MARIA TERESA BRUNI DALDON

**Processo de trabalho dos profissionais de saúde em
vigilância em saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Área de Concentração: Movimento, Postura e
Ação Humana
Orientadora: Prof^ª. Dra. Selma Lancman

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Daldon, Maria Teresa Bruni

Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do
trabalhador / Maria Teresa Bruni Daldon. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: Movimento, Postura
e Ação Humana.

Orientadora: Selma Lancman.

Descritores: 1.Saúde do trabalhador 2.Vigilância em saúde do trabalhador
3.Política de saúde do trabalhador 4.Serviços de saúde do trabalhador 5.Programas
nacionais de saúde 6.Programa de prevenção de riscos no ambiente de trabalho

USP/FM/DBD-342/12

A todos que abraçam a área de Saúde do Trabalhador.

“é perante o inédito, a resistência do real, o fracasso, e depois graças à
obstinação e à mobilização subjetiva que o trabalhador consegue
transformar sua impotência em desempenho”

Christophe Dejours

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Selma, pela paciência, por me dizer CALMA muitas vezes e suportar minha ansiedade. Por acreditar no meu potencial e por todas as oportunidades que generosamente me oferece.

À Magda Andreotti, por sua generosidade em compartilhar seu precioso conhecimento e experiência. Por seu tempo, suas falas, seu brilho.

Aos membros da banca de qualificação: Fátima Correa Oliver, Maria Isabel Garcez Ghirardi e Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, pelas contribuições e pelo cuidado com o meu trabalho.

Aos professores que participaram, de uma forma ou outra, da construção dessa dissertação: Marcia Granado, Betty Salum, Nivia Marcello, Oswaldo Tanaka, Malu Schimidt, Elizabete Ferreira Mângia, Fátima Corrêa Oliver e Selma Lancman.

À PMSP, por permitir que esse trabalho fosse desenvolvido.

À Yamara Bragatto, coordenadora do CRSTFÓ, pelo apoio.

À professora Esther Schapochnik, pelo trabalho cuidadoso de revisão e correção de texto e pelas sugestões valiosas.

À Lucinda Bueno de Almeida, pela fundamental contribuição na transcrição das entrevistas.

Aos meus colegas dos CRST e de COVISA, por aceitaram participar dessa pesquisa e por dividirem comigo suas experiências e emoções. Sem vocês esse trabalho não existiria. Obrigada pela confiança.

Ao Ricardo por toda a paciência, companheirismo e amor incondicional.

Aos meus pais, Valdyr e Ema, por sempre me apoiarem.

Aos meus irmãos Ju e Fe pelo incentivo.

Aos irmãos de coração, Ana Cris Roma, Kim e Geraldo, pelo constante apoio.

A meus fofos Caique, Tarsila e Tomas, por me fazerem rir e relaxar.

À Tia Nega, por ser sempre a “titia”, assim do jeitinho que você é, obrigada.

Aos amigos e colegas do CRST-FÓ, por estarem sempre ao meu lado quando mais precisei.

Aos parceiros de VST, Hanss, Ana Marta, Rogério, Jorge, Rose, Cristina, Cecília, Dani, Ivani, Nelson e André.

À Rosi, Cristiane, Kátia e Hanss, pelas longas conversas, confidências e cumplicidade.

Às parceiras do LIIST, Juliana, Rita e Tatiana por me ouvirem e compartilharem seus conhecimentos e sugestões sempre valiosas. A Rita, um especial agradecimento por ter facilitado meus caminhos rumo ao mestrado.

À Fabiana, pela amizade e pelos reconfortantes encontros semanais.

A aqueles que me mostraram os primeiros passos na área de Saúde do Trabalhador e que me contaminaram com sua paixão, Luis Saraiva, Teca Natel, Marcia Hespanhol Bernardo, Helio Neves, Maria Maeno, Kal, Leny Sato, Magda Andreotti, Arnaldo Marcolino e tantos outros que sempre me inspiraram.

Aos amigos do CRST que já se foram deixando saudades: Solange, Clarice e Rui.

À Laís e Margarete, por ficarem na torcida.

Aos pacientes do CRST-FÓ que tanto me ensinaram.

À Priscila, por ser Priscila.

Aos que me socorreram quando meu corpo pediu arrego, Dra. Lin, Dr. Malcon, Dr. José Carlos, Maciel e Heraldo, obrigada pela amizade e atenção.

A Maria Santos e Rosé, por me apoiarem no começo da jornada do mestrado.

Ao Sadiki e a Lutece, por sua energia e alegria revigorantes.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

APRESENTAÇÃO	01
1. INTRODUÇÃO	03
2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	07
2.1. Objetivos gerais	07
2.2. Objetivos específicos	07
3. RETROSPECTIVA HISTÓRICA E CONCEITUAL	08
3.1. História da saúde do trabalhador no mundo	08
3.2. Medicina do Trabalho	10
3.3. Saúde Ocupacional	11
3.4. Medicina Social Latino Americana	12
3.5. Modelo Operário Italiano	13
3.6. Saúde do Trabalhador	14
3.7. Programas de Saúde do Trabalhador no Brasil	16
3.8. As ações de saúde do trabalhador no novo mundo do trabalho	21
4. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	25

4.1. Aspectos legais, regulamentares e políticas públicas que prescrevem as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador	25
4.2. Aspectos conceituais e dificuldades de implantação da Vigilância em saúde do Trabalhador no Brasil	29
4.3. As diversas modalidades de vigilância - compreendendo o conceito de Vigilância em Saúde	38
5. CONFIGURAÇÃO DO CAMPO	43
5.1. Os serviços responsáveis pela Vigilância em Saúde do Trabalhador na cidade de São Paulo	43
5.2. As diferentes terminologias usadas nas intervenções em Vigilância em Saúde do Trabalhador e seus conceitos	46
5.3. A informação em Vigilância em Saúde do Trabalhador	50
5.4. A prática de Vigilância em Saúde do Trabalhador na Prefeitura Municipal de São Paulo nos dias atuais	54
6. MÉTODO E PROCEDIMENTOS	62
6.1. Referenciais metodológicos	62
6.2. Procedimentos de coleta	69
6.3. Trajetória metodológica da pesquisa e procedimentos éticos	71
6.4. Procedimentos de análise	72
6.5. Categorias e subcategorias de análise	74
7. RESULTADOS	76
7.1. O trabalhador da vigilância	76
7.2. Apresentação dos resultados segundo categorias e subcategorias de análise	78

7.2.1. Categoria 1: Relação entre o desejo de legitimidade e de autonomia (o que era pedido), o papel de autoridade sanitária (o que foi dado) e a atual forma de atuação (novas dificuldades)	80
7.2.2. Categoria 2: Reações quanto ao papel profissional	86
7.2.2.1. Temor frente a ameaças à própria integridade física, emocional e moral	87
7.2.2.2. Receio e incertezas quanto a sua atuação diante das mudanças decorrentes do novo status - de autoridade sanitária - ocupado	88
7.2.2.3. Constrangimento por expor os trabalhadores alvo de sua atuação às sanções e represálias	96
7.2.3. Categoria 3: Papel do agente: educação e/ou fiscalização	98
7.2.4. Categoria 4: Reconhecimento no trabalho	102
7.2.4.1. Reconhecimento financeiro	102
7.2.4.2. Reconhecimento indetentário - o sentido do trabalho e a valorização do trabalho realizado	103
7.2.5. Categoria 5: Relação entre satisfação e insatisfação no trabalho	107
8. DISCUSSÃO	112
8.1. Concepção, planejamento e avaliação do trabalho na PMSP	117
8.2. O reconhecimento	122
8.3. O trabalho que se deseja fazer e o trabalho realizado	128
8.4. A remuneração das autoridades sanitárias atuantes nas intervenções em Vigilância em Saúde do Trabalhador	130
8.5. O temor frente às ameaças	131
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134

10. ANEXOS	138
Anexo A - Organograma de COVISA	139
Anexo B - Modelo de atenção da RENAST	140
Anexo C - Leis, normas e eventos significativos para a Saúde do Trabalhador ao longo do tempo	141
Anexo D – Modelo de Relatório de Inspeção Sanitária proposto pela COVISA.....	145
Anexo E - Área de abrangência dos CRST, da COVISA e das SUVIS	152
Anexo F – Questionário para a caracterização das equipes multiprofissionais de saúde das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador	157
Anexo G - Roteiro para entrevista semiestruturada	160
Anexo H - Aprovação Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa CAPPesp da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	161
Anexo I - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas – CEP/PMSP	165
Anexo J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aplicação do questionário	163
Anexo K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização das entrevistas.....	167
Anexo L - Detalhes sobre os entrevistados baseados nos dados colhidos no questionário para a caracterização das equipes multiprofissionais de saúde das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador	169
Anexo M - Informações gerais	170
11. REFERÊNCIAS	186

LISTA DE SIGLAS

AT	Acidentes de Trabalho
AS	Autoridade Sanitária
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (conforme sigla proposta pela RENAST)
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da PMSP
CSM	Código Sanitário do Município de São Paulo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GVISAM	Gerência de Saúde Ambiental
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
MP-ESP	Ministério Público do Estado de São Paulo - Promotoria de Justiça de Acidentes do Trabalho da Capital
MT	Medicina do Trabalho
MPT-F	Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Regional do Trabalho – 2ª Região
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIVAT	Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho
SIVISA	Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVIS	Supervisões de Vigilância em Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância Sanitária
VST	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Número de entrevistados por serviço e por categoria profissional.....	71
TABELA 2 -	Número de questionários respondidos por serviço e por categoria profissional.....	73

RESUMO

Daldon, MTB. *Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Esta pesquisa, de enfoque qualitativo, buscou compreender o processo de trabalho dos profissionais que atuam em Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), lotados na Subgerência de Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) da Prefeitura Municipal de São Paulo. Procurou conhecer as estratégias, recursos e instrumentos utilizados por esses profissionais, além de identificar as ações reais e os significados atribuídos por eles a sua prática. Pretendeu, ainda, dar visibilidade a sua “inteligência no trabalho”, acreditando que sua experiência e conhecimento podem colaborar para o aprimoramento e desenvolvimento das políticas públicas de saúde/trabalho e de suas próprias ações em (VST). Baseou-se nos referenciais teóricos da psicodinâmica do trabalho e da escola franco-belga da ergonomia. O método seguido foi o “estudo de caso”. Foram consultados documentos governamentais, legislações e atas de conferências federais, estaduais e municipais, relativos à Saúde Pública no Sistema Único de Saúde e à área de Saúde do Trabalhador, em especial à VST. Foi feito um estudo da bibliografia pertinente à área, produzida entre 1980 e 2011. Esse material foi utilizado como fonte de dados simples e como informação para a compreensão dos referenciais teóricos, políticas e diretrizes que norteiam o trabalho dos profissionais em VST. A coleta de dados de campo partiu de um questionário, respondido pelos profissionais dos serviços em foco, a fim de caracterizar aquelas equipes multiprofissionais. Os dados permitiram fazer um diagnóstico do universo estudado e funcionaram como norteadores para a escolha, por critérios de representatividade, dos 13 profissionais que seriam convidados a participar de entrevistas semiestruturadas. Os dados das entrevistas realizadas foram tratados pelo método de “análise de conteúdo”, com foco no processo de trabalho, na dinâmica do planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de VST, a partir da percepção dos profissionais que as realizam. Entre os resultados encontrados, verificamos que a VST não é um processo linear, está sujeita a tensões e conflitos de várias naturezas que deveriam ser considerados no estabelecimento dos critérios adotados para sua avaliação, na busca de avanços no alcance dessas ações. Insuficientes processos de reconhecimento e de troca de experiência e a aproximação da aposentadoria da maioria dos profissionais que atuam em VST no município evidenciam a possibilidade de que o ‘saber-fazer’ construído se perca. A carência de recursos materiais, humanos e de processos de capacitação podem trazer prejuízos ao trabalho. A forma desordenada como vem sendo acolhida a demanda de acidentes de trabalho no município e o número insuficiente de autoridades sanitárias para atender à essa demanda podem estar comprometendo a qualidade e a capacidade efetiva das ações de VST. Concluímos que a ausência de clareza sobre o papel dos CRST e da área de Saúde do Trabalhador de COVISA, em tempos de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), e a defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real, podem estar dificultando a construção de programas efetivos em VST. Com a precariedade de planejamento, avaliações e sistematização, as ações de VST podem estar se distanciando de seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.

Descritores (DeCS): Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Política de Saúde do Trabalhador; Serviços de Saúde do Trabalhador; Programas Nacionais de Saúde; Programa de Prevenção de Riscos no Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT

Daldon, MTB. *Working process of healthcare providers in Surveillance of Workers' Health* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2012.

This qualitative research is an attempt to understand working process of public healthcare providers who work in Surveillance of Workers' Health of the Health Surveillance Coordination and of the Reference Center for Workers' Health within the city of São Paulo. It has sought to understand the strategies, resources, and tools used by these professionals, in addition to identifying the real actions and the meanings assigned by them for their practice. It Intended to also give visibility to their "intelligence at work", believing that their experience and knowledge can contribute to the improvement and development of public health policies/work and their own actions in Surveillance of Workers' Health. It was developed based on theoretical references of work psychodynamics and those of the French-Belgian school of ergonomics. The methodology used was the "case study". Government documents, laws and acts of federal, State and local conferences, relating to Public Health at the Brazilian Unified Healthcare System, and those in the area of Workers' Health, in particular at the VST, were consulted. A study was made of the relevant bibliography to the area, produced between 1980 and 2011. This material was used as a simple data source, and how to information for the understanding of theoretical references, policies and guidelines that governs the work of professionals in Surveillance of Workers' Health. The fieldwork started with a questionnaire answered by professionals of services in focus, in order to characterize those multi professional teams. The data allowed making a diagnosis of the universe studied and worked to orient to the choice, by representativeness criteria, of 13 professionals who would be invited to participate in semi-structured interviews. Data from the interviews were treated by the method of "content analysis", with focus on work process, in dynamics of planning, development and evaluation of the actions of Surveillance of Workers' Health, from the perception of professionals that perform. Among the results, we see that the Surveillance of Workers' Health is not a linear process, is subject to tensions and conflicts of various natures that should be considered in the establishment of the criteria adopted for its evaluation, in the pursuit of advances in reach of these actions. Considering the insufficient recognition processes and lack of exchange of experience, and adding to that, the approaching retirement of most professionals working in Surveillance of Workers' Health in the municipality, highlighted the possibility that the ' know-how ' built up could be lost. The lack of human and material resources and of training processes can bring harm to work. The disorderly manner as has being accepted the demand of work-related accidents in the municipality and the insufficient number of health authorities to meet this demand may be compromising the quality and the effective capacity of Surveillance of Workers' Health. We found that the lack of clarity about the actions of workers health developing by the Reference Center for Workers' Health and by Health Surveillance Coordination, in times of National Network of Integral Attention to the Health of the Worker, and the lag between prescribed and real work, may be making it difficult to build up effective a Surveillance of Workers' Health. With the precariousness of planning, evaluation and systematization, the "Surveillance of Workers' Health" actions may be moving away from its goal of prevention and health promotion.

Descriptors (DeCS): Workers' Healthcare (Occupational Health); Surveillance of the Workers Health; Occupational Health Policy; Occupational Health Services; National Health Programs; Program of Risk Prevention on Working Environment.

APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Terapia Ocupacional (1986) na Pontifícia Universidade Católica de Campinas e, em 1990, ingressei no, recém-inaugurado, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó (CRST-FÓ), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Tornei-me, assim, uma das primeiras Terapeutas Ocupacionais (TO) no país a atuar em Saúde do Trabalhador (ST), área em formação no Brasil.

Na época não estava claro para os profissionais que iniciavam essa experiência o papel da TO na Saúde do Trabalhador. Como os colegas, fui conhecendo a área e buscando consolidar um saber que se traduzisse em uma prática consistente e que respondesse às demandas desse universo que então eu desconhecia.

Hoje conto com 22 anos de experiência no CRST-FÓ, onde participei de vários projetos de intervenção e pesquisa em parceria com Sindicatos (dos Trabalhadores de em Empresas de Radiodifusão e TV, das Empregadas e Trabalhadores Domésticos, dos Bancários, dos Químicos e Plásticos, dos Metroviários, dos Comerciais entre outros), com outros Centros de Referência de São Paulo, e com outros órgãos ligados a Saúde do Trabalhador (FUNDACENTRO, Universidades, Promotoria de Justiça de Acidentes do Trabalho da Capital do Ministério Público do Estado de São Paulo e Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Regional do Trabalho – 2ª Região). Essas vivências ampliaram minha visão sobre ST e aprimoraram minha prática. Também desenvolvi atividades de assistência em casos de doenças ocupacionais, principalmente LER/DORT e problemas de saúde mentais relacionados ao trabalho. Assim, pude conhecer de perto as consequências que as condições e situações de trabalho nocivas à saúde trazem à vida desses trabalhadores e suas famílias, além de valorizar ainda mais a prevenção.

Atualmente, grande parte do meu trabalho é dedicada à prevenção e à promoção de saúde nas ações de Vigilâncias em Saúde do Trabalhador (VST), tanto como autoridade sanitária pela Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) da SMS-SP, como na qualidade de “assistente técnica” do Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Regional do Trabalho – 2ª Região (MPT-F).

Inspirada pelo meu dia a dia de trabalho, repleto de desafios e conflitos, conquistas, derrotas e frustrações, sofrimento e prazer, e considerando que a VST, campo complexo e em constante desenvolvimento, merece atenção especial, decidi fazer dessa área o tema de meu mestrado.

O fato de estar envolvida como profissional em um dos CRST da cidade de São Paulo coloca-me, como pesquisadora desse tema, em posição privilegiada. Entretanto, sempre tive clareza do risco de estar muito próxima do meu objeto de estudo, o que fez com que eu procurasse ser ainda mais criteriosa e ética em meu trabalho de pesquisa.

Não interrompi minhas atividades no CRST-FÓ para o desenvolvimento do mestrado. Durante todo esse percurso, estive atuando nas VST junto aos meus pares, e esse mergulho teórico fez crescer em mim o interesse pelos tortuosos caminhos que percorremos diariamente em nossas ações e pelas estratégias que adotamos sem sequer nos darmos conta de sua complexidade.

1. INTRODUÇÃO

Para melhor compreender a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), esta dissertação prioriza o relato dos trabalhadores¹ que nela atuam. Optamos por uma pesquisa de caráter qualitativo, com o uso de entrevistas, como forma de coletar dados da realidade desses profissionais. Foram ouvidos técnicos da Prefeitura Municipal de São Paulo que estão diretamente envolvidos nas ações de VST, mais especificamente nas ações de intervenção na relação trabalho-saúde e que têm como foco os determinantes e condicionantes de agravos à saúde dos trabalhadores.

A VST está intimamente relacionada às estratégias de operacionalização de uma determinada política de saúde, envolve aspectos legais, é permeada pelo controle social² e influenciada por condições sociais e econômicas.

Em VST são utilizados mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho, buscando a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho. No entanto, esses mecanismos terão um fim em si mesmos, se não considerarem a dinâmica realidade do trabalho e se ficarem baseados apenas na exigência de cumprimento das leis, no controle dos riscos e na repetição de modelos ultrapassados, como o da Medicina do Trabalho e o da Saúde Ocupacional.

Os processos de vigilância devem incluir a participação dos trabalhadores de forma a garantir que as transformações decorrentes dessas ações traduzam suas necessidades e sejam por eles validadas. A apropriação pelos trabalhadores dos

¹ Quando, nos referimos a esses agentes, usamos como sinônimos “profissionais de saúde atuantes em VST”, “equipe técnica”, “técnicos e trabalhadores em VST” e “autoridades sanitárias”. Não devemos confundir os com os aqui chamados apenas de “trabalhadores”, pois esses são os atores sociais que atuam nas empresas que são foco das ações de VST.

² Pode-se considerar como representantes do controle social os membros dos Conselhos Gestores, os sindicatos, os trabalhadores das empresas, os usuários dos serviços dos CRST, as associações de bairro e a própria comunidade onde estes estão inseridos.

mecanismos e processos envolvidos em sua atividade de trabalho possibilita que as ações iniciadas pelas equipes de VST sejam continuadas ao longo do tempo, acompanhando as constantes transformações presentes no mundo do trabalho. O valor da participação dos trabalhadores nos processos de vigilância é fundamental quando se considera que há diferenças significativas entre a percepção do técnico que faz a vigilância e a do trabalhador que desenvolve suas atividades nas empresas investigadas, como bem explica Sato (1996). Ao fazer sua avaliação, o técnico nem sempre consegue apreender a complexidade das relações mantidas no trabalho e possibilitadas pelo contexto organizacional em que se dão. Assim, o profissional ao fazer a vigilância pode acabar atendo-se apenas ao que usualmente se convencionou chamar de risco. Já para o trabalhador, as relações de trabalho são fundamentais para compreender o que pode lhe custar a própria saúde.

No Brasil, por mais de 50 anos, intervir no espaço do trabalho era papel do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, com ações baseadas nas limitadas normas da Higiene e Segurança do Trabalho e com sanções exclusivamente vinculadas às leis e normas. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, da criação do SUS e ainda da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 é que o setor saúde do Estado passa a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador intervindo nos espaços de trabalho.

No município de São Paulo, a partir do final da década de 80 e início dos anos 90, foram criados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, ligados à Prefeitura Municipal de São Paulo, que assumiram ações relativas à saúde dos trabalhadores, inclusive de VST.

Para melhor compreender a atuação dos CRST de São Paulo, em especial à relacionada à Vigilância em Saúde do Trabalhador, procuramos, nesta dissertação, considerar seu contexto de trabalho desde a criação até a situação atual, o modelo pelo qual esses serviços organizam suas ações de VST e como se utilizam das informações de que dispõem para produzir as intervenções.

Para os profissionais desses serviços, nunca foi fácil intervir nos ambientes de trabalho, não apenas pela falta de suporte legal e institucional e pela ausência de recursos estruturais, mas também pela própria composição das equipes de trabalho

dos CRST, com profissionais de diferentes formações universitárias e que trilharam diversos caminhos até chegar a esses serviços. Esses percursos nem sempre estão claros para os próprios profissionais e as equipes caracterizam-se por distintos graus de conhecimento e experiência na área, além de trazerem referenciais teóricos de diferentes correntes de pensamento. Os saberes foram adquiridos na prática, por iniciativa dos próprios trabalhadores e pelas trocas promovidas entre eles em suas ações diárias. Pouco lhes foi oferecido pela PMSP em formação profissional.

As dificuldades na prática das ações de VST levaram a parcerias para a cooperação técnica e o desenvolvimento de ações conjuntas e interinstitucionais que garantissem que as intervenções fossem realizadas. Recentemente, com a criação do Código Sanitário do Município de São Paulo (São Paulo, Cidade, 2004), as ações de VST adquiriram novas características, mas que ainda não foram plenamente assimiladas pelos profissionais dos CRST. Com pontos positivos e negativos, que serão discutidos no decorrer deste trabalho, esse novo contexto traz mudanças que precisam ainda ser mais bem compreendidas tanto em seu caráter prático quanto no conceitual.

Sato (1996) considera importante a reflexão sobre o aporte teórico que desenhará essas ações, que deve partir da definição do que é problema de saúde, passar pelo procedimento de sua identificação e chegar às estratégias de intervenção no contexto da VST. Para ela, a lógica que conduz as diferentes estratégias de intervenção é qualitativamente fundamental e determinante da linha de atuação que será adotada na prática. Assim, quando a lógica adotada é direcionada pela escolha dos problemas pautados por estudos empíricos, a intervenção possivelmente procurará eliminar e controlar os riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e “ergonômicos”. Já, quando se adota a noção de problema a partir da percepção e conhecimento do trabalhador, essa atuação buscará modificar a relação do trabalhador com o contexto de trabalho. Segundo essa autora, na construção do conhecimento prático em VST, as diferentes lógicas e estratégias devem ser consideradas, e os instrumentos que estão disponíveis e as diversas formas de conhecimento devem ser ponderados, cuidando-se para que as especificidades de cada uma sejam respeitadas e se use o que há de melhor nelas.

É importante saber sob qual ponto de vista e de qual modelo partem as ações de VST no município de São Paulo. Qual é a concepção sobre o papel do trabalhador das empresas investigadas e o conceito de saúde adotado? Qual o olhar adotado pelos profissionais que executam as vigilâncias? O que o trabalhador da empresa investigada considera importante para ser analisado e o que o profissional que faz a vigilância irá considerar?

Nesta dissertação, o capítulo 2 apresenta os objetivos deste trabalho.

Os capítulos 3 e 4 trazem uma retrospectiva histórica e conceitual sobre a Saúde do Trabalhador, os aspectos legais, regulamentares e as políticas públicas que prescrevem as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil e as dificuldades de implantação da VST no país.

No capítulo 5, que trata da configuração do campo, são apresentados os serviços responsáveis pela VST na cidade de São Paulo, as diferentes terminologias usadas nessas intervenções e os conceitos a elas atrelados. São, ainda, descritos alguns aspectos da prática de VST na PMSP nos dias atuais, inseridas no conjunto maior denominado Vigilância em Saúde. O capítulo foi influenciado pelo conteúdo coletado nas entrevistas que estavam sendo realizadas ao mesmo tempo em que ele era escrito.

No capítulo 6, são descritos os métodos e procedimentos utilizados na pesquisa.

Os resultados de campo são apresentados no capítulo 7 e foram introduzidos por uma breve descrição sobre os trabalhadores da VST no município de São Paulo. Esses dados foram divididos em categorias e subcategorias de análise, considerando o processo de trabalho e a dinâmica do planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de VST, a partir da percepção dos profissionais que as realizam.

No capítulo 8, os resultados são discutidos à luz da ergonomia franco-belga e da psicodinâmica do trabalho e, no capítulo 9, estão as considerações finais. Completam este trabalho, 12 anexos.

Esperamos, com a ajuda do relato dos profissionais que atuam em VST, ter feito um registro da história da VST na PMSP, além de abrir caminho para novas pesquisas sobre esse assunto.

2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Coordenação de Vigilância em Saúde e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da PMSP que atuam na área de intervenção em VST.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer os recursos disponíveis, os instrumentos utilizados, as ações e as condições reais de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na área de intervenção em VST;
- Conhecer as estratégias desenvolvidas por esses trabalhadores para realizar seu trabalho;
- Identificar os aspectos que os profissionais das VST reconhecem como fatores que facilitam ou dificultam/limitam seu processo de trabalho;
- Verificar as impressões desses profissionais sobre o seu trabalho e sobre o impacto de suas ações em VST na melhoria das situações de trabalho e saúde dos trabalhadores.

3. RETROSPECTIVA HISTÓRICA E CONCEITUAL

Os fatos relacionados à Saúde do Trabalhador são aqui apresentados conforme ocorreram. Não foi nossa intenção discutir os aspectos políticos, sociais e econômicos envolvidos.

3.1. HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNDO

A relação entre o trabalho e a saúde/doença é constatada desde a Antiguidade, dos tempos de Hipócrates passando na Idade Média por Georgius Agricola. Nos papiros egípcios e no mundo greco-romano, já se faziam referências à associação entre saúde/doença e o trabalho. No entanto, essa associação não gerava preocupação, eram tempos em que o trabalho era destinado aos escravos ou ao regime servil. O próprio trabalho era interpretado como castigo ou estigma, e os que estavam submetidos a trabalhar eram merecedores do sofrimento a ele atrelado. O trabalho pesado ou de risco elevado era destinado aos subjugados (Mendes, 1996; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Sigerist, 1951³ e Rosen, 1979⁴, apud Coutinho Netto, 1998).

Em meados de 1700 o médico italiano Bernardino Ramazzini, em seu livro *Le malattie dei lavoratori DeMorbis Artificum Diatriba*, já trabalhava com a noção de riscos à saúde. Ele incluiu às questões habituais da anamnese médica, a preocupação com a ocupação do paciente e descreveu mais de cinquenta doenças

³ Sigerist, H. *History of Medicine*. New York: Oxford University Press;1951. 1 v.

⁴ Rosen, G. *Da polícia médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

geradas por agentes causadores específicos comuns a determinadas ocupações. (Mendes, 1996; Coutinho Netto, 1998). Essa obra serviu de base para a compreensão das doenças relacionadas ao trabalho por mais de um século (Aquino, 1996).

A preocupação com o problema dos acidentes, mortes e adoecimentos de trabalhadores aumentou significativamente durante a Revolução Industrial no século XVIII, contexto que alavancou os estudos na área (Hunter, 1974⁵, apud Mendes, 1996 cap.1, p.7).

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.22), nessa época, conviviam “jornadas de trabalho extenuantes em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde”, que em alguns casos ultrapassavam 15 horas diárias e às quais se submetiam também mulheres e crianças. As autoras comentam que essas condições, somadas à aglomeração de pessoas em espaços inadequados e à alta periculosidade de máquinas, tinham como consequência a proliferação de doenças infectocontagiosas, mutilações e mortes.

Mendes e Dias (1991) relatam como, em 1830, em uma indústria têxtil, surgiu o primeiro serviço médico de empresa. Um médico de confiança do empresário foi contratado e deveria se responsabilizar por verificar a influência do trabalho no surgimento de doenças nos trabalhadores e, portanto, preveni-las. Foi assim que, na época, o médico tornou-se o único responsável pela ocorrência dos problemas de saúde e pela garantia da saúde dos trabalhadores.

Movimentos sociais desse período conduziram políticos e legisladores a introduzir medidas legais de controle das condições e ambiente de trabalho que tiveram no Factory Act, de 1833, seu ponto mais relevante, passando a tomar corpo, na Inglaterra, a “medicina de fábrica” (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997, p.22; Hunter, 1974, apud Mendes, 1996 cap.1, p.7).

⁵ Hunter, D. *The diseases of occupation*. 5th ed. London, The English Universities Press, 1974.

3.2. MEDICINA DO TRABALHO

O médico no interior das unidades fabris, num momento em que a força de trabalho era fundamental, representava, ao mesmo tempo, uma iniciativa de detectar os danos à saúde e a necessidade do empresário em recuperar a força do trabalhador, visando seu retorno à produção. Portanto, pode-se dizer que na primeira metade do século XIX, teve início a “Medicina do Trabalho” numa visão eminentemente biológica e individual, restrita ao espaço da fábrica, com ênfase na doença e em seu agente causador isolado (Mendes e Dias, 1991). No âmbito do trabalho, sua atuação se restringia a isolar riscos e a tratar de suas consequências (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

Foi assim que, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), essa abordagem “unívoca e unicausal”, centrada no médico, lançou as bases para o modelo científico conhecido hoje como “Modelo Médico”.

A Medicina do Trabalho utilizava, então, a categoria “risco” para classificar os elementos presentes no trabalho que poderiam causar danos ao corpo do trabalhador (Laurell e Noriega, 1989; Vilela, 2003). Ela rapidamente se instalou em outros países acompanhando a expansão da industrialização (Mendes e Dias, 1991). É essa forma tradicional que predomina até hoje (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

Com a evolução da tecnologia industrial impulsionada pela II Guerra Mundial, com novos processos, equipamentos de trabalho e produtos químicos e com a nova divisão internacional do trabalho, começou a ficar evidente que a Medicina do Trabalho era incapaz de dar conta dos problemas de saúde causados pelos processos de produção. Trabalhadores insatisfeitos questionavam a capacidade dessa medicina de resolver sua demanda. Também pesavam nessa crítica os custos diretos e indiretos que recaíam sobre os empresários com o adoecimento de seus empregados. Em resposta a esse quadro, a atuação médica foi ampliada passando a incorporar a intervenção sobre o ambiente e a considerar os saberes de outras disciplinas e profissões. Surgiu, assim, a “Saúde Ocupacional”, numa abordagem que

progressivamente foi incluindo equipes compostas por outros profissionais além do médico e com ênfase na higiene industrial (Mendes e Dias, 1991, p. 343).

3.3. SAÚDE OCUPACIONAL

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) relatam que a Saúde Ocupacional considera a multicausalidade, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores de risco na produção da doença, mas mantém como critérios a avaliação da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Os agentes/riscos são assumidos como inerentes ao trabalho, sem considerar o contexto que determina sua existência, repetindo na prática as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas de segurança da Saúde do Trabalhador adotadas nesse modelo restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Preconiza a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento da proteção coletiva, e normatiza formas de trabalhar consideradas seguras. Para os autores, essa é apenas uma forma simbólica de prevenção.

Nessa visão, o ônus por acidentes e doenças acaba caindo sobre os próprios trabalhadores que são culpados por sua ignorância e negligência (Machado e Minayo-Gomez, 1995⁶, apud Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). As atenções voltam-se, então, para o ambiente de trabalho, mas ainda desconsiderando o processo dinâmico do trabalho em seu caráter social, político, histórico, enfim, humano (Waissmann e Castro, 1996).

Entre as críticas à saúde ocupacional, pode-se enfatizar a manutenção das bases mecanicistas da Medicina do Trabalho, a não incorporação efetiva da interdisciplinaridade em suas práticas e o fato de continuar a considerar trabalhadores como objeto de suas ações (Mendes e Dias, 1991; Lacaz, 1996).

⁶ Machado, JMH. e Minayo-Gomez, C., Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: Minayo, M CS (org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 117-42.

3.4. MEDICINA SOCIAL LATINO AMERICANA

Do final da década de 60 até os meados da década de 80, houve um avanço conceitual e metodológico no campo da Saúde Pública e das Ciências Sociais (Coutinho Netto, 1998). Criou-se espaço para a compreensão do caráter social do processo saúde-doença, contrapondo-se aos pensamentos hegemônicos e superando os enfoques reducionistas que entendem a relação saúde-trabalho como simples causa e efeito, como as práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Minayo-Gomes e Lacaz, 2005).

Distanciando-se do conceito de risco, que consideravam insuficiente para apreender a lógica global do processo de trabalho⁷ e saúde, Laurell e Noriega (1989), pertencentes à corrente da Medicina Social Latino-Americana, desenvolveram uma nova concepção a partir da utilização do modelo de determinação social. Esses autores introduziram em seus trabalhos a categoria de cargas de trabalho⁸, atrelada à noção de processo de desgaste. Entenderam que, no processo de análise do trabalho, os elementos interagem dinamicamente entre si e com o trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda efetiva e/ou potencial da capacidade corporal e psíquica.

Laurell e Noriega (1989) chamaram a atenção para o sinergismo das cargas e também para a necessidade de analisá-las em conjunto, dentro de seu contexto. Nesse sentido, não é possível avaliar o risco como fator estático, descolado de seu caráter histórico. Assim, apontaram para um novo conceito de epidemiologia, a epidemiologia social.

Esses autores consideraram a intensidade e a duração das cargas e questionaram por que elas eram produzidas e por que se mantinham no trabalho. Entenderam ainda que, dependendo das formas e do contexto como o trabalhador enfrenta tais cargas, é que se dá o desgaste. Acrescentaram também a noção de

⁷ Processo de trabalho é um conceito que foi extraído da economia política marxista (Minayo-Gomes e Lacaz, 2005).

⁸ Laurell e Noriega dividem as cargas de trabalho em físicas, químicas, biológicas, mecânicas e, ainda, fisiológicas e psíquicas.

reversibilidade dos processos de desgaste, mostrando que as perdas de capacidade poderiam ser recuperadas em certos casos e que o desgaste não necessariamente se expressava em forma de doença.

Apontaram o caráter complexo e inespecífico do desgaste e sua invisibilidade para os olhares menos atentos. Essa nova abordagem trouxe um salto qualitativo para o desenvolvimento da ST (Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996; Vilela, 2003). Nela, as exigências decorrentes da organização do trabalho e da atividade do trabalhador têm papel relevante na conformação dos perfis de saúde-doença dos coletivos de trabalhadores. O entendimento das relações entre trabalho e saúde é pautado no conceito de “Processo de Trabalho” (Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996; Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997).

