da conferência de saúde do trabalhador, conferência das cidades, conferência da inclusão racial e tantas outras conferências e conselhos que eu participo. Fórum em defesa da vida(...). Hoje eu coordeno também o movimento de moradia em Embu Guaçu, sou conselheira de saúde do município. Meu dia-a-dia hoje é voltado totalmente pra questão da sociedade e da comunidade. (...)aí eu parti dessa questão pro campo mais político mesmo e questão social. Estou procurando aprender cada vez mais, procurando cursos e me informar. Não consigo mais fazer atividades laborativas, assim de casa, não consigo, mas minha língua não está doente. Eu gosto de falar e eu aproveito pra usar o que eu posso (Trabalhador 11).

Esse extenso depoimento serve de exemplo para a compreensão da transformação operada na trajetória de vida e trabalho após o adoecimento, a participação das atividades no CRST, no GRP e a decorrente aposentadoria por invalidez. Trajetória esta marcada pelo desenvolvimento de uma consciência crítica, que rompe com a postura de resignação, mobiliza para a ação e resgata o sujeito para a esfera pública (Hoefel et al, 2004). Vale ressaltar que os trabalhadores entrevistados falam que dar novos rumos à vida, seja com um novo trabalho, estudo ou ação política, não significa ter se curado da seqüela da doença ou do acidente. As limitações na vida cotidiana continuam existindo, assim como as crises de reagudização dos sintomas (Sato et al, 1993). Como observamos nas falas dos entrevistados: *“Eu continuo tendo problemas, eu passo por psiquiatra, eu passo por psicólogo, me seguro ao máximo pra não voltar pro INSS, faço de tudo.(...) Eu sempre falo isso pra eles: ‘eu ainda luto e continuo’”*(Trabalhador 13, *grifos nossos*). De algum modo, os trabalhadores expressam que tiveram que aprender a conviver com a dor e/ou respeitar os limites do corpo, mas melhoram a qualidade no viver.

## 5.6. Dificuldades do Grupo de Reorientação Profissional

As dificuldades relatadas pelos profissionais e trabalhadores usuários para o desenvolvimento do trabalho no GRP e no CRST/ Santo Amaro foram agrupadas nos seguintes núcleos temáticos: Recursos Materiais e Financeiros; Relações intra e interinstitucionais; Dificuldade em promover mudança, e; Desafios para a gestão do processo de trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS.

### 5.6.1. Recursos Materiais e Financeiros

O GRP não demanda do CRTS/ Santo Amaro grande montante de recursos materiais e financeiros para sua execução. Ao contrário, a atividade é realizada na sala de reunião do CRST e são utilizados recursos audio-visuais, textos e materiais simples visando a aplicação de técnicas de dinâmicas de grupo. Um recurso necessário para que o grupo ocorra é o custeio do transporte dos participantes, café e lanche para os mesmos. No entanto, nem sempre essas necessidades são contempladas, tanto o é que grande parte dos entrevistados falam das dificuldades relacionadas aos recursos financeiros. Dentre as principais, o transporte: *“No grupo anterior a gente teve, nesse grupo aqui na entrevista a gente fez praticamente uma promessa que teria passe social, então é uma questão de responsabilidade, tem que conseguir esse passe pro pessoal vir. É uma dificuldade”* (Profissional ST 16). Isso porque os participantes são desempregados ou estão em condição de “pré-desempregados”, como explicita a seguinte fala: *“A dificuldade é a questão econômica mesmo, social, a dificuldade de passe é um problema, porque muitos deles estão desempregados. Então, a gente não conseguiu agora, o que já atribui um pouco dessa quebra do número de pessoas”* (Profissional ST 20), assim, a simples ausência de recursos de transporte pode inviabilizar a participação de muitos trabalhadores no GRP, tal qual ocorreu no grupo 10, em que de um total de 20 selecionados, apenas 9 trabalhadores concluíram a atividade.

Os trabalhadores usuários entrevistados também reconhecem a falta de recursos e materiais no CRST/ Santo Amaro:

Acho que falta existir mais dinheiro nesses centros de saúde, pra melhorar mais pra nós e pros próprios funcionários aqui dentro, dar mais condições pra nós. Porque se eles não têm condições como é que vão dar pra nós? (Trabalhador 14).

As meninas são extremamente dedicadas, mas elas não têm material pra trabalho, pouco material pra trabalhar com o pessoal(...) falta uma maior ajuda financeira pra que eles tenham condições de atender os trabalhadores de uma maneira melhor (Trabalhador 9).

Olha o Centro, eu achei que a interferência (política governamental) foi o desmonte(...). Nós tivemos uma esperança disso aqui avançar muito, que apareceu o dinheiro da Renast (...) o dinheiro não chegava aqui e aí eu (como conselheiro gestor) fui pra Brasília e foi aquela confusão toda (...) Hoje as principais dificuldades é a gente vê uma estrutura dessa aqui ser mantida com R\$600,00, que não dá pra gente sustentar uma casa, não dá pra gente sustentar a manutenção imagina de um prédio desse(...) Dificuldade é o recurso, o repasse de dinheiro mesmo pra manter, dar condição para os técnicos trabalharem (Trabalhador 7).

Nesses depoimentos os usuários entrevistados aliam a falta dos recursos financeiros, inclusive da própria Renast, às condições de trabalho dos profissionais do CRST e à qualidade do atendimento do trabalhador. Apesar da insistência dos usuários, na condição de conselheiros, para acessar a verba que chega no município de São Paulo, proveniente do Governo Federal, via Renast, o CRST permanecia, no período da pesquisa de campo, sem esse recurso, o que inviabiliza a execução de uma série de ações.

A mesma referência é feita com relação ao espaço físico para as atividades do GRP, realizada na sala de reunião do próprio CRST, com capacidade para 20 pessoas: *“O ruído externo me incomoda, a sala de reunião é uma sala pequena que tem ruído”* (Profissional ST 16). Ou, do ponto de vista do trabalhador usuário: *“Eu acredito que se elas tivessem mais verba, mais algumas coisas, lugar mais arejado, maior, mais amplo pra estar trabalhando...”* (Trabalhador 12). Assim sendo, a ausência de recursos financeiros para as atividades de ST no CRST alia-se as dificuldades relativas às instalações físicas da sala de reunião, reduzindo consideravelmente os efeitos das ações de ST em grupo.

### **5.6.2. Relações intra e interinstitucionais**

O GRP construiu parcerias com instituições como o Sebrae, CECCO, Centro de Cidadania da Mulher, mas na visão dos entrevistados poderia expandir a articulação com outras instituições fora do setor saúde. Entre elas, o próprio INSS, que teria como função reabilitar os trabalhadores, é citado como uma instituição que atualmente está fora do rol das parcerias do projeto do GRP, mas que teria potencialidade para oferecer alternativas de trabalho e relocação profissional. Por outro lado, há profissionais do CRST que salientam as

dificuldades existentes para se estabelecer articulações com o INSS e com outros órgãos da SMS e da prefeitura de São Paulo: *“Sempre foi muito difícil trabalhar com o INSS e até com a nossa própria secretaria municipal, que o Centro de Referência era considerado um apêndice da secretaria municipal, da coordenadoria de saúde”* (Profissional ST 19).

O incremento da articulação com outras instituições também é referido por profissional entrevistada pela possibilidade do GRP trazer não apenas a reflexão e o sentimento de mudança, mas para ampliar as oportunidades de capacitação e inserção no mercado de trabalho para seus participantes:

É tentar implementar parcerias, estar incrementando parcerias pra que a gente consiga não só fazê-los refletir, mas de repente direcioná-los pra alguma tipo de trabalho mais concretamente, com parcerias com outras instituições fora do setor de saúde (Profissional ST 17).

O mesmo sentimento é compartilhado por trabalhador que participou do grupo, pois acredita que o GRP poderia dar alternativas mais concretas de cursos e reinserção no trabalho: *“(…) talvez uma parceria pra estar promovendo alguns cursos profissionalizantes, uma coisa mais técnica pra preparar essas pessoas. O GRP é importante, mas não basta o GRP se a pessoa não ter condições de dar continuidade”* (Trabalhador 11).

No que tange ao CRST/ Santo Amaro essa fragilidade no estabelecimento da articulação interinstitucional também se mantém. A relação com as Universidades é limitada à residência médica e estágio de alunos do curso de terapia ocupacional da USP. Os sindicatos participam indiretamente como representantes do Conselho Gestor, como já foi assinalado. Atualmente a única instituição externa que está envolvida nas ações é o Ministério Público Estadual, devido ao convênio firmado na década de 1990.

Os entrevistados expressam uma fragilidade também na relação entre órgãos do próprio SUS, referenciado por Cavalcanti (1996) como de isolamento da rede municipal de saúde. Embora haja uma articulação para a regulação de exames, a relação com a rede municipal como um todo não está consolidada: *“Não, a gente estabelece relação só em termos de regulação, exames, mas é muito pontual, não de instituição pra instituição, que eu me lembre, não tem nenhuma”* (Profissional ST 13). Recentemente, o curso de ST na Atenção Básica para a regional sul inicia um diálogo entre profissionais do CRST/Santo Amaro e os profissionais das UBSs, mas que ainda não se tornou permanente. O paradoxo é que ao mesmo tempo em

que adquire uma certa autonomia com relação a Coordenadoria de Saúde da Região se priva das relações com outros órgãos da SMS, o que faz com o que o CRST/Santo Amaro seja percebida como uma estrutura isolada na rede, voltada para si. De acordo com Ribeiro et al (1998), os CRST desempenham tarefas de assistência e alguma vigilância, sem inserção nos níveis básicos, especializados, vigilância, rede ambulatorial e hospitalar do SUS. Por isso, são percebidos pelas demais unidades como ilhas autônomas, com as quais poucos vínculos podem ser estabelecidos e marginais ao restante do sistema (Vasconcellos, 2007). Ilhas autônomas sem contato até mesmo com outros CRST do município de São Paulo, como no caso relatado aqui: *“O diálogo, nós não sabemos mais o que se passa entre os outros Centro de Referência, não existe mais essa reunião entre os Centros pra melhorar a qualidade do atendimento”* (Profissional ST 19). Serviços de saúde voltados para si mesmos são considerados obstáculos para o planejamento estratégico e destoam profundamente do princípio da integralidade (Vasconcellos, 2007). Dessa forma, a falta de articulação com outros serviços do SUS e Cerests no município de São Paulo, somada à dificuldade de acesso aos recursos provenientes da Renast se traduz, na fala dos entrevistados, pela ausência de direção de uma Política de ST, no âmbito municipal:

Não existe um planejamento, uma centralização, uma integração de ações (entre os Cerests do município de São Paulo). Tem um entrave burocrático muito grande com relação a verba Renast. Eu acho que o grande nó é administrativo, não é o financeiro e isso não é característico do CRST, isso é uma característica do serviço público (Profissional ST 13).

O fato de você não ter uma equipe central da cidade que faça essas proposições, que organize, que diga o que nós vamos fazer, o que São Paulo precisa investigar, como o Centro de Referência vai se portar, o que precisa dar conta de, quais são os desafios da cidade, quais são as metas? (Profissional ST 14).

A falta de articulação intra e interinstitucional, ausência de financiamento adequado e planejamento estratégico no CRST de Santo Amaro, fazem com que as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito municipal percam o impacto e magnitude. Além do que o CRST se marginaliza do restante do SUS limitando a possibilidade de intervir sobre o adoecimento e morte dos trabalhadores.