A corrente da Medicina Social Latino-Americana incorporou a ideia de trabalhador, não como um ser passivo, mas como agente de mudança, com saberes e vivências sobre seu trabalho, acumulados coletivamente (Santos, 2001). Outra riqueza desse movimento para a área da ST foi trazer para a prática dos profissionais que nela atuam o papel de interlocutores que facilitam o planejamento/replanejamento do trabalho, potencializando e ampliando possibilidades de mudanças na organização e nos processos de trabalho (Sato, 2002).

3.5. MODELO OPERÁRIO ITALIANO

Ainda no final dos anos 60, na Europa, o Modelo Operário Italiano lançava as bases para a realização dos mapas de risco, mediante a definição de quatro grupos de “fatores de risco” ou “grupos de risco”⁹.

Como premissa das ações transformadoras estava a interlocução com os operários e o reconhecimento de seu saber, derivado da própria experiência. Esse

⁹ 1-Grupo dos riscos presentes no ambiente, dentro e fora do local de trabalho, (temperatura, ruído, umidade e ventilação); 2- Grupo dos riscos característicos do ambiente de trabalho (poeiras, gases, vapores, fumaças e substâncias químicas); 3- Grupo dos riscos referentes à fadiga derivada do esforço físico e 4- Grupo dos riscos capazes de provocar fadiga (ritmo, monotonia e repetitividade).

modelo, ao construir os mapas de risco, trabalhava com os “grupos homogêneos de risco” (grupos submetidos às mesmas condições de trabalho), em que os operários não delegavam aos técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento aí obtido. Os achados eram classificados em “grupos de risco”, e os processos reivindicatórios eram pautados na “validação consensual”, resultante da discussão coletiva das avaliações (Oddone et al., 1986; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997).

O modelo apresenta contradições, pois, apesar de valorizar a “subjetividade e experiência operária” para compreender a realidade da relação trabalho-saúde, ao categorizar esse conhecimento nos “grupos de risco”, continuou se pautando no conhecimento científico formal (da Medicina, Engenharia, Ergonomia, entre outras áreas). Não conseguiu romper completamente com os modelos técnicos que opunham o conceito de risco aos de saúde. No entanto, evoluiu no sentido de que os trabalhadores passaram a ser condutores do processo de investigação, auxiliados pelos especialistas (Oddone et al., 1986; Laurell e Noriega, 1989; Sato, 1996).

A noção de “grupo de risco” do Modelo Operário valoriza a inter-relação entre os fatores de risco no processo de adoecimento. É, portanto, diferente do conceito dado ao “risco” pela Medicina de Trabalho em seu modelo monocausal de doença. No entanto, ambos podem ser entendidos como insuficientes para explicar a dinâmica global do processo de trabalho e suas relações com a saúde e o adoecimento.

3.6. SAÚDE DO TRABALHADOR

As transformações no mundo do trabalho deixaram claro que era preciso rever a compreensão da relação saúde-trabalho. Ao considerar o papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença, passou-se a questionar os modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional.

Não era mais possível manter-se preso a antigos paradigmas. (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985; Laurell, 1985; Lacaz, 1996; Brito, 2004).

Surgiu uma nova concepção denominada “Saúde do Trabalhador”, que rompe com os velhos modelos de compreensão dos modos de produzir doenças (Mendes e Dias, 1991, Waissmann e Castro, 1996 In Teixeira e Valle, 1996) Nessa perspectiva, o campo da ST segue se apropriando de diferentes abordagens que estudam o trabalho e suas relações com os indivíduos e com sua saúde e se articulam por percursos diversos, como: a epidemiologia, a saúde coletiva, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia franco-belga entre outras. Incorporou, assim, teorias voltadas para o estudo dos processos de trabalho e das relações sociais que deles decorrem por meio do pensamento de vários autores, entre os quais destacamos: Dejours, Abdoucheli e Christian, 1994; Dejours, 1987, 1997, 1999, 2004a; Wisner, 1994; Guérin et al., 2001; Daniellou, 2004; Lancman e Uchida, 2003; Lancman e Sznclwar, 2004; Lancman e Heloani, 2004; Seligmann, 1994; Sato 1991, 2002; Sato et al., 2006; Vilela, 2002, 2003, 2010.

Com o novo enfoque centrado no processo de trabalho, é possível identificar os aspectos a serem inseridos nos locais e ambientes de trabalho a fim de promover transformações que conduzam a melhoria de suas condições. A ST deve, portanto, abarcar não apenas os riscos e os agravos/efeitos para a saúde, mas também o processo de trabalho e os determinantes de tais condições com vistas à promoção da saúde. Nesse entendimento da relação trabalho-saúde, surgiram novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho, que têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito, como também o conceito de determinação social do processo saúde-doença.

Cada vez mais, as equipes passaram a ser compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, favorecendo a melhor contextualização, interpretação e compreensão da gama de relações sociais e técnicas que conformam a produção e da complexidade e subjetividade dos diversos atores aí envolvidos.

A ST segue em construção e recebe de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) uma crítica, pois os autores dizem que, apesar dos avanços no campo conceitual de suas práticas, no cotidiano, ela ainda se depara com a hegemonia da

Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Colocam, assim, em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação. Para eles, nesse campo, estão evidentes os conflitos entre interesses econômicos imediatistas e a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

Outra crítica à ST vem de Machado (1997) para quem a formação profissional dos componentes das equipes de vigilância precisa superar os limites decorrentes do elevado número de abordagens quantitativas, comuns nos primeiros estudos da ST, e suprir a carência de aperfeiçoamento das abordagens qualitativas, existentes. Considera a importância da articulação entre essas duas abordagens para uma compreensão e intervenção mais plena do campo.

3.7. PROGRAMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

No processo de constituição do campo da ST que dá origem e contextualiza suas práticas no Brasil, é preciso considerar os aspectos sociais, econômicos, históricos e políticos, como diz Santorum (2006).

Pensado como determinante do processo saúde-doença e discutido em instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (Laurell, 1985; Ribeiro e Lacaz, 1985; Spedo, 1998; Lacaz, et al., 2002). No Brasil, a expressão Saúde do Trabalhador começou a aparecer nos anos 70 e 80, indicando o campo de conhecimentos vinculado a uma área ou programa de saúde (Mendes e Dias, 1991; Lancman, 2004; Vasconcellos, 2007). Em nosso país, a saúde recebeu, ainda, influência da Medicina Social Latino Americana e do Modelo Operário Italiano (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997).

Textos produzidos por Machado (1997) e Santos (2001) contam que, sob influência da Medicina Social Latino Americana e da experiência da Reforma Sanitária Italiana, no Brasil, tanto a ST quanto a VST passaram a considerar a determinação social da saúde e a questionar a adoção exclusiva de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito. Em algumas práticas e

gestões, foram introduzidas metodologias participativas em saúde, englobando a validação consensual em grupos homogêneos e a atenção à dinâmica entre o sujeito individual e o coletivo inerentes ao mundo do trabalho.

Esse processo foi impulsionado pelo desenvolvimento da Saúde Coletiva durante o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que propunha uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade, incluindo a ST como direito universal (Brasil, MS, 2006).

A segunda metade dos anos 80 foi marcada pelo aumento de doenças ocupacionais, consideradas até mesmo como epidemias, somadas à incapacidade do sistema de saúde em fornecer respostas efetivas às necessidades de saúde da população trabalhadora (Mendes e Dias, 1991). Essa situação estimulou a mobilização de atores sociais que propunham que, os serviços de saúde incorporassem as ações de ST. Ainda nesse período, os sindicatos se destacaram pela mudança no foco de sua atuação, que passou a buscar melhores condições de saúde e trabalho, incluindo esse tema nas pautas de negociações coletivas com discussões sobre as relações entre ambientes, condições/organização do trabalho e saúde (Lacaz, 1983; Ribeiro e Lacaz, 1985; Santos, 2001; Lacaz, et al., 2002).

A política governamental no campo da ST no Brasil passou a refletir a vontade de diferentes atores: trabalhadores, representantes sindicais, profissionais de saúde empenhados nas questões de saúde-trabalho e pesquisadores que buscavam alterar o quadro de saúde da população trabalhadora, a fim de garantir melhores condições de vida e de trabalho (Oliveira, 2001).

Esse processo coincidiu com conquistas, no âmbito legal e das instituições, no que se refere às práticas de ST na rede de serviços de saúde. Os serviços de saúde incorporaram as ações de ST com a promulgação da Constituição Federal de 1988¹⁰ (Brasil, 1988) e das Constituições Estaduais. A sanção da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 (Brasil, MS, 1990) regulamentou as ações de ST e se desdobrou na criação de legislações complementares nos âmbito estadual e municipal, no decorrer dos anos seguintes (Minayo-Gomes e Thedim-Costa, 1997) (anexo C).

¹⁰ Isso foi de grande importância porque trouxe também para o SUS e, portanto, para o setor Saúde, a responsabilidade de intervir nos ambientes de trabalho, ações que estavam confinadas, há décadas, à competência do setor Trabalho (Oliveira, 1994).

No entanto, ainda em 1994, quando se realizou a II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), não havia clareza do caráter intersetorial, sistêmico e dos princípios e diretrizes que regem o SUS na política pública para ST. Podia-se perceber claramente que havia um desconforto e até certa disputa de poder entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, o da Previdência Social e o da Saúde. Tradicionalmente, os dois primeiros eram os responsáveis pela política de ST (Dias, 1994), mas, a partir de deliberações desta Conferência, o Ministério da Saúde passou a assumir totalmente as ações em ST e a ter o papel de articulador do processo e de integração dos diversos órgãos nas esferas municipal, estadual e federal (Lacaz, 2005; Brasil, MS/DST, 1994).

Os impasses presentes nesse período vêm se mantendo, com disputas e conflitos entre corporações profissionais e entre setores governamentais dos três Ministérios envolvidos (Dias 1994; Santorum, 2006). Apesar disso, a II CNST teve várias resoluções importantes, com reflexos na proposta para a ST, como a que diz respeito à qualidade dos mecanismos de fiscalização dos ambientes de trabalho, que deveriam ser mais eficientes tanto quantitativamente quanto qualitativamente, além de incorporar o controle social.

Foi nesse contexto (anos 80/90) que surgiram as primeiras instituições voltadas para a saúde dos trabalhadores no país. Implantaram-se Programas de Saúde do Trabalhador (PST) nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul (Vilela, 2003). Instalaram-se os primeiros Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, vinculados aos governos estaduais, usando a sigla CEREST, e os ligados à PMSP, que receberam a sigla CRST.

Apesar da prática acumulada no início dos anos 80 nos programas de ST, o reconhecimento das ações desses serviços enfrentou dificuldades no âmbito do SUS. (Dias, 1994; Lacaz, 1996; Lacaz, et al., 2002; Santorum, 2006), causadas pela pouca vontade política de alguns governos para os quais ela não foi uma prioridade, pela insuficiência de definição de uma política nacional para o setor, pela precária legitimação legal das ações de VST dos CRST e pela persistência de um modelo baseado mais na assistência que na prevenção e promoção da saúde.

Dependendo do formato institucional vigente, mesmo incorporada no organograma e nas práticas do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios, por mais de uma década, a ST, tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da vigilância, ora na assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS (Dias e Hoefel, 2005). Isso indica que aspectos políticos e a capacidade reivindicativa dos diversos atores interferem mais que os problemas técnicos quando se trata de implementar soluções aos agravos do trabalho (Laurel¹¹, apud Freitas et al., 1985).

Em resposta à necessidade de construção de uma estrutura capaz de abarcar as atribuições e ações em ST, foi criada em 2002 a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Brasil, MS, 2002; Hoefel, Dias e Silva, 2005). Ela reconhece a fragmentação e sobreposição de responsabilidades pelas ações de saúde e segurança dos trabalhadores - diluída nos três setores: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social - e a necessidade de uma atuação transversal que integre esses setores (Santorum, 2006).

A RENAST deveria representar o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da ST no âmbito do SUS, com a proposta de reunir as condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução, com uma política permanente de financiamento de ações de ST (Brasil, MS, 2006). No entanto, esse processo é recente e ainda tem muito para avançar.

Com a RENAST, foram habilitados vários Centros de Referência em Saúde do Trabalhador por todo o país, inclusive os que existiam antes da sua criação (Santorum, 2006; Santos, 2010).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador existentes antes da RENAST foram classificados por Dias et al. (2008, apud Santos 2010)¹² como pioneiros e os que foram criados a partir da proposição da rede, como institucionais.

Ancorada no controle social, a RENAST deveria favorecer a continuidade dos programas tornando-os menos sujeitos a processos de descontinuidade¹³ decorrentes

¹¹ Laurel, AC. Processo de trabalho e saúde. *Revista Saúde em Debate*. 1981; 11: 8-22.

¹² Dias EC, Silveira AM, Vilas Boas SW, Silva JM.. *Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS no Estado de Minas Gerais, no período de 2002- 2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo*. Relatório técnico-científico. Belo Horizonte: CEREST. 2008. Mimeo.

de mudanças políticas como, por exemplo, quando ocorre troca de governos (Lacaz, 1997; Santorum, 2006). Para garantir a participação da comunidade e a participação social nas ações de ST, as estratégias adotadas vêm sendo construídas e garantidas por leis calcadas na Constituição de 1988, que incentivam e garantem sua atuação.

Hoje, o aparelho de Estado brasileiro voltado para a atenção à saúde do trabalhador está estruturado basicamente em quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação), em duas fundações (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho - FUNDACENTRO e Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ) e em centros de atenção da RENAST/SUS (CEREST e CRST), inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Há pouca, em alguns casos inexistente, a articulação entre essas estruturas. Suas atribuições por vezes se superpõem como no que se refere a informações, reabilitação, formação e fiscalização (Vasconcellos, 2007).

Portanto, é preciso uma requalificação da estrutura organizacional da saúde pública no Brasil para poder contemplar os diferentes processos de trabalho e a diversidade de necessidades de cada serviço voltado a ST. Só assim, essa área poderá se desenvolver no âmbito do SUS e cumprir todas suas atribuições nas cinco frentes de trabalho previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas¹⁴.

A falta de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e de uma Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) vinham comprometendo as ações de ST e, por conseguinte, as Vigilâncias em Saúde do Trabalhador pela falta de prescrição do trabalho¹⁵. Colaboravam para sua fragmentação e dissociação em relação às demais ações no campo da atenção à

¹³ A dinâmica descontínua de atuação, comum nos momentos em que um novo governo toma posse, é descrita por Minayo- Gomes e Thedim-Costa (1997).

¹⁴ As atribuições propostas pela RENAST para os CRST podem ser lidas no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (Brasil, MS, 2006, p 71, 74-75).

¹⁵ “Prescrito” aqui foi usado no sentido de “trabalho prescrito” (ou tarefa) que, para a ergonomia franco-belga, é um conceito que se refere ao que é esperado de um processo de trabalho específico. Como as situações reais de trabalho evidenciam, o trabalho é muito mais do que o previsto ou prescrito e é sempre distinto do planejado. Apesar de fadada à transgressão, a prescrição é um norte necessário, é uma forma de antecipação encontrada em todos os processos produtivos. Quando há falta de clareza de prescrição, a definição dos objetivos e dos meios para atingi-los acaba recaindo sobre os trabalhadores.

saúde, inclusive as demais ações de Vigilância em Saúde. A PNSST tramitou desde 2001 e somente foi oficializada pela presidente Dilma Russel¹⁶ em 2011. Em agosto de 2012, o ministro da saúde oficializou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora¹⁷. Essas Políticas são recentes e, portanto, ainda não se conhece suas repercussões práticas.

3.8. AS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO NOVO MUNDO DO TRABALHO

Diante dos elevados números de acidentes e adoecimento no trabalho, os serviços públicos de saúde e as entidades sindicais buscam respostas para problemas de saúde relacionados ao trabalho. Esses eventos têm um custo inestimável para os trabalhadores e suas famílias, e sua dimensão aparece nos dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que mostra que 4% do total do Produto Interno Bruto mundial são gastos em procedimentos relativos a doenças profissionais, absenteísmo, incapacidade e pensões¹⁸ (OIT, 2005). Segundo o Ministério da Previdência Social, o Brasil perde, a cada ano, o equivalente a 4% do seu PIB com acidentes de trabalho (AT)¹⁹. O cálculo inclui todos os gastos da Previdência Social, além dos custos do Ministério da Saúde e os prejuízos para a produção (Brasil, MPAS, 2007). A prevenção é considerada fundamental para reverter esse quadro.

Os novos processos de trabalho baseados nas novas formas e métodos de organização do trabalho, no aumento da competitividade e na avaliação por

¹⁶ Por meio do decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. O texto prevê que cabe ao Ministério da Saúde “fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional;...”

¹⁷ Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

¹⁸ A OIT estima que, no mundo, ocorram anualmente cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e 160 milhões de pessoas adquirem doenças ocupacionais.

¹⁹ Em 2007, no Brasil, cerca de R\$ 8 bilhões foram gastos em benefícios acidentários (pagos a quem sofreu um acidente de trabalho ou tem uma doença profissional) e aposentadorias especiais.

desempenho fragilizam as relações sociais, rompendo os laços de solidariedade e levando a um maior individualismo e a solidão. Esses fatos modificam também o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores pelo surgimento de novas doenças e pela intensificação de outras já existentes (Rigotto, 1998; Sennett, 1999; Alves, 2000; Heloani e Capitão, 2003; Antunes, 2004; Bernardo, 2006). As elevadas cargas de trabalho, os processos de trabalho insalubres e perigosos, os equipamentos e tecnologias ultrapassadas, os ambientes de trabalho inóspitos, as novas formas de organização e divisão do trabalho, entre vários fatores, aumentam o adoecimento, a invalidez e a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho (Antunes, 1995; Alves, 2000; Abreu e Resende, 2001; Toldra et al., 2010).

Há um número significativo de trabalhadores sem vínculos formais (inclusive em situação de “trabalho familiar”), subempregados, terceirizados, cooperativados, desempregados²⁰ e, ainda, em situações precárias de trabalho (Minayo-Gomes e Lacaz, 2005).

A flexibilidade nos contratos²¹, que diminui os encargos sociais das empresas, consolidou a ausência de direitos, de proteção ou garantias, ônus que pesa sobre os trabalhadores (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997). O enfraquecimento dos sindicatos²² é um fator que caminha junto com a precarização do trabalho formal e informal comprometendo sua atuação, que sempre foi fundamental na construção do campo ST (Lacaz, 1996, 2007; Machado, 1997; Nardi, 2004; Brito, 2005; Lacaz e Florio, 2009; Santos 2010).

²⁰ Segundo o relatório *Tendências mundiais de emprego 2010* da Organização Internacional do Trabalho (OIT), houve um aumento de 34 milhões no número de pessoas sem emprego em relação a 2007. Nesse período, a economia mundial foi fortemente afetada pelos efeitos da crise financeira. No entanto, a OIT ressalta a rápida recuperação da economia brasileira em 2010 (OIT, 2010).

²¹ Segundo o relatório: *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)* 2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, entre os 54,3 milhões de empregados, 59,6% (ou 32,3 milhões) tinham carteira de trabalho assinada. (IBGE, 2009) Apesar de, em 2010 e 2011, serem noticiados aumento na taxa de empregos com carteira assinada, a desarticulação dos trabalhadores permanece e parece também estar ligada a fatores como os característicos das novas formas de produção e a mudança no perfil do trabalho, em que o setor industrial não é mais o predominante e a terceirização é cada vez mais presente. (DIEESE, 2011).

²² Segundo a Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) 2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de trabalhadores associados a sindicato vem caindo, apesar de o número de trabalhadores contribuintes do instituto de Previdência, continuar aumentando (IBGE, 2009).

Segundo Juan Somavia (OIT, 2010), Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT), enquanto enfrentamos novos desafios de segurança e saúde em um ambiente de trabalho em rápida transformação, continuamos arrastando os resultados dos riscos existentes no local de trabalho no passado e, além disso, “muitos dos riscos profissionais permanecem ocultos e passam despercebidos, principalmente na economia informal.” Ele aponta a necessidade de adoção de novas estratégias de prevenção, segurança e promoção de saúde no trabalho diante da constante mutação desse mundo, das inovações tecnológicas, como a nanotecnologia, a biotecnologia e a manipulação química, que trazem novos riscos. De acordo com Somavia, a população trabalhadora envelheceu, o número de mulheres trabalhadoras cresceu e o de trabalhadores migrantes e de trabalhadores informais também. Novas doenças surgiram, como é o caso das psicossociais associadas às novas situações de estresse e pressão de trabalho na economia global. Para ele, a crise econômica mundial teve efeitos prejudiciais para os trabalhadores. Para dar conta das novas formas de estruturação produtiva, onde se destacam o avanço das terceirizações, do setor de serviços²³, da precarização do trabalho e das situações de informalidade (Antunes, 1999), a marca deixada pelas abordagens dirigidas às antigas organizações industriais deve ser superada e o próprio conceito de processo de trabalho, apropriado para o mundo do trabalho industrial taylorista-fordista, já não é mais suficiente para apreender o novo horizonte²⁴ (Minayo-Gomes e Lacaz, 2005; Lacaz 1996). Portanto, os fatores determinados pela crise mundial e os novos paradigmas tecnológicos de organização e gestão do trabalho demandam uma nova compreensão.

Os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social limitam-se a ações ligadas ao mercado formal e aos segurados. Parece que apenas o SUS continua buscando respostas para as novas demandas (Minayo-Gomes e Lacaz, 2005).

Ainda somos carentes de práticas capazes de dar conta dessa situação, mas a VST pode ser considerada estratégica e mesmo um fio condutor de transformações

²³ Nos setores terciários, como os de serviço, a nova dinâmica do trabalho é caracterizada pelo contato direto entre o trabalhador e seu cliente (ainda que em certos casos esse contato seja via telefone ou internet). Essa intersubjetividade não aparece no setor industrial.

²⁴ “Considerando a distribuição da população ocupada por agrupamentos de atividade, em 2009, a agrícola respondia por 16,3% dos ocupados, a indústria de transformação por 13,9% e o comércio e reparação por 18%.” (IBGE, PNAD, 2009).

nos ambientes e processos produtivos. Ela pode viabilizar que a proposta vigente nas políticas de saúde pública seja aplicada em espaços produtivos, aproximando-a de contextos onde se desenvolve o trabalho (Santorum, 2006). Pode, ainda, proporcionar um espaço para a interlocução com os trabalhadores valorizando o olhar deles sobre a atividade que realizam e facilitando-lhes um processo de apropriação de seus saberes e de seu poder de transformação/ação.

4. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Na VST estão incluídos alguns componentes essenciais, como a informação e suas diretrizes de ação; a intervenção nos processos, condições e ambientes de trabalho; a educação, comunicação e promoção da saúde; a participação do controle social e dos diferentes atores comprometidos no processo. Esse conjunto complexo desencadeia diferentes frentes de trabalho e a incorporação de conhecimentos de diversas instâncias. Esta dissertação ateve-se aos aspectos do trabalho desenvolvido pelas autoridades sanitárias nas ações de intervenção nos processos, condições e ambientes de trabalho.

4.1. ASPECTOS LEGAIS, REGULAMENTARES E POLÍTICAS PÚBLICAS QUE PRESCREVEM AS AÇÕES EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Machado (1996) descreveu a VST como um processo contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando à promoção, à proteção e à assistência à saúde daqueles que trabalham, tendo como objeto de sua ação a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde-doença. Essa forma de definir as VST parece ter influenciado vários dos textos que as normatizam no país.

O Ministério da Saúde publicou em julho de 98 a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio da Portaria 3.120/98 do Ministério da Saúde. Esta passou a regular a VST no âmbito do SUS, e estabeleceu que embora preservando suas peculiaridades regionais, essas ações deveriam manter linhas mestras de atuação, compatibilizando instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências. Segundo essa portaria, para as ações de VST, devem ser desenvolvidos mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A portaria conceitua VST 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-lo (Brasil, MS, 1998a)²⁵.

Em outubro de 98, a publicação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Brasil, MS, 1998b) expressa que a atuação do SUS nas ações de VST deve ocorrer por meio de “[...] vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica [...]”. Essa norma propõe uma transformação que parte “[...] do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis [...]”.

Na cidade de São Paulo, na falta de normatização municipal que legitimasse suas ações, por anos, os CRST apoiaram-se em outras normas técnicas²⁶, na

²⁵ Uma definição praticamente igual a essa já era apresentada no Manual de Normas e Procedimentos para VST no SUS (Brasil, MS, 1995). Esse manual refletiu avanços na área da Saúde do Trabalhador no Brasil.

²⁶ Como as da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, as Normas Regulamentadoras Relativas à Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (NR) e normas internacionais.

legislação trabalhista, no Código Sanitário Estadual de São Paulo (São Paulo, Estado, 1998) e em inúmeros convênios interinstitucionais²⁷ (Brasil, MT, 1978).

Nos anos 90 e início dos anos 2000, ficava clara a fragilidade e a necessidade de melhor amparo jurídico-executivo para que as práticas de VST pudessem se efetivar nos CRST de São Paulo (Lacaz et al., 2002; Porto, et al., 2003).

Somente após a criação, em 2004, do Código Sanitário do Município de São Paulo (São Paulo, Cidade, 2004) e mais recentemente, após o Decreto 50.079/2008²⁸, é que as ações dos CRST da PMSP começaram a ganhar respaldo normativo, legitimidade e autonomia (São Paulo, Cidade, 2008a). Esse Código passou a ser mais um instrumento legal adotado pelos profissionais dos CRST nos trabalhos de vigilância determinando as regras para as VST.

A partir de novembro de 2003 alguns profissionais nos CRST e da Subgerência de Saúde do Trabalhador da Gerência de Saúde Ambiental, da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) foram investidos do poder de autoridade sanitária²⁹. Eles têm no CSM certa prescrição do que deve ser o seu

²⁷ Em especial com a Promotoria de Justiça de Acidentes do Trabalho da Capital do Ministério Público do Estado de São Paulo até 2002 e que foi seguido pelo convênio firmado com o Ministério Público do Trabalho (MPT-F), através da Procuradoria Regional do Trabalho – 2ª Região que ainda se mantém. Nesses dois convênios, os profissionais dos CRST atuaram na qualidade de “assistentes técnicos” nas investigações para o estabelecimento de procedimentos como os Termos de Ajuste de Conduta e as Ações Cíveis desenvolvidos por esses órgãos. A passagem entre MP-ESP e MPT-F se deu de forma lenta e houve um vácuo, que se estendeu até 2004, nas ações de VST da PMSP, ainda sem instrumento legal próprio. Somente em 2006 o MPT-F voltou a conduzir os processos que foram deixados em aberto pelo MP-ESP e retomou a parceria com a PMSP, e os profissionais dos CRST voltaram a prestar assessoria técnica.

²⁸ O Decreto Nº 50.079 de 07/10/2008 da Prefeitura do Município de São Paulo incumbe às SUVIS e os CRST das seguintes atribuições: participar do planejamento e da avaliação das ações de vigilância em saúde no âmbito da respectiva região e executar as ações de vigilância em saúde definidas no Plano Municipal de Saúde e dar publicidade às ações e medidas administrativas desenvolvidas no âmbito da vigilância em saúde; utilizar e estimular o uso de métodos epidemiológicos na caracterização dos problemas de saúde, visando ao planejamento das atividades atinentes à vigilância em saúde e remeter periodicamente à Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA informações sobre as ações de vigilância em saúde executadas no âmbito de sua competência (São Paulo, Cidade, 2008c).

²⁹ A **autoridade sanitária** tem poder de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença, na promoção e manutenção da saúde, pela prevenção dos fatores de risco e controle de situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde da pessoa ou dos aglomerados populacionais (São Paulo, Cidade, 2010a). Já, o decreto 50.079 de 07/10/08 (São Paulo, Cidade, 2008c) define autoridade sanitária como “aquela credenciada pelo Secretário Municipal da Saúde como competente para o exercício das atribuições de saúde pública, com a prerrogativa de **aplicar a legislação sanitária**”. Esse mesmo decreto traz ainda as seguintes definições: “**Inspecção sanitária**: procedimento **técnico realizado pela autoridade sanitária** em estabelecimento ou equipamento de interesse da saúde, com o objetivo de identificar e intervir sobre

trabalho. Assim, segundo o artigo 36º, parágrafo 3º desse código, as autoridades sanitárias devem executar ações de inspeção em ambientes de trabalho, visando ao cumprimento da legislação sanitária vigente e à análise dos processos de trabalho que possam colocar em risco a saúde dos trabalhadores. Dentre suas funções, de acordo com o art. 39º do CSM, estaria o papel de indicar ao empregador as irregularidades que estejam colocando em risco a saúde dos trabalhadores e exigir suas correções de forma hierarquizada, priorizando medidas coletivas e não o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) (São Paulo, Cidade, 2004).

No portal da PMSP também se encontram dados relacionados à prescrição do trabalho das equipes de VST e sua composição. Segundo esse portal, as equipes contam com profissionais de diversas áreas do conhecimento, legalmente constituídas e competentes como autoridades sanitárias para fazer cumprir as leis e regulamentos³⁰ referentes à prevenção e controle dos fatores que possam comprometer a saúde no processo de trabalho. As atribuições dessas equipes incluem o desenvolvimento de ações coletivas, tais como recomendações às empresas construtoras de máquinas e equipamentos para que implementem dispositivos de proteção, bem como a elaboração de normas técnicas (São Paulo, Cidade, 2010b).

No processo de trabalho das equipes de VST, há diversos projetos e termos de cooperação entre diferentes instituições, como: de 1994 a 1998 o Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália – PCTBI (REDE Especial, 1998), o Termo de Cooperação sobre Proteção da Integridade Física e Mental e a Saúde do Trabalhador e o Termo de Cooperação sobre Medidas de Controle de Acidentes de Trabalho com Trabalhadores com Menos de Dezoito Anos a partir de 2005³¹ (São Paulo, Cidade, 2010c).

os riscos à saúde da população, presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e no meio ambiente, **inclusive o de trabalho**, mediante a **avaliação de processos que garantam produtos, serviços e ambientes seguros e saudáveis**”. “**Relatório de inspeção sanitária**: documento de registro das condições sanitárias de estabelecimentos, ambientes e equipamentos de interesse da saúde, constatadas em inspeção.” “**Roteiro de inspeção sanitária**: instrumento técnico, instituído pelos órgãos federal, estadual e/ou municipal, para orientar a ação de fiscalização, bem como a elaboração do relatório de inspeção sanitária.” (grifos nossos).

³⁰ Instrumentos próprios da saúde, em associação a outras normas técnicas (como a ABNT e as NR) e legislação trabalhista.

³¹ Estiveram envolvidos o Governo do Estado de São Paulo, o governo da Itália, a então Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo (DRT), a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de

Na definição da COVISA, a VST deve intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dos trabalhadores gerados pelo ambiente de trabalho, pelas condições de trabalho ou pela organização do trabalho (como o trabalho é planejado, estruturado e executado), sempre que o resultado da exposição a estes fatores possa levar a acidentes de trabalho ou adoecimento.

Apesar dos avanços e conquistas dos últimos anos, ainda há um distanciamento entre a realidade prática das VST e o que é disposto nas políticas e normatizações que tratam desse tema e prescrevem o trabalho a ser feito pelos profissionais dos CRST, exigindo dos trabalhadores de VST ajustes e intenso comprometimento para garantir a continuidade de seus trabalhos (Oliveira et al., 1997; Minayo-Gomez e Lacaz, 2005). Em 2012, diretrizes visando à prevenção e à promoção de saúde seguem sendo implantadas lentamente.

4.2. ASPECTOS CONCEITUAIS E DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Uma revisão de artigos e teses que tratam do tema VST desde os anos 80 até os nossos dias mostra que diferentes autores se complementam no entendimento desse processo e de suas dificuldades.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005) propõe que sejam balanceadas a historicidade e a conjuntura onde se dão as relações de produção, as demandas sociais, os impactos epidemiológicos e os fatores que influenciam as disputas e negociações próprias do contexto onde se desenrolam as ações de VST. Para Machado (1997), os componentes sociais (a situação econômica, a organização e a experiência dos trabalhadores) devem fazer parte da análise do processo de

trabalho tanto quanto as situações de risco e do tipo de tecnologia utilizada em determinado processo de produção.

Abordagens que incluem a participação ativa dos trabalhadores são dificultadas pelas condições impostas pelas relações de trabalho de nossos dias. Os profissionais que realizam as VST temem colocar na linha de represálias e até mesmo de demissões, os trabalhadores com os quais conversam nos momento das vigilâncias e aqueles que sofreram algum tipo de acidente de trabalho que esteja em investigação e até mesmo os que procuram os serviços do CRST para assistência. Talvez pela importância e pela dificuldade de se concretizar a participação dos trabalhadores nos processos de VST, esse tema vem sendo objeto de estudo de diversos autores, como: Lacaz et al. (2002), Dias (1994), Santos (2001), Sato e Bernardo (2005) e Santorum (2006).

Santorum (2006) aponta as dificuldades na interlocução com os trabalhadores e, conseqüentemente, sua real e efetiva participação. A autora ainda mostra a fragilidade do texto base do Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Brasil, MS, 2005c), que foi encaminhado pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador (COSAT), no qual a participação dos trabalhadores aparece como sinônimo de representação, porém sem deixar claros os mecanismos a serem adotados para garantir essa ação na prática. Apesar das dificuldades práticas para a participação dos trabalhadores nas ações de VST, sua importância não deve ser desconsiderada. Segundo Brito (2005), o trabalhador é um sujeito ativo diante das situações que enfrenta e é capaz não só de criar coletivamente estratégias de enfrentamento significativas na garantia de sua saúde, mas também de produzir um conhecimento tácito que não deve ser ignorado. Para corroborar essa concepção de trabalhador como sujeito ativo, o autor recorreu a Tambellini³² (1976, apud Brito, 2005, p. 885) que se referiu à capacidade das coletividades de responder com plasticidade às condições em que vivem e a Nouroudine³³ (2003, apud Brito, 2005, p. 885) que explica que é somente por meio de uma audácia que envolve correr riscos

³² Tambellini A M. *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito* [Tese]. Campinas: Unicamp; 1976.

³³ Nouroudine A. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente; 2003: p. 37-62. In FigueiredoM, Athayde M, Brito J, Alvarez D (orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. DP&A Eds, Rio de Janeiro.

que o trabalhador enfrenta os desafios da atividade (real) do trabalho, dando conta daquilo que não está previsto pela organização (prescrita) do trabalho. As afirmações de Tambellini e Nouroudine parecem descrever o dinâmico dia a dia das ações de VST desenvolvidas pelas autoridades sanitárias da PMSP. Cotidianamente novos desafios se apresentam e esses profissionais precisam criar estratégias para dar conta de suas atribuições.

Porto et al. (2003) apontam entre as dificuldades das intervenções as ações que envolvem pequenas e médias empresas e o setor informal da economia. Nesse último, a precariedade de vínculos dificulta a presença de interlocutores e a própria configuração de redes. Mas, para eles, apesar das adversidades, estas ações vêm sendo realizadas a despeito dos precários recursos disponíveis nos municípios.

Segundo Sanches et al. (2009), a complexidade e a diversidade das ações de VST, a cada novo setor em que se intervém, evidenciam as dificuldades presentes em diversos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e que são agravadas pela inexperience desses serviços em determinados setores.

As autoras apontam:

[...] carência, despreparo, ou falta de capacitação dos profissionais de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica; dificuldades nas relações interinstitucionais intra e extra SUS; carência de informações sobre os riscos existentes no parque produtivo e sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores; dificuldades no estabelecimento de prioridades e incorporação nas ações programáticas existentes; dificuldades metodológicas para a identificação, reconhecimento e avaliação de situações de risco e para a proposição de soluções pertinentes; dificuldades para a utilização de instrumentos administrativos legais como termos, autos de infração e de imposição de penalidade, embargos e interdições. (Sanches et al., 2009, 42).

Santos (2001) critica a ausência de uma política de Estado para a formação e capacitação de recursos humanos para atuar em VST. A ausência dessa política é sentida também pelos trabalhadores que fazem as VST no município de São Paulo.

Vilela (2003), em trabalho sobre as experiências do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba, apresentou outras dificuldades percebidas na implantação das VST: falta de assessoria e de suporte técnico; limitação de recursos humanos e materiais (espaço físico e equipamentos diversos: veículo para transporte, eletroeletrônicos e artigos de informática); capacitação técnica deficitária; falta de treinamentos e de discussões sistemáticas acerca das práticas de VST na cidade.

A RENAST (Brasil, MS, 2002), implantada a partir de 2003, deveria servir de referência para a ST no Brasil. Deveria representar um aprofundamento da institucionalização e o fortalecimento da ST no âmbito do SUS. Caberia a essa rede garantir uma política permanente de financiamento de ações de ST dos serviços habilitados, entretanto ela não tem conseguido cumprir as metas a que se propõe. Não estão claros para os gestores dos CRST os mecanismos de acesso ao repasse dos recursos previstos na RENAST, o que inviabiliza um planejamento em longo prazo e até mesmo o uso desses recursos. Assim, os serviços de ST seguem com suas múltiplas carências.

Machado e Santos (2010) colocam que:

[...] os cinco CRST do município de São Paulo (Sé, Freguesia do Ó, Santo Amaro, Mooca e Lapa), no período analisado por sua 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. (Machado e Santos, 2010³⁴, apud Santos, 2010, p.188).

Para Santos (2001), as dificuldades financeiras tornaram-se empecilhos para o estabelecimento de uma rotina de VST nos serviços de ST.

Machado (1997) comenta que o processo de introdução de ações de VST no SUS carece de “consolidação institucional, de reconhecimento social, mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual” e de definição da abrangência territorial de atuação.

³⁴ Machado JMH, Santos APL. *O financiamento na indução das ações de Saúde do Trabalhador no Brasil: o caso da RENAST*, no prelo

Scopinho (2004) diz que a desordenada ação estatal na área, com falta de planejamento, leva ao fato de que muitas ações só se concretizam devido às características pessoais e à boa vontade de alguns profissionais. Considerar esses aspectos parece ser fundamental para que a VST se efetive na prática e para que se consolidem uma PNST e uma PNSST. Assim, essa ausência de planejamento e política tem influenciado negativamente os rumos da VST no país e sobrecarregado os profissionais, que se sentem impelidos pela rotina diária a estabelecer as metas e os meios e a encontrar recursos para a realização das vigilâncias.

O estudo realizado por Dias (1994), considerado o primeiro levantamento sistemático de caráter nacional sobre programas e serviços de saúde do trabalhador foi atualizado por Lacaz, et al. (2002 e 2006) entre 2001 e 2002, período anterior à RENAST. Os autores fizeram uma breve discussão sobre VST, com tópicos como a distribuição regional dos serviços; as ações de VST neles desenvolvidas; as relações intra/intersectoriais; o controle social; a avaliação de impacto e as bases de intervenção e planejamento das ações realizadas. Observaram obstáculos como a falta de formalização das relações interinstitucionais e o distanciamento entre universidades e SUS, expresso na ausência de retaguarda técnica e científica para avaliar as ações. Eles também apontaram as limitações político-legais para as ações no nível local, além da reduzida participação de representantes dos trabalhadores no planejamento e na realização das VST (Lacaz et al., 2006). Este estudo é ainda atual, e muitas dessas fragilidades continuam presentes.

A quase inexistência de indicadores para avaliar o impacto das intervenções em VST e a não utilização sistemática desses indicadores para avaliar esse impacto foi estudada por Lacaz et al. (2006) e considerada uma carência dos serviços de ST. À época, eles observaram que poucos serviços utilizavam tais indicadores na avaliação do impacto de suas intervenções de VST (28% dos serviços municipais e 27% dos estaduais). Isso pode ser indicativo da não prioridade e da despreocupação com a análise dos resultados das intervenções. Segundo os autores, são utilizados roteiros de vistoria e outras formas de acompanhamento, destacando-se as informações que alimentam distintos bancos de dados relativos a riscos e agravos do trabalho e à investigação de acidentes graves, porém faltam instrumentos para avaliar

os resultados. Para os autores, já em 2001, gestores estaduais e municipais discutiam propostas de aproximação com as universidades para a proposição de instrumentos de análise do impacto das intervenções, porém a concretização dessa proposta caminha a passos lentos.

Santos (2001) descreveu os movimentos que propiciaram a construção da VST e os principais mecanismos de fluxo e impedimento dessas ações no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Espírito Santo (CRST/ES). Ela questionou se as ações de VST, nesse serviço, vinham sendo pautadas no imediatismo ou na construção de instrumentos que permitissem o planejamento de estratégias de intervenção, de médio e longo prazo, para responder às demandas vigentes. Criticou a forma como as ações de VST se davam no CRST por ela investigado, onde essa prática se restringia às inspeções nos locais de trabalho, as quais, por sua vez, apresentavam baixa eficácia na implantação de efetivas mudanças nas condições de trabalho. Esses questionamentos parecem pertinentes ainda hoje para as práticas dos CRST da PMSP, onde não estão claros os mecanismos para avaliação do impacto das intervenções nem os critérios que norteiam o planejamento das mesmas.

Para vários autores - Oddone et al., 1986; Mendes e Dias, 1991; Lacaz, 1996, 2007; Teixeira et al., 1998; Porto et al., 2000; Machado e Porto, 2003; Lacaz et al., 2002; Vasconcellos, 2007 e Santos, 2001, 2010 - a VST é um desafio que implica na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais (sendo os trabalhadores fundamentais) e do próprio controle social, no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, com múltiplos olhares que consideram a complexidade dessa tarefa.

No âmbito da ST e das VST, existem questões importantes a serem consideradas, como a capacidade de implementar as políticas públicas, seus desdobramentos no campo das práticas e os conflitos de atribuições na esfera das instituições públicas, além da necessidade de aprofundamento dos instrumentos normativos afirmam Oliveira, et al., 1997; Mendes et al., 1993; Porto et al., 2000; Lacaz et al., 2002, 2006 e Sato e Bernardo, 2005. Essa situação somada à dificuldade

em estabelecer competências intersetoriais e integração das mesmas leva, por vezes, a longos processos fadados ao insucesso comenta Oliveira (1994).

Machado (1996) propõe um modelo de VST em que a intervenção interdisciplinar é o pressuposto básico para que se alcance o objeto da Vigilância, o qual é a investigação da relação entre processo de trabalho e a saúde. Para esse autor, os componentes epidemiológicos, sociais e tecnológicos constituem essa ação interdisciplinar e atuam como mediadores da relação entre saúde e trabalho.

Fato nem sempre considerado pelos gestores das ações de VST é que, como foi observado por Sato (1996), ao se considerar o conhecimento prático nas ações de vigilância, é preciso que se tenha uma elasticidade maior de tempo. Os dados não estão prontos e as próprias técnicas empregadas para coleta e análise dos achados demandam uma observação prolongada capaz de apreender a organização do trabalho e de conhecer o trabalho realmente executado.

Considerando a complexidade e o caráter dinâmico das VST, Santos (2001) salientou que, nessas ações, cada novo processo deve ponderar as condições específicas e próprias da empresa em questão, como as de caráter tecnológico, a temporalidade para o estabelecimento de prazos para as medidas a serem tomadas, a organização e a sistematização das etapas a serem cumpridas.

Buscando caminhos para a realização das VST, Machado (1997) propôs certa ordenação das estratégias de ação a partir de uma representação matricial articulada de quatro formas distintas de delimitação dos objetos e de suas relações: por tipo de efeito na saúde, ou seja, por agravos (casos); por riscos e causas de acidentes e doenças; por território e por ramo de atividade econômica. Nas VST dos CRST, desde os anos 90, na cidade de São Paulo, pode-se observar que tais estratégias estiveram presentes e nortearam essas ações, delimitando o objeto ora de uma forma, ora de outra. No entanto, hoje o que se vê, nessa cidade, são ações desencadeadas basicamente em resposta a acidentes de trabalho notificados.

Santos (2001) descreveu como positivas as parcerias com Ministérios que têm atuações afins, como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou o da Previdência e Assistência Social (MPAS), pois possibilitam potencializar as ações e os recursos, evitando intervenções superpostas e/ou pontuais. A autora observou, no

entanto, a dificuldade de articulação com as instituições representativas desses ministérios, como a então Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), fato que também ocorre em São Paulo.

Apesar de existirem experiências positivas nas parcerias entre CRST e Ministério do Trabalho, Lacaz (1992 p.07³⁵, apud Santos 2001) diz que a VST, ao desenvolver intervenções nos locais de trabalho nocivos à saúde, deveria ir além do que fazem as tradicionais fiscalizações dos órgãos ligados a esse Ministério, conseguindo, a partir da abordagem epidemiológica do risco, planejar suas ações para se antecipar aos acidentes e doenças do trabalho. Essas ações deveriam se diferenciar de ações pontuais fiscalizatórias que, apesar do seu poder de policiamento e normatização, têm apenas eficácia pontual e momentânea (Machado, 1996).

No município de São Paulo, as parcerias com o MP-ESP e o MPT-F trouxeram resultados positivos nas ações de VST, garantindo a continuidade dessas ações em períodos em que essas não estavam plenamente legitimadas e apoiadas pelo governo municipal.

Entre as diferentes correntes de pensamento que influenciam as VST, para melhor compreender os riscos ou cargas e exigências que se manifestam nos processos de trabalho, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) defendem o uso da Ergonomia originada da corrente francesa (Wisner, 1987), empregando os conceitos que diferenciam a tarefa prescrita da atividade real de trabalho. Essas diferenças estão presentes no dia a dia de trabalho, onde as situações não prescritas exigem a mediação dos trabalhadores para garantir a produção e/ou prevenir acidentes.

Machado (2005) valoriza a aplicação tanto das bases da epidemiologia social da América Latina (Laurell e Noriega, 1989) quanto as da ergonomia franco-belga, afirmando que ambas trouxeram avanços e fundamentos essenciais para a intervenção em ST, pois analisam o trabalho como ele acontece de fato. No entanto, para Machado, os conceitos desenvolvidos por essas disciplinas, como o de carga e atividade, não são suficientes para abarcar a dimensão socioeconômica da relação saúde-trabalho e poderiam trazer tensões aos grupos em suas práticas institucionais. Apesar de reconhecer as dificuldades próprias de um enfrentamento de poderes

³⁵ Lacaz, FAC. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Mimeo; 1992.

consolidados, preconceitos e pouca disponibilidade para o diálogo entre as disciplinas, o autor recomenda que sejam adotados conceitos que conciliem os diferentes saberes, visando a uma ação transdisciplinar e transversal inter e intrassetorial, onde tais conceitos sejam compartilhados por diversas disciplinas.

A lógica e os conceitos adotados pelas equipes técnicas no desenvolvimento de suas ações trazem repercussões individuais e coletivas para a saúde dos trabalhadores das empresas sob intervenção, como explicam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.29):

Se predominam os referentes às condições materiais, terão ênfase determinados agentes capazes de ocasionar patologias diagnosticadas por critérios clínicos e toxicológicos. Se o foco de atenção volta-se prioritariamente para os aspectos ligados à organização do trabalho, aparecem com maior significância os efeitos de caráter psicossocial.

Parece, portanto, ser fundamental para a qualidade das ações de VST a constante reciclagem e a capacitação dos profissionais atuantes, bem como a instituição de espaços para a discussão, a troca de experiências e o compartilhamento dos diferentes saberes, lógicas e conceitos que norteiam o trabalho.

Minayo-Gomes e Lacaz (2005) alertam que, em sua observação da realidade brasileira, ainda há um predomínio de profissionais atuantes nessa área oriundos de formações clássicas como medicina (clínica e toxicologia), higiene industrial (engenheiros e técnicos de segurança). Assim, nas ações de VST desenvolvidas no Brasil nos dias de hoje, diferentes referências se fazem presentes e dependem mais da formação profissional dos técnicos e do contexto em que esses atores desempenham suas funções do que de uma política de Saúde do Trabalhador proposta pelo Estado.

Segundo Santorum (2006), há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados sobre as ações de VST e os desdobramentos que a vida solicita dos responsáveis por executá-las. A autora afirma, ainda, que os protagonistas das VST no Brasil precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superar no seu dia a dia as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de problemas identificados no âmago das organizações produtivas, onde há o confronto

entre interesses privados e direitos publicamente constituídos em nosso país. Ressalta a necessidade de criação de dispositivos que contribuam no processo de legitimação e institucionalização das VST e de desenvolvimento de estratégias de investigação, intervenção e formação em saúde, que privilegiem os saberes oriundos da experiência, favorecendo o enfrentamento dos embates do percurso de execução e efetivação das vigilâncias. A autora aponta como primordial uma reflexão sobre a intervenção e os recursos metodológicos para intervir nas relações de saúde-trabalho, colocando em debate as perspectivas já existentes e as que podem ser construídas, para desenvolver uma intervenção que realmente envolva todos os sujeitos diretamente implicados nesse processo.

Os profissionais que atuam nas VST continuam a desenvolver ações em direção aos princípios do SUS, buscando concretizar um modelo que integre a assistência e a vigilância/intervenção. Para Lacaz et al. (2002 e 2006) e Hoefel, Dias e Silva (2005), a avaliação sistemática da articulação entre assistência e vigilância e a concreta implantação de um modelo que reforce essa integração, conforme é proposto pela RENAST, poderia levar a melhoria da qualidade das intervenções nela previstas. Na prática, em 2011, observa-se que essa integração ainda tem ligações tênues e estruturalmente frouxas.

Após a implantação da RENAST, pouco se tem aprofundado no entendimento da influência dessa rede nas experiências dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em VST. Por isso, vários autores - Bertolini, 2007; Dias et al., 2008 e 2009; Lourenço, 2009 e Santos, 2010 - apontam que os rumos da Saúde do Trabalhador ainda são um campo vasto para trabalhos futuros. Hoje, o que se sabe é que, no município de São Paulo, pouco se avançou em termos da VST após a implantação da RENAST.

4.3. AS DIVERSAS MODALIDADES DE VIGILÂNCIA - COMPREENDENDO O CONCEITO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Algumas definições e termos que fazem parte do dia a dia das VST precisam ser esclarecidos, pois muita confusão é feita entre as diferentes vigilâncias e é fundamental compreender a importância do casamento entre essas modalidades para garantir que se efetive um conceito ampliado de Vigilância em Saúde, superando as práticas clássicas de vigilância, especialmente a sanitária, a epidemiológica e a ambiental, as quais atuando de forma desarticulada e até dissociada, não dão conta do processo trabalho-saúde.

Vários autores apontam a necessidade de superar as concepções que se restringem às clássicas vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e até da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho: Oddone et al., 1986; Mendes e Dias, 1991; Lacaz, 1996, 2007; Teixeira et al., 1998; Porto et al., 2000; Machado e Porto, 2003; Lacaz et al., 2002; Vasconcellos, 2007 e Santos, 2010.

Durante muito tempo, à Vigilância Epidemiológica coube o limite técnico das informações sobre a ocorrência das doenças e cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel é de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (Wünsch Filho et al., 1992, apud Santos, 2001³⁶). A VST busca superar essa dicotomia, integrando as diferentes ações, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho (Lacaz, 1992; Vasconcelos e Ribeiro, 1997; Machado, 1997), intervindo sobre os problemas de modo contínuo, considerando o território; os determinantes clínicos, epidemiológicos e sociais e as condições de vida das populações (Monkem, 2000³⁷ apud Lacaz, et al., 2000).

Parece-nos que a VST não deve ser apenas uma somatória de ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, voltadas para a proteção da ST, como propõe a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 ou o CSM (São Paulo, Cidade, 2004).

O CSM entende por Vigilância em Saúde as ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, com práticas integradas e indissociáveis, com base em um

³⁶ Wünsch Filho V, Settimi MM, Carmo JC, Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: *III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Porto Alegre. (mimeo); 1992.

³⁷ Monkem M. Espaço e Vigilância em Saúde: uma perspectiva operacional para a territorialização em Sistemas Locais de Saúde. *VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva*. Anais. Salvador, Bahia, 28 de agosto a 03 de setembro de 2000. CD Rom; 2000.

conhecimento interdisciplinar e em ações intersetoriais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, com a participação da sociedade, mediadas por suas organizações, entidades e movimentos. No entanto, mesmo definindo cada uma dessas vigilâncias, o documento não deixa claras as diferenças específicas entre a VST em relação às demais, pois define VST como uma vigilância que se destina à promoção e proteção da ST por meio de ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, reforçando a dicotomia entre elas.

O *Manual de Gestão e Gerenciamento*, da RENAST (Brasil, MS, 2006, p.37-38 e 77), reconhece a “indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância em saúde como um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador.”, mas não fala em *Vigilância em Saúde do Trabalhador* em si, apenas diz que as ações de Saúde do Trabalhador devem compreender ações de assistência aos agravos, de *Vigilância Sanitária*, nele definida como vigilância dos ambientes e condições de trabalho; da situação de saúde dos trabalhadores, a qual denomina *Vigilância Epidemiológica* e da situação ambiental ou *Vigilância Ambiental*. E, em seu glossário, informa que a expressão Vigilância em Saúde contempla os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental, não fazendo qualquer referência à Vigilância em Saúde do Trabalhador. Esse manual apenas utiliza a expressão *Vigilância em Saúde do Trabalhador* ao dizer que essas ações devem ser desenvolvidas em conformidade com a Portaria MS 3.120/98 e citando literalmente a Portaria GM/MS 2.437/05 ao falar sobre as atribuições dos CEREST e também das atribuições e funções dos Municípios Sentinelas. Entre essas funções, estaria a execução de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador integradas às de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. No entanto, o manual não apresenta uma definição do que é entendido por VST (Brasil, MS, 2006, p. 20, 26, 35 e 49, grifo nosso).

No entender da Portaria 3.120/98 GM/MS e da Portaria 3.252/09 GM/MS, a Vigilância em Saúde do Trabalhador não é uma área desvinculada ou independente da Vigilância em Saúde como um todo, mas, ao contrário, acrescenta, ao conjunto de ações da Vigilância em Saúde, estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando as práticas

sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde. Assim, a VST toma como base o modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde, porém agrega, ao universo da avaliação e análise, a possibilidade de uma intervenção imediata sobre os fatores determinantes dos danos à saúde. Adota uma concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao processo de produção, e considera a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional (Brasil/MS 1998a; Brasil, MS, 2009b)³⁸.

O glossário de termos, expressões e siglas em Saúde do Trabalhador do site da PMSP (São Paulo, Cidade, Glossário, 2010a) define **Vigilância em Saúde** como:

[...] ações de **Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador**, que compõem um campo integrado e indissociável de práticas, fundado no conhecimento interdisciplinar e na ação intersetorial, desenvolvidos por meio de equipes multiprofissionais, com a participação ampla e solidária da sociedade, por intermédio de suas organizações, entidades e movimentos, estruturando, em seu conjunto, um campo de conhecimento.

Essa concepção reflete um conceito amplo de Vigilância em Saúde com uma proposta de rearticulação das práticas em saúde, combinando metodologias distintas que considerem o processo saúde-doença. Cada uma das modalidades de vigilância tem uma definição própria e fazem parte de algo maior que seria a Vigilância em Saúde. Nos textos aqui analisados, a expressão Vigilância Sanitária foi por vezes utilizada como sinônimo de Vigilância em Saúde. Parece-nos importante que as diferenças entre elas estejam claras, ficando evidente que a Vigilância em Saúde é mais abrangente que a Sanitária.

Estão presentes ainda hoje entraves para que a VST se consolide, em parte porque a estrutura das instituições do SUS ainda encontra-se fortemente cristalizada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, e a perspectiva inovadora e

³⁸ Diferentes definições estão presentes nas normas e regulamentações brasileiras referentes à Vigilância Sanitária, Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde. É possível consultá-las na Lei Orgânica da Saúde - LOS (8.080/90); na Portaria 3.120/98 /GM/MS; na Portaria nº 3.252/09/GM/MS, no Código Sanitário Municipal (Lei Municipal Nº 13.725); e no *Manual de Gestão e Gerenciamento*, da RENAST (Brasil, MS, 2006).

integradora da VST, a qual se aproxima da visão moderna de Vigilância em Saúde, não se concretiza na prática (Lacaz et al., 2002).

Em 1986, Tambellini dizia que a atuação da VST distingue-se da Vigilância em Saúde em geral e de outras disciplinas no campo da saúde e trabalho por ter como objeto específico a investigação e a intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Para ela, ainda havia fragmentação e pouca articulação entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação o que dificultava que essa concepção fosse realmente incorporada na prática. Parece-nos que, nos últimos anos, não houve avanços em muitos desses aspectos.

Continuamos a trilhar um caminho em direção a uma compreensão mais ampliada do que é a VST, o que parece ser fundamental para que ela ganhe espaço intra e interinstitucional e se legitime como um campo de atuação distinto das demais vigilâncias, mesmo que intrinsecamente relacionado a elas.

5. CONFIGURAÇÃO DO CAMPO

5.1. OS SERVIÇOS RESPONSÁVEIS PELA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA CIDADE DE SÃO PAULO

Em São Paulo, já em 1989, surgiram os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Municipais (CRST), passando a capital a contar com seis unidades, distribuídas na zona norte, centro-oeste, sudeste, sul, centro e leste (desativado há muito tempo, atualmente está novamente em fase de implantação, o CRST da zona leste). Suas equipes são formadas por profissionais de diversas áreas: médicos do trabalho e de outras especialidades, assistentes sociais, dentistas, educadores em saúde pública, enfermeiros, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, e há diferenças na configuração dos seis serviços.

As VST, no âmbito da PMSP, eram realizadas unicamente pelos CRST até a criação do Código Sanitário Municipal em 2004. A configuração atual do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, do qual faz parte a VST, só se constituiu em 2008, com o Decreto Municipal nº 50.079 (São Paulo, Cidade, 2008a)

Hoje, o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (São Paulo, Cidade 2008a; São Paulo, Cidade, 2009a) é composto pela COVISA (Coordenação de

Vigilância em Saúde) com suas gerências, subgerências e núcleos técnicos³⁹ (anexo A), as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS)⁴⁰ e os próprios Centros de Referência em Saúde do Trabalho que atuam em seus respectivos territórios. Cabe à COVISA a coordenação técnica, o planejamento, a supervisão e a avaliação do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde. Nessa estrutura, a Vigilância em Saúde do Trabalhador está inserida na Gerência de Saúde Ambiental (GVISAM), especialmente na Sub gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A COVISA foi criada na cidade de São Paulo em 2003. Seu quadro de profissionais é bem diversificado e uma pequena parcela dele é composta por trabalhadores que atuaram anteriormente em algum dos CRST.

Considerando que a criação da COVISA é recente, neste trabalho, apesar de incluirmos dados coletados junto aos técnicos que lá atuam, nos ateremos mais sobre a longa experiência dos CRST.

Uma multiplicidade de ações é esperada dos CRST, as quais vão além da VST. Fazem parte de suas atividades o atendimento ambulatorial de pessoas com quadros de doenças profissionais e/ou sequelas de acidentes de trabalho, a realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos, da rede de saúde e demais parceiros e cursos de capacitação, orientação e educação em ST. (São Paulo, Cidade, 2009b). Segundo a Portaria n.º 1679/GM (Brasil, MS, 2002), que institui a RENAST, os CRST devem dar conta, em seu território, da construção e divulgação de uma cultura especializada da relação processo de trabalho, processo saúde e doença, servindo de suporte técnico e científico desse campo do conhecimento e atuando de forma articulada aos demais serviços da rede do SUS. Devem, ainda, atender às demandas decorrentes do quadro epidemiológico de sua área, em cooperação técnica interinstitucional. Devem, também, ter como uma de suas prioridades as ações de

³⁹ A Portaria 1930/2009 – SMS.G publicada no DOC de 06/11/2009 (São Paulo, Cidade, 2009a) dispõe sobre as atribuições e competências das gerências e sub gerências de COVISA e do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

⁴⁰ SUVIS são unidades descentralizadas da Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA, localizadas nas cinco regiões do município de São Paulo - Norte, Sul, Leste, Centro-Oeste e Sudeste. O total de SUVIS, no município de São Paulo, em 2009 era 26. (São Paulo, Cidade, 2009b). O Decreto N° 50.079/2008 (São Paulo, Cidade, 2008a) em seu artigo 9º descreve as atribuições dos CRST e das SUVIS.

VST, vistas como articuladoras das intervenções nas relações entre o processo de trabalho e a saúde.

Na PMSP, os CRST estão subordinados à Coordenadoria de Atenção Básica por fazerem parte do Programa de Saúde do Trabalhador do Município (São Paulo, Cidade, 2008b) Ao mesmo tempo, eles fazem parte do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde e, portanto, estão vinculados à COVISA.

A duplicidade de subordinação (Atenção Básica/COVISA) coloca os CRST e seus profissionais em uma situação delicada, principalmente no que se refere à determinação de prioridades e metas de ação. Ficam confusas não só as regras para avaliação da produtividade e efetividade das ações desses serviços e de seus profissionais, mas também o acesso a recursos financeiros, estruturais e de pessoal. Portanto, os CRST, por sua multiplicidade de ações e pela própria lógica complexa da Secretaria Municipal de Saúde, devem responder a duas áreas bem distintas que tratam das questões de ST e que trazem, em sua tradição, prioridades e formas de ação bem diferentes. Isso é fonte constante de conflitos e divergências na determinação das diretrizes de ação a cargo dos CRST. Ou seja: o CRST deve ser uma unidade operacional como as demais unidades da área de Atenção Básica ou uma unidade geradora de políticas de ação de VST?

Os rumos dos CRST seguem com dificuldade na definição de seu papel e das prioridades de suas ações, pois, por um lado, tem-se a Atenção Básica, de tradição mais assistencialista, privilegiando atividades curativas em detrimento das preventivas e, por outro, a COVISA, calcada sobre os dizeres das Vigilâncias em Saúde, em especial nas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, porém desintegradas e sem considerar as especificidades da VST.

A própria RENAST propõe em seu modelo de atenção que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador tenham dois braços de ação, um na área de assistência na rede de cuidados e outro na de vigilância. Não fica claro a quem esses serviços devem se reportar administrativamente (anexo B) (Brasil, MS, 2006).

Apesar de esses imbricados caminhos merecerem um estudo mais aprofundado, nossa dissertação ateve-se às possíveis influências que eles possam exercer sobre os processos de trabalho dos trabalhadores das VST.

5.2. AS DIFERENTES TERMINOLOGIAS USADAS NAS INTERVENÇÕES EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E SEUS CONCEITOS

No dia a dia, há uma dificuldade na escolha da denominação apropriada para as intervenções desenvolvidas em VST: visita, vistoria, diligência, vigilância, intervenção, investigação, inspeção e fiscalização. Essa confusão reflete não só os diferentes momentos pelos quais os profissionais passaram na evolução de suas ações, mas também as diversas terminologias presentes nos documentos que normatizam essas ações.

É preciso também lembrar que, associado ao termo utilizado, está implícito o conceito adotado.

Segundo alguns dicionários da língua portuguesa, Michaelis, Aulete e Houaiss, a palavra vigilância significa cuidado, atenção desvelada, precaução, prudência, diligência, cautela, interesse, zelo que se aplica na realização de algo, ainda, estado de quem permanece alerta, de quem age com precaução para não correr risco; cuidado. Vilela (2003) explica que esse termo amplo passou a ser aplicado à Saúde Pública entre os séculos XVIII e XIX, na Europa e América do Norte, especialmente relacionado às doenças infectocontagiosas, porém já trazendo alguns aspectos da ST. Seu significado original, *surveillance*, estaria ligado mais a um caráter punitivo e coercitivo, com poderes restritivos, de policiamento e estigmatizantes. No Brasil, comenta o autor, em Saúde Pública, esse termo estaria ligado mais a ações preventivas e de zelo pela saúde da população, porém o caráter de “polícia” aparece em diversas ações denominadas “vigilância”.

Durante o período de cerca de 20 anos em que os profissionais dos CRST da cidade de São Paulo não tinham respaldo legal para suas ações de VST e para entrar nas empresas, as “idas” aos locais de trabalho eram chamadas de “visitas”, ou ainda “vistoria”, “vigilância” e até mesmo “diligência”. Os relatórios então elaborados eram, em geral, denominados de “relatórios técnicos”.

Como esses mesmos profissionais continuam até hoje desenvolvendo ações em parceria com o MPT-F, na qualidade de “assistentes técnicos”, no dia a dia, os termos se misturam, apesar das diferenças implícitas em cada um dos papéis desempenhados.

Hoje a confusão se mantém nos relatórios decorrentes das ações de VST. Eles também recebem nomes como “relatório de vigilância”, “relatório de inspeção”, “relatório de vistoria”, “relatório técnico”. Para seus relatórios de VST as autoridades sanitárias foram orientadas pela COVISA a utilizar o software SIVISA⁴¹ (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária) e um modelo de relatório disponível no site oficial da PMSP (anexo D). Neles, o relatório é denominado “Relatório de Inspeção Sanitária”. Como o software não foi especificamente desenvolvido para o registro de atividades de VST e sim para as outras categorias de vigilância (Sanitária, Ambiental, de Zoonoses e de Alimentos), as autoridades sanitárias dos CRST precisam se adaptar a esse modelo onde não estão previstas muitas das peculiaridades das VST, inclusive o termo relatório de vigilância em Saúde do Trabalhador. Esse preenchimento não está completamente implantado e incorporado à rotina de todos os CRST⁴² e relatórios feitos nos moldes tradicionais continuam sendo elaborados e anexados aos processos. Alguns técnicos, contudo, optam por seguir o modelo disponível no site.

⁴¹ O SIVISA é um Sistema de Informação em Vigilância Sanitária elaborado pelos técnicos do Centro de Vigilância Sanitária, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e deve permitir o gerenciamento das ações de Vigilância Sanitária nas diversas esferas do SUS. Deve, ainda, registrar dados referentes à produção e à qualidade dos serviços prestados pelas equipes de Vigilância, tanto municipais como estaduais, bem como o universo de estabelecimentos alvo das ações de Vigilância Sanitária (São Paulo, Estado, 2010).

⁴² Ainda falta esclarecimento sobre o preenchimento desse relatório no sistema e as orientações recebidas pelos técnicos dos CRST também não são claras no que se refere a quando preencher ou criar um novo relatório SIVISA. Há um entendimento de que a cada novo procedimento desenvolvido pelos profissionais de VST, novo relatório de SIVISA deve ser criado. Outro entendimento aponta que somente um relatório de SIVISA deve ser criado para cada empresa investigada e nele devem ser registrados todos os procedimentos desenvolvidos ao longo do tempo. Outra dúvida aparece quando são desenvolvidas ações conjuntas entre SUVIS e CRST, onde não está claro quem deverá preencher o SIVISA, podendo ocorrer duplicidade nos registros. Como o SIVISA se propõe a ser um banco de dados, essas confusões comprometem seu objetivo. O sistema também não está implantado em todas as unidades dos CRST e, onde está, os dados registrados precisam ser encaminhados à COVISA, via e-mail, para então serem inseridos no banco de dados centralizado nessa Coordenadoria, pois os serviços não estão integrados on line. Por essa razão e pela falta de uniformidade de acesso à intranet da PMSP, ainda inoperante em vários CRST, é pouco prático para esses serviços o acesso aos dados do sistema como um todo, podendo comprometer os processos de VST pela ausência de informações acerca das empresas investigadas.

O CSM prescreve as ações das autoridades sanitárias, no entanto, a multiplicidade de termos que adota parece contribuir para as confusões terminológicas e conceituais existentes.

Em seus artigos 37º inciso III, 38º inciso III, 45º e no artigo 97º, o CSM adota o termo **fiscalização**. Entretanto esse termo tem sido usado tradicionalmente para as ações dos fiscais de órgãos como a Secretaria de Relações do Trabalho (SRT), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), ações consideradas insuficientes para dar conta da complexidade da relação saúde-trabalho (Lacaz, 1992 p.07⁴³, apud Santos 2001; Machado, 1996). Dessa forma, o CSM estaria propondo um retrocesso no processo de VST ao aproximá-lo das atividades outrora criticadas por suas limitações. O CSM incumbe as autoridades sanitárias de algumas atribuições que se aproximam do poder de polícia, como interdições de máquinas, equipamentos e ambientes de trabalho, imposição de multas, entre outras, conforme as descritas no artigo 8º, no capítulo V denominado “Infrações Sanitárias e Penalidades”; e no capítulo VI - “Procedimentos Administrativos das infrações de natureza sanitária”.

Há, portanto, uma aparente contradição na prescrição do trabalho das AS, pois esse mesmo CSM descreve as ações desses profissionais de forma mais ampla, valorizando a participação dos trabalhadores, porém cobrando dessas autoridades o cumprimento dos prazos e medidas implícitos nas **ações fiscalizatórias**, desconsiderando o caráter dinâmico e a temporalidade própria das ações de VST. Essas contradições são notadas na evolução dos pressupostos normativos que definem as VST e as outras formas de vigilância.

Sobre o melhor termo a ser usado, vemos que o mesmo CSM propõe a expressão “**inspeção**” para denominar as ações das AS, conforme se lê em seus artigos 36º §3º e 38º.

Apesar do artigo 36º mencionar a análise dos processos de trabalho, ele diz que “as autoridades sanitárias deverão executar ações de **inspeção** em ambientes de trabalho, **visando** ao cumprimento da legislação sanitária vigente, incluindo a análise dos processos de trabalho que possam colocar em risco a saúde dos trabalhadores”. É

⁴³ Lacaz, F A C. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*; 1992, Mimeo.

importante salientar que, ao ter como foco das ações o cumprimento da legislação, é preciso ter o cuidado de não se distanciar sobremaneira da complexidade envolvida na análise dos processos de trabalho, a qual vai muito além do que é previsto em lei.

Outro aspecto importante é que o termo inspeção remete a um olhar especializado que observa e examina cuidadosamente e emite seu parecer. Corre-se o risco de se esquecer da essencial participação do trabalhador, ele sim o maior especialista na área, limitando-se os relatórios ao ponto de vista das AS. A importância da participação dos trabalhadores e sindicatos em todo o processo de VST é lembrada nos artigos 38º e 39º, onde são atribuídos às AS um papel que vai além da exigência do cumprimento de leis e normas.

O CSM não foi desenvolvido especificamente para a ST. Nele, apenas o Título IV trata especificamente de Saúde e Trabalho e dispõe de apenas oito artigos (do 36º ao 43º) de um total de 155 que compõe o documento. Isso pode ser um reflexo da falta de um maior apoio institucional, que reconheça as peculiaridades da VST em relação às demais áreas da Vigilância em Saúde e que valorize suas ações tão distintas e complexas.

Fala especificamente em ações de **Vigilância em Saúde do Trabalhador** no artigo 38º. Esse artigo define os princípios e diretrizes que devem nortear as ações de VST das AS. O que é dito no CSM, em especial nos artigos de 36º a 39º, reflete o desejo de uma prática em VST condizente com os preceitos do SUS e da concepção ampliada de Vigilância em Saúde. Embora os artigos de 36º a 39º proponham uma abordagem bastante interessante e complexa, sua aplicação é comprometida quando às AS, conforme previsto nos artigos 97º e 98º do referido código, cabe, “sob pena de responsabilidade administrativa”, “fazer cumprir as leis e regulamentos sanitários e expedir termos, autos de infração e de imposição de penalidades”, toda a vez em que verificar a violação dos preceitos legais, a fim de garantir a “prevenção e controle de tudo quanto possa comprometer a saúde”.

Permanece como um desafio para as autoridades sanitárias lotadas nos CRST viabilizar, na prática diária, o casamento entre a lógica das ações em ST, o cumprimento das leis e normas e o cumprimento dos prazos enxutos impostos pelos ritos administrativos envolvidos na aplicação do Código Sanitário Municipal.