### **5.6.3. Dificuldade em promover mudança**

Conforme comentado anteriormente, é muito difícil promover mudanças nos modos de vida e trabalho. Os entrevistados observam essa mesma dificuldade. No caso dos profissionais do

CRST/ Santo Amaro, a dificuldade de mudança se refere à construção de uma proposta nova de trabalho em grupo, visando a reorientação profissional, no caso o GRP, num determinado contexto, conforme relatado aqui:

Eu acho que a dificuldade primeiro da equipe entender o trabalho, isso levou um tempo pra gente conseguir. Acho que o perfil, até acertar o perfil de quem tem que participar, a gente errou algumas vezes. A duração: mais encontros, menos encontros. A gente acertou mais a forma do grupo. Teve coisas que a gente viu que não funcionava tirou e pôs outras. A forma a gente foi aperfeiçoando ao longo do tempo (Profissional HC).

Apesar das dificuldades iniciais de convencimento dos próprios profissionais do CRST e do desenho do projeto inicial, os profissionais apontam que tiveram boas condições para sua construção e realização dos ajustes e adequação. Ressalta-se que a reabilitação do trabalhador acidentado do trabalho é difícil, por si só, pois soma-se ao trauma psicológico causado pela ocorrência à condição de violentado físico pelas lesões sofridas (Cohn et al., 1985) e a impermeabilidade do mercado de trabalho no atual contexto. Assim, para os trabalhadores que participaram do GRP uma dificuldade se refere à mudança das próprias pessoas, seja no que tange à participação e envolvimento em atividade de grupo, em si, seja ao que diz respeito à crença na capacidade do grupo promover mudança na sua vida, como ilustra a fala a seguir:

Naquela época as dificuldades era de conseguir conscientizar as pessoas que era para o bem delas, houve muita resistência, para reunir em grupo(...)Então as pessoas acham, assim, humilhante na roda onde outras pessoas vai saber dos seus problemas, eles acham que é se menosprezar muito (Trabalhador 10).

Esse depoimento sinaliza que existem dificuldades dos trabalhadores se sentirem tranquilos para falar da sua vida, diante de um grupo, e acreditarem de que é possível mudar a postura frente às situações associadas ao adoecimento. No entanto, conforme apontam Hoefel et al (2004) no trabalho em grupo é comum situações de crise, abandono por alguns membros e períodos de passividade e inércia.

#### **5.6.4. Desafios para a gestão do processo de trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS**

No âmbito do CRST/ Santo Amaro agrupamos algumas dificuldades, relatadas pelos entrevistados, relacionadas à gestão do processo de trabalho, embora já tenhamos nos referido às decorrentes do recursos financeiros e da fragilidade na articulação intra e interinstitucional.

A ausência do processo de planejamento e avaliação das ações talvez seja o desafio base da gestão de ações de ST, no âmbito do CRST. Para Santos (2001) na falta desses elementos, as ações perdem seu rumo e se tornam imediatistas e pontuais, conforme expresso no seguinte relato:

Eu acho que é a questão de saber pra onde está indo, o que você quer, nem a equipe expressa um desejo de fazer um estudo disso ou daquilo, ou de ter uma meta a perseguir(...). O que nós queremos de fato não está explicitado, o que é demandado pra nós também não está explicitado. Então a gente sabe o que está fazendo? Pra onde ir? Acho que isso é o principal. Agora precisamos saber quantas indústrias, ainda somos um parque industrial? Ou somos uma cidade de serviços? (Profissional ST 14).

No entanto, para se operar um processo de planejamento que considere a realidade de trabalho e saúde da região, torna-se fundamental o conhecimento daquele território, do perfil de morbimortalidade daquela população e dos processos produtivos, o que se revela como importante dificuldade da gestão:

A principal dificuldade é essa, não existe uma base de dados de informação, de saúde, de morbidade, de atividade econômica, de população, mudança de perfil, da nossa população na área de saúde ao trabalhador também não tem. A dificuldade, o não planejamento das ações, é em função dessa base de dados (Profissional ST 13).

Devido a ausência de planejamento e dados norteadores, a organização do trabalho no CRST/ Santo Amaro se situa no âmbito das demandas imediatas, especialmente as de cunho assistencial para diagnóstico e tratamento de trabalhadores com LER. Essa demanda ambulatorial associada ao fato de que os trabalhadores procuram atendimento quando a doença já está avançada fez com que o CRST se estruturasse no sentido de promover a assistência aos trabalhadores, na maioria dos casos dissociada das ações de educação e vigilância. Para Vasconcellos (2007), a sobrecarga trazida pela prática assistencial aos técnicos do CRST sufoca a possibilidade de redirecionamento para atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e articulação intrasetorial. Movimento esse que tem gerado um círculo vicioso no desenvolvimento das atividades do CRST/ Santo Amaro. À medida em que não faz planejamento e prioriza determinadas ações, como de vigilância e educação, centraliza nas atividades de assistência à ST, sobrecarregando a equipe e comprometendo o próprio processo de planejamento e intervenção mais amplo.

Assim, se num passado recente havia um processo de Busca Ativa dos Casos e de articulação de ações de vigilância e assistência, há mudanças nos rumos, observadas pelos entrevistados de modo negativo:

O que eu sinto é que o início do Centro de Referência foi o de muito trabalho, muito conhecimento e que agora isso estacionou muito. (...)A vigilância no ambiente de trabalho é o ponto primordial do Centro de Referência. Quando nós passamos mais pra assistência nós deixamos a vigilância de lado e com isso mais trabalhadores adoecem dentro das fábricas, sem a gente perceber. Nós recebemos só o produto desse adoecimento e a gente não faz essa prevenção antes que isso aconteça, porque nós estamos mais preocupados no atendimento aqui e não no local mesmo onde está acontecendo (Profissional ST 19).

No âmbito da assistência existem o BPA e o Mapa 4 como instrumentos de controle estatísticos da produtividade dos profissionais do CRST, referente às ações ambulatoriais individuais. Esse instrumento parece sobrepor a importância das ações individuais em detrimento das coletivas, assim como da produtividade sobre a qualidade do atendimento. São aspectos da gestão do trabalho que interferem não só na assistência prestada ao trabalhador, mas na motivação do profissional de saúde em desenvolver ações em grupos, coletivas e de vigilância, que não são contabilizadas no mapa de produtividade e, conseqüentemente não somam-se no olerite.

Eu acho que a principal dificuldade nossa aqui é essa produtividade em detrimento da qualidade. (...)Outra é o ambiente de trabalho, a desmotivação do trabalhador do próprio Centro(...) e também assim não existe uma equidade de tratamento entre os trabalhadores sabe. Existe uma disparidade muito grande não só salarial, salarial é até de menos(...) é desrespeito com o trabalhador(...) Não sei se também isso é uma conseqüência da produtividade, a qualidade ela tem outros parâmetros e a produtividade tem outros, quando você fala em qualidade você fala em bom atendimento (Profissional ST 19).

A cobrança de metas de produtividade individual acaba sobrecarregando os profissionais que se disponibilizam a executar ações em grupo e coletivas, como é o caso abaixo:

Existem dificuldades práticas, você é cobrada o tempo inteiro pra atender outras áreas e fica muito complicado você ter uma tarde só. Ou você faz o grupo ou senão a gente tem que parar de fazer o grupo pra o outro semestre só naquele dia pra poder estar envolvido pra poder fazer as coisas (Profissional ST 17).

Essa situação afeta diretamente ao GRP, apesar da densidade da equipe do CRST/ Santo Amaro, os profissionais entrevistados sugerem que falta profissional de psicologia e medicina na atividade do Grupo: *“(...)porque existem momentos em que você aplica uma técnica, mas*

*aquela técnica promove uma emoção e aí pra retomar pra não ficar uma situação desagradável no grupo(...)*Faz falta também a presença de uma médica (Profissional ST 16). Certamente a falta desses profissionais no GRP está relacionada à gestão do trabalho por produtividade ambulatorial, visto que o CRST possui um número significativo de profissionais.

### **5.7. Algumas considerações sobre a experiência**

A experiência do CRST de Santo Amaro carrega uma história e densidade na equipe de profissionais, cujo número total de 30 profissionais de nível superior, equivale a seis vezes o número no Cerest de Amparo, com 5 profissionais, e mais que o dobro dos profissionais do CRST/ Campinas, com 13. Porém, do ponto de vista da organização populacional, Santo Amaro está numa área mais densamente povoada que os outros municípios.

No início dos anos de 1990 as ações do CRST de Santo Amaro consistiam na Busca Ativa de Casos de acidentes e DRT, através do desenvolvimento de vigilância em parceria com outras instituições e com a participação dos sindicatos de trabalhadores. O referencial do Modelo Operário Italiano, por exemplo, foi uma metodologia utilizada em algumas dessas experiências visando a reconstrução do processo de trabalho e proposição de medidas de intervenção sobre o mesmo, em conjunto com os trabalhadores e suas representações sindicais. As experiências de atuação do CRST, na Nuclemon e Sylvania, revelam a riqueza desse modelo e a potente articulação entre ações de assistência e vigilância, com a consequente formação de Associações de vítimas do trabalho, na forma de organizações que canalizam a participação social e política dos trabalhadores, que foram demitidos ou não conseguem se reinserir no mercado de trabalho, em decorrência de problemas de saúde relacionados ao trabalho (D'Acri et al, 2009). No entanto, esse modelo de atenção parece ter sido abandonado ao longo dos anos com a centralização das ações assistenciais em torno de trabalhadores adoecidos por LER.

A ausência de atividades de planejamento e avaliação das ações, nos últimos 3 anos, aliado à inexistência de dados referentes ao seu território de abrangência produz uma crônica incapacidade do CRST em intervir sobre os processos produtivos. Os mecanismos de gestão da SMS baseados em Boletins de Produtividade Ambulatorial, cuja produtividade interfere nos salários dos profissionais, estimula ainda mais a ação assistencial individual em

detrimento das ações coletivas e de vigilância.

Os recursos existentes no CRST são provenientes da SMS para pagamento dos profissionais e ajuda de custo para manutenção da Unidade. Dessa forma, a situação financeira do CRST de Santo Amaro, mesmo após a habilitação à Renast, é precária. O gestor do CRST não tem acesso a verba, muito menos conhecimento do fluxo de repasses para o Fundo Municipal de Saúde. Embora os representantes do conselho gestor entrevistados tenham relatado uma jornada para se ter acesso ao recurso da Renast direcionado ao CRST/Santo Amaro, via Ministério da Saúde, os mecanismos de impedimento dos mesmos parecem estar localizados na própria SMS.

Recentemente, o CRST iniciou um processo de capacitação de profissionais de medicina e enfermagem indicados pelas UBS de abrangência, mas a fragilidade na articulação das ações de ST na rede municipal de saúde de São Paulo ainda persiste. Assim como persiste a dificuldade de articulação com outras instituições vinculadas à ST no âmbito municipal.

No contexto atual, grande parte da demanda dos usuários dos CRST são de trabalhadores do setor informal/precário, desempregados ou pré-desempregados, numa condição de vulnerabilidade social, como já nos referimos. À medida que o CRST/Santo Amaro passa a assumir características mais assistenciais do que de investigação e intervenção, a assistência torna-se o local de referência para o trabalhador nas condições acima referidas. No entanto, devido às dificuldades de reinserção dos trabalhadores com sequelas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no mercado de trabalho e a falta de perspectiva profissional, muitos desses trabalhadores atendidos permanecem anos no CRST/ Santo Amaro produzindo uma assistência ambulatorial que se esgota em si mesma (Ribeiro et al, 1998). Até porque o modelo curativo-assistencial se mostra incapaz de dar visibilidade epidemiológica e social aos fatores determinantes dos agravos na esfera do trabalho (Vasconcellos, 2007).