Talvez o que falte às AS dos CRST seja uma maior familiaridade com o referido código e o desenvolvimento de formas mais eficientes para seu uso, podendo assim “contornar” as características que criem entraves ao desenvolvimento de seu trabalho em VST e, ao mesmo tempo, fazendo bom uso dos aspectos que podem facilitar e ampliar o alcance de suas ações. Acreditamos que isso só será possível com o passar do tempo e com uma maior experiência dos profissionais nessa nova prática.

5.3. A INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Em VST sempre esteve presente a escassez de informações acerca dos acidentes e doenças do trabalho. As únicas informações disponíveis eram as provenientes das notificações formais de AT da Previdência Social⁴⁴ (Oliveira et al., 1997). Esses dados são pecuniários e não epidemiológicos e, ainda, incompletos, tanto no que se refere à subnotificação de casos, quanto por não expressarem a complexidade dos acidentes e doenças profissionais, pois as informações são apenas da população formalmente empregada, deixando de fora uma parcela significativa (cerca de 50%) da população brasileira⁴⁵ (Brasil, MS, 2007).

No início de 2002, considerando que as taxas de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho da época eram de 32,9 por 1000 trabalhadores, a PMSP

⁴⁴ As informações da Previdência Social são referentes às Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), que são o registro dos acidentes de trabalho, acidentes de trajeto e doenças profissionais.

⁴⁵ Segundo a *Pesquisa nacional por amostra de domicílios* (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2009, entre os 54,3 milhões de empregados, 59,6% (ou 32,3 milhões) tinham carteira de trabalho assinada, 12,2% eram militares e estatutários e 28,2% não tinham carteira de trabalho assinada.

decidiu implantar o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho – SIVAT⁴⁶ (Vilela, 2003).

No SIVAT, os dados partem de notificações formais de AT junto à Previdência Social por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); de boletins de ocorrência obtidos por fluxo passivo ou por busca ativa nas Seccionais de Polícia; de declaração de óbito, de artigos de imprensa e de denúncias de sindicatos ou outras organizações da sociedade civil (Vilela, 2003). As denúncias individuais dos munícipes, captados pelo Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), ou de órgãos oficiais (Ministério Público Federal do Trabalho, Delegacia Regional do Trabalho) e de sindicatos e gerências da COVISA também funcionam como fonte de dados (São Paulo, Cidade, 2009b).

Assim, esse sistema inclui os dados provenientes da população em condição de informalidade no mercado de trabalho e representou um avanço considerável. No município de São Paulo, ele foi substituído pelo SINAN a partir de 2007.

Em nível nacional, a Portaria 777/GM/2004⁴⁷, do Ministério da Saúde (Brasil, MS, 2004), reforçou a importância da VST e tornou obrigatória a notificação de acidentes e doenças do trabalho em território nacional, com a inserção desses agravos no SINAN⁴⁸ (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), instrumento que foi imediatamente adotado no Município de São Paulo.

⁴⁶ A Portaria 1.470/2002 da Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT no Município de São Paulo e regulamentou o fluxo de informações (São Paulo, Cidade, 2002).

O Município de São Paulo foi pioneiro na implantação de um sistema universal de notificação de acidentes de trabalho à saúde, a partir da porta de entrada dos hospitais e prontos socorros do SUS (Sistema Único da Saúde), independentemente do vínculo empregatício do trabalhador. Um dos desafios do SIVAT é expandir a relação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, com a inclusão dos acidentes de percurso, das doenças do trabalho e de eventos adversos à Saúde do Trabalhador, conforme dispõe o Código Sanitário do Município de São Paulo. Ao mesmo tempo, é preciso que hospitais e prontos-socorros particulares, filantrópicos e universitários passem a notificar os acidentes e agravos relacionados ao trabalho, adequando-se à legislação vigente. (São Paulo, Cidade, 2009).

⁴⁷ Em nível Estadual, a Resolução SS-63 de 2009 dispõe sobre o fluxo de notificação no Estado de São Paulo (São Paulo, Estado, 2009).

⁴⁸ O SINAN é um Sistema de Informações de Agravos de Notificação, do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, que tem como principal objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Na PMSP, esses dados devem ser processados pelo Sistema de Vigilância em Saúde da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Os casos de AT graves, fatais e em menores são encaminhados aos serviços de VST de cada região para investigação.

A demanda de VST dos CRST da PMSP é hoje, em sua maioria, proveniente de dados epidemiológicos da notificação compulsória de eventos sentinelas que chegam aos CRST a partir da COVISA, por meio do levantamento de dados do SIVAT e, subsequentemente, do SINAN de cada região de abrangência desses serviços na cidade.

Quando foi criado, em 2002, o SIVAT (São Paulo, Cidade, 2009c; 2009d) se propunha a utilizar o método epidemiológico para a avaliação de acidentes e condições de trabalho nocivas à Saúde do Trabalhador, conforme a sua importância, gravidade e magnitude. Nessa proposta, a integração entre a Vigilância Epidemiológica e a Sanitária deveria permitir a adoção do conceito de VST e o planejamento das ações conforme critérios previamente definidos, tais como tipo de acidente, ramo de atividade, tipo de máquinas, etc. Essa abordagem permitiria a adoção de medidas de caráter coletivo com maior repercussão na prevenção de novos acidentes, inclusive com a parceria de outras instituições. No entanto, não é isso que tem sido possível na prática.

A meta pactuada, tanto em nível federal quanto municipal, de investigação de casos notificados de acidente de trabalho graves, fatais e em menores⁴⁹ faz com que esses casos sejam repassados para os serviços de VST. A demanda é elevada e tem sido acolhida nos CRST de forma desordenada, ou seja, de acordo com a ocorrência dos acidentes, gerando ações de VST que não consideram um planejamento ou o estabelecimento de estratégias de ação em relação à atenção dessa demanda, mas gerando um acúmulo de casos a ser “investigados”. Esse sistema, que aqui chamamos de “pronto socorro tardio”, dificulta a organização de projetos amplos de enfoque preventivo.

A cada demanda gerada, ou seja, a cada novo AT grave, fatal ou com menores que chega ao CRST, as ações das AS não se restringem à mera investigação do acidente em si, mas de todo o processo e situações de trabalho existentes na

⁴⁹. Além de ser obrigatória por lei, há o compromisso estabelecido na pactuação Estado-Municípios de que se realize a investigação de 100% dos acidentes de trabalho fatais e pelo menos 50% dos acidentes de trabalho graves ocorridos em todo o Estado (CVS, 2009). Mais rigoroso, o último pacto pela saúde assinado pelo município de São Paulo, nos anos 2008 e 2009, aponta como meta a investigação de 100% dos acidentes de trabalho graves, fatais em menores de 18 anos, ocorridos no município de São Paulo (São Paulo, Cidade, 2009f).

empresa investigada. Essa medida é fundamental em um processo que visa à promoção da saúde, no entanto, exige tempo e trabalho acima da capacidade dos recursos humanos e materiais (por exemplo, veículos para transporte dos técnicos) dos serviços de VST do município.

Diante dessa dinâmica, uma parcela pequena das ações desses serviços atende, atualmente, a demanda proveniente dos casos internos oriundos da assistência a trabalhadores, do MPT-F e dos sindicatos de trabalhadores⁵⁰. Nos últimos anos, no município de São Paulo, as demandas provenientes dos CRST geradas a partir das atividades de assistência têm sido praticamente ignoradas e não há um instrumento que as sistematize.

Santos (2001) considerou como positivas as tentativas de implementar práticas diferenciadas, como os projetos de pesquisa e o aproveitamento dos dados gerados no sistema de informações do CRST/ES, provindos das fichas de atendimento médico ambulatorial.

Também foram positivas as experiências vividas no início das atividades dos CRST em SP quando a demanda originada dos atendimentos ambulatoriais favoreceu a participação dos trabalhadores das empresas no processo de VST. Os frutos dessas ações foram além da verificação do cumprimento de leis e normas. Nessa época, os trabalhadores eram convidados a participar de grupos de discussão sobre as situações de trabalho, e as estratégias de mudanças eram construídas, em conjunto, pela equipe dos CRST e os trabalhadores das empresas investigadas. Nesse processo, não apenas os AT geravam as ações, mas também as doenças profissionais.

No ano de 2009, as notificações de acidente de trabalho grave (773) e não grave (15.416), no município de São Paulo, totalizaram 16.189 (São Paulo, Cidade, 2009e). O município contava com 3.334 milhões de empregos formais em pequenas e médias empresas e um total 2.298 milhões de empregos em grandes empresas. (AHCET, 2009). Vale dizer que esse montante não dava conta dos casos de doenças profissionais para os quais ainda parece não haver um sistema de registro tão abrangente como o SIVAT.

⁵⁰ A demanda dos sindicatos é hoje quase inexistente, contrariando o que ocorria nos anos 90 e início dos anos 2000. Naquela época, essa demanda somada à do MP-ESP e do MPT-F e às demandas geradas internamente a partir dos atendimentos ambulatoriais, compunham a quase totalidade das VST realizadas pelos CRST.

De acordo com Santos et al. (1990), a informação é um elemento fundamental para a VST seja como deflagrador de ações a partir de um mapeamento da situação presente, seja como instrumento de avaliação das mesmas (Santos et al., 1990, Machado, 1996). Parece-nos que a forma como são conduzidas as intervenções geradas a partir das informações de acidentes de trabalho graves, fatais e em menores, apesar de relevante, não tem favorecido formas mais organizadas, abrangentes e eficazes de realmente se evitar a ocorrência de novos acidentes e de doenças do trabalho.

A carência de recursos humanos e a demanda acentuada de trabalho proveniente da notificação de AT graves e fatais e/ou com menores têm levado as ações dos CRST ao imediatismo e ao pouco planejamento das intervenções. Dessa forma, corre-se o risco de se distanciar das reais necessidades dos trabalhadores e perde-se a oportunidade de construir intervenções pautadas em instrumentos epidemiológicos, como o desenvolvimento de projetos⁵¹ (por exemplo, agrupando as empresas por ramo de atividade, por categoria, ou detectando empresas geradoras de volume significativo de determinadas doenças do trabalho).

5.4. A PRÁTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO NOS DIAS ATUAIS

É um enorme desafio para a VST de São Paulo suprir a demanda de uma cidade com seu tamanho e complexidade. Sua população residente, segundo o Censo do IBGE (IBGE, 2010a; 2010b) alcançou a marca de 11.244.369 pessoas em 2010, ocupando uma área de 1.523,28 km², sem considerar a região metropolitana da qual provem parte dos trabalhadores da cidade. Segundo o CEMPRE do IBGE, em 2008,

⁵¹ Alguns projetos iniciados nos últimos 20 anos tiveram como foco setores como: supermercados, marmorarias, shopping center, fast-food, teleatendimento, metrô, rádio e TV, entre outros.

a cidade de São Paulo contava com 520.533 unidades industriais e 5.241.615 pessoas ocupadas somente nesse setor (IBGE, 2008). Apesar da expansão de serviços de ST promovida pela RENAST, na cidade de São Paulo mantém-se até hoje a mesma quantidade de CRST da época de sua criação, ou seja, início dos anos 90. São um total de cinco serviços distribuídos na Freguesia do Ó, Lapa, Ipiranga (que continua sendo conhecido como CRST Mooca, mesmo após a mudança de endereço), Santo Amaro e Sé. Desativado há muito tempo, atualmente está novamente em fase implantação o CRST da zona leste da cidade.

O quadro de profissionais dos CRST, ainda escasso⁵², vem se configurando ao longo do tempo e, mesmo partindo de uma conformação inicial semelhante, seguiram rumos particulares. Essas equipes se consolidaram em função das mudanças de propostas políticas para a saúde do município⁵³; das características de cada coordenador de serviço e das peculiaridades de cada território. As diferenças de cada um dos serviços podem ser notadas na diversidade de formação profissional e nos diferentes aportes teóricos e práticos de seus técnicos.

Essas diferenças favorecem distintas condutas mesmo no interior de um mesmo CRST. Contribuem para essa situação também o caráter dinâmico das ações de VST, o momento histórico em que as ações ocorrem e a falta de oportunidade para trocas de experiências entre os profissionais que formam as equipes de VST.

Deve-se reconhecer que a VST é conceitualmente formada dentro dos CRST, a partir das experiências de trabalho, das práticas, das diferentes formações de suas

⁵² A RENAST determina que os serviços de Saúde do Trabalhador regionais (CEREST/CRST) devem dispor apenas de 4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem; 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais). Mesmo com equipes que se diferenciam dessa configuração, os CRST do município de São Paulo ainda consideram seu quadro de recursos humanos insuficiente para dar conta da demanda.

⁵³ Com a implantação do PAS (Plano de Atendimento à Saúde), durante a gestão de Paulo Maluf, de certa forma foi desestruturado o Sistema Municipal de Saúde então em vigor. Muitos profissionais, que discordavam desse Plano e não aderiram a ele, buscaram vagas nos CRST e passaram a integrar tais equipes. Os CRST não foram incorporados ao PAS em parte por estarem ligados a um Programa específico, o de Saúde do Trabalhador, e não diretamente à rede básica de saúde. A manutenção desses serviços em paralelo ao PAS deveu-se também à pressão do Controle Social e, principalmente, pela existência do convênio estabelecido com o MP-ESP. Vários dos profissionais que se transferiram para os CRST não tinham qualquer formação, experiência profissional ou afinidade com a área da Saúde do Trabalhador e buscavam apenas um local que os acolhesse, superlotando os quadros do CRST. Após a extinção do PAS, alguns profissionais, já integrados às atividades dos CRST, permaneceram. Como a maioria deles buscou outros locais de trabalho, ocorreu um grande esvaziamento de recursos humanos.

equipes multiprofissionais e dos diversos referenciais teóricos que sempre permearam seu dia a dia. Seus conceitos, princípios e instrumentos estão ainda em construção e em constante transformação.

As práticas de VST nos CRST incluíram, durante os últimos 20 anos, a observação dos locais de trabalho (inclusive com o uso de recursos audiovisuais como filmagem e fotografia) e estratégias para enriquecer a compreensão das condições de trabalho e de sua dimensão organizacional. Entre as diferentes abordagens, podemos destacar: análises baseadas em conceitos da ergonômica; a realização de entrevistas com os trabalhadores; as pesquisas com técnicas como as da pesquisa-ação e dos grupos focais; a aplicação de questionários elaborados para cada demanda específica; e a análise documental. As intervenções foram fundamentadas, principalmente, nas seguintes práticas: estudo inicial da situação; vigilância nos locais de trabalho; análise dos dados obtidos; construção de propostas de adequação e divulgação dos resultados junto a todos os atores envolvidos no processo, em especial os trabalhadores das empresas avaliadas. Sempre que possível foi adotada a noção de problema a partir da percepção e conhecimento do trabalhador, propondo a modificação não apenas das condições de trabalho, mas também da relação do trabalhador com seu contexto de trabalho. Lamentavelmente nem sempre foi realizada a avaliação sistemática dos resultados obtidos a partir dessas intervenções.

Faltam indicadores para avaliar o impacto de suas ações de VST. Esse fato pode contribuir para a invisibilidade dos esforços dos profissionais que nela atuam. Isso se reflete nos trabalhadores que executam as VST, pois eles não têm clareza dos sucessos e insucessos de seu trabalho⁵⁴. Esse vazio deixado pela incerteza sobre os frutos de seu trabalho, a falta de reconhecimento institucional e até mesmo de alguns

⁵⁴ Bowen e Ford constatarem diferenças na avaliação da efetividade e da eficiência das operações, na elaboração da estratégia de produção e na definição dos processos de produção entre a produção de bens tangíveis e serviços intangíveis. Descrevem a diferença entre organizações de serviços e manufaturas como "uma organização que produz alguma coisa que pode ser percebida, sentida e experimentada," em contraposição a "uma organização que produz alguma coisa que pode ser vista, tocada e segurada." (Bowen, Ford, apud Silva MT, Lancman S, Alonso CMC, 2009). Bowen J, Ford RC. Managing Services Organizations: Does have a thing make a difference? *J Manage.* 2002; 28(3): 447-69.

pares podem ser fontes de sofrimento, desmotivação e ansiedade para os que executam as VST.

Segundo Lancman e Ghirardi (2002), o espaço de trabalho é um espaço de confronto entre o social e o indivíduo, com suas crenças, valores e concepções. É, também, permeado pelas condições concretas para sua realização, sua organização e diferentes formas de concebê-lo. Será sempre gerador de algum grau de sofrimento e conflito. A possibilidade de que o indivíduo contribua, com seu conhecimento e com sua inteligência, na construção de um trabalho melhor, permite a superação e a transformação do sofrimento em prazer e a possibilidade de colaborar, tanto do ponto de vista simbólico quanto profissional, para o avanço do próprio trabalho. Essa transformação depende da valorização que surge do olhar do outro: “Quando o reconhecimento do trabalho não existe, a desvalorização consequente atinge outros espaços da vida cotidiana dos trabalhadores, contaminando o tempo do não trabalho” (Lancman e Ghirardi, 2002, p.46).

Spedo (1998) apontava instituições (Delegacia Regional do Trabalho - DRT à época) que continuavam desenvolvendo apenas ações de fiscalização sobre as empresas, a partir de denúncias e demandas pontuais, sem qualquer aproximação com a Vigilância em Saúde. Num sentido diferente, em acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para as VST, os CRST do município de São Paulo buscaram, desde sua criação, desenvolver ações que não sejam apenas pontuais e nem restritas a inspeções com caráter de policiamento⁵⁵ e normatização. Entretanto, segundo Machado (1996), elas demonstram apenas uma eficácia pontual.

Para os profissionais dos CRST atuantes em VST, o credenciamento como AS foi um ganho, pois lhes deu maior poder legal de intervenção, por outro lado, colocou-os em um difícil papel, diferente do até então ocupado, exigindo que assumam o poder de polícia e impondo um ritmo e uma demanda que pode conduzir a prática de ações pontuais e imediatistas.

Essa dificuldade em atender às exigências e demandas que a função de AS lhes acarreta, com os diferentes ritos, regras e prazos que dela fazem parte, lhes abre

⁵⁵ Apesar dos CRST pensarem as ações de VST para além da mera aplicação de sanções vinculadas às leis e normas, as negociações para transformações no trabalho ainda estão, em certos casos, muito atreladas aos aspectos punitivos impostos às empresas (Vilela, 2003).

a cada dia um novo desafio no sentido de desenvolver ações de VST não meramente fiscalizadoras, mas em toda a abrangência desse conceito.

Para lidar com os ritos administrativos decorrentes de sua nova função, as autoridades sanitárias receberam um breve treinamento em um curso sobre processos administrativos. A COVISA também promoveu, em 2009, um curso intitulado “Manuseio de Processos Administrativos”, com duração de 4 horas. Sentindo que as dúvidas sobre esses procedimentos eram muitas, no ano de 2010, a COVISA disponibilizou para todas as autoridades sanitárias um novo curso, com duração de três dias. No início de 2011, esse treinamento foi repetido para um novo grupo de AS. Os cursos não foram específicos para as VST e, portanto, muitas das dúvidas nele discutidas eram pertinentes apenas para as ações de Vigilância de Alimentos e Zoonoses, ficando distante de atender as necessidades e expectativas das AS atuantes em VST.

Apesar de alguns profissionais dos CRST já estarem investidos do poder de AS desde 2003, eles só assumiram os ritos administrativos relativos aos processos decorrentes das atividades de AS a partir de 2008, quando o Decreto Nº 50.079, de 07/10/2008, equiparou os CRST às demais instâncias responsáveis pela Vigilância Sanitária no município, quais sejam: a COVISA e as SUVIS. Até então, os CRST não estavam oficialmente credenciados para exercer os ritos administrativos decorrentes dessa função. Assim, todos os ritos - autos de infração, autos de penalidade - eram feitos pelos profissionais das SUVIS da região de abrangência dos CRST em parceria com os técnicos dos CRST, que colaboravam com sua experiência técnica no que se refere a ST. Em alguns CRST, ainda em 2011, esses ritos não estavam incorporados à rotina de VST.

Assumir os ritos administrativos, além de ser algo novo, é ainda um terreno nebuloso para a maioria dos profissionais que atuam em VST nos CRST. Eles estão habituados com formas e procedimentos distintos, adotados desde o início dos anos 90, como o desenvolvimento de processos de vigilância que considerem a participação dos trabalhadores e que impliquem em ações que se estendem por um período maior que a mera verificação do cumprimento legal, ou seja, atender aos

prazos impostos pelos ritos administrativos pode se tornar um entrave para ações mais abrangentes.

Em 2010, sentindo a necessidade de sistematizar e instrumentalizar as ações de VST desenvolvidas no município e de elaborar um “Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS para o Município de São Paulo” (PVST/SP)⁵⁶, a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, por meio da sua Gerência de Saúde Ambiental (GVISAM), Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador, apoiou um processo de construção coletiva, que envolveu as equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador da COVISA, de todos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) da cidade de São Paulo e das SUVIS. Na discussão técnica e troca de experiências intra e interinstitucionais, houve a participação de colaboradores de várias instituições, de universidades e de organizações da sociedade civil. Esse processo contou com a realização de uma série de oficinas de trabalho, numa metodologia participativa, e foi um espaço privilegiado de integração e de troca de experiências, possibilitando a aproximação desses diferentes atores que desenvolvem no seu dia a dia ações de VST (São Paulo, Cidade, COVISA, 2010d⁵⁷).

Essa aproximação deixou transparente a multiplicidade de condutas adotadas por cada um dos serviços e algumas incongruências e contradições. Também mostrou que, entre os trabalhadores que atuam em VST, há aqueles com longos anos de experiência e rica bagagem teórico-prática e outros não tão preparados, evidenciando a lacuna deixada pela falta de oferecimento, por parte da PMSP, de formação e reciclagem sistemática voltada para as VST e para a própria ST. Mesmo entre os profissionais que compõe o quadro da COVISA e do CRST, essa defasagem instrumental é percebida, sendo ainda mais acentuada entre os profissionais das SUVIS, habituados a outras práticas de vigilância⁵⁸ que, até pouco tempo, não incluíam as questões relativas à ST.

⁵⁶ A esse Programa, se seguirá um Plano de Ação, que deverá, após ser aprovado pela gestão da PMSP e pelo controle social, facilitar o acesso dos CRST e de COVISA à verba da RENAST.

⁵⁷ São Paulo (Cidade) COVISA, Versão preliminar do Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS para o Município de São Paulo, 19/dez/2010. 2010d.

⁵⁸ Antes de 2003, as ações de Vigilância em Saúde no Município de São Paulo compreendiam apenas a Vigilância Sanitária do comércio varejista de alimento, atrelada à Secretaria Municipal de

Assim como a ST tem, entre suas ações, a promoção, a prevenção e a assistência, entre outras áreas de abrangência, também a VST é norteada por diferentes eixos. Nessas oficinas, foram definidos quatro eixos de VST a serem desenvolvidos e diretrizes e propostas de ações estratégicas para a implementação da VST na cidade de São Paulo foram elaboradas para cada um deles: para os eixos I, “informação, decisão e ação”, e II, “intervenção nos processos, condições e ambientes de trabalho”, desenvolver propostas que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença/trabalho; para o eixo III, “educação, comunicação e promoção da saúde em VST”, o desenvolvimento de estratégias que promovam uma mudança cultural no que se refere à saúde-trabalho; e para o eixo IV, “controle social e suas interfaces”, garantir a fundamental participação social para uma efetiva transformação das condições de vida e trabalho.⁵⁹

A realização das oficinas contribuiu para a revisão do referencial teórico, de princípios norteadores, de diretrizes, estratégias, metas e indicadores e, até mesmo, da composição e formação do corpo de profissionais que devem atuar em VST de modo a garantir ações de promoção à saúde dos trabalhadores.

Porém aparece como preocupação no PVST/SP o atual distanciamento entre a área de Atenção Básica e a de VST⁶⁰. Seria importante que a Atenção Básica participasse ativamente das discussões técnicas e de gestão da VST, uma vez que os CRST estão subordinados administrativamente a ela, no entanto, essa aproximação ainda não ocorre na prática.

No decorrer dos trabalhos nas oficinas, ficou claro que é preciso consolidar e difundir o conhecimento acumulado pelos profissionais da VST para instrumentalizar

Abastecimento, e a Vigilância Epidemiológica, de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), por meio dos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI), hoje denominados SUVIS, sendo que o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) já existia, porém com outras funções. (São Paulo, Cidade, 2010d).

⁵⁹ A participação do controle social é um princípio básico das diretrizes e pilares da Vigilância em Saúde (Pinheiro, 1996). Foi graças à presença desses atores que, em tempos politicamente difíceis, os CRST se mantiveram operantes e garantiram sua prática nas VST. O enfraquecimento da representação sindical e o desvio da atenção das questões relacionadas à saúde para causas como a manutenção do emprego e os ganhos salariais distanciaram, em muitos casos, os sindicatos, outrora mais presentes nas ações de VST desenvolvidas pelos CRST. Esse distanciamento é considerado como negativo por vários trabalhadores dos CRST que atuam em VST, e uma reaproximação é vista como necessária.

⁶⁰ Coordenada pela COVISA.

as ações de intervenção. Foi apontada a necessidade de sistematizar procedimentos de trabalhos e estabelecer protocolos de conduta técnica das autoridades sanitárias em acordo com os pressupostos da VST. Foi proposta a criação de um “Núcleo Técnico” permanente, com encontros regulares e representatividade regional, tendo como principal atribuição o monitoramento e a formulação de propostas para o fortalecimento do PVST. Foi, ainda, proposta a criação de um “Fórum de Vigilância em Saúde do Trabalhador” envolvendo COVISA, SUVIS, CRST e representantes dos trabalhadores e demais atores sociais para planejar as ações de VST.

O desenvolvimento de trabalhos integrados entre COVISA, CRST e SUVIS segue avançando, mas é ainda um campo em construção. Essa integração, principalmente no que se refere à SUVIS e ao CRST, tem claras diferenças regionais, mostrando-se mais avançada em algumas regiões da cidade que em outras e apresentando diferenças significativas dentro de uma mesma região no que se refere à integração do CRST regional com as diferentes SUVIS que compõe sua área de abrangência (anexo E).

A proposta é que o futuro PVST/SP sirva de norteador para as ações de VST no município. Fica, contudo, a indagação sobre a viabilidade das prescrições contidas nesse documento diante da realidade de trabalho do dia a dia dos profissionais que atuam em VST. É preciso lembrar que as equipes são pequenas, os recursos escassos, a demanda gigantesca, e ainda, desordenada. Isso sem falar nas dificuldades que essas AS enfrentam para compatibilizar tais proposições com o cumprimento dos ritos administrativos previstos no CSM.

6. MÉTODO E PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa surgiu da consciência e vivência de um problema e da necessidade de buscar uma solução.

O método seguido foi o “estudo de caso”, método que permite a compreensão singular de um evento, pois é um “estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado” (Gil, 2008, p.57).

O estudo de caso, como explica Schramm, (1971)⁶¹, citado por Yin, (2001, p.31), “tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”.

6.1. REFERENCIAIS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa pode ser considerada um estudo de caso, pois se enquadra na descrição de Yin (2001) para este método, ou seja, um estudo empírico que investiga um fenômeno atual. Com ela procuramos compreender os processos de trabalho nas ações de VST dentro do contexto atual e no âmbito específico da PMSP, que, apesar de seguir diretrizes da organização proposta pela RENAST e mais especificamente pela Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – GVISAM da COVISA, possui características próprias decorrentes do processo de

⁶¹ Schramm, W. *Notes on case studies of instructional media projects*. Working paper, the Academy for Educational Development, Washington, Dec. 1971.

municipalização da saúde de São Paulo. Embora cada CRST e a própria COVISA tenham particularidades, optamos por trabalhar com o processo de vigilância como um processo único, onde essas diferenças não serão detalhadas.

Segundo Severino (2007), nesse método é possível considerar o caso estudado como representativo de outros análogos, desde que sejam utilizadas várias fontes de evidência. A partir desse caso, procuramos pensar as VST no âmbito nacional e contribuir para a construção de um novo modelo para a compreensão, desenvolvimento e aprimoramento das VST como um todo.

Essa pesquisa se propôs, ainda, a articular os diferentes referenciais teóricos nos quais são pautadas as ações de VST com as experiências descritas pelo grupo pesquisado (Yin, 2001).

Esse enfoque permitiu identificar os atores envolvidos e as relações estabelecidas entre eles no processo de trabalho de VST. Buscamos conhecer o aporte teórico e a experiência prática desses profissionais e como esses conhecimentos são empregados por eles para atingir as finalidades previstas pelos programas de ST. Valorizamos o relato desses profissionais e sua forma de descrever o processo de trabalho em VST tal como ele ocorre, daí o caráter empírico da pesquisa.

Nosso referencial teórico foi o da ergonomia franco-belga (Wisner, 1987, 1994; Guérin et al., 2001; Daniellou, 2004; Abrahão et al., 2009) e da psicodinâmica do trabalho (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Dejours, 1987, 1997, 1999, 2004a, 2004b; Lancman e Uchida, 2003; Lancman e Sznclwar, 2004; Lancman e Heloani, 2004). Procuramos compreender, a partir dos relatos, a diferença entre a tarefa prescrita e a atividade real de trabalho e sua interdependência, o papel do trabalho nos processos de reconhecimento e de prazer no dia a dia dos profissionais que atuam em VST, e a forma como os trabalhadores lidam com os constrangimentos externos que lhes são impostos pelas situações de trabalho, independentemente de suas vontades. Trabalhamos com o conceito de inteligência no trabalho, que valoriza o saber e a experiência dos trabalhadores.

Considerando a dinâmica dos processos de trabalho em VST, optamos por uma metodologia qualitativa por considerá-la mais adequada para abarcar a complexidade do tema.

Minayo (1998) explica que a pesquisa qualitativa permite comparar informações, experiências e expressões, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças.

A abordagem qualitativa prioriza o maior aprofundamento e a abrangência da compreensão do grupo social ou de uma organização e a não generalização dos dados colhidos. Nesse processo, a relação entre pesquisador e pesquisado é de fundamental importância.

Este tipo de pesquisa tem como principal fonte de dados o trabalho de campo, o qual, por seu caráter dinâmico, preocupa-se com o processo, permitindo que se apreendam os elementos simbólicos e a particularidade dos fatos.

Em nossa pesquisa, inicialmente, foi feito um levantamento documental que deu consistência à parte introdutória dessa dissertação e, a seguir, partimos para o trabalho de campo com a aplicação de um questionário que visou a subsidiar a escolha dos profissionais que foram convidados a participar de entrevistas semiestruturadas.

No decorrer do estudo, sempre procuramos manter distanciamento, objetividade e neutralidade na busca pela compreensão da natureza da relação das autoridades sanitárias com seu trabalho de VST. Houve rigor no trabalho de campo, especialmente por estarmos ligados ao mundo dos entrevistados e compartilharmos do contexto, cultura e condições em que as VST se dão. Seu mundo é também o nosso mundo. Embora isso seja positivo, pois nos aproxima de forma privilegiada do tema, também poderia interferir negativamente, se considerarmos os aspectos subjetivos envolvidos no método escolhido para o desenvolvimento desta dissertação.

Martins (2004) discute as críticas feitas à pesquisa qualitativa pela evidente subjetividade presente na aproximação entre entrevistador e entrevistado. Segundo a autora, essa aproximação é uma das características fundamentais para que uma pesquisa desse cunho se desenvolva. Afirmo que, em qualquer tipo de pesquisa, é

sempre necessário que o pesquisador seja aceito pelo outro, para que se coloque na condição ora de partícipe, ora de observador. Ela lembra que, para Bronislaw Malinowsk (1978, apud Martins, 2004, p.294)⁶², esse processo pode ser considerado como “a necessidade de mergulhar na vida do outro”.

É claro que a relação entre pesquisador e entrevistado está marcada por sentimentos e, além disso, nas ciências sociais, os fenômenos são complexos e não é possível ignorar a influência da posição, da história biográfica, da educação, dos interesses e preconceitos do pesquisador (Martins, 2004). A autora afirma que, “no trabalho de pesquisa sociológica, a neutralidade não existe e a objetividade é relativa, diferentemente do que ocorre no positivismo - do qual, aliás, partem muitas das críticas feitas à metodologia qualitativa” (Martins, 2004, p. 292). Com ela concordariam autores como Thiollent (1980 apud Martins, 2004, p.292)⁶³ e Becker (1977, apud Martins, 2004, p.292)⁶⁴.

Argumentando a favor desses estudos, Martins (2004) recorre a Laperrière (1997, p. 375, apud Martins 2004, p. 295)⁶⁵ que explica que o que sustenta e garante a validades desses estudos é que “o rigor vem, então, da solidez dos laços estabelecidos entre nossas interpretações teóricas e nossos dados empíricos”. Martins (2004, p.294) chama de “mal-estar positivista” os elementos da constante acusação de falta de confiabilidade em relação a dados obtidos a partir da relação entre pesquisador e pesquisado marcada por sentimentos.

Da Matta (1978) - cujo artigo "O ofício do etnólogo, ou como ter anthropological blues" tornou-se uma referência na antropologia brasileira - afirma que a experiência do trabalho de campo se dá a partir do movimento, do deslocamento do pesquisador em relação à sua própria sociedade. Ele sugere que, nesse caso, o pesquisador deve transformar "o familiar em exótico". Para ele, o antropólogo que decide pesquisar a sua própria sociedade precisa procurar encará-la

⁶² Malinowski, B. *Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa*. São Paulo: Argonautas do Pacífico Ocidental.; 1978, p. 17-34.

⁶³ Thiollent, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis; 1980, p. 15-30.

⁶⁴ Becker, H. S. *De que lado estamos? Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1977.

⁶⁵ Laperrière, A. *La theorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. In: POUPART, J. et al. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Canadá: Gaëtan Morin Éditeur; 1997, p. 309-340.

de uma nova forma, experimentando o "estranhamento" dentro da sua própria cultura.

Esse foi o movimento realizado nesta dissertação, estudar nossa “própria sociedade”, procurando olhá-la com outros olhos, com olhos de um estrangeiro em busca de significados. Para Da Matta, o exótico nunca passa a ser familiar e o familiar nunca deixa de ser exótico. Ele adverte que são partes inerentes da pesquisa de campo o sentimento e a emoção e que não é possível excluir desse processo a subjetividade e a carga afetiva. Lembra também que “só há dados quando há um processo de empatia correndo de lado a lado” (Da Matta, 1978, p.34).

Durante as entrevistas, a empatia entre os entrevistados e a entrevistadora estava clara, e a possibilidade de aproximação entre a realidade de ambos parece ter facilitado um processo de cumplicidade e de abertura, sem a necessidade de “dourar a pílula” em relação ao vivido no mundo do trabalho da VST.

Clifford Geertz (1978, p. 25, apud Martins, 2004, p. 295)⁶⁶, acerca da confiabilidade dos relatos comuns à pesquisa qualitativa, afirma: “os cientistas sociais lidam sempre com *interpretações*, sendo que a por eles construída é a interpretação da interpretação fornecida pelo pesquisado”.

Gil (2008), citando Selltiz et al. (1972)⁶⁷, considera que a entrevista é uma técnica de coleta de dados bastante adequada para a obtenção de informações sobre o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Brandão (2006, p.77) comenta que “o papel do entrevistador (do pesquisador) não se restringe à atividade de perguntar, da mesma forma que o papel do sujeito investigado não se restringe a responder às questões formuladas pelo investigador”. A entrevista é um espaço de diálogo onde os significados são coconstruídos pelos participantes, ou seja, pelo entrevistado e pelo pesquisador, de acordo com

⁶⁶Geertz, C. *Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura*. In: Geertz, C. A Interpretação das Culturas, Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978, p. 13-41.

⁶⁷ Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M., e Cook, S. M. *Métodos de Pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Hender; 1972.

Colognese e Melo (1998)⁶⁸, citado por Brandão (2006, p. 76-7). Inspirado por González Rey (2005, apud Brandão, 2006, p.77)⁶⁹, Brandão ainda afirma que as “respostas não estão prontas *a priori*, mas são construções pessoais implicadas no espaço dialógico da entrevista, dado o tipo de vinculação estabelecido com o entrevistador”.

Para Queiroz (1988), as entrevistas semiestruturadas são uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre entrevistado e entrevistador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos. Nelas, segundo Minayo (1998), o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.

Para Tanaka e Melo (2004, p.72) a entrevista semiestruturada não é inteiramente aberta e nem é conduzida por muitas questões pré-estabelecidas:

Baseia-se apenas em uma ou poucas questões-guia, quase sempre abertas. Nem todas as perguntas elaboradas são utilizadas. Durante a realização da entrevista pode-se introduzir outras questões que surgem de acordo com o que acontece no processo em relação às informações que se deseja obter.

Manzini (1990/1991, apud 2004, p. 2)⁷⁰ comenta que na entrevista semiestruturada o pesquisador, tendo como foco um assunto, elabora um roteiro com perguntas principais as quais serão complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Nesse tipo de entrevista podem emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Triviños (1987, apud Manzini, 2004, p. 2)⁷¹ considera que, na entrevista semiestruturada, questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses

⁶⁸ Colognese, SA, Melo, JB de. A técnica de entrevista na pesquisa social. *Cadernos de Sociologia. Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas*. Porto Alegre: 1998; 9: 143-159.

⁶⁹ Rey Gonzales, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade – os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson; 2005.

⁷⁰ Manzini, E. J. A entrevista na pesquisa social. *Didática*. São Paulo; 1990/1991: 26/27, 149-158.

⁷¹ Triviños, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987, p. 146.

que se relacionam ao tema da pesquisa dão fruto a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes.

Para Manzini (2004, p.6),

um roteiro bem elaborado não significa que o entrevistador deva tornar-se refém das perguntas elaboradas antecipadamente à coleta, principalmente porque uma das características da entrevista semiestruturada é a possibilidade de fazer outras perguntas na tentativa de compreender a informação que está sendo dada ou mesmo a possibilidade de indagar sobre questões momentâneas à entrevista, que parecem ter relevância para aquilo que está sendo estudado.

Numa metodologia de base qualitativa, o número total de sujeitos que irão compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser plenamente determinado a priori, tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência dessas informações. Assim, os critérios que definem o universo com que se irá trabalhar não são apenas numéricos, mas qualitativos, privilegiando os sujeitos sociais que o pesquisador pretende conhecer. O conjunto dos entrevistados deve, portanto, ser diversificado para possibilitar a apreensão das diferenças e das experiências e expressões que se pretende conhecer com a pesquisa, como comentam Minayo (1998) e Duarte (2002). Segundo Duarte (2002), a definição de critérios para a seleção dos sujeitos que irão compor o universo de investigação é primordial, pois interfere na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado.

Para a análise de entrevistas, uma metodologia consagrada é a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Para essa autora, “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (Bardin, 2011, p. 50). Esse método, qualitativo e empírico, se propõe a analisar diferentes linguagens: escritas, orais, imagens e gestos, abarcando um conjunto de técnicas de análise das comunicações, baseando-se na inferência ou dedução e respeitando critérios específicos.

Nesse método, “o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo)” (Bardin, 2011, p.44). Essa análise deve permitir a compreensão crítica da comunicação tanto no seu sentido manifesto quanto no oculto. Para Bardin (2011, p.45),

se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário que vem permitir a passagem explícita e controlada de uma à outra.

Segundo Bardin (2011, p.149), ao organizar os dados brutos categorizando-os, não se introduz desvios no material, nem por excesso nem por recusa, mas se dá a conhecer índices invisíveis no material bruto.

6.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA

Utilizamos três diferentes procedimentos de coleta de dados:

1) Levantamento documental (incluiu documentos governamentais, legislações e atas de conferências federais, estaduais e municipais, relativos à Saúde Pública no Sistema Único de Saúde e à área de ST) e levantamento bibliográfico (obras pertinentes à área produzidos entre 1980 e 2011).

2) Questionário para a caracterização da população das equipes multiprofissionais de saúde das VST (anexo F). Foi proposto a todos os coordenadores dos CRST, ao da Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador da COVISA e a todos os profissionais atuantes em VST desses serviços⁷² que quiseram participar, sendo assim configurado o universo de trabalhadores que

⁷² Foram incluídos em COVISA os profissionais da Gerência de Saúde Ambiental (GVISAM) especificamente os da Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador; profissionais de todos CRST da cidade de São Paulo, ou seja, CRST Freguesia do Ó, Lapa, Mooca, Santo Amaro e Sé e do novo CRST na zona leste.

responderam ao questionário. Apesar de retornarmos diversas vezes aos CRST, nem todos trabalhadores foram localizados ou aceitaram o convite para participar da pesquisa, o que implicou na restrição do número de questionários respondidos⁷³. Responderam aos questionários 68 profissionais em um universo de 97.

3) Entrevistas semiestruturadas (anexo G). O roteiro para a realização das entrevistas teve o intuito de auxiliar na coleta de informações básicas, norteadas pelos objetivos pressupostos da pesquisa. Também auxiliou o pesquisador a se organizar antes e durante as entrevistas.

O número de entrevistas realizado não foi totalmente definido previamente. A escolha se deu a partir do questionário de caracterização da população que trabalha em VST nas equipes mencionadas, adotando-se critérios qualitativos de representatividade do conjunto, contemplando: diversidade de formação profissional, lotação em diferentes locais de trabalho e maior tempo de atuação nas VST. Também foram incluídos os referenciados por seus pares como informantes-chave, ou seja, profissionais com maior envolvimento e maior experiência em intervenção em VST. Adotar indicações de pares é uma alternativa produtiva e muito utilizada em pesquisas qualitativas, pois, como explica Duarte (2002), alguém do meio pesquisado, a partir do seu ponto de vista, pode ter melhores condições de apontar pessoas interessantes a serem entrevistadas do que alguém inicialmente de fora, como o pesquisador. A participação dos entrevistados foi voluntária.

Realizamos 13 entrevistas com duração média de 70 minutos cada uma. Elas foram gravadas, ouvidas, transcritas, sistematizadas e analisadas.

Foram entrevistados trabalhadores de todos os CRST e da COVISA, representantes de 8 das 12 categorias profissionais encontradas nos questionários, conforme tabela 1 abaixo:

⁷³ Os profissionais, de acordo com a categoria a que pertencem, cumprem diferentes jornadas de trabalho dentro do horário de funcionamento dos CRST que vai das 7 às 20 horas de 2ª a 6ª feira.

Tabela 1 - N° de entrevistados por serviço e por categoria profissional													
PROFISSÃO	SERVIÇO												
	COVISA		CRST FÓ		CRST LAPA		CRST MOOCA		CRST STO. AMARO		CRST SÉ		CRST ZONA LESTE
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Assistente Social				1									
Enfermeiro (a)									1				1
Fisioterapeuta											1		
Fonoaudióloga							1						
Médico (a)		1			1				1				
Psicólogo (a)							1						
Sociólogo (a)			1										
Terapeuta Ocupacional							1		2				
TOTAL		1	1	1	1		3		4		1		1
													13

Todos os profissionais entrevistados são autoridades sanitárias e maiores dados sobre eles podem ser encontrados no anexo L.

Para melhor atingir nossos objetivos, diante das informações que foram sendo colhidas e da necessidade de aprimoramento da condução das entrevistas, o roteiro previamente elaborado foi sendo revisto e modificado a fim de ir ao encontro das informações que se desejava obter, sendo incluídas algumas questões que surgiram no decorrer do processo. A exemplo do realizado por Segnini (2010), as entrevistas foram conduzidas de forma a se tornarem um espaço tanto de fala como de reflexão para esses trabalhadores sobre sua prática e seu coletivo de trabalho. As questões sempre foram abertas e não respeitaram uma sequência rígida. Na verdade, durante todo o tempo, sem perder de vista nosso foco de interesse, foi dada aos entrevistados liberdade para falar dos aspectos relativos às VST que consideravam mais pertinentes.

6.3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O processo de construção desta dissertação incluiu o estudo documental, a elaboração do questionário de caracterização da população atuante em VST e do roteiro para as entrevistas semiestruturadas, a realização e a transcrição das entrevistas e a análise das mesmas. Seguiu os trâmites do Comitê de Ética em

Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da PMSP - CEP/SMS e da Comissão de Ética para a Análise de Pesquisas - CAAPesp da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP, aos quais o projeto foi submetido e aprovado (anexos H e I).

Conseguida a autorização, nos dirigimos a cada um dos CRST e à COVISA para entrar em contato com os profissionais e solicitar sua colaboração no preenchimento do questionário de caracterização da população.

Antes da entrega do questionário a ser respondido e da realização de cada uma das entrevistas, explicamos o objetivo da pesquisa, os procedimentos técnicos e éticos. Apresentamos os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (anexos J e K), que foram assinados por todos, garantindo-lhes o direito a sigilo e o compromisso de serem convidados para a defesa da dissertação.

A aplicação dos questionários facilitou a aproximação entre a entrevistadora e esses profissionais.

De acordo com o conteúdo do Termo de Consentimento, para a apresentação dos dados, foi retirado qualquer tipo de informação que possa vir a identificar os sujeitos que se submeteram a realização das entrevistas.

6.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

1) Levantamento documental:

Esses documentos não passaram por tratamento analítico e foram utilizados como fonte de dados simples, para aprofundamento no campo e como fonte de informação para a compreensão dos referenciais teóricos, políticas e diretrizes que interferem no conteúdo do trabalho dos profissionais de VST e estão relatados nos itens iniciais da dissertação.

2) Questionário:

A tabela 2, a seguir apresenta dados referentes ao número de questionários respondidos por serviço, por categoria profissional e por sexo:

N° de questionários respondidos por serviço e por categoria profissional															
PROFISSÃO	SERVIÇO														
	COVISA		CRST FÓ		CRST LAPA		CRST MOOCA		CRST STO. AMARO		CRST SÉ		CRST ZONA LESTE		TOTAL
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Assistente Social	2		4	1			2		1					1	11
Dentista	1													1	2
Educador (a) de Saúde Pública					2										2
Enfermeiro (a)					1		2*		1				1*		5
Engenheiro especialista em desenvolvi/ urbano					1										1
Engenheiro (a)		1													1
Farmacêutico													1		1
Fisioterapeuta	1							1	2		2				6
Fonoaudióloga							1		2		2				5
Médico (a)		10*		1	1		1	6	3			1			23
Psicólogo (a)	3		1		1		1								6
Sociólogo (a)			1												1
Terapeuta Ocupacional					1		1		2						4
TOTAL	7	11	6	2	7	0	8	7	11	0	4	1	2	2	68

Os coordenadores estão incluídos na somatória e sua categoria assinalada com *

Os questionários foram aplicados no ano de 2010. Os dados dos questionários foram tratados por meio de análise estatística simples. Foram utilizados para a caracterização da população e permitiram fazer um diagnóstico do universo estudado, funcionando como norteadores para a escolha dos profissionais a serem entrevistados. As respostas forneceram informações sobre o número de profissionais envolvidos na VST, sua idade, formação profissional, o percurso de cada um até chegar à área de ST, o tempo de experiência de trabalho na PMSP, em ST e em VST especificamente e quais as atividades em que está envolvido no CRST/COVISA.

3) Entrevistas:

As entrevistas foram realizadas no ano de 2010 e, portanto, os resultados refletem esse momento. Na análise das entrevistas, nosso foco foi o processo de trabalho, a dinâmica construída no planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de VST a partir da percepção dos profissionais que realizam essas intervenções.

Procuramos respeitar a lógica do conhecimento prático dos profissionais⁷⁴ entrevistados e seguimos o que recomenda a “análise de conteúdo” do tipo categorial

⁷⁴ Spink reforça a importância do conhecimento prático dos trabalhadores. (Spink, MJ. O estudo empírico das representações sociais; 1993 In: *O Conhecimento no Cotidiano - As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social* (M. J. Spink, org.). São Paulo: Brasiliense, p. 85-108, apud Sato, 1996).

de que fala Bardin (2011). Essa abordagem nos pareceu ser adequada e coerente com nossa proposta de dar voz aos profissionais de saúde das VST.

As informações verbais advindas das entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas a leituras repetidas para selecionar as unidades de falas que continham informações pertinentes aos propósitos da pesquisa. Em seguida, os conteúdos dessas falas foram analisados e agrupados em temas e subtemas, por parentesco de sentido, e organizados sob as devidas categorias analíticas.

Parte do extenso material coletado nas entrevistas, por suas próprias características, foi utilizada como dados primários e fonte de informação e não foi objeto de análise.

6.5. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

Na primeira etapa desta fase do estudo, que podemos chamar de pré-análise, ouvimos as entrevistas e fizemos uma leitura exaustiva das transcrições, buscando possíveis temas e subtemas que dialogam com os objetivos de nossa pesquisa e nos conduzam à construção das categorias e subcategorias de análise. Esse processo nos permitiu reviver cada entrevista, o tom de voz, a forma de se expressar, as ênfases e os silêncios dos entrevistados, entre outros aspectos.

A partir desse processo de ordenação, classificação e análise do conteúdo das entrevistas e respeitando os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, conforme sugere Bardin (2011), criamos categorias e subcategorias de análise:

Categoria 1 - Relação entre o desejo de legitimidade e de autonomia (o que era pedido), o papel de autoridade sanitária (o que foi dado) e a atual forma de atuação (novas dificuldades).

Categoria 2 - Reações quanto ao papel profissional, dividida em 3 subcategorias:

- a. temor frente a ameaças à própria integridade física, emocional e moral;

- b. receio e incertezas quanto a sua atuação mediante às mudanças decorrentes do novo status (de autoridade sanitária) ocupado;
- c. constrangimento por expor os trabalhadores alvo de sua atuação às sanções e represálias.

Categoria 3 - Papel do agente: educação e/ou fiscalização

Categoria 4 - Reconhecimento no trabalho, dividida em 2 subcategorias:

- a. reconhecimento financeiro;
- b. reconhecimento identitário: o sentido do trabalho e a valorização do trabalho realizado.

Categoria 5 - Relação entre satisfação e insatisfação no trabalho.

Parte do material coletado, por suas próprias características, foi utilizada como fonte de informação, não foi objeto de análise e está descrito no anexo M, denominado “Informações gerais”. Esse anexo é complementar ao capítulo intitulado “Apresentação e discussão dos resultados” e traz detalhes que contribuem para a contextualização da realidade vivida pelos profissionais que atuam em VST na PMSP. Está subdividido em 6 itens, brevemente descritos a seguir:

1. Diferentes demandas: mostra a evolução da demanda de VST nos CRST no decorrer dos anos.
2. Política de atuação: aborda os efeitos da falta de uma política de VST clara sobre os trabalhos desenvolvidos nessa área na PMSP.
3. Processo de trabalho: enfoca as diferentes formas adotadas pelos profissionais da área de Saúde do Trabalhador, para conduzir as ações de VST no município de São Paulo.
4. Formação e capacitação, respaldo jurídico e administrativo: apresenta a influência desses aspectos na realização das VST.
5. Recursos materiais e humanos: elenca as carências desses recursos para a área de VST no município de São Paulo.
6. As intervenções e os menores de 18 anos: fala sobre a inquietação dos profissionais atuantes em VST em relação a essa demanda de trabalho.

7. RESULTADOS

7.1. O TRABALHADOR DA VIGILÂNCIA

Os trabalhadores dos CRST que atuam em VST possuem diferentes formações universitárias e, em sua maioria, aproximaram-se da área de ST sem clareza das suas especificidades e sem nenhuma formação específica. Alguns tiveram formação em Saúde Pública, outros em Saúde Mental e muitos atuaram em Unidades Básicas de Saúde e foram para os CRST apenas por não terem aderido ao PAS.

Nesse percurso de mais de 20 anos da Saúde do Trabalhador na PMSP, a instituição pouco ofereceu em formação e reciclagem na área de VST. Cada profissional trilhou seu próprio caminho, buscando, por conta própria, ampliar seus conhecimentos seja em universidades, seja em outros centros de formação. Movidos pela necessidade de responder a uma demanda que lhes batia à porta, construíram, sem se dar conta, um saber prático, o “saber fazer” do qual fala Dejours (2004d). Na falta de espaços formais, algumas equipes procuraram estruturar seu conhecimento por meio de trocas informais de experiências, construindo um jeito peculiar de atuar, o que pode criar um processo heterogêneo de trabalho.

As equipes, hoje, são subdimensionadas para a demanda que lhes cabe no município, e os recursos materiais continuam escassos, apesar da existência da verba RENAST .

As dificuldades da prática vão desde as carências de recursos materiais e humanos até a necessidade de lidar com o dinâmico contexto socioeconômico do mundo do trabalho. Para garantir condições básicas que viabilizem as ações em VST, são necessárias, entre outras coisas, infraestrutura material, equipes tecnicamente

preparadas e normas específicas. Deficiências na estrutura administrativa do sistema de saúde para acolher um serviço dessa natureza podem estar comprometendo o ritmo e a eficácia das VST.

As autoridades sanitárias vivem por vezes uma contradição diária, já que, apesar de não disporem de condições de trabalho adequadas, devem exigí-las das empresas que fiscalizam. Os profissionais de vigilância têm certa autonomia em suas intervenções, no entanto ela é insuficiente para que, nas negociações com os gestores, consigam garantir condições de trabalho e de infraestrutura necessárias para suas ações. Os próprios gestores diretos também enfrentam tais dificuldades, o que aumenta as chances de que o trabalho que desenvolvem tenha um funcionamento improvisado e sem planejamento.

O mau planejamento, inclusive dos recursos para a área, pode estar ligado ao distanciamento entre as instâncias superiores da Saúde, os gestores e a prática e, ainda, ao seu desconhecimento da realidade dos processos de trabalho das VST. Como em outros serviços de saúde pública, a organização do trabalho de VST, nos CRST, parece ocorrer mais por acordos internos e pelas condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou esses serviços (Ramminger e Nardi, 2007; Silva et al., 2009). Assim, cada equipe de VST define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe e de sua compreensão de como fazer.

O processo de vigilância continua a ser construído no dia a dia desses trabalhadores. Diferentes referenciais teóricos, distintos percursos na prática diária, novas políticas de saúde, novas legislações, novo momento social e econômico demonstram um processo de intensa e constante transformação, de construção e reconstrução. Os profissionais de saúde dos CRST experimentam condições e situações na execução de seu trabalho que os levam a vivenciar acertos e erros e a acumular frustrações semelhantes às dos trabalhadores a quem procuram ajudar por meio das VST (Lacaz et al., 2002, 2006; Sato, 1996; Santos, 2001). Convivem com incertezas e com sentimentos de ineficiência em relação ao trabalho que realizam. A falta de reconhecimento experimentada pode ser um fator de desgaste e sofrimento (Dejours, 2004a). No entanto, é preciso lembrar que “é perante o inédito, a resistência do real, o fracasso, e depois graças à obstinação e à mobilização subjetiva

que o trabalhador consegue transformar sua impotência em desempenho”, como afirma Dejours (2008, p. 67).

7.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS SEGUNDO CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

No processo de análise das entrevistas, observamos que os profissionais, muitos deles que participam dos CRST desde a sua criação, tenderam a contextualizar historicamente a vigilância no município de São Paulo e a falar sobre sua atuação nos CRST a partir da sua experiência e vivência. Eles hesitaram em colocar o foco em seu trabalho atual em VST. Por várias ocasiões, falaram sobre seu processo de trabalho na área de assistência, atividade ainda bastante presente no cotidiano de trabalho nos CRST. Entre os entrevistados, há um consenso na maior parte dos temas abordados.

Nas 13 entrevistas realizadas, em geral, os profissionais foram muito queixosos em relação ao seu trabalho e às condições de concretização do mesmo. Como temas recorrentes nas entrevistas, aparecem: ausência de estrutura institucional e de diretrizes para a realização do trabalho, condições e divisão de trabalho, falta de capacitação e reciclagem profissional, insegurança, falta de reconhecimento e insatisfação com o trabalho, entre outros aspectos tidos como negativos.

Uma queixa constante, nos discursos, é a precariedade dos investimentos em processos de formação profissional sistemática. Por isso, os entrevistados relatam que se utilizam, por conta própria, de iniciativas individuais e coletivas na busca de formação. Entretanto, ao mesmo tempo em que declaram que foram pouco preparados para as atividades que desempenham no papel de autoridade sanitária, eles reconheceram ter construído um “saber fazer” único na prática de VST e temem que esse saber se perca com a aposentadoria que se aproxima para a maioria deles.

Eles também observam que não há evidências de preocupação institucional quanto à reposição do quadro ou quanto à garantia da transmissão desse saber.

O novo papel desempenhado na qualidade de autoridades sanitárias é pouco claro. Os profissionais sentem-se desconfortáveis ao exercê-lo e o consideram como fonte de tensão, ansiedade, medo e insegurança.

O lado positivo das parcerias, tanto com o Ministério Público do Estado de São Paulo (MP-ESP) quanto com o Ministério Público do Trabalho (MPT-F), é reconhecido pela maioria. Também são apontadas as vantagens dos trabalhos de VST desenvolvidos na forma de projetos, em parcerias intra e inter institucionais, com foco em ramos de atividades ou riscos específicos.

O modo como vem se dando a cobrança para que se atinja a meta de investigação de 100% dos AT graves, fatais e em menores de 18 anos, imposta pelo Pacto pela Saúde assinado pela prefeitura de São Paulo, e a ausência de critérios e estratégias para atingir tal objetivo são apontados como fatores que “empurram” as autoridades sanitárias para uma ação pontual, tida como de baixa efetividade e distante dos preceitos da VST.

A carência de planejamento estratégico para lidar com as demandas de VST foi reconhecida como um aspecto que compromete a qualidade das VST e limita o seu alcance no município.

Foram questionadas a falta de critérios de avaliação e a ausência de avaliações sistemáticas sobre o impacto das ações em VST, tanto na transformação das situações de trabalho quanto na saúde dos trabalhadores. Também foi apontada a incerteza das autoridades sanitárias quanto ao valor das atividades que desempenham.

Uma reivindicação frequente nas falas dos profissionais que atuam em VST é a necessidade de espaços destinados à reflexão e à troca de experiências.

7.2.1. Categoria 1: Relação entre o desejo de legitimidade e de autonomia (o que era pedido), o papel de autoridade sanitária (o que foi dado) e a atual forma de atuação (novas dificuldades).

Desde a criação dos CRST, os profissionais desses serviços pediam que as ações de VST do município fossem legitimadas e que o trabalho desenvolvido na área recebesse o devido reconhecimento. Para uma pequena parcela dos entrevistados, a criação, em meados de 2000, de um Código Sanitário Municipal e a designação dos profissionais dos CRST para atuar na qualidade de autoridades sanitárias seriam o caminho. Para outros profissionais dos CRST, não estava claro o rumo a ser seguido, mas havia o desejo de que seu trabalho fosse legitimado e de que eles tivessem maior autonomia nas ações de VST:

[...] a gente precisa ter essa conferência de autoridade, ela tem que emanar de algum lugar, seja do Ministério Público, ou da própria COVISA, [...] não pode ser por um voluntarismo como nas épocas iniciais, que a gente ia com a cara e com a coragem. (Entrevista 1)

[...] a gente entendia que era fundamental adentrar nos espaços de trabalho, mas havia dificuldades em não termos esse poder diferentemente do que ocorria no Ministério do Trabalho. Apesar da promulgação da Lei orgânica da saúde, nós tínhamos dificuldades na prática de desenvolvê-las [as VST] porque faltava o poder de polícia. (Entrevista 7)

[...] a maioria achava que, com as recomendações que nós fazíamos, as empresas acabam não cumprindo, que a maneira de cumprir seria através de auto de infração e multa, eu acho que foi um acordo, foi pendendo pra esse lado. (Entrevista 13)

[...] era um problema quando nós íamos inspecionar a empresa, porque tinha uma série de medidas que você podia tomar, mas era sempre questionada a sua autoridade [...] mesmo como assistentes técnicos nós já tínhamos esse poder, há mais de dez anos, [...] quando entramos em um posto de trabalho, a colega olhou o rosto do trabalhador, ele estava com uma máscara, ele estava alérgico, com o olho fechado, imediatamente aquele trabalhador teve que sair do posto de trabalho [...] Nós tínhamos autoridade para aquilo, tem que ter muito peito pra fazer isso, estávamos ali munidos de autoridade, que era de assistente técnico. (Entrevista 3)

Para alguns, o papel de autoridade sanitária não fazia parte de suas reivindicações. Apenas havia o desejo de realizar um trabalho de VST com fins de

promoção de saúde e de prevenção de doenças e acidentes ligados ao trabalho, mas talvez, ser autoridade sanitária talvez não fosse a resposta:

[...] a prefeitura aprovou o Código Sanitário Municipal e achou que ia resolver todos os problemas, e não tinha ninguém para botar esse código em prática [...] autoridade sanitária não é formada, ela foi apenas nomeada, porque a única exigência básica pra nomear uma autoridade sanitária é indicação da chefia e curso superior. [...] o objetivo principal, o final, é a transformação do ambiente do trabalho para um ambiente menos agressivo [...] estamos dentro de uma prefeitura que ficou por dez anos no obscurantismo e que não fez absolutamente nada pela saúde do trabalhador, hoje está atrasada pelo menos em dez, vinte anos. (Entrevista 5)

[...] essa questão nova, de atuar como autoridade sanitária, essa passagem foi meio sofrida, porque a gente até relutou bastante dessa questão do auto de infração, da multa, da penalidade (Entrevista 6)

A suspensão temporária das ações de vigilância desenvolvidas pelos CRST, com o fim do convênio com o Ministério Público do Estado de São Paulo, decorrente da interrupção das atividades da Promotoria de Justiça de Acidentes do Trabalho da Capital na área de VST, inquietou os profissionais dos CRST. Eles precisavam buscar uma saída para a retomada dos trabalhos de vigilância e para a legitimação das ações que realizavam:

[...] a vigilância sofreu várias alterações, teve uma parte de trâmite legal do Ministério Público Estadual, que foi passado pro Federal, vários dos processos foram recolhidos sem terminar, então muita coisa ficou pendente, e passou pro Ministério Público Federal, foi uma lacuna bem grande, de ficar muito tempo até sem vigilância. (Entrevista 6)

Nessa fase de transição para a atual parceria com o Ministério Público do Trabalho, quando lhes foi oferecido o papel de autoridades sanitárias, os profissionais acolheram a função sem ter clareza dos aspectos inerentes a ela:

[...] por conta da falta de acordo da Administração com o Ministério Público, diminuiu muito o número de processos que a gente vinha fazendo com eles, hoje em dia, a COVISA vem estimulando que sejamos autoridades sanitária, coloca o centro de referência dentro da linhagem administrativa da COVISA, é uma forma da gente poder fazer a vigilância, precisa ter essa conferência de autoridade. (Entrevista 1)

[...] é um sofrimento na hora que você chega na empresa, quando a gente trabalhava no Ministério Público a gente fazia um relatório, e quem falava por nós na audiência era o promotor, o procurador. (Entrevista 6).

No entanto, mesmo os entrevistados que almejavam se tornar autoridade sanitária partilham a opinião de que essa função não deu conta de atender ao pedido de reconhecimento, de autonomia e de legitimação do seu trabalho:

[...] o fato de termos o poder, de sermos autoridade sanitária é positivo, mas a gente têm que inovar isso [...] falta pra nós essa política mais geral, que possa balizar nossas ações para que não fique uma coisa burocrática... (Entrevista 1)

Com o novo status de autoridade sanitária novos desafios se apresentaram e esses profissionais precisaram criar estratégias para cumprir suas atribuições. A mudança implicou em inovações nas formas de acolhimento e atenção à demanda, em alterações nos processos de trabalho e no nível de responsabilidade assumida nos processos desencadeados pelas intervenções (anexo M).

Nas falas dos entrevistados, percebe-se um entendimento de que se está passando por um processo de transformação nas abordagens realizadas em VST pela PMSP, e alguns se percebem como parte dessa construção e a consideram positiva:

[...] tudo isso é um processo, eu me sinto como uma pessoa que tem ajudado a construção desse processo, como eu vejo vários parceiros nossos, hoje quem entra na inspeção tem uma condição diferente de quem entrou há dez anos atrás, isso eu não tenho dúvida, só que a quantidade de desafios que a gente tem hoje, inclusive pro mundo de trabalho que se diferencia a cada momento [...] é uma coisa muito maior. (Entrevista 3)

Já outros, apesar de reconhecerem a importância do trabalho desenvolvido como autoridades sanitárias, falam com certa nostalgia dos tempos iniciais da VST no município de São Paulo:

[...] o nosso trabalho não começava com a inspeção em si, havia todo um trabalho junto ao grupo de trabalhadores, procurava-se identificar os riscos principais da saúde decorrente do processo do trabalho, de produção, e isso era frequente, mesmo quando não tinha um sindicato mobilizado pra essas ações, a gente conseguia desenvolver o trabalho motivando os trabalhadores [...] Durante a inspeção a gente tentava entrar na empresa, a empresa que permitia a gente fazia contato com o trabalhador, divulgava o nosso serviço, tentava organizar grupos de trabalhador pra cá (para o CRST), ou fazia o grupo de trabalho dentro da empresa em alguns horários de intervalo, ou fim de expediente, enfim, havia uma dinâmica de se procurar obter informações, conhecer espaços de trabalho, valorizando muito o saber do trabalhador, isto era um momento muito rico do nosso trabalho, uma aproximação inestimável, mas só isso não bastava. Na hora de você propor as modificações só com braços forte da lei, via Ministério do Trabalho ou no Ministério Público Estadual. (Entrevista 7)

Para a maioria dos entrevistados, a forma de intervenção desenvolvida para atender a demanda proveniente da notificação de acidentes de trabalho vem dificultando que ações de caráter mais preventivo sejam desenvolvidas:

[...] se a gente não consegue fazer a prevenção primária e a promoção, a gente tem que remediar [...] a gente continua apagando o fogo, trabalhando com o evento ocorrido, seja acidente, sejam doentes, isso é ruim, mas tem que ser feito. A gente ainda não conseguiu superar essa fase. (Entrevista 7)

O que me atrai na saúde do trabalhador é a possibilidade de intervir preventivamente, de diminuir a incidência de doenças e AT. Eu escolhi a vigilância por causa disso. [...] nosso modelo atual não está bom, teríamos que mudar. Parar de apagar incêndio, de fazer AT. Não vamos parar, mas deveríamos diminuir um pouco esse tipo de ação e fazer mais ações por seguimento. (Entrevista 8)

[...] a gente tem menos tempo pra fazer, não tem conseguido ver questões específicas da organização do trabalho porque existe uma pressão de tempo, tem várias vigilâncias pra fazer, vários AT, a gente não pode demorar muito pra fazer relatórios [...] tudo aquilo que a gente aprendeu na ergonomia não acontece, a gente faz uma vigilância assim no máximo duas visitas ou uma e já faz o relatório. (Entrevista 10)

Entre os profissionais entrevistados há um consenso de que faltam critérios pré-estabelecidos para a organização das estratégias de ação:

Não existe uma política do por que fazer ou como fazer a não ser essa coisa do rito administrativo que é nova. (Entrevista 1)

A multiplicidade de condutas adotadas por cada um dos serviços em relação à demanda e algumas incongruências e contradições apontadas pelos entrevistados deixam claro a carência de uma linha mestra de condução dessas ações. Para os entrevistados, com a falta de definição de estratégias e critérios, estaria sendo deixada de lado a possibilidade de desenvolver ações de promoção e prevenção por meio de processos de intervenção por seguimento:

Um acidente pode significar um evento que acomete um seguimento, têm que ser estudado, investigado, ser detectado se é um padrão que se reproduz, têm que transformar isso numa intervenção de seguimento. (Entrevista 7)

Os entrevistados são contrários à realização de ações pontuais, como a investigação exclusiva do AT ocorrido. Assim, na tentativa de diminuir a insatisfação com o trabalho a ser realizado, quase todos os entrevistados costumam estender suas

ações ao conjunto da empresa, verificando o contexto em que o referido AT ocorreu e outras possíveis condições nocivas presentes na empresa:

Há pessoas conscientes que sabem que não adianta chegar na empresa e investigar apenas aquele AT, porque vai apenas cuidar daquela máquina e na verdade o ambiente completo está insalubre. (Entrevista 5)

Há uma crítica quanto ao fato de os CRST receberem da COVISA apenas uma demanda gerada a partir de notificações de AT e quanto às estratégias adotadas para atender a essa demanda. Para os profissionais, da forma como se dão atualmente, as ações apenas “apagam o incêndio”:

O problema do modelo atual de vigilância é que você só apaga incêndio. Você só está indo nas empresas depois que aconteceu um AT e você foi notificado e eu acho que isso não é o ideal. (Entrevista 8)

Existem jeitos da gente fazer melhor do que faz hoje e ter maior resolutividade do que agora. Precisamos nos organizar melhor para os resultados serem melhores e podermos ver os resultados do nosso trabalho. (Entrevista 9)

Segundo eles, uma demanda elevada de acidentes de trabalho tem sido acolhida nos CRST de forma desordenada e não há estratégias claras para o desenvolvimento das ações de intervenção nem a nível local, nem a nível central (COVISA). O acúmulo de AT a serem investigados é apontado como um “buraco sem fim”, do qual eles não conseguem dar conta:

É um trabalho extenuante que eu e minha equipe não vamos dar conta, não vamos conseguir abaixar aquele monte de AT que são atribuídos à gente. (Entrevista 5).

[...] os CRST tem muita coisa para fazer. O que vai para os CRST são os acidentes graves e os acidentes com menores. (Entrevista 8).

[...] a questão é ter critérios pré-estabelecidos, eles não existem para nada, dentro dos trabalhos cada um têm os seus próprios critérios. Para mim dão um monte AT para investigar e eu sei que não posso me conformar em investigar AT. (Entrevista 5)

Se não houver pressão dos técnicos que atuam na área de VST para que comecemos a atuar por seguimento, os AT não vão diminuir. (Entrevista 7).

Nas falas, aparece uma tendência a considerar que, nas ações de VST, as doenças ocupacionais deveriam ser priorizadas, usando-se critérios de epidemiologia que considerem os locais e ramos de atividade com maior número de doenças ocupacionais e os que oferecem maior risco à saúde. Dados provenientes de toda a

rede de atenção à saúde são apontados como importantes e, para tal, a capacitação da rede é fundamental:

[...] quando tem um acidente, é um evento sentinela que anuncia que algo está errado. A gente vê a ponta do iceberg e embaixo tem mais coisas erradas, mas a gente deveria ter projetos de trabalho em cima de vigilância dos riscos, como era quando a gente começou os CRST. [...] Queremos mapear as situações de risco. Não queremos ficar só na questão dos acidentes. (Entrevista 9)

Para muitos dos entrevistados, com base em critérios epidemiológicos, as empresas poderiam ser agrupadas por seguimento, poderiam ser traçadas estratégias para cada região e ações sistematizadas a fim de se estabelecer grandes acordos, com grandes categorias. Isso evitaria as práticas atuais, por eles consideradas “trabalho de conta gotas”:

[...] a gente deveria ter projetos de trabalho [...] fazer vigilância mais no sentido preventivo, de ir à empresa antes que o acidente aconteça. É assim que eu vejo vigilância. Não acho que a gente tenha que fazer os acidentes, ele é um sinal de alerta, aconteceu, mas para mim vigilância tem que ter como foco as doenças. (Entrevista 9)

Para alguns entrevistados, seria importante sua participação no processo de gestão de toda demanda.