Nesse sentido, o GRP apresenta-se como uma alternativa possível tanto para os trabalhadores com sequelas, quanto para o próprio CRST encontrarem novos rumos e perspectivas, diante da realidade contemporânea. Isso porque, a proposta do GRP foi objeto de planejamento e avaliação desde seu início. O projeto foi construído em torno do trabalho em equipe multidisciplinar, com a característica de agregar parcerias com instituições do SUS e fora

dele. Apesar de ter sofrido alguns ajustes em relação a proposta inicial, como a redução de profissionais da equipe e das parcerias interinstitucionais, o grupo mantém o trabalho interdisciplinar e interinstitucional, destoando de boa parte das atividades do CRST.

Para os profissionais entrevistados, o GRP oferece a seus participantes a possibilidade de reflexão sobre trabalho e saúde, favorecendo a abertura para busca de alternativas de trabalho e geração de renda. De acordo com os usuários entrevistados, a possibilidade de trocar experiências entre si e conhecer participantes de grupos anteriores que superaram suas dificuldades se mostra como experiência ímpar para a produção da mudança de sua perspectiva de vida. Se ao entrar no grupo, a maior parte deles relatam situações de sofrimentos, humilhações e dor, com consequente interferência no seu auto-conceito e auto-estima, ao sair expressam a ampliação dos horizontes e uma certa ruptura com a postura queixosa de doente para uma vontade e atitude de transformação de sua realidade de vida e social. Como sugere Seligmann-Silva (2001), através de mecanismos solidários, o grupo propicia o reencontro com o caminho para a saúde, ao recuperar simultaneamente o sentido do trabalho e o sentido da vida dos trabalhadores.

As principais dificuldades apresentadas pelos entrevistados dizem respeito aos recursos físicos e materiais relacionados aos desafios de gestão do CRST Santo Amaro acima descritos.

## Capítulo 6. Considerações finais: Tecendo redes, superando desafios.

*"Nunca duvide que um pequeno grupo de pessoas conscientes e engajadas possa mudar o mundo; de fato, sempre foi somente assim que o mundo mudou."*

Fritjof Capra

O processo de trabalho em ST nas três experiências analisadas são diferenciados, pois refletem as características históricas dos Cerests, sua inserção na Renast, na rede do SUS, a condução e gestão da política de saúde atual, nos três níveis de atenção, nos municípios estudados. Frise-se que as mudanças no mundo do trabalho contemporâneo, bem como no papel do Estado e os desafios impostos nesse contexto, apontados no Capítulo 2, sinalizam os caminhos e limites para a configuração do trabalho, para a aliança entre os atores sociais do campo ST (Lacaz e Santos, 2010) e consequente atuação dos Cerests.

Do ponto de vista da organização do processo de trabalho em ST, as experiências selecionadas contavam com equipes multidisciplinares, o que por si não garante um trabalho inter e transdisciplinar. A menor delas é a do Cerest de Amparo, definida em torno dos critérios mínimos para habilitação à Renast. São trabalhadores “celetistas”, o que favorece a rotatividade, em especial, dos profissionais de nível superior. Além disso, a sobrecarga de trabalho referida se relaciona à insuficiência no número de profissionais e à grande demanda de trabalho. Em Campinas e Santo Amaro as equipes são maiores, na sua maioria os profissionais têm vínculos estatutários, seja com o Estado, seja com os municípios, tendo média acima de 10 anos de permanência nos Cerests. Os profissionais entrevistados relatam participar da definição das ações de assistência, educação e vigilância que irão desenvolver, nas reuniões de equipe. A definição das equipes para cada ação, em geral, depende da afinidade pessoal, no caso de Campinas e Santo Amaro, e por duplas de profissionais, no caso do Cerest de Amparo, revelando que existe uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação entre os profissionais (Peduzzi, 2001), considerada decisiva na sua eficácia (Nogueira, 2000). No entanto, uma dificuldade frequentemente relatada diz respeito à ausência de formação dos profissionais de saúde para questões relacionadas à saúde dos trabalhadores. Trata-se de um problema crônico para o campo, que reforça a relevância da formação de profissionais com uma visão clara sobre a centralidade dos processos de trabalho na determinação do adoecimento e da importância de sua função social nesse contexto (Lacaz, 1997).

O planejamento é considerado um dos componentes fundamentais para a determinação da governabilidade em atuar sobre os problemas de sua base de ação (Spedo, Tanaka e Pinto, 2009), além do que expressa um conjunto coordenado de medidas visando à consecução de um determinado objetivo (Paim e Teixeira, 2006). Nas experiências de Campinas e Amparo, o planejamento e avaliação das atividades é uma prática institucionalizada, ocorrem reuniões específicas com a participação dos profissionais dos Cerests e dos seus conselheiros, o que demonstra uma aliança positiva para a definição de prioridades e construção de ações adequadas às necessidades de saúde locais. O mesmo não ocorre no CRST de Santo Amaro que não incorporou a prática de planejamento e avaliação coletiva, sendo o boletim de produtividade individual dos profissionais usado como instrumento de gestão. Do ponto de vista do financiamento das ações, os recursos provenientes da Renast estão vinculados ao desenvolvimento de um Plano de Ação em ST, aprovado pelo CMS. Como tal prática de planejamento não ocorre e há dificuldades de acesso à SMS/SP, o CRST/Santo Amaro, apesar de habilitado à Renast, sofre com a ausência de um fluxo contínuo de repasses financeiros provindos da esfera federal, além de problemas relacionados à gestão municipal. De certa forma isto é reflexo do fato de que o município de São Paulo até hoje não tem um Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS (Lacaz et al, 2010).

No que tange ao uso de indicadores para avaliação das ações, os profissionais do Cerest de Amparo referem-se ao uso de um indicador quantitativo que diz respeito à investigação de 100% dos acidentes graves e fatais e de um qualitativo para as atividades de assistência e educação. Em Campinas os entrevistados também sugerem o uso de uma avaliação mais qualitativa das atividades executadas. Diante da ausência de indicadores claros para as ações coletivas, a construção de instrumentos para avaliação da qualidade e da repercussão das intervenções em ST mostram-se prementes para os três Cerests, em especial para Santo Amaro.

Nos três Cerests observamos a ausência de dados sobre o perfil dos processos produtivos e de morbi-mortalidade da população de sua área de abrangência. As informações sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho ainda é mínima. A alimentação dessas informações no Sinan estava em fase inicial de implantação em Amparo e Campinas e o problema da subnotificação na rede SUS ainda se mostra evidente. No modelo de atenção proposto para a Renast (Dias e Hoefel, 2005; Ministério da Saúde, 2006a), a notificação e o processamento do

sistema de informação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho seria a base para o desencadeamento das diversas ações. Contudo, diante da subnotificação, observamos que nos três Cerests os profissionais usam pouco a informação processada para a tomada de decisões quanto às prioridades. Nesse sentido, o componente epidemiológico da VISAT, essencial para organizar e relacionar a informação de saúde com o processo de trabalho (Machado, 1997) tem sido desprezado na construção das bases operacionais para o planejamento e intervenção nos processos de trabalho (Vasconcellos e Ribeiro, 1997). Apesar dos avanços tecnológicos e do uso da internet como ferramenta de trabalho por parte dos profissionais do Cerests, as informações sobre a ST para subsidiar as práticas dos serviços de saúde não circulam, existindo um vácuo tanto para a sustentação do planejamento, quanto para a troca de experiências dos Cerests entre si e dentro da própria Renast.

As estratégias de trabalho nos três Cerests são definidas nas reuniões de equipe. Em Campinas, as ações priorizadas englobam a possibilidade de construção de redes intra e interinstitucionais, visto que os profissionais do CRST compreendem a relevância dessa estratégia para que as ações em ST tenham maior impacto. O instrumento legal mais citado pelos entrevistados nas ações de vigilância é o Código Sanitário do Estado de São Paulo, que fornece subsídios legais aos profissionais de saúde para atuar e autuar. De acordo com Vilela (2003) esse código define critérios e aplicação de penalidades, de interdição à multas, dando competência à VISA para atuar em saúde, trabalho, meio ambiente e saneamento, representando um marco nesta aproximação e de ruptura das amarras institucionais existentes até então. As normas do INSS também são lembradas pelos profissionais entrevistados, em especial no que tange à orientação dos direitos previdenciários dos trabalhadores afastados do trabalho, por problemas de saúde decorrentes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Lacunas para a atuação dos Cerest na sua região de abrangência são evidenciadas especialmente nos casos de Amparo e Campinas, devido à sua distribuição regionalizada, num SUS municipalizado. Apesar das tentativas de organização regional, os centros têm limitado e priorizado sua atuação enfocando o município sede (Lourenço, 2009; Lacaz e Santos, 2010). A ausência de um articulador do nível estadual para a pactuação das ações municipais de ST no âmbito Regional é uma dificuldade crônica em São Paulo, que ainda está para ser superada. Além disso, nos três Cerests observamos a precária cooperação e apoio técnico em ST das esferas estadual e federal, evidenciando a necessidade de construção de mecanismos

de cooperação e envolvimento ativo desses níveis (Dias et al, 2008), na perspectiva de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

O controle social e a participação dos trabalhadores nos três Cerests é referido na forma de Conselho Gestor, como representantes de usuários. Campinas, historicamente, foi a experiência que mais incentivou a participação dos trabalhadores nas ações, o que expressou-se também no Projeto de Vigilância nos Postos de Combustível. Tanto em Amparo, quanto em Santo Amaro, a relação com os trabalhadores se dá nas reuniões do Conselho e nas ações de ST na qualidade de serem tratados como pacientes e/ou usuários dos Cerests, o que é explicado pelo distanciamento do movimento sindical no contexto contemporâneo, mas também porque os Cerests parecem prescindir dessa participação. No entanto, o campo ST pressupõe que os trabalhadores mais do que pacientes e usuários sejam considerados agentes de mudanças, com saberes e vivências sobre o seu próprio trabalho acumuladas coletivamente (Lacaz, 1996). Assim, é fundamental superar a esfera de consulta ao CG para a incorporação dos trabalhadores como atores das ações em ST. Sob outro aspecto, as ações de VISAT desenvolvidas pelo CRST/ Campinas, no caso da Shell/Cyanamid/Basf, e em Santo Amaro, nos casos da Nuclemon e Sylvania, resultaram na interdição dessas empresas, diante das péssimas condições de trabalho que geraram danos à saúde dos trabalhadores. Grande parte desses trabalhadores foram demitidos apresentando graves problemas de saúde, sem direitos trabalhistas e sociais. Frente à condição de adoecimento e injustiça social, com apoio dos Cerests e sindicatos de origem, organizaram associações de trabalhadores vitimados, buscando obter ganhos judiciais e interferir politicamente sobre a relação entre trabalho, saúde e ambiente. Apesar dos avanços obtidos no âmbito da participação social dos trabalhadores naqueles casos, inclusive, nos CG dos Cerests, a situação vivida expressa claramente a vulnerabilidade dos trabalhadores e a fragilidade da ação, diante das contradições entre capital e trabalho.

Além do distanciamento dos sindicatos, as universidades também apresentam-se como instâncias descoladas dos Cerests, em especial os Departamentos de Medicina Preventiva, que tiveram papel protagônico na década de 1980 (Tambellini<sup>53</sup> apud Lacaz, 1996), não

---

<sup>53</sup> Tambellini, AT, 1984. A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de Saúde do Trabalhador. In Abrasco: Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, p. 11-38. Rio de Janeiro: Abrasco.

fornecendo suporte técnico-científico para a contraposição ao saber empresarial (Porto, Freitas e Machado, 2000). As relações evidenciadas, seja com a Unicamp ou com a USP, estão mais relacionadas à referência laboratorial, no primeiro caso, e realização de curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, o que envolveu as duas Universidades. Na contemporaneidade, a chamada Universidade de resultados (Santos, 2003) dá prioridade ao produtivismo acadêmico, num processo de reducionismo epistemológico (Lacaz e Santos, 2010). Persiste, então, um vácuo entre produção de conhecimento e ação, além da carência na formação em ST, a partir do desafio da abordagem inter e transdisciplinar, como uma nova linguagem integradora das disciplinas acadêmicas (Machado, 2005b), evidenciando mais uma importante lacuna na produção de conhecimento e de comprometimento das Universidades com as questões sociais.