[...] no meu processo de trabalho sempre procuro particularmente não executar a tarefa, mas sempre pensar na gestão de toda demanda, em suma, em um seguimento. (Entrevista 7)

As críticas às políticas e processos de VST adotados no município também aparecem como fonte de insatisfação com o trabalho realizado. O formato proposto para as VST atualmente é sentido como frustrante, pois os profissionais não acreditam que esse seja o caminho mais adequado e sentem-se impotentes por não conseguir realizar um trabalho no qual realmente acreditem:

[...] não temos satisfação no trabalho que fazemos. (Entrevista 5)

[...] a saúde do trabalhador não consegue andar sozinha, não se sustenta, só consegue caminhar bem quando toda estrutura da saúde da rede do SUS está equilibrada: acesso, qualidade, distribuição, hierarquização das ações, territorialização enfim, voltada para uma política pública séria. (Entrevista 7)

Aos problemas citados, soma-se a falta de recursos materiais e humanos, que torna difícil implementar, na prática, as propostas das políticas públicas como, por exemplo, as da RENAST e a pouco clara de Saúde do Trabalhador do município:

[...] acho que têm que começar a ver outras formas de fazer vigilância, a gente vai numa ação de resistência mesmo, contra tudo o que desmonta o Centro de Referência, tentando sobreviver [...] nós somos muito poucos pra dar conta do trabalho que têm aí. [...] tudo é muito maior, não têm na verdade uma política pública de melhoria de condições, de habitação, de moradia, de educação. (Entrevista 1)

[...] está pobre na questão de idealizar, de discutir, de propor [...] novamente está se discutindo a origem do que era, não dá mais pra discutir em cima do que foi, você têm que formular outras proposições, estamos em outra conjuntura [...] o papel não é o mesmo que nós tínhamos, e as pessoas não conseguem ver qual é o papel do Centro de Referência hoje com a RENAST [...] é uma descentralização que está se dispondo [...] tudo que é proposto na RENAST, no meu entender é factível, desde que haja disposição política de fazer acontecer, e isso é coisa que eu não vejo. (Entrevista 7)

[...] conheço pessoas que trabalham em outros centros de referência de outras cidades [...] utilizam as verbas de forma mais fácil não só pra capacitações e treinamento, mas também pra reforma da unidade, pra questões materiais e de recursos humanos, investimento de formação, mas a gente em São Paulo não tem conseguido viabilizar o uso dessa verba. [...] politicamente não há um interesse em Centro de Referência, a gente existe, eu acho continua existindo, nem sei direito se é pela determinação de profissionais, é tipo assim olha, a gente não vai dar nada pra vocês, mas vocês, também não atrapalhem, fiquem aí quietos. (Entrevista 10)

7.2.2. Categoria 2: Reações quanto ao papel profissional

As falas dos entrevistados tiveram tom queixoso, foram permeadas de sofrimento e de insatisfação com o trabalho e mostravam sentimentos de temor, incertezas e constrangimento frente às situações vividas.

7.2.2.1. Temor frente a ameaças à própria integridade física, emocional e moral

O temor aparece ligado às condições encontradas no momento da vigilância, principalmente quando ela ocorre em bairros violentos e/ou quando há uma postura truculenta e ameaçadora por parte do representante da empresa diante das ações a serem adotadas pelos entrevistados. Há situações que extrapolam o limite da VST e seriam casos de polícia:

[...] já fizemos inspeção com a guarda metropolitana que, no final das contas, pediu reforço, porque eles ficaram com medo. (Entrevista 3)

[...] o motorista fica esperando e a gente fala: se a gente demorar vai atrás da gente. [...] não são todas que a gente passa esse medo, mas a gente passa medo sim, passa porque eles tentam coagir. (Entrevista 13)

As ações das autoridades sanitárias são realizadas sem que haja uma retaguarda, embora o crachá das autoridades sanitárias traga no verso os dizeres: “O portador tem livre acesso a todos os locais sujeitos a fiscalização pelo Poder Público Municipal. As autoridades policiais, quando solicitadas, deverão prestar-lhe assistência de que necessitar, para fiel cumprimento de suas atribuições legais”.

A determinação de que as autoridades policiais lhes prestem assistência demonstra o risco de suas ações, no entanto, garantir que os policiais estejam disponíveis exatamente nas ocasiões em que se tornam indispensáveis, uma vez que não é possível prever quando eles se farão necessários:

[...] tem algumas regiões que são muito problemáticas, violentas, e que, às vezes, a gente até sofre algumas ameaças e fica com muito receio. Os bairros que a gente vai são barra pesada, de repente na hora que você fala que tem que interditar a coisa fica feia, e a gente tem medo mesmo. (Entrevista 6)

[...] o motorista da viatura deixou a gente lá e falou que voltava logo, e era um lugar assim, que a gente achou que só faltou o dono da empresa mostrar uma arma pra gente. (Entrevista 10)

Os entrevistados contam que, às vezes, são surpreendidos em situações que ameaçam sua integridade física independentemente da localização das empresas:

[...] você pode ter uma empresa bem localizada, num lugar tranquilo e você ser ameaçado por um dono de uma empresa, como já tivemos casos. (Entrevista 3)

No decorrer do processo, o temor se acentua, pois eles se identificam nos documentos que fazem parte do processo administrativo e isso os expõe, pois deixa claro seu local de trabalho e seu nome completo, permitindo assim o acesso a outros dados pessoais como endereço e telefone de residência. Como são forçados a retornar várias vezes às empresas, sentem-se vulneráveis:

O profissional retorna várias vezes à empresa, então você tem o risco pessoal na rua, o risco pessoal, inclusive de integridade física no seu ambiente de trabalho [...] é muito ruim, dá um horror fazer isso. (Entrevista 12)

Embora não tenha havido nenhum relato de agressão física, apenas de situações ameaçadoras e intimidadoras, Nas entrevistas, foram relatados danos a veículos que aguardavam pelas autoridades sanitárias para conduzi-las da empresa ao serviço de origem, mas ninguém foi ferido:

[...] os caras na porta da fabrica começaram a jogar pedra e a rabiscar o carro [...] (Entrevista 5)

[...] nós íamos com o nosso carro particular, correndo riscos de sermos agredidos, de copiarem a placa do carro [...] (Entrevista 4)

[...] Até hoje eu me pergunto, por que a gente ia com o carro da gente? O que passava pela nossa cabeça? (Entrevista 9)

7.2.2.2. Receio e incertezas quanto a sua atuação diante das mudanças decorrentes do novo status - de autoridade sanitária - ocupado

Aparecem, nas falas dos entrevistados, o medo de errar, de ser injusto, de sofrer represálias e de não estar capacitado para o novo papel. Eles relatam que a passagem de assistentes técnicos ligados aos Ministérios Públicos para a função de autoridades sanitárias do município veio carregada de um suposto poder, mas também de uma responsabilidade para a qual não foram devidamente preparados:

O processo de transição aconteceu de forma brusca e sem preparo, a gente precisava de muito mais respaldo. (Entrevista 4)

Em termos de processo de trabalho, lidar com os ritos administrativos decorrentes de sua nova função e arcar com decisões sobre as sanções a serem atribuídas às empresas, são ainda fontes de insegurança e tensão para os profissionais que atuam em VST nos CRST e COVISA:

Embora esse poder tenha sido sempre uma luta pra que a inspeção se tornasse mais efetiva, agora nós podemos, devemos fazer, interditar, multar a empresa. [...] do ponto de vista administrativo teve vários problemas, porque em tudo que é novo você pode incorrer em erros. (Entrevista 3)

[...] deixa de ser um atributo técnico, político, para ter uma responsabilidade processual, um processo administrativo, e você têm que se posicionar. (Entrevista 7)

Os entrevistados sugerem que sejam criados espaços para trocas sistemáticas de experiência com os colegas. Hoje, para enfrentar a situação, eles buscam respaldo por meio de trocas de experiência promovidas informalmente seja junto a profissionais com maior tempo de atuação na área, seja junto a profissionais de outros órgãos, como FUNDACENTRO, Ministério Público do Trabalho e universidades.

Nesse processo, repleto de insegurança e incertezas, a possibilidade de compartilhar as dificuldades e os sentimentos com os colegas de trabalho é apontada como positiva:

[...] tem situações que você não sabe que posição vai tomar, eu muito, eu espero, eu falo isso, faço aquilo, então a gente precisa ter um tempo pra discutir [...] um ajuda o outro de uma maneira informal, precisava sistematizar melhor isso, pra gente compartilhar experiências [...] essa troca seria muito enriquecedora [...] vai nos aliviar compartilhar o peso da responsabilidade. [...] a gente tem alguns caminhos, a padronização da nossa prática, o reafirmar dos nossos instrumentais. (Entrevista 4)

[...] sempre quando a gente faz uma vigilância, a gente troca com as outras equipes. (Entrevista 6)

A falta de capacitação técnica também aparece como preocupação e os entrevistados apontam alguns colegas como referência para esclarecimento de dúvidas, mas sempre na informalidade:

Estamos fazendo hoje, sem formação nenhuma, apenas com alguns poucos valentes que conseguem buscar formação por conta própria, [...] trabalho fora dos meus horários oficiais para descobrir as coisas, senão não consigo [...] é um caminho longo, trabalhar com gente que não têm formação, não têm experiência. (Entrevista 5)

Essa discussão do que recomendar, se um grupo não se sente seguro, ele tem que abrir essa discussão, tem que ir em busca de quem tem mais experiências, tem que compartilhar, senão faz bobagem e não dá para fazer bobagem. (Entrevista 7)

Esse novo “status” dos profissionais ainda não está completamente assimilado e é descrito como fonte de sofrimento e insegurança quanto ao trabalho desempenhado, além do receio das consequências de suas ações, por falta de estrutura e respaldo institucional:

[...] traz angústia [...] é um peso muito grande, eu acho que precisa desse compartilhar. (Entrevista 4)

[...] é um sofrimento na hora que você chega na empresa porque quando a gente trabalhava no Ministério Público a gente fazia um relatório, e quem falava por nós na audiência era o promotor ou o procurador, quem tinha que multar era ele, eu não ia mexer com valores, com dinheiro, com nada disso, agora é a gente [...] está sendo um sofrimento até pra gente aprender. [...] você vai tateando, tem muita coisa que a gente não sabe, tem receio até de colocar no relatório [...] e agora, a gente tem poder, tem que responder, tem que sustentar o que fizer. (Entrevista 6)

[...] morro de medo, autuar, multar, aí eu fico insegura, todo mundo aqui fica. (Entrevista 11)

Por essas razões, em alguns CRST, os entrevistados ainda não tinham iniciado as ações pertinentes às autoridades sanitárias até o momento das entrevistas:

A gente ainda não tem feito nada como autoridade sanitária. A gente quer fazer com alguém que tenha conhecimento pra ir junto. A prefeitura acredita que o curto curso que recebemos nos qualificou, ensinaram a preencher um papel, mas que não capacita, falta um respaldo maior, principalmente de COVISA [...] a demanda que chega, a gente faz até um pedaço, se a empresa resiste em cumprir mandamos pro Ministério Público [...] acreditamos mais no MP talvez por esses anos todos [...] o técnico do MP, tem um respeito maior do que a gente, ninguém sabe o que é Centro de Referência, funcionário público, Secretaria da Saúde, o que vocês da saúde estão fazendo aqui? (Entrevista 10)

[...] eu só tenho um auto de infração realizado. Teve a defesa. Agora a gente está na parte da análise da defesa, então nós estamos começando, somos alunos nesse novo jeito de fazer vigilância, como autoridade sanitária. (Entrevista 12)

Os que já iniciaram a aplicação dos ritos administrativos, o fizeram por se sentirem pressionados, seja pela demanda, seja pela chefia local ou superior, mas relatam a mesma insegurança que os colegas que ainda não iniciaram tais ações.

O receio de sanções legais levou vários técnicos dos CRST a se recusarem a assumir esse novo status, sobrecarregando os que se dispuseram a se tornar autoridades sanitárias. Em equipes já enxutas, a adesão parcial de profissionais agravou ainda mais a carência de recursos humanos:

[...] no começo teve muita dificuldade, muito medo dos técnicos assumirem a autoridade sanitária, algumas pessoas do serviço não quiseram. (Entrevista 6)

A insegurança e o receio estão presentes nas falas dos profissionais tanto dos CRST quanto da própria COVISA. No entanto, há quem desqualifique o medo dos colegas e o considere um movimento de resistência infundado:

[...] o pessoal tem medo de levar um processo na área civil, eles ainda tem esta idéia, apesar de já ter sido falado que existe essa possibilidade, mas é muito remota porque você está atuando como autoridade sanitária a serviço da prefeitura, então se tiver algum tipo de processo, vai ser em cima da prefeitura, mas pode ser que um ou outro empresário queira pressionar e processar a autoridade sanitária. [...] são casos raríssimos, eu não conheço na PMSP nenhum caso. (Entrevista 8)

Há relato de contestações administrativas e judiciais quanto à competência do SUS, envolvendo autoridades sanitárias, em outros municípios, mas não em São Paulo. Apesar de existir de fato a possibilidade, mesmo que remota, de que a autoridade sanitária seja envolvida em processo na área civil, esse fato não é tratado como assunto que mereça atenção no sentido de protegê-la e de garantir-lhe o respaldo jurídico necessário. Alguns entrevistados parecem preferir acreditar que o receio e as incertezas são apenas por falta de experiência ou algo que só os outros sentem:

[...] a gente sempre acha que sabe pouco, pela responsabilidade que tem, a gente tem procurado ser o mais cauteloso possível pra não fazer uma bobagem. (Entrevista 4)

[...] os CRST têm certa resistência a atuar como autoridade sanitária, não sei se por medo [...] eu acho que diminuindo esta resistência os CRST vão deslanchar, vão fazer muitas inspeções e vão atuar na parte preventiva, sua atuação é fundamental. (Entrevista 8).

Por vezes, em uma mesma entrevista, duas posições diversas aparecem, o que reforça a existência de sentimentos ambivalentes:

[...] será que a prefeitura vai ter esse respaldo jurídico, se você for acionada judicialmente [...] se você se prepara, estuda, se aprofunda na questão, esse medo vai se diluindo e a coisa vai caminhando. (Entrevista 6)

A partir do momento que o pessoal de CRST começar a fazer mais inspeções, essa insegurança vai terminar, e o pessoal vai começar a fazer normalmente. Mesmo aqui em COVISA, que temos mais tempo em vigilância, temos colegas que também ficam com receio

de dar auto de infração, fazer interdição, tem vários problemas, mas com o tempo vai resolver. (Entrevista 8)

Embora exista a figura da procuradoria, ligada à COVISA, que representa a PMSP, ela está muito distante das equipes dos CRST, as quais não têm acesso direto a essa instância.

Nesse novo papel, os profissionais estão frente a frente com o representante legal da empresa, seja ele o proprietário ou outra pessoa por ele designada para esse embate corpo a corpo. O “poder” e as responsabilidades da função de autoridade sanitária assustam. Agora, diferentemente de quando atuavam apenas como “assistentes técnicos” dos Ministérios, são eles que decidem e determinam as exigências, as sanções e as penalidades e não mais um promotor ou um procurador. Todo o rito administrativo está agora em suas mãos:

[...] o poder que você tem na mão assusta, será que eu posso isso?
[...] aí é que está a diferença, quem dava sanção antes era lá o terceiro, o procurador, agora somos nós que fazemos esse papel.
(Entrevista 3)

O peso dessa responsabilidade tem extrapolado o espaço do trabalho e invadido a vida privada, gerando sofrimento, alteração do sono, pensamentos recorrentes, dúvidas quanto às ações adotadas nos processos administrativos e nas intervenções:

[...] eu chego em casa e, às vezes, acordo de noite pensando naquilo que eu fiz, ou que eu vou ter que fazer, será que foi certo, será que aquela multa, aquele valor está correto [...] já perdi noite de sono, de acordar e pensar, meu Deus será que está certo aquilo? Traz uma angústia. (Entrevista 4)

O fato de estarem na linha de frente, de responderem sozinhos por suas ações e sanções aplicadas, sem respaldo institucional mais efetivo e sem a figura de um promotor ou procurador que possa servir de retaguarda, deixa os profissionais profundamente fragilizados. Reclamam da falta de um setor jurídico próximo e atuante e de propostas institucionais mais claras quanto às medidas a serem adotadas em cada situação:

[...] tem que ter cobertura, qual é o respaldo que eu tenho com a minha ação, está na legislação, tem um código, mas quais são os canais efetivos de respaldo? (Entrevista 3)

[...] damos o auto de infração, a empresa entra com a defesa, analisamos a defesa, algumas vezes dá muito trabalho, principalmente quando a empresa contrata advogado, o advogado já olha cada vírgula, critica um monte de coisa do nosso trabalho e a gente tem que responder. Muitas vezes, da parte técnica, nós não temos problema, mas, quando ele entra na parte jurídica, nós temos dificuldades, a gente acha que faz muita falta aqui em COVISA é uma assessoria jurídica. (Entrevista 8)

[...] as pessoas ficaram muito preocupadas, muito inseguras pelo fato de não ter um respaldo jurídico. (Entrevista 13)

Para os entrevistados, falta clareza na prescrição de seu trabalho, o que intensifica sua insegurança e seu sofrimento:

[...] até hoje não tem clareza, porque não existe uma definição do que seja o meu papel (Entrevista 12).

A forma como hoje estão estruturadas as ações de intervenção não oferece modelos claros a serem seguidos e permite que cada autoridade sanitária, cada equipe, cada gestor e cada serviço adote a conduta que julgar adequada, sem que haja padronização que garanta maior segurança e diminua a arbitrariedade dos profissionais quanto às decisões tomadas.

As orientações quanto à execução dos trabalhos não são padronizadas e cada um trabalha conforme a que recebeu. Como diferentes profissionais, de diferentes níveis hierárquicos, fazem tais orientações, cada um aprende por uma “cartilha” diferente. Isso dificulta a realização do trabalho, e os entrevistados percebem que correm sérios riscos de errar e de até mesmo comprometer o andamento dos processos:

[...] nós precisamos ter modelos mais definidos, um faz de um jeito, o outro faz de outro [...] precisava ser melhorado, a gente não sabe, está fazendo, mas, se está certo, eu não sei. A gente faz da cabeça da gente, mas são riscos, porque são processos [...] Eu acho que a gente tem pouco curso, pouco embasamento pra fazer o que faz, é uma responsabilidade muito grande, e você está botando seu carimbo lá, seu nome. (Entrevista 4)

[...] eles ensinaram a preencher um papel mas que, na verdade, não capacita a gente, então falta um respaldo maior, principalmente de COVISA, pra que se sinta mais seguro pra estar fazendo isso. (Entrevista 10)

Os entrevistados declaram ter muitas dúvidas tanto em relação às etapas de um processo administrativo quanto em relação ao preenchimento de documentos, como autos de infração e autos de penalidade (multa, interdição, etc). As dúvidas se

estendem à construção dos relatórios e preenchimento do SIVISA (nos Serviços em que este está implantado). Nas entrevistas aparecem, inclusive, dúvidas e confusão entre os termos “defesa” (que deve ser utilizado pelas empresas para recorrer dos autos de infração) e “recurso” (utilizado para recorrer das penalidades aplicadas):

[...] dentro do relatório, às vezes a gente põe uma palavra, será que está certo? Tem palavras que você não pode pôr, que a gente que é leigo no assunto não sabe [...] precisava ter a procuradora [...] eu quero ver se a gente conversa pra ver se faz um, como é que eu falo, uma defesa. (Entrevista 4)

O uso de diversos termos - inspeção, fiscalização, vigilância, visita e intervenção - como sinônimos para designar as ações em VST se repete na fala dos entrevistados:

[...] vou descrever uma *vigilância* que ela é uma *intervenção* pontual. (Entrevista 2)

[...] fazer com que o empregador disponha dos membros da CIPA para acompanhar a nossa *vigilância*, a nossa *inspeção*. (Entrevista 5)

[...] a gente já começa a fazer o relatório, que vai associar as informações da *visita* feita, da *vigilância*, da *vistoria* feita, com os documentos que existiam no processo. (Entrevista 10)

[...] as empresas hoje elas sabem até mais que você, e você ter que fazer uma *inspeção*, uma *fiscalização* é muito complicado. (Entrevista 12)

A maior parte dos entrevistados se declara despreparada para assumir tamanha responsabilidade e, apesar de longa experiência em VST, descreve o trabalho de autoridade sanitária como diferente de tudo o que já fizeram. Todo o processo administrativo e as atribuições e responsabilidades ligadas a ele são algo muito novo e em construção:

[...] me sinto iniciante nesse processo, embora a gente já tenha alguma caminhada, sempre acha que sabe pouco, pela responsabilidade. (Entrevista 4)

Esse sentimento de despreparo é compartilhado pela maioria das autoridades sanitárias entrevistadas, apontando uma lacuna administrativa e institucional.

Para alguns, o receio está diretamente relacionado à falta de capacitação e à capacitação descolada da prática:

[...] a gente não sente segurança para autuar e isso está relacionado à capacitação [...] o treinamento foi muito simples, restrito a preencher documentos, mas como a gente no momento não estava

fazendo o trabalho de autoridade sanitária, o treinamento não fazia sentido, ele deveria ser repetido. (Entrevista 10)

[...] sempre houve a preocupação com a formação dos técnicos em saúde do trabalhador, mas nunca ficou clara qual a linha a ser adotada nessa capacitação, onde começa e onde termina essa capacitação e o que é necessário. [...] você só consegue fazer se tem toda a equipe para desenvolver essa ação, nós nunca tivemos, então fica sempre alguém do necessário [...] o reducionismo da perspectiva de capacitação ocorre de uma maneira que não consigo compreender, porque esse é o desejo, de não florescer, não prosperar a proposta [...] o técnico acaba sendo autodidata. (Entrevista 7)

Outros entrevistados acreditam que apenas a capacitação não é suficiente para garantir que os profissionais se sintam seguros e que somente a prática trará isso, cabendo a eles se lançarem no trabalho para superar o medo:

Mesmo que se deem treinamentos e cursos, se a pessoa não atuar, ela não vai perder esse medo. A bagagem teórica ajuda bastante, mas só ela não tira a insegurança. (Entrevista 8)

A responsabilidade de ser autoridade sanitária também é marcada pelo fato de que há um compromisso de verificar todas as condições insalubres da empresa e o dever de garantir aos trabalhadores a interrupção de suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco, quando a situação é grave ou ele é iminente:

Nós passamos por aqui, depois se acontece alguma coisa eles falam: Olha, eles passaram por aqui e não viram, então a responsabilidade é deles. (Entrevista 12)

Nos processos em que os profissionais seguem atuando como “assistentes técnicos” do Ministério Público do Trabalho ainda não há uma uniformidade de conduta, uma vez que são autoridades sanitárias e teriam um duplo papel a desempenhar, com procedimentos distintos a serem executados. Deveriam, então, desencadear também um processo administrativo em nível municipal e estabelecer as sanções pertinentes? Ou deveriam apenas se manter como “assistente técnico” e continuar se reportando apenas ao procurador do Ministério Público? Cada serviço ainda adota a conduta que julga ser a mais adequada:

Teve uma questão complicada aí nessa coisa do Ministério Público pra prefeitura, porque no Ministério Público, um ou dois anos atrás, a gente trabalhava como assistente técnico e aqui, na prefeitura, como autoridade sanitária, e teve muita discussão, hoje praticamente a gente é autoridade sanitária, a gente vai fazer uma

inspeção enquanto um assistente técnico, mas sem esquecer que somos autoridade sanitária. [...] mesmo quando a demanda vem do Ministério, é feito todo o rito de autoridade sanitária. (Entrevista 6)

[...] quando a demanda vem do Ministério Público, a gente faz o relatório e fica aguardando o Ministério Público chamar para um TAC, com COVISA a gente tem feito os autos de infração (Entrevista 13)

7.2.2.3. Constrangimento por expor os trabalhadores alvo de sua atuação às sanções e represálias

Nas entrevistas, é constante o relato de constrangimento em relação à necessidade de proteger os trabalhadores das empresas investigadas de possíveis sanções que lhes sejam aplicadas por seus superiores:

Se acontecer de ouvir o trabalhador e a empresa demitir, os trabalhadores vão ficar com medo de falar. Vão se calar. [...] Eles falam muito depois que já foram mandados embora ou quando estão em processo de sofrimento muito grande, de perseguição. (Entrevista 9)

[...] principalmente aquele que tem uma queixa nos procura de forma sutil, pra passar um telefone pra ligar depois, ele também tem medo de se expor. [...] É preciso ter um jogo de cintura e conversar diretamente com o trabalhador. Mesmo com medo, o trabalhador vê na gente um apoio. (Entrevista 4)

[...] a gente diz que tem que mudar o olhar, não só ver o risco do que está acontecendo. [...] mas com o trabalhador não sei como, porque a gente tem medo que eles sejam repreendidos. (Entrevista 11)

Aqui se apresenta o conflito entre o compreendido como certo, como essencial para o desenvolvimento de uma ação de VST e a realidade diária dessas ações.

[...] não dá para reunir os trabalhadores, não é que não pode, a gente não sente respaldo, não quer prejudicar o trabalhador. [...] a gente vai uma ou duas vezes e já faz o relatório, pode acabar prejudicando mesmo. [...] é outra contradição do nosso trabalho: como se aproximar do trabalhador sem prejudicá-lo, como mudar essa visão dentro da empresa já que somos fiscalizadores? (Entrevista 10).

Segundo os entrevistados, nas situações em que são designados para investigação de acidentes de trabalho, o constrangimento pode ser ainda maior. Como chegar à empresa e informar que está lá para investigar determinado acidente

sem expor o trabalhador acidentado? Alguns profissionais optam por não deixar isso claro no primeiro momento e só investigar de fato o acidente ocorrido depois da análise das Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT) solicitadas à empresa:

Essa demanda montada em cima de acidentes também expõe o trabalhador. [...] para o empresário fica que você não foi por causa do acidente, mas do fulano acidentado [...] a gente evita mostrar o SINAN⁷⁵, não fala que foi à empresa por causa de um acidente e tem cuidado no momento de verificar a condição em que ele aconteceu. (Entrevista 9)

Os entrevistados reconhecem a dificuldade de desenvolver ações na profundidade que desejam. Alguns acreditam que, em certos processos de trabalho, determinados fatores de risco são tão evidentes que as intervenções poderiam até, diante das atuais condições de trabalho das autoridades sanitárias, prescindir de abordagens que envolvam a participação efetiva dos trabalhadores:

[...] no processo metalúrgico, no de galvanoplastia, você não precisa adotar essa técnica, essa abordagem, porque são processos clássicos, a gente já tem proximidade, familiaridade suficiente para entender, é um sofrimento ainda no estado primitivo, o risco é mecânico, físico, químico, não é o risco decorrente da organização, o risco cognitivo que a gente percebe nessas novas formas de organização do trabalho. (Entrevista 7)

No entanto, todos reconhecem que, para a compreensão dos fatores que comprometem a saúde mental dos trabalhadores, somente um olhar mais aprofundado, com a participação dos trabalhadores envolvidos, garante uma intervenção adequada:

[...] este cotidiano só é detalhado por meio de determinadas abordagens, entrevistas [...] tem que ter alguma dinâmica no trabalho em grupo pra você conseguir chegar também com um grau de verbalização do sofrimento do trabalhador, que em parte não é racionalizado por ele. (Entrevista 7)

[...] se a gente não ouve o trabalhador, aquelas questões mais subjetivas que passam pelo desgaste, pelo sofrimento do trabalho, o mundo competitivo, as pressões que são mais subjetivas, a gente não pega. [...] eu acho que a gente tem que estudar muito antes de fazer cada vigilância e pensar estratégias de estar ouvindo os trabalhadores, principalmente em teleatendimento, senão a gente não pega o sofrimento mental dele. (Entrevista 9)

⁷⁵ Sistema de Informação de Agravos de Notificação recebido pelos serviços quando lhes é solicitada a intervenção na empresa para investigação das circunstâncias em que ocorreu o referido Acidente de Trabalho.

Os entrevistados percebem que suas ações são limitadas e distantes do ideal. Alguns, de forma bastante crítica, ficam incomodados com tal situação. Outros parecem acreditar que não há opção no momento e demonstram certa acomodação e desmotivação:

[...] os técnicos, dos Centros de Referências, esperam que a instituição dê uma linha e ficam felizes quando essa linha vem, não conseguem ter uma discussão mais clara, qual diretriz deve ser adotada e, conseqüentemente, criticar aquilo que vem sendo oferecido, criticar eu digo ou positivamente ou negativamente, isso não ocorre. (Entrevista 7)

[...] quando é uma empresa grande, de mil funcionários pra cima, a gente aplica questionários por amostragem. Quando é pequena, a gente tem receio de acharem que o trabalhador contribuiu pro relatório. O trabalhador fica muito exposto. (Entrevista 13)

Os trabalhadores têm agido com muita reticência. (Entrevista 5)

Os entrevistados se deparam com situações que extrapolam seu trabalho, tais como as novas organizações do trabalho que eles sabem que são prejudiciais aos trabalhadores:

[...] a única maneira de investigá-los é quando você consegue se aproximar do trabalhador, essa investigação é sempre no coletivo, não no subjetivo, é dentro da lógica do comportamento organizacional, institucional, não têm outra forma. (Entrevista 7)

7.2.3. Categoria 3: Papel do agente: educação e/ou fiscalização

Para a maioria dos entrevistados ainda é difícil assimilar os aspectos fiscalizador e punitivo inerentes à função de autoridade sanitária. Surge o questionamento sobre qual é seu real papel:

[...] é difícil saber quem nós somos, ter a nossa identidade clara [...] não temos muito essa postura de fiscal assumida dentro de nós. (Entrevista 12)

Para vários deles, o fato de terem atuado por muito tempo na área de assistência ou como “assistentes técnicos” dos Ministérios fez com que se desenvolvesse nas VST uma forma própria de relação com o processo de promoção de saúde. Eles apontam a experiência acumulada na área de assistência nos CRST como fundante de sua prática de vigilância. Ela confere características próprias à sua

forma de atuação. Isso torna ainda mais difícil para eles a assimilação do papel fiscalizador, pois as posturas exigidas são diferentes:

[...] a nossa atuação é diferenciada, mesclando a assistência e a vigilância e, quando eu falo assistência, é entendendo a dinâmica do que é promover saúde e fazer atendimento dentro do programa de saúde do trabalhador [...] você também está fazendo o olhar da vigilância e da prevenção, nós sempre fizemos isso diferente das outras áreas de vigilância, da vigilância sanitária. (Entrevista 2)

Isto é muito delicado, eu entendo que os técnicos não estão preparados para esse papel e aí vem conflitos tremendos nessa trajetória. (Entrevista 7)

Nosso objetivo é corrigir o que está errado, transformar o trabalho e não ficar penalizando o empresário. (Entrevista 8)

Eles relatam que vivem um conflito, pois acreditam que seu papel no processo de intervenção deve ter um caráter educativo e preventivo, mas, na atual conjuntura, também precisam ter um caráter fiscalizador e até mesmo auditor. Há um desejo de poder unir o papel educativo e o fiscalizador, porém, seria isso possível? Para eles, conciliar esses diferentes papéis é uma questão frequente:

É uma questão pra gente discutir, eu tenho dificuldade de dizer como a gente vai ser educador e orientador, pra realmente mudar questões que tem a ver com condições e organizações do trabalho e a saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, ser uma autoridade que pode multar e interditar imediatamente. [...] Esse papel fiscalizador em alguns momentos é bom, mas em outros atrapalha. (Entrevista 10)

Os entrevistados afirmam que sua intenção é uma mudança qualitativa das condições de trabalho e que não basta haver um enfoque restrito a postos de trabalho e questões ambientais. Para eles, é imprescindível intervir na organização e nos processos de trabalho. Mas se questionam sobre como fazê-lo sob o papel de agente fiscalizador.

Nesse sentido, as experiências vividas com os ministérios públicos são apontadas como os espaços em que o papel educativo estava facilitado pelo contexto no qual os profissionais dos CRST não tinham o “poder de polícia” e, portanto, a relação estabelecida com trabalhadores e empresários era outra.

Para a maioria dos entrevistados, o papel de “fiscalizador” pode estar trazendo um maior distanciamento entre a autoridade sanitária e os trabalhadores, fato criticado por eles. Esse distanciamento estaria comprometendo a qualidade do

trabalho que realizam e os distanciando também de exercer seu papel educador e transformador:

Hoje com a complexidade que se têm na forma de organização do processo de trabalho, você não consegue objetivamente evidenciar todos os riscos, então é obrigatório detalhá-los por meio do saber, da percepção e da vivência do trabalhador, não existe outra forma porque a gente não tem bola de cristal. (Entrevista 7)

Alguns entrevistados afirmam que o caráter transformador das ações de VST só se dará quando a população trabalhadora for tocada por esse trabalho, algo que não se dará por meio de intervenções pontuais:

Essas pessoas levariam essa necessidade de não se submeter, de não aceitar, de questionar, de perguntar por que, de procurar a lei, de procurar realmente o amparo social pra não sofrer. [...] Como trabalhar essas pessoas no coletivo? Como conseguir reverter essa situação de submissão em que elas se encontram? Isso eu acho que seria o caráter transformador. (Entrevista 1)

O papel de alguém que irá intervir na empresa não mudou, mas o fato de as sanções se darem imediatamente, a partir da figura da autoridade sanitária deixa os conflitos de interesse mais explícitos. Ao se posicionarem como “agentes fiscalizadores”, a relação toma um cunho intimidador:

Uma questão muito séria é a gente entrar como agente fiscalizador [...] até o próprio avental que a gente usa intimida as pessoas (Entrevista 10).

Segundo os entrevistados, trabalhadores e empresários os recebem com apreensão e é um desafio estabelecer uma relação de confiança, imprescindível na construção de um processo participativo de mudanças. A relação que se dá entre trabalhadores e empresários e o agente representante da PMSP, que entra na empresa sem ter sido convidado, é sempre delicada:

[...] A gente penaliza quando é necessário, mas não é nossa intenção primordial. Nosso objetivo é diminuir o risco para a saúde do trabalhador. [...] Ninguém faz sozinho uma inspeção. [...] No mínimo duas pessoas. [...] Se você for sozinho, corre o risco de uma tentativa de suborno e aí você precisa de uma testemunha senão vai ficar palavra contra palavra. (Entrevista 8)

Para os entrevistados, a relação estabelecida com os representantes da empresa é essencial para se conseguir mudanças e, talvez, até mais importante do que o “poder de polícia” decorrente da função de autoridade sanitária. A experiência

parece lhes mostrar que não é o fato de ter o poder de interpor penalidades que vai mudar a postura da empresa diante das situações:

Talvez crie um pouco mais de receio na empresa essa questão de que você pode realmente punir, mas ainda depende muito de como a gente entra na empresa [...] quando a empresa não quer mudar, ela não vai mudar. (Entrevista 10)

[...] é muito importante a parte educacional, as pessoas não acreditam muito nisso, mas a gente aqui acredita na parte de informação, tem muita empresa interessada, lógico que tem as empresas que não estão nem aí. Essa educação é para o trabalhador, o empresário [...] (Entrevista 11)

Também como contradição entre o papel educativo e o fiscalizador, na fala dos entrevistados, aparece outra forma de entender o papel das autoridades sanitárias nas intervenções, o de auditar. Nessa posição, eles não devem estar presos à realização de medições e avaliações quantitativas das condições de trabalho, mas dar conta de compreender o todo e priorizar os aspectos que mais demandam uma intervenção:

O papel do técnico do Centro de Referência é auditar procedimentos do outro, se a estratégica do monitoramento e a análise ergonômica do ponto de vista técnico estão adequadas ou não, se é compatível com aquela realidade, é esse o nosso papel. (Entrevista 7)

A contradição entre assumir um papel educativo ou o de um fiscalizador também aparece na fala de alguns entrevistados que apontam a necessidade de que a COVISA e os CRST participem mais efetivamente de parcerias para a construção de normas específicas para a Saúde do Trabalhador, a criação e a modificação de legislações pertinentes à área:

Não falo de fazer a legislação, mas tentar modificar algumas e criar novas, pelo menos dar o pontapé inicial para que alguém que faça as leis fique estimulado a fazer. [...] a nova lei de marmoraria surgiu a partir da pressão dos técnicos, nós identificamos os problemas e as doenças, coisas que o sindicato patronal negava. Houve uma mudança, agora todas as marmorarias serão obrigadas a umidificar o processo. Umidificando com certeza vai diminuir o número de casos de silicose. (Entrevista 8)

Alguns entrevistados comentam que as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho não são um instrumento específico da Saúde e que é preciso criar instrumentos particulares para as ações em Saúde do Trabalhador. Acreditam que não se pode esperar que essas

normas sejam redigidas isoladamente pelo Ministério do Trabalho ou pelo da Previdência Social e que cabe à Saúde se dedicar a esse tema em parceria com os demais Ministérios:

[...] nossa visão vai além de normas regulamentadoras, ela vem pra entender como se dão os processos do trabalho, de produção, quais são os riscos à saúde dos trabalhadores, vai além do que está proposto pelo Ministério do Trabalho, se a gente não entender isso, a gente fica ensimesmada em norma regulamentadora e esse não é um instrumento da Saúde [...], a Saúde têm um caminho a percorrer que é diverso do caminho do Ministério do Trabalho, da Previdência, têm encargos muito sérios, têm que normatizar, inclusive pra saúde do trabalhador, não podemos esperar isso da Previdência e do Trabalho. (Entrevista 7)

7.2.4. Categoria 4: Reconhecimento no trabalho

Entre os entrevistados há um sentimento de falta de reconhecimento tanto pela ausência de planos de carreira e de diferença salarial para os profissionais de saúde que aceitaram acumular a função de autoridade sanitária quanto pela ausência de reconhecimento identitário, de valorização do seu trabalho e do esforço empreendido para realizá-lo. Para esses profissionais, seu trabalho carece de efetivo apoio institucional.