Frise-se que o compromisso do campo ST em transformar os processos de trabalho pressupõe agir nas relações entre o capital e trabalho, marcada por conflitos e relações de poder. Face a esta questão, garantir a continuidade da ação, frente à substituição de profissionais e às discontinuidades e mudanças políticas dentro da gestão pública é uma tarefa a ser considerada para qualquer proposição na área.

Uma característica marcante das três experiências analisadas é a formação de redes intra e interinstitucionais, em torno de projetos de ação definidos como prioritários (Santos e Lacaz, 2007). Frente à problemática do trabalho contemporâneo, a construção de redes intra e interinstitucionais é um elemento fundamental para o fortalecimento da aliança dos atores sociais, para a garantia da qualidade técnica e política das ações, assim como para potencializá-las diante dos problemas concretos do campo ST (Machado e Porto, 2003). O trabalho em rede pressupõe a circulação de informações, conhecimentos, cooperação, articulação, participação e comprometimento dos sujeitos em torno de objetivos e interesses comuns. No caso de Campinas, especialmente, o Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível apresenta-se como uma potencial ação transversal, no sentido de agregar pessoas e instituições em torno de um problema complexo relacionado à produção, saúde e ambiente, nos moldes da constituição de “comandos técnicos estratégicos” em torno de objetos e experiências concretas, como a CRBz e a equipe envolvida no Projeto, visando o acompanhamento dos casos definidos e construídos coletivamente (Machado, 2005b). Nesse caso, a intervenção através da construção de redes de VISAT revela-se como instrumento

estratégico para produzir transformações no contexto contemporâneo, no sentido da defesa da saúde dos trabalhadores e ambiente.

Ressalta-se que a maioria dos estudos que trata da necessidade da interdisciplinariedade, transdisciplinariedade, intra e intersetorialidade aponta para sua importância diante da complexidade dos problemas atuais que envolvem trabalho, saúde e ambiente. No entanto, os conceitos apresentados aparecem, em alguns casos, como tarefas descoladas dos sujeitos da ação, sem tratar especificamente como essas relações podem ser processadas no âmbito dos serviços públicos de saúde. Isso porque a formação de redes intersetoriais exige novos conceitos que contribuam para a construção de um diálogo mais amplo, como a transdisciplinariedade, e a transformação das práticas sociais e institucionais (Machado e Porto, 2003). Da mesma forma o trabalho em equipe interdisciplinar não se dá sem a presença de arranjos organizacionais que o sustentem (Campos e Amaral, 2007). Assim sendo, na prática a teoria é outra, nos três casos analisados observamos que a construção de ações em redes integradas depende mais do envolvimento, do esforço e habilidades das pessoas, do que das próprias intuições, afinal são as pessoas que constroem o trabalho institucional. O trabalho integrado e em grupo envolve relações entre pessoas, sentimentos, expectativas, conhecimentos, interesses, afetos e desafetos, entre outras tantas questões, assim como demanda o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos (Campos, 2007). Nesse sentido, torna-se de fundamental relevância discutir as possibilidades e dificuldades inerentes ao trabalho em grupo e da participação coletiva nas atividades, pois envolve diferentes perspectivas e espaços de poder de corporações e instituições (Machado e Porto, 2003).

A garantia de um trabalho verdadeiramente coletivo e integrado depende de inúmeros aspectos. Dentre os quais, conectar diferentes processos de trabalho envolvidos, estabelecer consensos quanto aos objetivos e resultados pelo conjunto dos profissionais, bem como definir a maneira mais adequada de atingí-los (Ribeiro, Pires e Blank, 2004). A necessidade da aproximação entre as pessoas e as instituições, em torno de um objeto ou projeto em comum, seja ele a atenção em saúde dos trabalhadores na rede básica de saúde, no caso de Amparo, seja ele em torno do trabalho e do problema ambiental dos Postos de Combustível, no caso de Campinas, ou mesmo de trabalhadores em condição de vulnerabilidade social num grupo terapêutico e educativo, no caso de Santo Amaro, demandam uma atenção especial sobre o processo formativo. Fundamental para a disseminação da informação, para a produção

de um conhecimento compartilhado, de uma linguagem semelhante, compartilhada, integradora e também da construção das relações interpessoais, institucionais e políticas entre os sujeitos.

Outro aspecto relevante é o que se faz antes, durante e após o processo formativo, para a manutenção do vínculo entre os sujeitos. Isso porque a formação pode ser considerada perdida caso ela não surta o efeito de sensibilizar e aproximar os sujeitos para a produção do conhecimento e da ação em torno do seu objeto. Mais do que difundir as informações, a educação em saúde deve: *“buscar ampliar a capacidade de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade”* (Campos, 2007, p. 35). Desse modo, estabelecer e manter os vínculos entre os sujeitos, através da formação, é outra estratégia que necessita ser referida, o que nos leva a refletir sobre os meios de comunicação e o compartilhamento de informações entre eles, ferramentas essenciais para a formação de redes. A comunicação pode ocorrer através da realização de reuniões periódicas presenciais, como é evidenciado nos casos do Cerest de Amparo, Campinas e Santo Amaro. O contato telefônico também é apresentado como dispositivo de comunicação nos três casos. Além disso há a troca de e-mails e documentos institucionais para formalizar a relação dos sujeitos no âmbito das suas instituições de origem ou para pactuá-las nas diferentes instâncias, o que ocorreu no caso de Campinas, com a pactuação do Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível no nível municipal, Estadual e Nacional do SUS. Tarefa essa que visa garantir a continuidade da ação, independente da mudança da gestão ou das pessoas envolvidas num dado momento.

Outras ferramentas de comunicação, como sites, blogs e chats ainda são pouco exploradas nos casos analisados, apesar de terem o potencial da troca de informações e experiências, periodicamente. No caso do blog, ele é uma ferramenta, que apresenta facilidade na manipulação das informações e de atualização das postagens, favorecendo a troca de conhecimentos diários e/ou semanais. Enquanto que os chats podem ser usados para a realização de encontros não presenciais e de discussões sobre a temática, rompendo o distanciamento espacial dos atores. Um fato curioso é o da internet ser considerada, na contemporaneidade, a maior rede de informações no mundo e dessa potência ainda ser subutilizada e seus recursos praticamente desconsiderados no campo ST, demandando sua

reatualização<sup>54</sup>, inclusive, no que diz respeito ao seu uso pelos serviços de saúde.

O trabalho em grupo, conforme referem os profissionais entrevistados, requer muita criatividade e “jogo de cintura” para lidar com os conflitos e com situações inusitadas que ocorrem no cotidiano do trabalho em ST, evidenciando as incertezas e imprevistos presentes no processo de trabalho em saúde (Lacaz e Sato, 2006). Situações como a negativa das empresas dos atestados de médicos vinculados ao PSF, tratar da saúde dos trabalhadores com donos de postos que adulteram combustível ou mesmo com trabalhadores emocionalmente e socialmente sequelados pelo trabalho, demandam dos profissionais em ST habilidade em lidar com a imprevisibilidade do seu trabalho em processos de negociação permanentes. O que nos leva a pensar o quão desafiador tem sido a execução da prática dos três casos estudados, demonstrando que os sujeitos envolvidos estão buscando, incessantemente, a melhor forma de trabalhar, num movimento para dominar os aspectos limitadores e facilitadores das ações em ST. Até porque os sujeitos continuam a desenvolver nas suas instituições de origem outras tarefas referentes ao seu trabalho, o que também é determinante do tempo de trabalho disponível para execução da ação, seja ela de AM, de Vigilância Ambiental ou do GRP, que se soma a um cotidiano de trabalho, já sobrecarregado. Apesar disso, observamos um traço quase artesanal na construção do trabalho integrado, expresso na motivação dos sujeitos envolvidos em dedicar seu trabalho para a produção de saúde. Nas experiências analisadas os entrevistados expressam interesse e vontade de maior aprofundamento da realidade, de aprimoramento de suas práticas, da necessidade de estabelecimento de redes, do fortalecimento das alianças entre eles e as instituições de origem, no sentido de aperfeiçoarem suas intervenções, a fim de produzir mudanças nas relações entre saúde e doença dos trabalhadores no cenário atual.

Dessa forma, outra característica marcante nas três experiências é de apresentarem possibilidades de transcender a abordagem do processo saúde e doença, pautada tradicionalmente por ações médico-assistenciais individuais, para ações que visam a prevenção, promoção, vigilância e reinserção dos trabalhadores, o que se mostra possível através da organização das ações e dos sujeitos envolvidos em torno de um projeto comum.

---

<sup>54</sup> O site [www.renastonline.org.br](http://www.renastonline.org.br) pode ser considerado o mais frequentemente atualizado na área e tem como objetivo promover um ponto de enlace da rede formal e informal constituída pela comunidade de trabalhadores, técnicos e pesquisadores do Campo ST. No entanto, é atualmente mantido de forma voluntária e independente da própria Renast, da Cosat e do Ministério da Saúde.

As tecnologias de trabalho (Mehry, 2000) utilizadas nas experiências envolvem menos máquinas e instrumentos, e mais recursos teóricos, técnicos e relações intersubjetivas entre os diferentes atores. Aqui é relevante apontar a mudança no olhar dos profissionais do PSF para os trabalhadores atendidos, após as atividades de AM em ST. No caso do projeto dos Postos, essa mudança pode ser observada pela possibilidade potencial de fornecer uma Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, a partir da articulação das ações de educação, vigilância e assistência à saúde no mesmo projeto de intervenção. Em Santo Amaro, a abordagem grupal do GRP fornece subsídios para o reconhecimento do problema individual como coletivo, ao mesmo tempo em que possibilita espaços de reflexão e troca entre os trabalhadores, sobre trabalho e saúde, construindo perspectivas para reinserção no trabalho e mesmo para seguir a vida, com um olhar mais crítico sobre os fatos. Desse modo, as experiências analisadas fortalecem o ponto de vista da ST sobre a determinação social do processo de adoecimento entre os sujeitos envolvidos e no espaço institucional de sua abrangência.

A prática de saúde é uma prática social e por isso submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos (Campos, 2007), além disso as relações entre trabalho e saúde se dão no entrecruzamento dos desígnios do capital com as possibilidades de transformação social (Lacaz, 2007). Apesar dos casos analisados serem singulares e específicos, eles apontam para a busca de novos caminhos da ST, frente ao contexto global e das políticas de saúde nos âmbitos municipais, estaduais e nacional na perspectiva da execução de ações voltadas para a saúde no trabalho, o que poderá contribuir para trazer elementos propositivos na construção de novas experiências exitosas no campo ST.