7.2.4.1. Reconhecimento financeiro

Esses profissionais, que na maioria acumulam as funções de assistência e vigilância, acreditam que deveriam ganhar mais do que os profissionais que se dedicam apenas às atividades de assistência. Justificam sua posição dizendo que o trabalho das autoridades sanitárias em VST tem um efeito multiplicador e atinge a um número muito maior de trabalhadores.

Como a responsabilidade de ser autoridade sanitária é assumida sem remuneração adicional, alguns profissionais consideram que os colegas que se recusaram a assumir essa função e permaneceram apenas na assistência estão levando vantagem e sentem-se injustiçados:

[...] no mundo do trabalho, ninguém faz mais se não ganha mais e nas instituições isso fica velado. Quem é autoridade sanitária, não é a mesma coisa de quem é técnico, quem faz vigilância deve ganhar

mais, não judicialmente lá pelo processo, mas dentro da carreira. (Entrevista 2)

As pessoas que não fazem vigilância têm mais vantagens [...] é fácil falar que não quer, não quer ficar com nenhum problema, continua no mesmo lugar, ganhando a mesma coisa. [...] autoridade sanitária tem que ganhar mais, porque está tendo mais responsabilidade. (Entrevista 11)

Segundo esses profissionais, a remuneração atual é tida como insuficiente, inadequada e desproporcional à responsabilidade e aos riscos inerentes à atividade desempenhada.

Há o peso da responsabilidade ao assumir processos administrativos e os ritos que dele fazem parte, inclusive com a aplicação de sanções, como multas e interdições. As autoridades sanitárias precisam ser capazes de responder à altura a textos elaborados por profissionais de diferentes áreas, entre eles advogados, engenheiros, médicos, entre outros, sem qualquer assessoria:

[...] a função de autoridade sanitária é um acúmulo, uma responsabilidade profissional, e não temos a remuneração de acordo, além disso, tem a questão do risco e da segurança da gente. (Entrevista 12)

A ausência de um plano de carreira e de um salário específico compromete a possibilidade de dedicação exclusiva dos profissionais à essa função na qual convivem profissionais com 40, 30 e 20 horas semanais de trabalho. Para alguns, a atividade de VST demanda um volume e uma profundidade de trabalho que exigiria uma dedicação integral dos profissionais e a dedicação parcial de alguns comprometeria o andamento dos trabalhos:

[...] entendo que você tem que ter uma carreira, tem que ter um salário, uma dedicação. Profissional de quatro horas não dá certo, não dá para chegar em uma vigilância e dizer: Olha, preciso ir porque tenho filho para pegar na escola e tenho outro bico, não dá, vigilância séria não se faz nesse nível, então a gente brinca que faz e está tudo certo. (Entrevista 7)

7.2.4.2. Reconhecimento indentitário - o sentido do trabalho e a valorização do trabalho realizado

Em suas falas, alguns profissionais parecem se sentir quase como “heróis” por estarem no desempenho de ações de VST. Eles parecem se sentir impelidos a

continuar nas atividades de autoridade sanitária por questões ideológicas e por julgar a VST imprescindível. Outros parecem temer que sua empreitada esteja além de sua capacidade de enfrentamento. Suas falas estão permeadas pelo cansaço, desânimo, sensação de injustiça e de não reconhecimento pelo esforço empreendido:

A gente tem que ter reconhecimento senão a paixão acaba, é como casamento. [...] Eu gosto do que faço, é a única razão que eu tenho, por que senão...[...] Tem tantas políticas desfavoráveis que eu me pergunto o que estou fazendo aqui ainda. (Entrevista 11)

Minha qualidade de vida está no pé e além disso tenho essa carga de trabalho a mais e mais responsabilidade. (Entrevista 12)

Essa contradição entre o desejo de seguir realizando as VST e o de desistir parece ser mais uma fonte de sofrimento e frustração. Os entrevistados afirmam que não se sentem devidamente reconhecidos em seus esforços, nem pela chefia imediata, nem pelos colegas ou, ainda pelas instâncias superiores.

Há um duplo sentimento: o de subutilização, para o desenvolvimento da política de vigilância, e o de hiperutilização, quando precisam fazer ações para as quais não tem preparo.

A sensação de subutilização está presente na fala de profissionais que acreditam ter muito a contribuir para a consolidação dessa área de saber. Eles sentem que seu conhecimento vem sendo desperdiçado pela PMSP que não institui meios para a difusão desse saber e para a troca de experiências:

[...] eu tenho sido muito mal aproveitado na prefeitura, eu teria condições de dar conhecimentos gerais da experiência que eu tenho, poderia passar para o pessoal da prefeitura, mas não tenho conseguido fazer [...] não é difícil pensar que outras pessoas também vão aposentar e levar embora todos os seus conhecimentos, é realmente uma tristeza. (Entrevista 5)

Esses profissionais acreditam que poderiam contribuir também no planejamento e na avaliação das ações desenvolvidas em VST, mas não percebem espaço para essa participação.

[...] é necessário que as pessoas que conhecem desta matéria estejam em comunhão, estejam metendo a boca no mundo, dentro da prefeitura, para conseguir fazer alguma coisa. (Entrevista 5)

[...] a participação do Centro de Referência nas discussões da RENAST tem sido nula, não consegue propor, não consegue

indicar, não consegue verbalizar, nem quais são as necessidades, quais proposições. (Entrevista 7)

As oficinas de trabalho desenvolvidas na COVISA, durante o ano de 2010, com o intuito de elaborar um programa de VST no SUS para o Município de São Paulo, foram apontadas por alguns como uma iniciativa positiva e que deram aos entrevistados a sensação de que seu conhecimento e opiniões estavam sendo considerados pelas instâncias superiores. Mas para nas falas uma incerteza quanto à continuidade dos trabalhos aí iniciados:

[...] a oficina foi essa grande oportunidade. (Entrevista 2)

[...] um dos aspectos da oficina é pensar como aprofundar a vigilância num modelo um pouco diferente do que é feito hoje, aproveitando o conhecimento que as pessoas têm. (Entrevista 10)

[...] se eu não tivesse nessa oficina, acho que já ia ter desistido, porque é uma fase que a gente não está tendo reconhecimento [...] eu acho que isso trouxe uma nova energia pra gente, eu senti isso do pessoal aqui também, acho que deu uma revigorada nas pessoas, porque estava num ponto muito ruim [...] foi uma oportunidade das pessoas se conhecerem e pensarem em trabalhos em conjunto. Por muitos anos as coisas eram feitas muito no local, criaram até uma inimizade entre as pessoas dos diferentes CRST [...] hoje a gente vê que as pessoas são parceiras. (Entrevista 11)

No entanto, essas oficinas também foram reveladoras de aspectos negativos, como a falta de preparo de alguns técnicos para realizar as VST, o que reforça a necessidade de que os saberes construídos pelos profissionais mais experientes seja reconhecido e compartilhado:

[...] temos notado nas oficinas o quanto que tem pessoas que estão ali, não só pessoas que tem chegado há pouco tempo e que simplesmente não sabem do que estão falando e estão ali só cumprindo a obrigação de participar de uma reunião e que desconhecem coisas básicas como a Portaria 3.120, qual é o papel de vigilância, sobre o que significa ter um trabalhador incluído nisso ou não, sobre qual é a diferença entre fator de risco, risco de trabalho, e que simplesmente a gente não entende como faz vigilância. A oficina de intervenção foi bem, como é que eu posso te dizer, decepcionante, assustadora, reveladora. (Entrevista 2)

Aparecem, nas entrevistas, observações quanto à falta de reposição do quadro de profissionais afastados por doença ou transferidos para outras unidades da PMSP. A isso se soma a constatação da aproximação da aposentadoria de grande parte dos profissionais das equipes atuais, o que expõe um receio em relação a uma possível descontinuidade do trabalho desenvolvido ao longo de mais de 20 anos:

[...] temos outro problema, um corpo de técnicos que está começando a entrar em processo de aposentadoria [...] temos que ter formação de novos técnicos. (Entrevista 3)

[...] a maioria deles estão quase no bico do corvo [...] não há nada que demonstre que a prefeitura tem interesse em formar pessoas e muito menos de adquirir os conhecimentos acumulados por aquelas pessoas que têm trilhado esses rumos durante essas últimas décadas, que são poucos, tudo indica que vai se perder, a não ser que algum milagre aconteça. (Entrevistado 5)

É uma situação assim que agente não gosta de pensar senão começa dar uma certa angústia. (Entrevista 13)

O não reconhecimento do valor do trabalho também foi associado a desarticulação das ações desenvolvidas pelos diferentes CRST e pela COVISA. Esse é um problema significativo que pode inclusive comprometer as ações realizadas. Foram relatadas situações nas quais mais de um CRST e equipes da COVISA estavam simultaneamente investigando uma mesma empresa, sem que um estivesse sabendo da atuação do outro. Isso é sentido como um desrespeito com o trabalho e com os profissionais que os desenvolvem. Para os entrevistados, o ideal seria que tais intervenções fossem realizadas de maneira integrada. No entanto, nem sempre isso acontece:

[...] aconteceu uma coisa complicada, a gente chegou em uma empresa que já tinha um processo no nosso CRST e eles falaram que veio gente da COVISA. A gente não sabe quem. Em COVISA eles nem sabiam que nós estamos fazendo vigilância lá [...] acho que esse problema de comunicação é péssimo, podia ter queimado a gente (Entrevista 10).

Os processos desenvolvidos com o Ministério Público do Trabalho são apontados por alguns como um espaço onde há reconhecimento do trabalho desenvolvido:

[...] onde me sinto respeitada enquanto profissional é no Ministério Público do Trabalho [...] nas audiências os procuradores tratam a

gente diferente de como a gente é tratada na nossa própria secretaria [...] já vi procurador falando para a empresa: O que elas estão falando é o que vai acontecer, vocês ainda tem que agradecer que vocês estão tendo uma assessoria de graça. São coisas que a chefia da gente não valoriza, muito menos a coordenação de saúde da região [...] algumas vigilâncias têm uma qualidade diferente, e até melhor, quando a gente tá junto do Ministério. (Entrevista 10)

Por outro lado, há profissionais que acreditam que eram mais respeitados quando desenvolviam ações com o Ministério Público do Estado de São Paulo e que nas atuais ações com o Ministério Público do Trabalho a relação mudou para pior:

[...] não faço questão de trabalhar com o ministério público, eles só nos exploram e depois eles fazem os acordos. Isso que é o pior, a gente relata os ambientes de trabalho e eles depois chamam as empresas e fazem acordos. Quais acordos nós não sabemos [...] os antigos promotores do Ministério Público Estadual nos chamavam para as audiências e para estabelecer os acordos, os atuais procuradores do Ministério Público do Trabalho nem sempre fazem isso. (Entrevista 5)

7.2.5. Categoria 5: Relação entre satisfação e insatisfação no trabalho

Percebe-se, entre os entrevistados, uma certa insatisfação com o distanciamento entre os referenciais teóricos abraçados e as possibilidades da prática em si.

A insatisfação é permeada por um sentimento de frustração e impotência, e os profissionais avaliam que têm feito pouco diante da grandiosidade da demanda de VST. Em de situações de trabalho consideradas por eles “terríveis” e “violentas”, demonstram preocupação com os trabalhadores e com o ônus decorrente das doenças e acidentes de trabalho para toda a sociedade, inclusive para o SUS e o INSS. Segundo eles, é patente que as empresas não assumem sua responsabilidade nesse processo.

Fazer um trabalho que é considerado “incompleto” aparece como fonte de frustração. Os entrevistados referem sentir falta de condições para realizar análises da organização do trabalho e de aspectos psicossociais. Para isso, necessitariam de mais tempo para as intervenções e de maiores recursos tanto materiais quanto humanos:

O que a gente faz a gente sabe que não é o ideal [...] se for realmente pra mudar alguma coisa, não basta mexer em posto, em bancada, em cadeira, as pessoas vão continuar adoecendo. (Entrevista 10)

[...] desenvolver a parte de organização do trabalho dentro de uma empresa exige uma série de requisitos, como entrevista, análise, tudo mais, não há condições [...] fazer o trabalho completo é muito difícil, ideal seria, mas para isso nós teríamos que contar com muito mais recursos, entre materiais e recursos humanos. (Entrevista 5)

[...] e eu entendo que a gente tem que construir uma lógica de análise no ambiente de trabalho que te permita identificar potenciais riscos à saúde mental. [...] tem uma forte conotação vinculada à organização do trabalho, eu acho que a gente tem que desenvolver métodos de abordar os riscos da saúde mental, minha preocupação atualmente tem sido essa. (Entrevista 7)

[...] essa questão de organização do trabalho com relação a pausa, hora extra, a gente não vê durante a inspeção, tem que ser com a fala do trabalhador, isso que a gente perde. (Entrevista 13)

Esse aspecto é apontado por vários entrevistados, em especial por aqueles com formação em ergonomia. Eles gostariam de realizar intervenções que fossem além do simples apontamento de riscos, procurando conhecer mais a organização do trabalho e seus efeitos sobre a saúde. Nas falas, aparece um desejo de que aspectos como condições do ambiente e fatores biomecânicos sejam observados não apenas como fatores de risco, mas também do ponto de vista do conforto dos trabalhadores:

[...] entre o que eu estudei e o que eu podia fazer, havia uma longa distância, primeiro porque a ergonomia trabalha com a questão de conforto ambiental na parte de condições do ambiente, conforto térmico e não risco, a corrente francesa trabalha visando principalmente a organização de trabalho, claro não deixando de ver os fatores biomecânicos, as condições do ambiente, mas dando um enfoque maior na organização de trabalho, e aí o que a gente faz na vigilância é muito mais pontual [...] dá para aproveitar conhecimentos e sair dessa questão do risco. (Entrevista 10)

Há uma clareza de que mesmo utilizando os conceitos da ergonomia francesa nas ações, elas não se caracterizam como ações de “Análise Ergonômica do Trabalho”. Geralmente nas intervenções são pouco exploradas questões como absenteísmo, sazonalidades, inconformidade de matéria-prima, aspectos subjetivos do trabalho, entre outros, tanto pelo escasso tempo disponível para realizar as análises, quanto pelo fato da demanda não ser espontânea:

[...] pra você estar vendo a organização do trabalho precisa estar dentro da empresa analisando mais profundamente pelo menos um setor ou uma tarefa, pra estar analisando mais atividades, estar levantando outros tipos de documentos onde a gente possa ver melhor a produtividade, absenteísmo, tudo aquilo que a gente aprendeu na ergonomia. (Entrevista 10)

As autoridades sanitárias não estão exercendo um papel de consultores ou analistas, mas de “fiscalizadores”. Não estão lá a convite da empresa ou dos trabalhadores, mas cumprindo uma designação que lhes foi dada pela PMSP:

[...] não vai dar pra ser uma análise ergonômica, porque fica distante da realidade, você não pode ficar quatro ou cinco meses dentro de uma empresa [...] outra questão importante, na ergonomia a gente aprende que a demanda tem que vir espontaneamente, provavelmente da empresa, e lá nós não estamos com esse papel, nem de consultores nem de analistas, nós estamos lá como fiscalizadores, autoridades sanitárias e só isso já muda o enfoque do que a gente tá fazendo, muda a relação completamente. (Entrevista 10)

A satisfação aparece quando relatam processos bem sucedidos de intervenção em empresas que respondem positivamente, realizando as adequações entendidas como necessárias para proteção da saúde dos trabalhadores:

[...] é gostoso na vigilância quando você faz uma colocação, aponta uma irregularidade e você vê a coisa resolvida, é isso que trás satisfação. (Entrevista 4)

No entanto, a insatisfação novamente aparece quando as empresas se mostram refratárias à intervenção. Segundo os entrevistados, algumas delas chegam a apresentar um cronograma de adequações, mas os pontos a serem adequados nem sempre são contemplados, deixando de fora aspectos importantes a serem transformados. Alguns cronogramas não são cumpridos e certas empresas parecem não se importar com a aplicação das penalidades previstas no Código Sanitário Municipal. Em algumas, o discurso é promissor, mas na verificação das ações, os entrevistados percebem que não passou de discurso e se decepcionam ao retornar para novas inspeções:

[...] na defesa que a empresa apresentou ficamos super contentes, parecia que tinham resolvido todos os problemas e qual não foi nossa surpresa quando voltamos para inspecionar e teve coisa que eles conseguiram piorar ainda mais em comparação com a inspeção anterior. (Entrevista 4)

Os relatos apontam que os próprios programas de saúde e segurança do trabalho (PPRA, PCMSO, etc), apresentados pelas empresas são, em sua maioria, teóricos e não trazem propostas práticas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Analisar tais programas é descrito como frustrante e gera um sentimento de estar sendo enganado e desrespeitado:

[...] a gente vê muita bobagem nessas documentações, PPRA, PPMSO, muita teoria, é cópia da NR em todos. Tem aqueles que, no final dos documentos, colocam uma coisa específica. [...] tem coisas boas, não vou dizer que é tudo negativo [...] eles contratam alguém pra fazer, no PPRA eles apontam irregularidades, fazem um cronograma, e esse cronograma não é cumprido. Só fica no papel. Tem outros que a gente vê que muitas irregularidades não foram apontadas pra serem tomadas as providências. (Entrevista 4)

[...] existem muitas normas legais que não são cumpridas, entre outras os programas [...] a grande maioria dos programas de saúde ocupacional, seja de PPRA, PCMSO, PCA PPR, programa de ergonomia, todos são de gaveta [...] não são nada mais do que isso. [...] o empresário que compra esses papéis não está fazendo com que esse pessoal trabalhe honestamente, ele está sendo conivente com isso. (Entrevista 5)

[...] aqui na COVISA somos críticos. [...] pedimos um PPRA e, se vemos que é ruim, criticamos e pedimos para a empresa fazer um novo. [...] Um PCMSO vagabundo que não cobre todos os aspectos da legislação recusamos e pedimos para a empresa entrar em contato com o médico e refazer. Nos casos que temos reclamado, a empresa tem atendido e enviado novos documentos. [...] uma nova versão não quer dizer que está 100% [...] já melhorou muito comparado com o que foi primeiramente apresentado. (Entrevista 8)

Segundo os entrevistados, apesar das sanções aplicadas, a maioria das empresas segue sem se comprometer a fazer as adequações necessárias e por vezes apenas “desaparecem”, mudam de endereço, de razão social e de município, carregando com elas todas as situações nocivas aos trabalhadores:

[...] outro dia fui em uma marmoraria que o cara tinha tanta coisa pra cumprir, que ele simplesmente foi embora. (Entrevista 5)

[...] ele também vai fazer de tudo para burlar o acidente. A gente teve casos de notificação com endereço errado. De a gente não encontrar a empresa. (Entrevista 9)

[...] era um lugar insuportável que a gente entrava dava vontade de sair correndo pelo calor, pela bagunça, pela desorganização, muita poeira, sem ventilação, tudo fechado, primeira coisa você tentava entender o que era aquilo [...] ficamos lá um tempão, e aí não deu para fazer tudo no mesmo dia, a gente retornando para aquele

endereço eles tinham mudado, a gente ficou sem dar continuidade, tá aí nessa pendência. (Entrevista 13)

Eles relatam satisfação ao desenvolver projetos interinstitucionais e vigilância com base em ramos de atividade de maior risco e presença elevada de doenças profissionais, por seguimento econômico, como os bem sucedidos projetos de marmoraria, que resultou, inclusive, em mudanças na regulamentação das atividades desse ramo, e o de máquinas e equipamentos de panificação, que determinou especificações a serem seguidas por seus fabricantes.

Como tais projetos foram interinstitucionais e envolveram a promotoria e procuradoria públicas, extrapolaram o município de São Paulo, o que não seria possível se as ações tivessem se desenvolvido exclusivamente pela PMSP:

[...] isso extrapola a competência da saúde, é por isso que tem que ser demandado a quem de competência, ao Ministério do Trabalho e Emprego, ao Ministério Público Federal do Trabalho [...] a gente pega o agravo, mas nem sempre está na nossa esfera de competência fazer toda a gestão do risco. (Entrevista 7)

8. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, para a discussão dos resultados das entrevistas acerca do processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador, lançamos mão dos referenciais da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 1994, 1999, 2004a, 2004b, 2004c; Lancman e Uchida, 2003; Lancman e Sznclwar, 2004) e da ergonomia franco-belga (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

Considerando o enfoque dado pela ergonomia francófona, o trabalho efetuado, em geral, não corresponde ao trabalho esperado, determinado ou fixado por regras e objetivos, daí a diferenciação entre *trabalho real* e *trabalho prescrito*. O *trabalho real* é a *atividade* de trabalho em si, o que realmente ocorre no dia a dia de trabalho (Guérin et al., 2001):

A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também aquilo que não se faz, que não se pode fazer, que se tenta fazer sem lograr êxito – os fracassos – o que se poderia ter feito ou desejado fazer, o que se pensa poder fazer em outros lugares (Clot⁷⁶, 2001, p.50 apud Santourm, 2006, p.57).

O trabalho prescrito, ou *tarefa*, corresponde à toda organização do trabalho, às normas e aos detalhes formais que definem o trabalho de cada um no interior de uma dada estrutura (Santorum, 2006; Abrahão et al., 2009). Portanto, fazem parte do trabalho prescrito:

[...] os objetivos fixados pela organização e a maneira de atendê-los, as consignas e procedimentos impostos, os meios técnicos colocados à disposição, a divisão das tarefas, as

⁷⁶ Clot Y. Clinique du travail, clinique du réel. *Le journal des psychologues*. 2001; 185, Mar.:48-51.

condições sociais e temporais e o ambiente físico do trabalho (Noulin⁷⁷, 1982, apud Santorum, 2006, p.55).

Devido à variabilidade encontrada em qualquer trabalho o seguimento estrito do trabalho prescrito impossibilita que o trabalho real se efetive, ou seja, o trabalho prescrito não é realizável. Sem adaptações e, até mesmo, sem transgressões do trabalho prescrito, não ocorre o trabalho real. No entanto, a prescrição é um norte necessário, é uma forma de antecipação encontrada em todos os processos produtivos e é fundamental para garantir certa estrutura para que o trabalho real aconteça.

Assim, sob o ponto de vista da ergonomia, consideramos a fragilidade das prescrições do trabalho de VST e seu reflexo na atividade real de trabalho das autoridades sanitárias entrevistadas. A atual falta de clareza de prescrição vem se constituindo em um ônus para os técnicos que atuam em VST. Não existe uma definição institucional dos mecanismos a serem adotados para garantir as ações na prática, portanto, a definição dos objetivos a serem alcançados e dos meios e estratégias de intervenção para atingi-los acaba recaindo sobre os profissionais que realizam essas ações.

As entrevistas realizadas evidenciam a ausência de um planejamento de nível central para a realização do trabalho e demonstraram a existência de iniciativas informais, tanto individuais, quando cada um adota a sua própria, quanto coletivas, em parceria com colegas próximos.

Falta uma configuração para as tomadas de decisão quanto às condutas a serem adotadas nos processos de VST e clareza de prescrição, inclusive no que se refere ao preenchimento de documentos que irão compor o processo administrativo. As decisões acabam sendo feitas de acordo com o entendimento individual dos profissionais, pesando sobre eles e colocando-os em uma posição marcadamente constrangedora. Escolhas nem sempre acertadas e/ou mal embasadas podem comprometer o processo administrativo e ainda expor as fragilidades individuais e institucionais.

É preciso lembrar que as autoridades sanitárias, em certas situações, no momento das intervenções, têm apenas seu companheiro de equipe para dividir as

⁷⁷ Noulin M. *Ergonomie*. Toulouse: Octares Editions; 1982.

responsabilidades e, ainda assim, decisões rápidas e apropriadas devem ser tomadas. Por isso, relatam certo receio em relação a possíveis sanções que lhes sejam impostas, decorrentes de ações judiciais movidas pelas empresas contra suas decisões nos processos administrativos.

Apesar de existir um risco, mesmo que remoto, de que as autoridades sanitárias respondam a um processo na área civil, esse fato não merece atenção das instâncias responsáveis no sentido de protegê-las. Para suportar a ideia de que efetivamente estão desprotegidos e vulneráveis, talvez como uma defesa, alguns entrevistados parecem preferir acreditar que o medo é apenas por falta de experiência ou é um medo que só os outros sentem.

Traçando um paralelo entre a análise do trabalho de agentes da CET, feita por Lancman (2004, p.130), e o trabalho das autoridades sanitárias nas VST, podemos afirmar que a falta de definição clara das condutas a serem adotadas pelas autoridades sanitárias, diante das circunstâncias com as quais precisam lidar, provoca uma série de questões relativas à arbitrariedade (em relação ao que deve ou não ser feito) e à legitimidade (apoio, segurança) frente ao que precisa ser realizado. Pode-se mesmo dizer que, como não fica claro o que é esperado do seu trabalho, do ponto de vista psíquico, essa incerteza pode gerar um sofrimento adicional para as autoridades sanitárias.

Por não saberem o que realmente devem fazer, os profissionais têm dúvidas sobre a adequação e a qualidade do seu próprio trabalho. Assim, podem ser demasiadamente exigentes consigo mesmos ao se autoavaliarem. Podem, ainda, tomar para si as falhas, considerando-as fruto de sua incapacidade e limitação, quando, na realidade, tudo ocorre pelos limites e dificuldades vivenciados e pela organização e condições de trabalho que lhes são oferecidas na realização de suas ações.

É importante considerar que o trabalho das VST sofreu transformações importantes, decorrentes de mudanças administrativas e organizacionais, motivadas por aspectos econômicos, sociais e políticos, pela criação da RENAST e por mudanças significativas na política de saúde pública do próprio município.

Até chegar à situação atual em que a gestão de suas ações se divide entre a área de Atenção Básica e COVISA, os CRST, desde sua criação, no início de 1990, passaram por momentos que os ameaçaram de extinção, por diferentes parcerias inter e intrainstitucionais e por diferentes formas de gestão e administração.

A área de Atenção Básica e a COVISA seguem sem encontrar um ponto de ajuste que permita ações planejadas e realizadas conjuntamente. Toda essa conjuntura se reflete no trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas VST e, possivelmente, na falta de investimento da PMSP nesses trabalhadores e em seu trabalho.

Situações semelhantes se repetem em outras instituições públicas, como já foi estudado por Lancman et al. (2007a); Lancman et al. (2007b) e Gonçalves (2009). Eles apontam a instabilidade e a precariedade do trabalho no setor público em função das oscilações políticas que se refletem nos novos projetos em implantação, no trabalho realizado e nos trabalhadores.

Segundo os entrevistados, há anos a PMSP não investe de forma sistemática na área de VST, seja por recursos materiais, estruturais, humanos, seja pela capacitação profissional. Isso gera tanto sofrimento psíquico entre os profissionais que atuam em VST quanto a distância entre o trabalho prescrito e o real, especialmente quanto a indefinição de aspectos da organização do trabalho (Abrahão et al., 2009), como: a divisão das tarefas, o conteúdo delas, as questões de responsabilidades e as formas de estabelecimento das rotinas e dos procedimentos.

Diante da ausência de treinamento apropriado para o desenvolvimento de seu trabalho, recai sobre as autoridades sanitárias o ônus da busca de capacitação e formação profissional. É preciso considerar que a complexidade das ações de VST implica na necessidade de constante capacitação e reciclagem profissional. Apesar de todo o conhecimento que esses profissionais acumularam, ao longo dos anos de prática na área, ainda lhes falta conhecimento técnico capaz de abarcar todas as solicitações dos diferentes processos de trabalho nos quais precisam intervir.

A exigência de conhecimentos e de clareza sobre os procedimentos, nem sempre totalmente dominados, se faz patente no dia a dia desses profissionais.

Aos entrevistados é solicitado um olhar voltado para o outro, para os trabalhadores das empresas investigadas, e isso evidencia um conflito, pois eles próprios têm amargado situações e condições precárias de trabalho.

As mudanças que surgiram a partir do Código Sanitário Municipal e da designação dos profissionais de saúde dos CRST e de COVISA, para atuarem na qualidade de autoridades sanitárias em VST, trouxeram contradições que são da ordem da natureza do trabalho desenvolvido. No momento em que aceitaram a função de autoridades sanitárias, não estava claro para essas pessoas todas as implicações desse papel.

A responsabilidade de assumir as atribuições inerentes à função de autoridade sanitária tem se configurado em um peso que parece ir além da esfera da saúde e tem invadido, de forma negativa, a vida privada desses profissionais.

Pelo relatado nas entrevistas, parece que hoje, na prática, é esperado dos profissionais que atuam em VST que suas ações tenham como foco a investigação de acidentes de trabalho, a “fiscalização” do cumprimento da legislação existente e a aplicação de sanções às empresas. Podemos nos perguntar o que, afinal de contas, é novo se esses profissionais sempre fizeram vigilância. Novo é estar na linha de frente, é não ter mais a figura do promotor do Ministério Público do Estado de São Paulo ou do procurador do Ministério Público do Trabalho, como retaguarda. Novo é ter que preencher documentos que irão compor um processo administrativo pelo qual são responsáveis diretos.

O trabalho, que anteriormente tinha um foco transformador, fundamentalmente participativo, conciliador e educativo, tem agora um caráter também fiscalizador e punitivo. O agente é, na atual conjuntura, alguém com poder para aplicar penalidades e sanções às empresas. No dia a dia, esses papéis parecem ser incongruentes, e os entrevistados vivenciam conflitos na tentativa de conciliá-los.

Embora a conciliação desses papéis esteja muito mais ligada à natureza do trabalho a ser realizado, esses profissionais tomam para si essa responsabilidade e parecem desqualificar seu trabalho e a si próprios ao se julgarem incapazes de conciliar esses dois papéis.

A ação fiscalizadora /punitiva pressupõe uma desigualdade entre os atores e muda o caráter das relações que se estabelecem. Parece que, em certos casos, o trabalho de VST se tornou ainda mais difícil e distante de seus objetivos, com dificuldades no estabelecimento de relações que caminhem para um processo de construção coletiva de propostas de transformação.

8.1. Concepção, planejamento e avaliação do trabalho na PMSP

Para a ergonomia, é diante da variabilidade de condições e situações de trabalho, na atividade real, que os trabalhadores se mobilizam e usam o seu saber e diversos processos psíquicos para garantir que o trabalho aconteça. Nesse contexto, lançam mão de uma série representações mentais, de estratégias operatórias e de suas competências (Vidal, 1995; Abrahão et al., 2009).

Na construção de estratégias operatórias, segundo a ergonomia, estão envolvidos o uso de mecanismos cognitivos e de competências para responder às exigências da tarefa e aos limites pessoais do trabalhador na resolução de problemas (Montmollin, 1990⁷⁸, apud Abrahão et al., 2009; Abrahão et al., 2009). Essa competência para realizar as ações de trabalho, em cada momento e situação imposta, depende da potencialidade da pessoa, ou seja, dos seus conhecimentos, habilidades e experiência (Abrahão et al., 2009).

Com os profissionais atuantes nas VST, na PMSP, isso não vem sendo reconhecido ou considerado. Faltam, nessa instituição, mecanismos e critérios claros de avaliação que reflitam de fato a complexidade do trabalho de VST e os obstáculos encontrados para realizá-lo. O que existe é a cobrança de produtividade diante da meta pactuada pelo município de investigar 100% dos acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos (São Paulo, Cidade, 2009d), mas sem que haja

⁷⁸ Montmollin M, *A ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget; 1990.

suporte institucional ou qualquer forma de investimento nos trabalhadores e nos próprios serviços de Saúde do Trabalhador.

O número insuficiente de autoridades sanitárias para atender à demanda de cada região tem levado a um acúmulo de casos de acidente de trabalho a serem investigados. A forma desordenada como vem sendo acolhida essa demanda compromete a qualidade e capacidade efetiva das ações de VST. A escolha entre investigar apenas o acidente de trabalho ou toda a empresa não deveria pesar sobre os profissionais de VST e suas chefias imediatas. Falta, contudo, uma proposta clara da instituição que considere os aspectos envolvidos nessa escolha estratégica e que norteie as ações dos serviços de VST. Os entrevistados se veem pressionados pela volumosa demanda e pelas metas a serem cumpridas, a despeito das condições concretas para realizá-las.

Lancman et al. (2007b) afirmam que, apesar da produtividade esperada no setor público não ser comparável a do setor privado, a lógica dos modelos organizacionais das empresas privadas vem sendo aplicada às instituições públicas, manifestando-se no enxugamento das equipes e no aumento da demanda, sem que seja considerada a capacidade dos serviços.

Assim, consideramos que é preciso criar indicadores capazes de avaliar o impacto das ações de VST e realizar análises periódicas dos resultados e dos próprios indicadores utilizados. Precisam ser construídas metodologias de análise, de divulgação dos resultados e de ajustes periódicos de forma a promover ações que sejam eficazes e que possam ser assim percebidas pelos profissionais da VST no seu dia a dia.

Sem avaliações sistemáticas sobre o impacto das ações em VST, tanto na transformação das situações de trabalho, quanto na saúde dos trabalhadores, resta aos profissionais atuantes nessa área a incerteza quanto ao valor das atividades que desempenham, quanto ao valor de seu trabalho.

Além disso, temos que considerar as próprias características do trabalho na área de serviços, onde a relação entre o prestador de serviço (no caso as autoridades sanitárias) e o usuário (no caso, os trabalhadores e os representantes das empresas) é bastante complexa, sempre demandando certa negociação entre os envolvidos. Nesse

tipo de atividade, é difícil antecipar os possíveis problemas, conflitos, incidentes e intercorrências que possam ocorrer durante o desenvolvimento das ações (Salerno, 2001; Zarifian, 2001; Sznclwar et al., 2004; Gonçalves, 2009).

Para que seu trabalho se estabeleça, é exigido das autoridades sanitárias um investimento pessoal, tanto emocional quanto cognitivo, no enfrentamento da imensa variabilidade de situações e relações interpessoais com os quais convive no seu dia a dia.