Diante da premente necessidade de incorporação das ações de ST na rede básica do SUS, apontada por diversos autores do campo (Dias et al, 2008; Lacaz et al, 2010) e pela própria Renast, a articulação entre os profissionais que atuam em ST e no PSF, através do Apoio Matricial, constitui um dos principais méritos da ação do Cerest de Amparo. O dispositivo de reorganização do trabalho a partir do AM em ST auxilia a produção de mudanças no olhar dos profissionais de saúde das UBSs sobre os trabalhadores atendidos, assim como produz novas formas de intervenção. Nesse sentido, a experiência do AM apresenta-se como possibilidade concreta para a execução das ações de ST na rede de AB: *“Considerando a realidade, essa experiência pode ser partilhada e adaptada a diferentes realidades dos municípios brasileiros”* (Bertolini, 2007). A permeabilidade da temática da ST na AB foi possível,

através do reordenamento da articulação entre os profissionais do Cerest e das UBS, com maior aproximação entre eles, nas reuniões de Apoio Matricial, de discussão dos casos dos trabalhadores atendidos de forma compartilhada e no permanente contato telefônico para esclarecimento de dúvidas. O aperfeiçoamento do vínculo entre os profissionais de ST e AB foi produzindo uma articulação intrasetorial sem precedentes na história do município, visto que foram constituídos espaços de interlocução permanente entre os profissionais de saúde, com maior responsabilização dos profissionais das UBS sobre os casos atendidos. Nesse sentido, o AM em ST apresenta-se como importante dispositivo para propiciar a descentralização das ações de ST para a rede. Desse modo, o Cerest de Amparo se aproxima de cumprir o papel de ser referência na área e de se constituir como “*pólo irradiador das ações de Saúde do Trabalhador no SUS*” (Dias et al, 2008), além de fomentar o debate de ST na AB, tal qual está preconizado pela Renast. Portanto, a experiência do AM revela-se como um passo a frente na construção da pretendida Atenção Integral proposta pela Rede.

Algumas características do campo ST se mostram presentes na reorganização do trabalho a partir do Apoio Matricial em ST em Amparo. Entre os quais, merece destaque a abordagem multiprofissional da problemática, que muitas vezes tende a se constituir como um saber e ação interdisciplinar, na qual as decisões sobre os casos atendidos são tomadas de modo participativo. Essa integração promovida entre os profissionais tem a possibilidade de gerar importantes repercussões na saúde dos trabalhadores e familiares assistidos pelo SUS, tanto pela facilidade de ser atendido no próprio bairro, de ter na UBS o reconhecimento da relação entre doença e trabalho e dos direitos decorrentes, quanto pela possibilidade de melhoria das condições de trabalho, pela ação de vigilância nos locais de trabalho.

No que tange a experiência de Campinas, a implicação da problemática dos Postos de Combustível na relação com o ambiente, pela contaminação da água, do solo e do ar deve ser considerada no contexto atual. Os dados da Cetesb, tanto no que diz respeito ao Estado de São Paulo, quanto no que tange ao município de Campinas, assinalam a gravidade da contaminação proveniente dos Postos na produção de grandes áreas contaminadas, devido a problemas de armazenagem e infiltração de combustíveis líquidos e solventes aromáticos dos tanques subterrâneos, além do que grande parte da população do município de Campinas faz uso de água de poços profundos. Problemática esta, que deve abranger grande parte dos municípios brasileiros. A adulteração do combustível com o acréscimo no volume de

Benzeno justifica ainda mais a necessidade da ação frente aos danos que estes produtos podem gerar sobre a saúde do ambiente, trabalhadores, população do entorno e consumidores.

O projeto agrega o conhecimento histórico do CRST de Campinas de priorização de ações planejadas, onde a articulação intra e intersetorial é produzida de modo artesanal, agregando pessoas e instituições na construção de uma intervenção escrita por vários atores. A formação dessa rede em torno de um mesmo objeto propicia a produção de um saber interdisciplinar, muito mais potente na intervenção, mas que consome maior tempo para seu amadurecimento e execução. Nesse sentido, o projeto dos postos apresenta-se nessa fase como potencial trabalho integrado entre produção, saúde e ambiente, de caráter interdisciplinar, com envolvimento intra e interinstitucional, com a participação dos trabalhadores frentistas, revelando que a ação se apropria claramente dos referenciais do campo ST (Lacaz, 1996). Para os atores entrevistados, assim desenhada a proposta sinaliza a possibilidade de ampliação do olhar sobre o risco químico, no que tange à construção de indicadores de saúde e ambientais, podendo ter como repercussões a melhoria das condições de trabalho nos Postos, o aumento do controle social e a regulamentação dos processos relacionados à produção, distribuição e consumo dos combustíveis, além de tratar do problema do uso do Benzeno na gasolina e do processo de remediação das áreas contaminadas.

No que diz respeito à experiência de Santo Amaro, o CRST também carrega uma história e atualmente, como outros Cerests do País, tem enfrentado o dilema de assumir a assistência à saúde dos trabalhadores, que apesar de ser extremamente importante, sobrecarrega a demanda, o que aliada à ausência de planejamento, dificuldade de articulação com a rede básica do SUS e com outras instituições vinculadas à ST no âmbito municipal absorve todas atividades em ST, em detrimento de ações preventivas.

Considerando o contexto do mundo do trabalho contemporâneo, no qual o desemprego e precarização das relações de trabalho são realidades para uma representativa parcela dos trabalhadores brasileiros, os GRPs do CRST de Santo Amaro apresentam-se como uma alternativa possível diante da vulnerabilidade social, no sentido de promover a discussão em grupo, oferecendo novos rumos e perspectivas para os trabalhadores atendidos, através do desenvolvimento da reflexão e do engajamento nas ações no mundo real (Hoefel et al, 2004). A proposta do GRP foi objeto de planejamento e avaliação desde seu início, com o

envolvimento de equipe multidisciplinar, num trabalho interdisciplinar, agregando parcerias com instituições do SUS e fora dele, de acordo com os preceitos do campo ST. Para os profissionais entrevistados, o GRP oferece a seus participantes a possibilidade de reflexão sobre trabalho e saúde, auxiliando sua reinserção no trabalho, nos estudos e na vida social, através de atividades políticas e associativas, o que representa uma importante mudança na abordagem assistencial do processo saúde-doença, que adquire um caráter ao mesmo tempo terapêutico, politizador e educativo.

Justificamos a importância em revelar o processo de trabalho em ST nas experiências exitosas objetivando demonstrar os mecanismos, os fluxos e os impedimentos existentes, para que a construção de novas experiências de êxito sejam possíveis de ser executadas. Visando salientar a relevância da construção de um espaço de trocas e intercâmbio entre as experiências bem sucedidas dos Cerests, na linha do que apontam Dias et al 2008, procuramos aqui sinalizar este fato. Tomando por referência o AM em ST realizado em Amparo, na forma como ele está organizado, representa um importante modelo a ser seguido pelo CRST/Campinas, especialmente no sentido de auxiliar o processo de descentralização das ações em saúde dos trabalhadores para a rede básica e vigilância em saúde municipal, fornecendo retaguarda técnica e periódica aos profissionais de saúde sobre as questões do AT, LER e vigilância nos locais de trabalho. Aqui deve ser considerado que o município de Campinas possui experiências e pesquisas sobre o uso do modelo de AM, principalmente nas ações em Saúde Mental, o que pode facilitar essa adaptação para ações em ST. Na realidade de Santo Amaro, o CRST iniciou recentemente um processo de formação em ST para enfermeiros e médicos selecionados nas UBS da regional sul do município de São Paulo. Nesse caso a proposta do AM em ST poderia ser adaptada a essa realidade, fornecendo elementos para a aproximação de outros profissionais da AB na temática e para o aperfeiçoamento periódico do processo de formação dos mesmos.

O Projeto de Vigilância dos Postos de Combustível, que preconiza a relação da ST com as Comissões do Benzeno e profissionais das VISA, em especial dos programas do Vigi-solo e Vigi-água, apresenta-se como uma ação necessária para todos os municípios do Estado de São Paulo, quicá do País, pela gravidade dos problemas de saúde dos trabalhadores e população do entorno frente à exposição direta ou indireta, nas áreas contaminadas, com impactos também sobre o ambiente. Vale destacar que o município de Amparo é considerado uma

estância hidromineral e pólo turístico por abrigar nascentes de rios. Lá estão instalados Postos de Combustível, empresas químicas, como a Ipê, empresas multinacionais ou pequenas empresas, como oficinas mecânicas, cuja destinação de resíduos, deve ser permanentemente vigiada, a fim de precaver os danos aos recursos hídricos e prejuízos ambientais, já evidenciados nos referidos exemplos de contaminação dos rios Atibaia, em Paulínia, e Subaé, em Santo Amaro da Purificação. Nesse caso, fica mais evidente ainda a importância do deslocamento da análise dos riscos à saúde e ambientais, decorrentes dos processos produtivos, antes mesmo de sua instalação na região (Porto, 2005; Rigotto, 2003). O estabelecimento de alianças entre políticas de saúde e desenvolvimento sustentável são referenciais essenciais nesses casos (Vasconcellos, 2007).

O GRP do CRST/ Santo Amaro também institui-se como uma proposta inovadora e relevante para mudança do enfoque assistencial individual e medicamentoso dos trabalhadores com sequelas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Interessante observar que no caso estudado o GRP foi executado no âmbito do Cerest, a fim de ofertar alternativas para os trabalhadores que permanecem por anos em tratamento. Acreditamos que a proposta do GRP poderia ser reproduzida também na rede básica, pelos profissionais do PSF e do NASF, articulados com atores parceiros, institucionais ou não, de sua área de abrangência, dado que os PSFs, em geral estão localizados em territórios que abrigam a exclusão social e todos os tipos de problemas por ela gerados (Santos, Soares e Campos, 2007). A organização do trabalho de assistência em grupo, via GRP, poderia auxiliar na reorientação do modelo ambulatorial individual da AB, além de fornecer alternativas de reinserção no mercado de trabalho e de geração de renda a nível local, necessárias para que as pessoas em condição de vulnerabilidade social possam atuar digna e politicamente no território de sua moradia. O estímulo para a constituição de cooperativas autogestionárias, de programas de apoio ao desenvolvimento local e de formação política é de suma relevância para emancipação social, política e econômica dessas pessoas, conforme sugere Pochmann (2004).

Vale considerar que a construção de projetos em ST com temáticas transversais contribui para o desenvolvimento de estratégias inter e transdisciplinares, em redes formadas por diferentes profissionais, trabalhadores e instituições, em torno do mesmo objeto, o que fortalece a ação e mobiliza os sujeitos para o enfrentamento de situações, cuja atuação isolada seria insuficiente para transformar a realidade do trabalho. Além disso, à medida que a rede é tecida pode

proporcionar o desenvolvimento de espaços ímpares de integração de conhecimentos, experiências e competências dos sujeitos, propiciando visões compartilhadas e abrangentes sobre os problemas analisados, unindo produção do conhecimento e transformação social (Porto e Almeida, 2002).

Certamente, como esta pesquisa está ancorada nas experiências desenvolvidas no cotidiano do trabalho em saúde, ela é datada e representa apenas uma fotografia de um processo dinâmico, em permanente transformação. Os sujeitos envolvidos nas experiências continuam tecendo a mudança no dia-a-dia de trabalho, numa trama repleta de dificuldades e potencialidades, marcada pela criatividade, pela militância, pelo compromisso ético com a vida e a convicção de que, apesar de poucos atores, juntos será possível construir mais uma outra história dentro do campo ST.

## 6. Referências Bibliográficas

- AGÊNCIA NACIONAL DO PETROLEO (ANP), 2010. Postos revendedores autuados e/ou interditados por problemas de qualidade dos combustíveis nos últimos 5 anos. [www.anp.gov.br/?pg=24870&m=&t1=&t2=&t3=&t4=&ar=&ps=&cachebust=1277256760568](http://www.anp.gov.br/?pg=24870&m=&t1=&t2=&t3=&t4=&ar=&ps=&cachebust=1277256760568) (acesso em 19/04/2010).
- ALVES, G, 2002. Trabalho e sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da ‘década neoliberal’. *Revista Sociologia e Política*, 19: 71-94, Curitiba.
- ALVES, RB, 2003. Vigilância em Saúde do Trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (01): 319-22, Rio de Janeiro.
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 3028, de 13 de setembro de 2004. Dispõe sobre a Notificação Obrigatória de Acidentes e Doenças do Trabalho e dá outras providências. Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis/ano/2004/3038.htm](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis/ano/2004/3038.htm) (acesso em 02/02/2010).
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 2826, de 18 de outubro de 2002. Dispõe sobre a Revisão do Código de Posturas do Município de Amparo. Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis/ano/2002/2826.htm](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis/ano/2002/2826.htm) (acesso em 02/02/2010).
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 848, de 06 de junho de 1975 (Dispõe sobre o Código de Posturas do Município de Amparo). Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis) (acesso em 02/02/2010).
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 3116, de 13 de outubro de 2005 (Dispõe sobre alterações e acréscimos no Código de Posturas do Município de Amparo). Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis/ano/2005/3116.htm](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis/ano/2005/3116.htm) (acesso em 02/02/2010).
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 2875, de 06 de março de 2003 (Dispõe sobre a criação, competência, composição e organização do Conselho Municipal de Saúde). Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis/ano/2003/2875.htm](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis/ano/2003/2875.htm) (acesso em 02/02/2010).
- AMPARO, Prefeitura Municipal. Lei 3192, de 21 de agosto de 2006 (Dispõe sobre a normatização e regulamentação dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde do Município e dá outras providências). Disponível em: [www.amparo.sp.gov.br/servicos\\_online/legislacao/leis/ano/2006/3192.htm](http://www.amparo.sp.gov.br/servicos_online/legislacao/leis/ano/2006/3192.htm) (acesso em 02/02/2010).
- ANDRADE, ER; SOUZA, ER; MINAYO, MCS, 2009. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1); 275-285, Rio de Janeiro.

- ANTUNES, R, 1995. Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível. In: *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo-Campinas: Cortez- Unicamp, 3ª ed. 154p.
- ANTUNES, R, 2007. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In DRUCK, G; FRANCO, T (orgs.). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*, p. 13-22. São Paulo: Boitempo.
- ANTUNES, R, 2008. As formas de padecimento no Trabalho. *Saúde e Sociedade*, 17 (4): 7-10, São Paulo.
- AGENCY FOR TOXIC SUBSTANCES AND DISEASE REGISTRY, 2010. Sobre a ATSDR. Disponível em: <http://www.atsdr.cdc.gov/> (acesso em 01/06/2010).
- ARCURI, ASA e CARDOSO, LMN (org), 2005. *Acordo e Legislação sobre o benzeno 10 anos*. São Paulo: Fundacentro. 135p.
- AUGUSTO, LGS, 2003. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12 (4): 177-187, Brasília.
- AUGUSTO, LGS e FREITAS, CM, 1998. O princípio de precaução no uso de indicadores dos riscos químicos ambientais em Saúde do Trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3(2):85-95, Rio de Janeiro.
- BATISTA, JC, 2010. O Benefício do Seguro-desemprego para o trabalhador resgatado da condição análoga à de escravo. In *Revista Veritae: trabalho, previdência social, segurança e saúde no trabalho on line*.
- BARBAN, EG; OLIVEIRA, AA, 2007. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto. *Arquivos de Ciência e Saúde*, 14(1):52-63, São José do Rio Preto.
- BARCELLOS, C e QUITÉRIO, LAD, 2006. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no SUS. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1): 170-7, São Paulo.
- BARDIN, L, 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70.
- BARFKNECHT, K; SOUZA-FILHO, GA; MUSSBAUMER, L; BERTUOL, M, 2004. *A construção da Saúde do Trabalhador em Porto Alegre: processo de integração entre Saúde do Trabalhador e Saúde Mental*. In MERLO, ARC, Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção, p. 317-332. Porto Alegre: UFRGS.
- BARROS, AA e PEREIRA, CMMA, 2008. Empreendedorismo e crescimento econômico: uma análise empírica. *Revista de Administração Contemporânea (RAC)*, 12 (4):975-993, Curitiba.
- BECKER, H, 1999. Observação social: estudos de casos. In *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.

- BERLINGUER, G, 1983. *Saúde nas Fábricas*. São Paulo: Cebes-Hucitec. 171p.
- BERTOLINI, G, 2007. *A incorporação das Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção básica: A experiência de Amparo/SP*. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BEZERRA, E e DIMENSTEIN, M, 2008. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia ciência e profissão*, 28 (3): 632-645, Brasília.
- BINDER, MCP, 1998. Contribuição à Avaliação do projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália. *Rede: Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil- Itália, Proteção à saúde nos ambientes de trabalho*, 3 (Edição Especial): 145-148, São Paulo: SESA.
- BORGES, LH, 2001. *Sociabilidade, sofrimento psíquico e Lesões por Esforços Repetitivos entre caixas bancários*. São Paulo: Fundacentro. 168 p.
- BOURGUIGNON, DR et al, 1998. Implantação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Pesquisa da UFES*, 7: 139-145, Vitória.
- BOTELHO, ZGA; LACAZ, FAC; SATO, L et al, 1987. *Avaliação Qualitativa de Alguns Aspectos Organizacionais do 'Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC' em duas Unidades Básicas*. Relatório de Pesquisa. CNPq/SES/TS/Área Saúde e Trabalho, São Paulo.
- BRASIL, 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRITO, J, 2004. *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*, p. 91-114. Rio de Janeiro: DP&A.
- BRITO, J, 2005. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 879-889, Rio de Janeiro.
- BUSCHINELLI, JTP, 1993. *Epidemiologia das Doenças Profissionais Registradas no Brasil na Década de 80*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CAMPOS, GWS, 1995. *A Saúde Pública e a defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, GWS, 1997. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 222p.
- CAMPOS, GWS, 1999. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 4 (2) 393-403, Rio de Janeiro.
- CAMPOS, GWS, 2000 *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

- CAMPOS, GWS, 2007. *Saúde Paidéia*. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 185 p.
- CAMPOS, GWS e AMARAL, MA, 2007. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4):849-859, Rio de Janeiro.
- CAMPOS, GWS e DOMITTI, AC, 2007. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2):399-407, Rio de Janeiro.
- CARNEIRO, FG; NAKAMOTO, CM e VIEIRA, OA, 2008. Estudo sobre a percepção dos moradores da região com contaminação ambiental causada pela empresa Proquímica. *Revista Ciências do Ambiente online*, 4 (1), Campinas.
- CARTIER, R; BARCELLOS, C; HUBNER, C; PORTO, MFS, 2009. Vulnerabilidade Social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação da injustiça ambiental. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (12): 2695-2704, Rio de Janeiro.
- CARVALHO, SR, 2002. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- CARVALHO, SR e CAMPOS, GWS, 2000. Modelos de Atenção à Saúde: a organização de Equipe de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2): 507-515. Rio de Janeiro.
- CASTEL, R, 1998. *As metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petropolis: Vozes. 611p.
- CAVALCANTI, VL, 1996. *Construindo a Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: A experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CECILIO, LCO, 2001. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In PINHEIRO, R, MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco.
- COHN, A; KARSCH, US; HIRANO, S; SATO, AK, 1985. *Acidentes do trabalho: uma forma de violência*. São Paulo: Ed Brasiliense. 158p.
- COMPANHIA ESTADUAL DE TECNOLOGIA EM SANEAMENTO AMBIENTAL (Cetesb), 2010. *Áreas Contaminadas*. Disponível em: [http://www.cetesb.sp.gov.br/solo/areas\\_contaminadas/relacao\\_areas.asp](http://www.cetesb.sp.gov.br/solo/areas_contaminadas/relacao_areas.asp) (acesso em 19/04/2010).
- CORDEIRO, R; VILELA, RAG; MEDEIROS, MAT; GONÇALVES, CGO; BRAGANTINI, CA; VAROLA, AJ; STEPHAN, C, 2005. O Sistema de Vigilância de Acidente de Trabalho de Piracicaba, São Paulo- Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5): 1547-83. Rio de Janeiro.

- CORREA, MJM; RODRIGUES, SDP; DAPPER, V et al., 2004. *Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul*. In MERLO, A RC (org). *Saúde e Trabalho no Rio Grande do SUL: Realidade, pesquisa e intervenção*. p. 289-316. Porto Alegre: UFRGS.
- COSTA, DF, 2009. *Prevenção da Exposição do Benzeno no Brasil*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo, São Paulo.
- COSTA, DF; CARMO, JC; SETTIMI, MM; SANTOS, UP e cols, 1989. *Programa de Saúde do Trabalhador: a experiência da Zona Norte: uma alternativa para a Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec. 340p.
- COSTA, DO e TAMBELLINI, AT, 2009. A visibilidade dos escondidos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 (4): 953-968, Rio de Janeiro.
- COSTA, GD; COTTA, RMM; FERREIRA, MLSM; REIS, JR; FRANCESCHINI, SCC, 2009. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1): 113-8, Brasília.
- D'ACRI, V; SOUZA, KR; SANTOS, MBM; CASTRO, HA, 2009. Formação de trabalhadores e pesquisa na construção do Movimento de Ação Solidária de Luta pela Saúde: o caso da Associação Brasileira de Expostos ao Amianto no Rio de Janeiro (ABREA/RJ). *Saúde e Sociedade*, 18 (1): 154-163, São Paulo.
- DEJOURS, C, 2001. *A banalização da injustiça social*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV. 154 p.
- DIAS, EC, 1994. *A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- DIAS, EC e HOEFEL, MG, 2005. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 817-828, Rio de Janeiro.
- DIAS, EC, 2007. *A inserção das ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*. Texto base para Oficina de Trabalho, no I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (SIMBRAST), mimeo, Rio de Janeiro.
- DIAS, EC; SILVEIRA, AM; VILAS BOAS, SW; SILVA, JM, 2008. *Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS no Estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo*. Relatório técnico-científico. Belo Horizonte: Cerest. Mimeo.
- DIAS, EC; RIGOTTO, RM; AUGUSTO, LGS; CANCIO, J; HOEFEL, MGL, 2009. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e Desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (6): 2061-2070, Rio de Janeiro.

- DOMITTI, AC, 2006. *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de Apoio Especializado matricial na Atenção Básica de Saúde*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- DUARTE, R, 2002. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115: 139-154, São Paulo.
- FIGUEIREDO, MD e ONOCKO-CAMPOS, R, 2008. Saúde Mental e Atenção Básica à saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Revista Saúde em Debate*, 32 (78-79-80): 143-149, Rio de Janeiro.
- FIGUEIREDO, MD e ONOCKO-CAMPOS, R, 2009. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1): 129-138, Rio de Janeiro.
- FIGUEIREDO, MG, 1998. *O trabalho de mergulho profundo em instalações petrolíferas offshore na bacia de Campos: A guerra de 'Highlander' contra Leviatã*. Projeto de Doutorado. COPPE/ UFRJ, Rio de Janeiro.
- FOLHAONLINE, 2010. Prefeitura de SP vai suspender alvará de posto localizado em área protegida, 17/04/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u722325.shtml> (acesso em 11/05/2010).
- FOLHAONLINE, 2010. Cresce o nº de áreas contaminadas na região de Ribeirão Preto (SP), 11/05/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u733208.shtml> (acesso em 11/05/2010).
- FREITAS, CM, 2005. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 679-701, Rio de Janeiro.
- FREITAS, CM; PORTO, MFS; GÓMEZ, CM, 1995. Acidentes Químicos Ampliados: um desafio para a Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, 29 (6): 503-514, São Paulo.
- FREITAS, CM; PORTO, MFS; MOREIRA, JC; PIVETTA, F; MACHADO, JMH; FREITAS, NBB et al, 2002. Segurança Química, Saúde e ambiente: perspectivas para governança no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1): 249-256, Rio de Janeiro.
- FREITAS, CU; LACAZ, FAC e ROCHA, LE, 1985. 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. Soc. Dir. Saúde*, 2 (1): 3-10. São Paulo.
- FRIAS JR, CAS, 1999. *A Saúde do Trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. Dissertação de Mestrado. CESTE/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

- GAIGER, LIG, 2009. A associação econômica dos pobres como via de combate às desigualdades. *Caderno CRH*, 22 (53):563-580, Salvador.
- GLINA, DMR, ROCHA, LE, BATISTA, ML, MENDONÇA, MG, 2001. Saúde mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3): 607-616, Rio de Janeiro.
- GLINA, DMR; FELIPONE, SMN; RODRIGUES, ILG; PARRA, APC; MARQUES, MNM; YAMADA, N, 2004. *Grupo de Reorientação Profissional com trabalhadores: nova proposta em Saúde do Trabalhador?* In LANCMAN, S. Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional, p. 139-152. São Paulo: Roca.
- GOMES, VG, 2006. *Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede básica de saúde de Campinas/SP*. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Ciências Médicas /Unicamp, Campinas.
- GORENDER, J, 1997. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados*, 29: 311-61, São Paulo.
- HOEFEL, MG, DIAS, EC, SILVA, JM, 2005. *A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. In BRASIL, Ministério da Saúde. 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não” Coletânea de textos, p. 72-78. Brasília: Ministério da Saúde.
- HOEFEL, MG; JACQUES, MG; AMAZARRAY, MR; MENDES, JMR, 2004. Uma proposta em Saúde do Trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 7: 31-39, São Paulo.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007. Contagem da população 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm> (acesso em 01/06/2010).
- KOWARICK, L, 2009. *Sobre a vulnerabilidade no Brasil Urbano*. In Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil, p. 67-104. São Paulo: Editora 34.
- LACAZ, FAC, 1992. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Revista Saúde em Debate*, 36: 41-47. São Paulo.
- LACAZ, FAC, 1996. *Saúde do Trabalhador: um Estudo sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- LACAZ, FAC, 1997. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 7-19, Rio de Janeiro.

- LACAZ, FAC, 2000. Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Abrasco, *Ciência e Saúde Coletiva*, Suplemento 5: 489-490, Rio de Janeiro.
- LACAZ, FAC, 2005. *Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e Trajetória*. In BRASIL, Ministério da Saúde. 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não” Coletânea de textos, p. 145-147. Brasília: Ministério da Saúde.
- LACAZ, FAC, 2007. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações Trabalho-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (4): 757-766, Rio de Janeiro.
- LACAZ, FAC e FLORIO, SMR, 2009. Controle Social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (6): 2123-2134. Rio de Janeiro.
- LACAZ, FAC; MACHADO, JMH; PORTO, MFS, 2002. *Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Mimeo, Rio de Janeiro.
- LACAZ, FAC e SANTOS, APL, 2010. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20 (2 supl 2): 5-11, Belo Horizonte.
- LACAZ, FAC e SATO, L, 2006. *Humanização e qualidade do processo de Trabalho em Saúde*. In DESLANDES, S. (org). Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas, p. 109-140. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- LACAZ, FAC; CORTIZO, CT; JUNQUEIRA, V; SANTOS, APL; VIEIRA, NEP; SANTOS, FS, 2008. *Avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*. Relatório Técnico- científico. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
- LACAZ, FAC; CORTIZO, CT; JUNQUEIRA, V; SANTOS, APL; VIEIRA, NEP; SANTOS, FS, 2010. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (2): 253-63, Rio de Janeiro.
- LACAZ, FAC; TRAPÉ, CA; SOARES, CB; SANTOS, APL, 2010. Programa Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? In Prelo.
- LAURELL, AC, 1998. Para um novo estado de bem-estar social na América Latina. *Lua Nova*. *Revista de Cultura e Política*, 45, São Paulo.
- LAURELL, AC e NORIEGA, M, 1989. *Para o Estudo da Saúde na sua relação com o Processo de Trabalho*. In: Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec. 332p.

- LEITE, ES e MELO, NM, 2008. Uma nova noção de empresário: a naturalização do empreendedor. *Revista de Sociologia e Política*, 16 (31): 35-47, Curitiba.
- LIMA, CS; OLIVEIRA, MVC; YAMADA, NF, 2008. *A prefeitura da cidade de São Paulo e a Associação Nacional dos Trabalhadores da Produção de Energia Nuclear (ANTPEN): uma história de Radiação Ionizante e cidadania*. Prêmio São Paulo Cidade. Escola de Formação do Servidor Público Municipal “Álvaro Liberato Alonso Guerra”, São Paulo.
- LIMA, JC, 2007. O Trabalho em cooperativas: dilemas e perspectivas. In DRUCK, G e FRANCO, T (org.). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*, p. 69-80. São Paulo: Boitempo.
- LIMA, JC, 2009. Paradoxos do trabalho Associado. *Tempo Social Revista de Sociologia da USP*, 21 (1):113-132, São Paulo.
- LIMA, MRCR, 2008. *A vivência dos frentistas de Postos de Combustível em relação ao Risco de dano à saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Campinas.
- LOURENÇO, EAS, 2009. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca*. Franca: UNESP- FHDSS, 400p.
- LOURENÇO, EAS e BERTANI, JF, 2007. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32 (115): 121-134, São Paulo.
- MACHADO, JMH, 1996. *Alternativas e processos de Vigilância em saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. Tese de doutorado. CESTEH/ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- MACHADO, JMH, 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2):33-45, Rio de Janeiro.
- MACHADO, JMH, 2005a. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 797-807, Rio de Janeiro.
- MACHADO, JMH, 2005b. *Ação transversal intersetorial: entre o racional e o conjuntural*. Texto Contribuição da Abrasco para o Encontro Preparatório da 3 CNST, mimeo, Rio de Janeiro.
- MACHADO, JMH; COSTA, DF; CARDOSO, LM; ARCURI, A, 2003. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionado à exposição do Benzeno no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (4): 913-921, Rio de Janeiro.
- MACHADO, JMH e PORTO, MFS, 2003. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12 (3): 121-131, Brasília.

- MACHADO, JMH e SANTOS, APL, 2010. *O financiamento na indução das ações de Saúde do Trabalhador no Brasil: o caso da Renast*. In Prelo.
- MAENO, M e CARMO, JC, 2005. *A Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec. 314p.
- MAPA DA INJUSTIÇA AMBIENTAL E DE SAÚDE NO BRASIL, 2010. Sobre os conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.confliotoambiental.iciet.fiocruz.br/index.php> (acesso em 01/06/2010).
- MARÇAL, CRM, 2007. *A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico? Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP*. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp, Campinas.
- MARQUES, MMC; LICO, FMC; KLEMEC, M; NEVES, MTT; YAMADA, T; PARRA, ARC; RODRIGUES, ILG, 2008. *Educação Permanente em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: a experiência do CRST/ Santo Amaro*. XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo.
- MATTOS, UAO; PORTO, MFS; FREITAS, NBB, 1995. Novas Tecnologias, Organização do Trabalho e seus impactos na Saúde e no Meio Ambiente. In: *Saúde, Meio Ambiente e condições de Trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical*. São Paulo: CUT.
- MEDEIROS, MAT, 2001. *O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas: trajetória de uma experiência*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/ Unicamp, Campinas.
- MENDES, EV, 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco.
- MENDES, EV, 1996. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MENDES, R e DIAS, EC, 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25: 341-349, São Paulo.
- MERHY, EE, 1997. *A rede básica como uma construção na Saúde Pública e seus dilemas*. In MERHY, E.E. e ONOKO, R. (orgs). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo- Buenos Aires: Hucitec- Lugar editorial.
- MERHY, EE, 1999. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, Rio de Janeiro.
- MERHY, EE, 2000. *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva no setor: um estudo da micropolítica do trabalho vivo*. Tese de Livre Docência. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.

- MERHY, EE; MAGALHAES JR, HCM; RIMOLI, J et al., 2004. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.
- MERLO, ARC; VAZ, MA; SPODE, CB; ELBERN, JLG; KARKOW, ARM; VIEIRA, PRB, 2003. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de LER. *Psicologia e Sociedade*, 15 (1): 117-136, Porto Alegre.
- MINAYO, MCS, 1998. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 5 ed. 269p.
- MINAYO-GOMEZ, C e THEDIM-COSTA, SMF, 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 21-32, Rio de Janeiro.
- MINAYO-GOMEZ, C e THEDIM-COSTA, SMF, 1999. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 411-421, Rio de Janeiro.
- MINAYO-GOMEZ, C e THEDIM-COSTA, SMF, 2003. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1): 125-136, Rio de Janeiro.
- MINAYO-GOMEZ, C e LACAZ, FAC, 2005. Saúde do Trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 797-807, Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 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). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. *Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm) (acesso em 01/06/2010).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3120, de 01 de julho de 1998. (Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. *Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3908, de 30 de outubro de 1998 (Dispõe sobre a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. *Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1339, de 18 de novembro de 1999 (Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho).

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1679, de 19 de setembro de 2002 (Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores- Renast). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 777, de 28 de abril de 2004 (Dispõe sobre a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2437, de 07 de dezembro de 2005 (Dispõe sobre a ampliação da Renast).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (Dispõe sobre o Pacto pela Saúde).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 518, de 25 de março de 2004 (estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1956, de 14 de agosto de 2007 (Dispõe sobre a gestão da Saúde do Trabalhador na Secretaria de Vigilância em Saúde).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2728, de 11 de novembro de 2009 (Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, e dá outras providências). DOU 11 de novembro de 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. *Caderno 5 Saúde do Trabalhador*, Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> (acesso em 03 de fevereiro de 2010).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b. *Protocolos de Atenção Diferenciada. Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série A: Normas e manuais Técnicos. Série

Pactos pela Saúde, v.4. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 pp. [Portaria GM 699/2006].

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. Sobre a realização de ações em Saúde ambiental. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24236) (acesso 01/06/2010).

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Lei 8213, de 24 de julho de 1991 (Dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm) (acesso 01/06/2010).

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Instrução Normativa 16, de 27 de março de 2007 (Dispõe sobre Procedimentos e Rotinas referentes ao Nexo Técnico epidemiológico Previdenciário e dá outras providências). DOU 30 de março de 2007.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2010. Sobre o Seguro Desemprego. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/seg\\_desemp/default.asp](http://www.mte.gov.br/seg_desemp/default.asp) (acesso em 01/07/2010).

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1977. Lei 6514, de 23 dezembro de 1977 (Altera o capítulo V, título II, da consolidação das Leis Trabalhistas relativo a segurança e medicina do trabalho). Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao> (acesso 01/06/2010).

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1978. Portaria 3214, de 08 de junho de 1978 (Aprova as Normas Regulamentadoras). Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao> (acesso 01/06/2010).

MONKEN, M. e BARCELLOS, C, 2005. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (3): 898-906, Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, EPL; CORREA, CRS; NOZAWA, MR, 2007. O município de Campinas e a organização da rede municipal de saúde. *Revista de Ciências Médicas*, 16 (3): 161-173, Campinas.

NARDI, H, 2004. *Saúde do Trabalhador, subjetividade e interdisciplinariedade*. In MERLO, ARC. Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção. p. 43-64. Porto Alegre: UFRGS.

NAVARRO, V, 1995. *Produção e Estado de Bem Estar: o contexto das reformas*. In: Laurell. AC (org.) Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez.

NOGUEIRA, EB; BARBOSA, S; FELIPONE, SMN, 2009. *Desafios para a Gestão Socioambiental: o caso Nuclemon, um passado no presente*. Anais V Congresso Nacional de Excelência em Gestão, Niterói.

- NOGUEIRA, RP, 2000. *O Trabalho em Serviços de Saúde: Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde.
- NORONHA, EG, 2003. “Informal, ilegal, injusto”: percepções do Mercado do trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18 (53): 11-129, São Paulo.
- NUNES, EFPA; SOUZA, NM; RIBEIRO, MF; BALDO, R, 2006. Notificação de Acidentes de Trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina, Paraná, 2004. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1): 1-6, Londrina.
- ODDONE, I; MARRI, G; GLORIA, S et al, 1986. *Ambiente de Trabalho: A luta dos Trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec. 133p.
- OLIVEIRA, JC e UDIHARA, ML, 2001. *Construindo práticas, integrando áreas, vencendo desafios: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Lapa, município de São Paulo*. In BORGES, LH; MOULIN, MGB; ARAÚJO, MD (org). *Organização do Trabalho e Saúde: múltiplas relações*. p. 345-362. Vitória: Edufes.
- OLIVEIRA, RMR, 2001. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos: distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES*. Dissertação de Mestrado: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- OTANI, K, 2003. Rede de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo. *São Paulo em perspectiva*, 17 (1): 86-97, São Paulo.
- PAIM, JF e TEIXEIRA,CF, 2006. Política Planejamento e saúde: o estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40 (esp.): 73-8, São Paulo.
- PARRA, ARC; PRADAL, AVAC; RODRIGUES, ILG; YAMADA, NT; MARQUES, MNM; FELIPONE, SMN, 2007. *Grupo de Reorientação Profissional*. Prêmio São Paulo Cidade. Escola de Formação do Servidor Público Municipal “Álvaro Liberato Alonso Guerra”, São Paulo.
- PASSOS, E e BARROS, RB, 2000. A construção do Plano da Clínica e o conceito de transdisciplinariedade. *Psicologia teoria e pesquisa*, 16 (1): 71-79, Brasília.
- PEDUZZI, M, 2001. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1): 103-9, São Paulo.
- PINHEIRO, TMM, 1996. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no sistema único de saúde: a vigilância do conflito ou o conflito da vigilância*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- PINTO, NRS; TANAKA, OY e SPEDO, SM, 2009. Política de Saúde e Gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (4): 927-938, Rio de Janeiro.

- POCHMANN, M, 2004. Educação e trabalho: como desenvolver uma relação virtuosa? *Educação e Sociedade*, 25 (87):383-399, Campinas.
- POCHMANN, M, 2009. *Modernizar sem excluir*. In LOBATO, LVC e FLEURY, S (org.). *Seguridade, Cidadania e Saúde*, p. 100-115. Rio de Janeiro: Cebes.
- PORTO, MFS, 2005. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4):829-839, Rio de Janeiro.
- PORTO, MFS. e ALMEIDA, GES, 2002. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (2): 335-47, Rio de Janeiro.
- PORTO, MFS; FREITAS, CM; MACHADO JMH, 2000. *Promoção da Saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Construção de Redes*. Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO (Cdroom), Salvador.
- PORTO, MFS e FREITAS, CM, 1997. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da Saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl.2): 59-72, Rio de Janeiro.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2002. Lei 13.325 (de 08 de fevereiro de 2002). Dispõe sobre os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6383> (acesso 01/07/2010).
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2008. Decreto 50.079 (de 7 de outubro de 2008). Regulamenta disposições da Lei nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo; dispõe sobre o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde. Disponível em: [http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos) (acesso em 01/07/2010).
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2010. Sobre a Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude> (acesso em 01/07/2010).
- PUCCINI, PT, 2008. As Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) no município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a Atenção Básica do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (12): 2755-2766, Rio de Janeiro.
- REZENDE, JMP, 2005. *O caso Shell/Cyanamid/Basf: Epidemiologia e informação para o resgate de uma precaução negada*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, Campinas.

- RIBEIRO, EM; PIRES, D ; BLANK, VLG, 2004. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2):438-446, Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, HP, 1997. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 12): 85-94, Rio de Janeiro.
- RIBEIRO, HP, 1999. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- RIBEIRO, HP, 2006. *O Juiz sem a Toga: um estudo da percepção dos juizes sobre trabalho, saúde e democracia no judiciário*. Florianópolis: Lagoa editora. 220p.
- RIBEIRO, HP, 2007. *O Grito do Silêncio*. São Paulo. In prelo.
- RIBEIRO, HP, 2009. *Os operários do direito*. Florianópolis: Lagoa editora. 2 v.
- RIBEIRO, HP; WUNSH FILHO, V; LACAZ, FAC; NARVAI, PC; REPULLO JR, R, 1998. *Projeto de Políticas e Práticas na área de Saúde do Trabalhador para o Estado de São Paulo*. Relatório de Pesquisa. FSP/USP/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo.
- RIGOTTO, RM, 2003. Saúde Ambiental e Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6 (4): 388-404, Brasília.
- RIGOTTO, RM e AUGUSTO, LGS, 2007. Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (supl. 4): s475-s501, Rio de Janeiro.
- SANCHES, AJM e BERTOLOZZI, MR, 2007. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2): 319-324, Rio de Janeiro.
- SANTOS, APL, 2001. *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*. Dissertação de mestrado: CESTE/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- SANTOS, APL e LACAZ, FAC, 2007. *A Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios*. Texto base para Oficina de Trabalho, no I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (SIMBRAST), mimeo, Rio de Janeiro.
- SANTOS, GPG, 2008. Desemprego, informalidade e precariedade: a situação do mercado de trabalho no Brasil pós- 1990. *Pro-posições*, 19 (2) 56: 151- 161, Campinas.
- SANTOS, M, 2003. Saúde e Ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1): 309-314, Rio de Janeiro.

- SANTOS, VC; SOARES, CB e CAMPOS, CMS, 2007. A relação entre trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 41 (esp.): 777-81, São Paulo.
- SATO, L, 1996. Trabalho e Saúde Mental. In Central Única dos Trabalhadores. *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho - conteúdos básicos para uma ação sindical*, CUT: 169-175, São Paulo.
- SATO, L; LACAZ, FAC; BERNARDO, MH, 2004. Psychology and workers' health movement in the state of São Paulo. *Journal of Health Psychology*, 9 (1):121:130, 2004, London.
- SATO, L; UDIHARA, ML; FRANCO, MAJ; NICOTERA, FN; DALTON, MTB; SETTIMI, MM; SILVESTRE, MP, 1993. Atividade em Grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79 (21): 49-62, São Paulo.
- SATO, L e BERNARDO, MH, 2005. Saúde Mental e Trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4):869-872, Rio de Janeiro.
- SCHERER, MDA; PIRES, D e SCHWARTZ, Y, 2009. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(4): 721-725, São Paulo.
- SCHERER, MDA; MARINO, SRA e RAMOS, FRS, 2005. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface*, 9 (16): 53-66, Botucatu.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1997. Lei 9505, de 11 de marco de 1997 (Disciplina as ações e os Serviços de Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1998. Lei 10.083, de 13 de setembro de 1998 (Institui o Código Sanitário Estadual). In MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Legislação em Saúde: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1999. *Assistência em Saúde do Trabalhador no SUS*. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo. Mimeo, São Paulo.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2004. Centro de Referência em Saúde do trabalhador de São Paulo. O processo de implantação da Saúde do Trabalhador no SUS de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3): 471-474, São Paulo.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006. Decreto 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (Dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/stushibris.mmp> (acesso 01/06/2010).

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Plano de Saúde do trabalhador- SUS/SP*. Rede de saúde do Trabalhador SUS-SP. Mimeo, 2006.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS, 2007. Portaria CVS 02, de 28 de março de 2007 (Dispõe sobre cadastramento de solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano proveniente de mananciais subterrâneos). Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/07pcvs2.pdf> (acesso em 01/06/2010).
- SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE. Resolução n. 5, de 28 de março de 2001. Dispõe sobre a aplicação e o licenciamento ambiental das fontes de poluição. [www.cetesb.sp.gov.br/Servicos/licenciamento/postos/legislacao/Resolucao\\_Sma\\_05\\_01.pdf](http://www.cetesb.sp.gov.br/Servicos/licenciamento/postos/legislacao/Resolucao_Sma_05_01.pdf) (acesso em 19/04/2010).
- SELIGMANN-SILVA, E, 2001. *Desemprego e Psicopatologia da recessão*. In BORGES, LH, MOULIN, MGB, ARAUJO, MD, Organização do Trabalho e Saúde: múltiplas relações. P. 219-254. Vitória: Edufes.
- SILVA, NEK; OLIVEIRA, LA; FIGUEIREDO, WS; LANDRONI, MAS; WALDMAN, CCS; AYRES, JRSM, 2002. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de casos dos Centros de Referência para DST/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 36 (supl 4): 108-116, São Paulo.
- SILVEIRA, AM; RIBEIRO, FSN; LINO, AFPF, 2005. *O controle Social no SUS e a RENAST*. In BRASIL, Ministério da Saúde. 3 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, adoecer não” Coletânea de textos, p. 118-121. Brasília: Ministério da Saúde.
- SINDILUTA, 2008. *Especial Nuclemon*. Publicação do Sindicato Unificado dos Químicos e Plásticos de São Paulo e Região, São Paulo.
- SOARES, LT, 2003. *O Neoliberalismo e suas consequências*. In O Desastre Social. Rio de Janeiro: Ed. Afiliada.
- SODRE, F, 2002. *O campo Político da Saúde do Trabalhador*. Dissertação de Mestrado. CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- SOUZA, RAS e CARVALHO, AM, 2003. Programa de Saúde da Família: um olhar da Psicologia. *Estudos Psicologia (Natal)*, 8 (3): 515-523, Natal.
- SPEDO, SM, 1998. *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas/ Unicamp, Campinas.
- SPEDO, SM; TANAKA, OY; PINTO, NRS, 2009. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (8):1781-1790, Rio de Janeiro.

- STEIGART, G, 2006. Uma baixa causada pela globalização: a morte dos sindicatos. Der Spiegel (Tradução de Danilo Fonseca). Disponível em: <http://www.spiegel.de/> (acesso em 28/10/2006).
- TAKAHASHI, MAB e IGUTI, AM, 2008. As mudanças nas práticas de Reabilitação Profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (11): 2661-2670, Rio de Janeiro.
- TAMBELLINI, AT e CAMARA, VM, 1998. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3 (2): 47-59, Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, CF, PAIM, JS e VILASBÔAS, AL, 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano VII (2): 7-28, Brasília.
- VALENTE, LA e SETTIMI, MM, 1998. Considerações e propostas sobre a Política de Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil- Itália, Proteção à saúde nos ambientes de trabalho*, 3 (Edição Especial): 9-12, São Paulo: SESA.
- VASCONCELLOS, LCF, 2007. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. Tese de Doutorado. ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- VASCONCELLOS, LCF e RIBEIRO, FSN, 1997. A investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2): 269-275, Rio de Janeiro.
- VIANNA, MLTW, 2009. *O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à Seguridade Social*. In LOBATO, LVC e FLEURY, S (org.). *Seguridade, Cidadania e Saúde*, p. 66-83. Rio de Janeiro: Cebes.
- VILELA, RAG, 2003. *Desafios da Vigilância e da Prevenção dos Acidentes do Trabalho*. São Paulo: LTR. 303 p.
- VILELA, MFG, 2004. *Da 'moça da vigilância' ao núcleo de saúde coletiva da unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas?* Tese de Doutorado. FCM/DMP/ Unicamp, Campinas.
- WUNSCH FILHO, V; SETTIMI, MM; FERREIRA, CSW; CARMO, JC; SANTOS, UP; MARTARELLO, NA; COSTA, DF, 1993. Sistema de Informação para a Ação: Subsídios para a Atuação Prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a Nível Local. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2): 136-148, Rio de Janeiro.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001
- ZAVARIS, C e GLINA, DMR, 1992. Avaliação Clínica-Neuro-Psicológica de trabalhadores expostos a Mercúrio Metálico em Indústria de Lâmpadas elétricas. *Revista de Saúde Pública*, 26 (5): 356-65, São Paulo.

ZAVARIS, C e GLINA, DMR, 1993. Efeitos da Exposição Ocupacional ao mercúrio em trabalhadores de uma Indústria de lâmpadas elétricas localizada em Santo Amaro, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (2):117-129, Rio de Janeiro.