A forma como se dá a interlocução com os responsáveis da empresa e com os trabalhadores é estratégica e determinante dos resultados obtidos nas VST, havendo aí um caráter mediador e intermediador de conflitos, que é inerente à atividade de autoridade sanitária. Em cada empresa, são variáveis as dinâmicas relacionais encontradas e as possibilidades ou não de contato e diálogo com os trabalhadores.

Entre os membros das equipes que realizam as vigilâncias há uma série de trocas de informações, opiniões e experiência invisíveis. A intersecção entre as competências de cada membro das equipes de VST permite coordenar ações conjuntas, por meio de elementos que favorecem a comunicação e a transmissão de informações entre eles, bem como a antecipação de ações e disfunções que possam surgir. A ergonomia denomina esse processo de “cognição compartilhada” (Abrahão et al., 2009).

A variabilidade de tempo, de espaço, de atores envolvidos e os aspectos intersubjetivos desse processo, de suma importância para que a vigilância aconteça, não estão previstos no trabalho prescrito das autoridades sanitárias nem considerados na concepção, planejamento e avaliação de suas ações. O caráter essencial das manobras e estratégias por eles utilizadas para garantir a realização de seu trabalho é desconsiderado.

O trabalho de VST é também repleto de variabilidades relacionadas às empresas investigadas, como: os diferentes processos produtivos, o ramo de atividade, o porte das empresas, sua inserção no mercado, as características da região da cidade onde ela está instalada, entre outras.

As próprias características dos profissionais de saúde que compõe as equipes de VST e de suas chefias imediatas podem ser consideradas variabilidades que

interferem no trabalho de VST e nas condutas adotadas em cada nova situação que se apresenta.

No trabalho de VST, é complexo conciliar os objetivos de preservar o trabalhador da exposição a penalidades a ele impostas pelo empregador, em função da ação de vigilância e, simultaneamente, obter dele uma resposta positiva em direção à preservação de sua saúde (Santorum, 2006). Aparece, aqui, o conflito entre a prática realizada e os referenciais conceituais que movem os profissionais de VST para as suas ações, os quais têm como princípio a participação dos trabalhadores das empresas em todo o processo de intervenção. O constrangimento é maior quando as autoridades sanitárias são designadas para a investigação de um acidente de trabalho, em especial nas empresas de menor porte e nas que empregam trabalhadores com idade inferior a 18 anos.

Esse tipo de situação está além da esfera da Saúde do Trabalhador, envolve questões sociais, políticas e econômicas que fogem ao controle dos profissionais que realizam as VST, interferem diretamente sobre seu trabalho, são fontes de sofrimento e implicam em grande esforço na estruturação de estratégias operativas que viabilizem o seu trabalho, sem expor os trabalhadores das empresas.

Nas situações reais de trabalho dos entrevistados, tudo isso, somado à conjuntura sociopolítica e econômica, faz com que tenham que se defrontar com situações e adversidades que lhes solicitam flexibilidade nas posturas e condutas adotadas, capacidade para lidar com conflitos, criação de estratégias operatórias e habilidade adaptativa.

Para a ergonomia, o objetivo não é suprimir as variabilidades, mas sim, compreender como os trabalhadores enfrentam a diversidade e as variações das situações de trabalho e como esse processo interfere em sua saúde e no resultado de suas ações (Abrahão et al., 2009). Na PMSP essa compreensão fica truncada pela ausência de planejamento e por avaliações que não consideram a variabilidade dos indivíduos, das condições e dos processos de trabalho nas VST.

Na avaliação do trabalho, a psicodinâmica do trabalho propõe que sejam considerados aspectos menos visíveis, como: “mecanismos de cooperação, visibilidade e reconhecimento, sofrimento psíquico, mobilização da inteligência,

vontade e motivação que se desenvolvem a partir das situações de trabalho” (Lancman et al., 2007, p; 84). Assim, torna-se possível compreender aspectos psíquicos e subjetivos, que são mobilizados no sujeito a partir das ações e relações estabelecidas no trabalho, da organização do mesmo e das suas ações propriamente ditas.

Sem a mobilização das inteligências dos trabalhadores, individual e coletivamente, o trabalho não funciona, e essa mobilização tem sido desconsiderada no contexto da PMSP (Dejours, 1999). A cooperação entre os trabalhadores exige relações de confiança entre os indivíduos e é essencial para que o trabalho aconteça. Para o autor, sem ela, poderíamos pensar em situações equivalentes às de uma “operação padrão”, ou seja, sem a cooperação, a atividade de trabalho não acontece. Ela é uma forma de “contribuição específica e insubstituível dos trabalhadores na concepção, nos ajustes e na gestão da organização do trabalho” (Dejours, 2004b, p.70).

Nas entrevistas, a cooperação entre os pares aparece como um aspecto positivo e até gratificante do trabalho. Para Dejours (2004b, p.67), a cooperação se traduz na “vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho”.

Em contrapartida a essa contribuição, dada por meio da colaboração entre os pares, os profissionais naturalmente esperam certa retribuição. Para Dejours (1999b⁷⁹, p. 29, apud Lancman e Uchida, 2003, p.84) “a forma específica da retribuição é o reconhecimento no sentido duplo do termo: reconhecimento no sentido de *admitir* essa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de *gratidão*” (itálicos do autor).

Os processos de avaliação são essenciais para que se concretizem os processos de reconhecimento fundamentais no mundo do trabalho. Sem clareza sobre o valor do trabalho realizado e do investimento pessoal e coletivo nele contido, não há reconhecimento.

⁷⁹ Dejours, C. *Conferências brasileiras*. São Paulo: Fundap e Eaesp-FGV; 1999b.

8.2. O reconhecimento

Nas bases da psicodinâmica do trabalho, está o entendimento de que o mundo do trabalho - com suas lógicas, seus desafios, suas regras e seus valores - entra em conflito com a singularidade de cada trabalhador e gera um confronto entre o mundo externo e seu mundo interno. Esse confronto será sempre causador de sofrimento psíquico. No entanto, é também pelo trabalho que se dá ao indivíduo adulto a oportunidade de crescimento e de desenvolvimento psicossocial (Lancman e Jardim, 2004; Lancman e Sznclwar, 2004).

Enfatizamos a importância do trabalho como fonte de prazer, sendo essencial na construção da saúde e da identidade dos indivíduos (Dejours, 1994). Ele transcende o tempo da jornada propriamente dita e invade a vida familiar e social do trabalhador (Dejours, 1994, 2004b; Bandt et al., 1995⁸⁰, apud Lancman et al., 2007b, p.85; Lancman et al., 2007). Sob essa ótica, o trabalho não deve ser encarado apenas pelo ponto vista de sua nocividade, numa perspectiva que o considera só por seu potencial gerador de patologias e afecções mentais.

A identidade do sujeito se constrói na organização real do trabalho, por meio do uso de estratégias adaptativas intersubjetivas de defesa/oposição frente aos constrangimentos externos impostos pelas situações de trabalho. A psicodinâmica entende que esses mecanismos se dão num processo de constante movimento dos trabalhadores na busca de prazer. Esse prazer estaria intimamente ligado aos mecanismos de reconhecimento do valor do “saber fazer” e da contribuição do sujeito para que sua atividade de trabalho seja desempenhada. (Dejours e Abdoucheli, 1994; Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Dejours, 2004a).

Para Dejours (2004a), o conhecimento que o trabalhador detém, ou seja, o seu “saber-fazer” é um elemento-chave na compreensão do seu trabalho. A invisibilidade das imprescindíveis estratégias criadas pelos trabalhadores para garantir que seu

⁸⁰ Bandt, J.; Dejours, C.; Dubar, C. *La France malade du travail*. Paris: Bayard; 1995.

trabalho aconteça é nociva para os trabalhadores. Esse jogo de cintura, o “saber fazer” não se estrutura da noite para o dia, ele somente é construído por meio da prática e da vivência ao longo dos anos.

Com base nos relatos colhidos, a falta de espaço para a troca de conhecimentos em fórum específico e a impossibilidade de levar adiante o conhecimento construído nesses anos de trabalho vem sendo, para os profissionais que atuam em VST na PMSP, uma das fontes de inquietação e tem reforçado a sensação de ausência de reconhecimento.

O tom queixoso das falas parece mostrar que, na relação que os profissionais que atuam em VST na PMSP estabelecem atualmente com seu trabalho, há mais sofrimento que prazer.

Dejours (2004b, p.70; 2004a) afirma que, por meio do reconhecimento, o sujeito pode transformar seu sofrimento em prazer. Segundo o autor, “quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido” (Dejours, 1999, p. 34). Esse reconhecimento se dá a partir “do olhar do outro” e dos “mecanismos de reconhecimento decorrentes desse olhar” (Lancman e Sznelwar, 2004, p. 33). Lancman e Sznelwar (2004; 2004b) e Dejours, (2004a) apontam que a falta de reconhecimento no trabalho interfere diretamente na vida do trabalhador e que os sentimentos negativos a ela relacionados invadem outros espaços da vida cotidiana do sujeito.

Assim, o trabalho pode, por meio de processos de reconhecimento, ser um espaço positivo de desenvolvimento identitário, mas também, na ausência do reconhecimento, pode se tornar um fator de desgaste e de colapso psíquico do indivíduo (Dejours, 2004a).

O reconhecimento tem para Dejours (2004b) duas dimensões. A primeira é a de *constatação* do que representa para a organização do trabalho a contribuição dada pelo indivíduo. A segunda é o reconhecimento, no sentido de *gratidão*, pela contribuição oferecida pelo indivíduo à organização do trabalho.

O autor explica que a dinâmica do reconhecimento se dá a partir de duas formas de julgamento proferidas por atores diferentes, a primeira é denominada *julgamento de utilidade* e a segunda, *julgamento estético* ou *de beleza*.

As duas formas de julgamento ajuízam o trabalho realizado, o fazer e não as pessoas que fazem. No entanto, o reconhecimento pode ter um efeito de retribuição simbólica e, a partir do reconhecimento do trabalho realizado, o trabalhador poderá se sentir, ele próprio, valorizado e realizado (Dejours, 2004b, p. 73).

a. O *julgamento de utilidade* é realizado na linha vertical, por um lado, pelos níveis hierárquicos superiores (no caso, a PMSP, ou seja, as instâncias superiores da COVISA e da área de Atenção Básica e os coordenadores imediatos) e, por outro lado, pelos atores que sofrem as ações do trabalho desenvolvido (no caso, pelos representantes das empresas e pelos trabalhadores das empresas investigadas). Esse julgamento “diz respeito ao valor utilitário da contribuição do sujeito ao reajuste da organização prescrita do trabalho para alcançar a organização real do trabalho” (Dejours, 2004c, p. 215).

A psicodinâmica do trabalho tem demonstrado que os trabalhadores são capazes de criar estratégias engenhosas para otimizar seu trabalho e evitar erros gerados pela organização do trabalho (Lancman e Sznelwar, 2004).

O não reconhecimento, no sentido dejuriano, do esforço empreendido pelos profissionais que atuam em VST e da inteligência que eles desenvolvem para conseguir continuar trabalhando, apesar das condições e situações que lhes são impostas pelo seu trabalho, penalizam esses trabalhadores.

Atualmente, a forma de avaliação adotada pelas instâncias superiores parece desconsiderar a qualidade do trabalho e centrar-se em quantidade e agilidade, comprometendo o *julgamento de utilidade*. Também não está claro para esses profissionais o valor atribuído ao seu trabalho pelos representantes e trabalhadores das empresas investigadas, pois, em seu processo de trabalho, não estão instituídos mecanismos que lhes garanta acesso a essa avaliação.

b. O *julgamento estético* ou *de beleza* se dá na linha horizontal, sendo realizado pelos pares (no caso, pelos membros das equipes de VST), ou seja, por aqueles que conhecem a realidade do trabalho a fundo e que são capazes de

compreender e avaliar aspectos que podem ser invisíveis para um leigo, como o esforço do trabalhador em realizá-lo, independentemente dos resultados alcançados (Dejours, 2004b; Lancman e Uchida, 2003).

Esse tipo de julgamento está subdividido em dois: o julgamento *sobre a singularidade*, que “confere ao sujeito sua originalidade”, ou seja, o caracteriza como único e original, a partir da forma e destreza com que realiza o seu trabalho, diferente dos demais. O outro seria “o julgamento sobre a *conformidade do trabalho* com as regras da arte”, o qual “confere ao sujeito a condição de pertencente a uma comunidade específica” (Dejours, 2004c, p. 215).

O julgamento de *singularidade* ainda parece estar um pouco preservado, mesmo que nas falas de poucos dos entrevistados que reconhecem a expertise de alguns dos colegas de trabalho, porém há a percepção de que esse saber está se perdendo.

Já, o julgamento sobre a *conformidade do trabalho* está profundamente comprometido pela dificuldade que esses profissionais vêm enfrentando para desenvolver um trabalho no qual realmente acreditem, isto é, coerente com os princípios que norteiam a Saúde do Trabalhador.

Comentam que o jeito próprio de realizar as intervenções, construído por eles ao longo dos anos e que diferencia a Vigilância em Saúde do Trabalhador das demais Vigilâncias, vêm sendo sufocado pelas atuais características das práticas de VST. Diante das dificuldades enfrentadas, essa forma única de ser está se perdendo e quase não é mais reconhecida por eles em seu próprio trabalho e no de seus colegas.

Seguir realizando vigilâncias que eles consideram “incompletas”, “pontuais”, “ineficazes” e “incongruentes” com os referenciais teóricos supostamente adotados, além de causar sofrimento, gera implicações sobre o juízo de valor que eles têm do seu trabalho, de si mesmos e de seus colegas, mina sua identidade profissional e pessoal e também compromete a construção de mecanismos de *reconhecimento de beleza*.

Ainda que o conhecimento e a experiência de alguns desses profissionais sejam reconhecidos pelos colegas (*singularidade*), o reconhecimento resultante do *julgamento de beleza ou estético* está comprometido. Talvez isso ocorra porque os

resultados do seu trabalho não sejam visíveis, o esforço empreendido para realizá-lo não seja reconhecido e, principalmente, porque os próprios profissionais não se reconheçam no trabalho que vêm realizando.

Corroborando essa ideia, Lancman (2004, p.134) explica que “a não possibilidade de dar visibilidade ao saber-fazer, aos esforços pessoais, à inteligência, à experiência de cada um termina por impedir o reconhecimento entre os pares”. Segundo a autora, a falta de reconhecimento pode conduzir os trabalhadores a um sentimento de desqualificação profissional e de permanente injustiça frente a seus esforços para garantir a realização do trabalho.

Por muitos anos os profissionais que atuam em VST, no município de São Paulo, reivindicaram reconhecimento e autonomia para seu trabalho. Havia a busca de uma identidade profissional, de ser reconhecido por aquilo que fazem, de respeito e incentivo às ações de Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública. Mas esse reconhecimento só seria possível se fosse dada a devida importância, visibilidade e legitimidade ao trabalho realizado, se houvesse um planejamento estratégico capaz de tornar tal trabalho viável e se fossem criados critérios que, de fato, avaliassem o fruto das ações de VST.

Mesmo após a Constituição Federal (artigo 200 VIII), que atribuiu ao SUS a competência de colaborar na proteção do ambiente, nele incluído o trabalho, e a lei 8.080/90 (artigos 5º e 6º), que reforça o papel do SUS na identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e na execução de ações de Saúde do Trabalhador, essas práticas de vigilância continuaram enfrentando resistências para se legitimar.

A resposta dada aos profissionais atuantes em VST, no município de São Paulo, veio na forma da criação do Código Sanitário Municipal e da atribuição a esses profissionais do papel de autoridade sanitária. Em atenção ao pedido de autonomia para entrar nas empresas e intervir nos ambientes, condições e situações de trabalho, receberam a designação para se tornarem autoridade sanitária com o consequente “poder de polícia”.

Ter reconhecimento pelo trabalho realizado e autonomia não é o mesmo que ter um suposto “poder de polícia”. A função de autoridade sanitária veio carregada

de contradições com as quais os profissionais entrevistados parecem não estar sabendo lidar. As novas atribuições extrapolam a área da saúde e invadem aspectos jurídicos e trabalhistas, entre outros, e a falta sentida permanece.

Para alguns dos entrevistados, havia uma expectativa de conseguir maior adesão das empresas em relação à adequação a leis e normas por meio do “poder” de autoridades sanitárias e, dessa forma, conseguir a melhoria das condições e situações de trabalho nas empresas. Essa expectativa não se confirmou na prática.

Nas entrevistas, os trabalhadores demonstram que não se sentem reconhecidos pela contribuição dada ao trabalho. Para a falta de reconhecimento, o poder não é a resposta esperada e, mesmo com as novas mudanças instituídas a partir da criação do CSM, a VST parece continuar a ser pouco reconhecida no âmbito da PMSP.

Não houve resposta por parte da instituição para a verdadeira falta sentida por esses profissionais. O reconhecimento por eles esperado está além do que pode ser garantido por uma legislação ou designação, e estaria mais ligado a um reconhecimento identitário.

A falta de reconhecimento pode ser uma forte fonte geradora de sofrimento com reflexos importantes na esfera psíquica. Autores como Vezina et al.⁸¹ (2001, apud Lancman et al., 2007, p.90); Dejours (2004b); Lancman et al. (2007) afirmam que o que vem se observando mais frequentemente são fenômenos ligados ao trabalho que não se configuram em distúrbios mentais clássicos, mas em situações de elevado sofrimento psíquico, possivelmente decorrentes de situações vividas pelos trabalhadores.

Lancman et al. (2007) alertam que, se as condições que geraram tais formas de sofrimento não forem modificadas, situações duradouras de perda de iniciativa e de passividade podem se instalar. Elas seriam nocivas para os trabalhadores e também prejudiciais para a instituição em que trabalham e para os que dependem dos resultados de seu trabalho, sobretudo quando a eficácia do trabalho requer um engajamento ativo desses trabalhadores. Essas situações estariam relacionadas com a organização do trabalho ou com as transformações dessa organização. Esses

⁸¹ Vezina M, Derriennic C, Monfort C. Tension au travail et atteintes à la santé mentale: l'éclairage de l'enquête ESTEV. In: _____. *Travail, santé, vieillissement, relations et évolutions*. Paris: Octares Editions, 2001. Collection Colloques;176-87.

fenômenos se manifestam como sentimento de impotência, falta de confiança em si e sentimento de perda do controle ou da capacidade de fazer frente aos constrangimentos impostos pelo trabalho.

Tais manifestações de sofrimento parecem estar claramente presentes nas falas dos entrevistados, as quais vieram carregadas de um humor depressivo, de relatos de desmotivação e desmobilização, de desânimo, de alterações do sono, de esgotamento, tanto físico quanto mental, de falta de confiança em si e de sentimento de impotência, que, em certos casos, lembram as manifestações de estresse e até da Síndrome de Burnout (Codo, 1993; Benevides-Pereira, 2002; Ferrer, 2007; Ruiz e Silva, 2009).

8.3. O trabalho que se deseja fazer e o trabalho realizado

Com a falta de clareza e de definição do real papel dos profissionais que atuam em VST, nas entrevistas, aparece o uso de diversos termos - inspeção, fiscalização, vigilância, visita e intervenção - como sinônimos para designar suas ações. Esse uso, que se dá a despeito das diferenças conceituais e operacionais de cada um dos termos, pode ter reflexos sobre a clareza que esses profissionais têm sobre o sentido dado por eles próprios a sua atividade de trabalho. Scopinho (2003) e Santorum (2006) comentam que inspira atenção o uso indiscriminado de termos diversos pelos profissionais ao se referirem às ações de VST que realizam.

Observações sobre o uso do termo “inspeção” aparecem em trabalhos de Pinheiro (1996), Scopinho (2003) e Santorum (2006). Para os autores, esse termo estaria relacionado a uma suposta desigualdade entre os agentes do processo de trabalho, com fracos e fortes e, portanto, distante dos preceitos da Saúde do Trabalhador. Eles ainda observam que persiste a associação das ações da VST ao sentido de controle e de “polícia sanitária”, que conceitualmente não deveriam estar associados a essas práticas.

Santorum (2006, p.126) comenta o estudo de Barbosa da Silva Jr. (2004) que aponta “a necessidade de precisar com maior rigor o campo da vigilância em saúde pública e, em especial, o termo vigilância”, pelo fato de algumas práticas que usam esse termo “não apresentarem as características essenciais da concepção moderna desse campo de atuação da saúde pública”.

Há, com certeza, uma dissonância entre o que os profissionais que atuam em ST fazem e o que pensam dever fazer. Esse distanciamento já foi estudado por Santorum (2006). Entre outras coisas, eles sentem falta de condições para realizar intervenções que possam ir além da verificação de fatores de risco: físicos, químicos, mecânicos, biológicos e biomecânicos. Portanto, que incluam a análise da organização do trabalho e de aspectos psicossociais, hoje dificultada pelo insuficiente contato com os trabalhadores das empresas e pelo limitado tempo disponível para as intervenções. Aos obstáculos citados, somam-se a carência de recursos, tanto materiais quanto humanos, e a volumosa e desordenada demanda de trabalho.

Podemos também lembrar o sofrimento que surge quando o trabalhador sabe o que deve fazer, mas não pode fazê-lo, quando ele se “vê impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si” (Dejours, 1999, p. 31).

Diversos estudos legitimam esse desejo dos profissionais de VST de ir além dos aspectos denominados "condições de trabalho". Considerar a "dimensão organizacional do trabalho", isto é, a divisão de tarefas e as relações de produção ou, ainda, as relações sociais decorrentes do trabalho, vem sendo apontada como estratégia essencial para compreender o trabalho e seus efeitos no processo de adoecimento, em vários estudos das relações saúde-trabalho (Guérin et al., 2001; Dejours, 2004a; Maggi, 2006).

8.4. A remuneração das autoridades sanitárias atuantes nas intervenções em Vigilância em Saúde do Trabalhador

Além do reconhecimento identitário, outra forma de manifestação de reconhecimento por parte da PMSP aos profissionais que assumiram ser autoridade sanitária poderia estar associada a uma alteração de sua remuneração. No entanto, os entrevistados seguem sem qualquer diferenciação salarial em relação aos colegas de trabalho que se mantiveram realizando apenas o trabalho de assistência, sem assumir o ônus das intervenções nas empresas como autoridade sanitária.

Muitos afirmam que deveriam ou ser mais bem remunerados ou desistir dessa função, uma vez que ela não é compulsória e é possível suspender a designação de autoridade sanitária a qualquer momento.

A maioria dos profissionais entrevistados deixa transparecer estar desestimulado, desgastado e descrente do trabalho que vem realizando. Apesar disso, eles continuam realizando as intervenções. Nas entrevistas, algo que eles definem como “gostar do que fazem” ou “militância” e o apoio que recebem de seus pares somado ao sentimento de responsabilidade de retribuir esse apoio são mencionados como explicação para se manterem na função. Parece-nos que é no apoio dos colegas (que é uma forma de *reconhecimento estético*) que eles encontram energia para continuarem trabalhando e enfrentando o sofrimento e as adversidades diárias que perpassam suas falas.

A contradição entre o desejo de seguir realizando as VST e o de desistir, apesar de ser mais uma das fontes de sofrimento e frustração, não parece ter um caminho fácil de solução. Ela vem se perpetuando ao longo dos anos e, apesar das dificuldades que esses profissionais enfrentam, eles parecem insistir em continuar. Talvez eles somente continuem por causa do apoio recebido dos colegas e para oferecer seu apoio a esses mesmos colegas de trabalho. Esse ponto talvez mereça maiores estudos.

8.5. O temor frente às ameaças

As equipes de VST, por vezes, enfrentam resistência das empresas para realizar as transformações e adequações necessárias. Tal resistência pode se dar tanto de forma truculenta quanto velada, exigindo dos profissionais diferentes estratégias para realizar o seu trabalho.

Podemos dizer que a atitude tomada pela autoridade sanitária ao abordar as empresas, momento que, na maioria das vezes, implica em certo grau de enfrentamento, poderá acirrar ou abrandar o conflito inerente a uma ação fiscalizatória. Esses profissionais não podem contar com nenhum mediador e seu contato é direto com os representantes das empresas. Eles ficam, assim, expostos a toda sorte de ocorrências.

Segundo os entrevistados, a emissão por eles de autos de infração e penalidade é importante causa de conflito e pode gerar reações agressivas e truculentas por parte dos representantes das empresas. O retorno a esses locais é, para esses profissionais de saúde, fonte de insegurança, apreensão e receio frente a ameaças contra sua integridade física, psíquica e moral. Há, ainda, o fato de que suas ações se dão fora do ambiente protegido de trabalho, elas acontecem no ambiente do “outro”, ou seja, no espaço de seus possíveis ofensores. Além disso, as autoridades sanitárias são obrigadas a retornar diversas vezes às empresas para executar o seu trabalho e, portanto, se expõem repetidas vezes à sua fonte de temor.

Entre os fatores de risco mais comuns de agressões no trabalho estão o desempenho de funções de inspeção e o exercício de autoridade (Agency Facts, 2002; Lancman et al., 2007) na qual se enquadram as ações desempenhadas pelos entrevistados. A violência no trabalho não é apenas um episódio isolado ou um problema individual, ela está estruturalmente relacionada à organização do trabalho (Ilo, 2002; Lancman et al., 2007).

Situações de exposição semelhantes já foram abordadas em estudos que enfocaram o trabalho de rua e os trabalhadores que aí atuam (Gonçalves et al., 2005; Lancman et al., 2007; Gonçalves, 2009; Jardim e Lancman, 2009). Para esses

autores, a falta dos aparatos de proteção presentes em outros contextos de trabalho aumenta a vulnerabilidade desses trabalhadores a conflitos e agressões diretas que ameaçam tanto sua integridade física quanto moral.

Nas entrevistas, não houve relato de agressões físicas, apenas verbais, no entanto, “o conceito de violência no local de trabalho abrange normalmente insultos, ameaças ou agressão física ou psicológica por parte de pessoas exteriores à organização” (Agency Facts⁸², 2002 apud Lancman et al., 2009, p.81). Portanto, as agressões verbais também devem ser consideradas uma forma de violência, uma vez que, igualmente geram sofrimento ao trabalhador e é impossível saber se as mesmas irão ou não evoluir para agressões físicas (Lancman, et al., 2007).

Para Dejours (2005⁸³, apud Lancman et al., 2007b, p.82), mesmo que a agressão física não se concretize, o medo e a ameaça são suficientes para gerar um impacto psíquico, percebido em manifestações como perda de confiança, baixa autoestima, depressão e raiva, ansiedade e irritação, que invadem a vida privada dos profissionais expostos a esse tipo de situação (Lancman et al., 2007).

O medo é um desestabilizador da dinâmica sofrimento-prazer no trabalho. Ele desencadeia nos trabalhadores a necessidade de criar estratégias defensivas que lhes permitam continuar realizando seus trabalhos, explica Jardim (2005). Do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho, o conceito de estratégia defensiva diz respeito a mecanismos utilizados pelo trabalhador para modificar, transformar e minimizar o sofrimento no trabalho (Dejours, 1999).

As estratégias defensivas são construídas pelo indivíduo e também coletivamente, levando no mínimo a uma cooperação entre os sujeitos. Assim, são positivas e fundamentais na construção da identidade profissional, podendo trazer satisfação e reconhecimento entre os pares (Lancman et al., 2007; Gonçalves, 2009). Viver as adversidades em grupo tem um papel decisivo na estruturação do trabalho dos indivíduos e na coesão do grupo (Dejours, 1999; Lopes, 2009).

⁸² Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. *Violência no trabalho*. [citado 15 nov. 2005]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>.

⁸³ Dejours C. *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Rapport final. Mars: Commission thématique violence, travail, emploi et santé, 2005.

As estratégias coletivas de defesa surgem quando os trabalhadores se unem na construção de uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, permitindo-lhes conviver com aquilo que causa sofrimento no trabalho.

Para enfrentar o sofrimento gerado pelo medo e a insegurança e seguir realizando seu trabalho, os profissionais que desenvolvem as ações de VST parecem evitar admitir que estejam expostos a situações que podem evoluir para agressões físicas. Por isso, raramente pedem reforço da guarda municipal ou de qualquer autoridade policial. Na incerteza em relação às situações que enfrentarão, parecem preferir acreditar que nada de errado irá acontecer.

Outro mecanismo por eles utilizado é protelar a emissão de autos de infração e penalidades (multas e interdições). Trata-se de uma forma de buscar, não por meio da força e do “poder de polícia”, mas a partir de negociação e conscientização, a cooperação para a realização das transformações e adequações que pretendem alcançar nas empresas.

Assim, procurando evitar situações de confronto e ter mais tempo para sensibilizar as empresas para a necessidade de adequações, infringem suas próprias normas de trabalho, instituídas pelo Código Sanitário Municipal, colocando-se em outra posição delicada.

Essas estratégias podem ser consideradas tanto operativas, do ponto de vista da ergonomia, pois alteram o processo de trabalho, buscando facilitar sua execução diante das condições e situações reais de trabalho, quanto defensivas, do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho, pois funcionam como fatores de proteção contra o sofrimento diante da realidade do trabalho. Elas variam de equipe para equipe de VST e também são delimitadas pelas chefias imediatas de cada um dos serviços. Diferentes estratégias podem ser adotadas em situações semelhantes dependendo do contexto e dos atores envolvidos, o que reforça o caráter arbitrário do trabalho desenvolvido.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas realizadas por esta pesquisa permitiram aos profissionais que atuam em VST na PMSP fazer, por seu próprio discurso, uma retrospectiva de seus anos de trabalho. Ficou evidente que, da informalidade de suas ações, carentes de regulamentação municipal por quase 15 anos, ao atual contexto, configurado pelo Código Sanitário Municipal, muita coisa mudou.

Ainda é um desafio, para as autoridades sanitárias, aprender a lidar com esse novo “poder de polícia”, “fiscalizador/punitivo”, e conciliá-lo com uma prática que tradicionalmente tinha um enfoque mais “participativo/educativo”, de prevenção e promoção da saúde.

O momento das entrevistas trouxe a esses profissionais um espaço de reflexão sobre o sentido do seu trabalho, suas dificuldades, insatisfações e formas de sofrimento. Talvez, pela fase de transição que estão vivendo, poucos falaram de aspectos satisfatórios e prazerosos do trabalho em VST.

Apesar de ter se configurado como um lugar importante de fala, as entrevistas, por terem sido individuais, não tiveram o alcance que a criação de espaços coletivos e sistemáticos para discussão do trabalho e dos aspectos subjetivos aí envolvidos podem ter.

O sofrimento e a insatisfação desses profissionais com seu trabalho passam pela falta de prescrição clara do trabalho a ser realizado e pela ausência de reconhecimento e de mecanismos que efetivamente avaliem o alcance de suas ações.

É importante considerar que, apesar das estratégias que utilizam frente aos constrangimentos a que estão expostos nas VST, a construção de sua identidade vêm sendo dificultada pelos processos precários de reconhecimento e prazer no trabalho e pela desconsideração do seu “saber-fazer”, o qual vem sendo impedido de ser colocado em prática.

Com a falta de planejamento, avaliações e sistematização, as ações de VST têm sido pontuais e podem estar se distanciando do objetivo de prevenção e promoção da saúde.

A falta de clareza sobre o papel dos CRST, da área de Saúde do Trabalhador de COVISA e da Atenção Básica em tempos de RENAST, pode ser um dos aspectos que vêm dificultando a construção de programas efetivos em VST. A isso se soma a carência de recursos materiais, humanos e de processos de capacitação.

Faz-se necessária a criação de espaços coletivos e sistemáticos para a discussão do trabalho e dos aspectos subjetivos aí envolvidos.

Iniciativas como as oficinas, promovidas por COVISA, em 2010, e outras ações que garantam um planejamento estratégico, participativo e contínuo, capaz de abarcar a crescente demanda de VST, parecem promissoras. Parcerias com outros órgãos, com tradição na área de Saúde do Trabalhador, e com as universidades podem ser um caminho, tanto para apontar metodologias de avaliação, quanto para estruturar projetos que norteiem as ações de VST.

Seria interessante a construção coletiva de critérios e mecanismos de avaliação com a participação de atores, direta e indiretamente envolvidos nas ações de VST, ou seja, representantes dos gestores da COVISA, da Atenção Básica e dos CRST, além de representantes dos profissionais que realizam esse trabalho.

A VST não é um processo linear e está sujeito às tensões e conflitos de várias naturezas, que deveriam influenciar os critérios adotados para sua avaliação, de forma a analisar e discutir todas as variáveis que interferem nesse processo, na busca de maiores avanços, desenvolvimento e alcance para essas ações.

Nesse processo, é fundamental que haja espaço para que o conhecimento acumulado pelas autoridades sanitárias seja colocado em prática e para que as ações traduzam a transdisciplinaridade imprescindível para as VST.

O “saber fazer” construído por esses profissionais pode se perder, com a aproximação da aposentadoria para a maioria deles e com a ausência de processos sistemáticos de troca de experiência.

O acolhimento desordenado da demanda, o mau dimensionamento das equipes e a carência de recursos materiais têm levado à demora na investigação de

acidentes de trabalho. Isso dificulta a compreensão das circunstâncias que levaram à sua ocorrência e, ainda, permite que tais circunstâncias sejam perpetuadas, expondo os trabalhadores à possibilidade de novos AT. Possivelmente, ações coordenadas inter e intrainstitucionais, que considerem os AT não como fatos isolados, mas como característicos de certos ramos de atividade e seguimentos econômicos, poderiam ter maior alcance e eficácia.

Para além da investigação de acidentes, ações com melhor planejamento e coordenação poderiam dar condições para que se abrissem outras frentes de trabalho de VST, como as focadas em dados epidemiológicos de doenças relacionadas ao trabalho.

A atual forma como as VST vêm sendo conduzidas, no município de São Paulo, podem estar contribuindo para o agravamento de importantes problemas de saúde pública. As ações, em sua maioria, têm sido pontuais e podem estar se distanciando de seu objetivo de prevenção e promoção da saúde.

Acreditamos que diretrizes de ação mal definidas e mal delimitadas pela PMSP têm lançado sobre as autoridades sanitárias um poder e uma responsabilidade que poderiam ser considerados além dos limites de competência da Saúde e que demandam parcerias com os demais ministérios, com outras instituições e órgãos reguladores.

Embora os profissionais que atuam em VST tomem conhecimento dos agravos à saúde e desenvolvam ações no sentido de preveni-los e de corrigir as circunstâncias que favorecem tais agravos, nem sempre está na sua esfera de competência fazer toda a gestão do risco.

Com este trabalho, esperamos ter conseguido chamar a atenção para a importância de se dar visibilidade ao “saber fazer” dos profissionais de VST, acreditando que sua experiência e conhecimento podem colaborar para o aprimoramento e desenvolvimento das políticas públicas de saúde e trabalho e de suas próprias ações em VST.

Sem jamais esquecer a importância dos demais aspectos envolvidos nas VST e entendendo que intervir numa situação de trabalho é parte integrante e indissociável do conjunto de ações e métodos empregados na ST, o enfoque desta

dissertação, no entanto, restringiu-se ao processo de trabalho dos profissionais que fazem as intervenções nas empresas, portanto outros aspectos da VST merecem estudos futuros.

Esperamos ter conseguido lançar luz à significância do tema e, com a ajuda do relato dos profissionais que atuam nessa área, ter construído um registro da VST na PMSP, além de abrir caminho para novas pesquisas sobre esse assunto.

10. ANEXOS

Anexo A - Organograma de COVISA

Anexo B - Modelo de atenção da RENAST

Anexo C - Leis, normas e eventos significativos para a Saúde do Trabalhador ao longo do tempo

Anexo D - Modelo de relatório de inspeção sanitária – Vigilância em Saúde do trabalhador

Anexo E - Área de abrangência dos CRST, da COVISA e das SUVIS

Anexo F - Questionário para a caracterização da população das equipes multiprofissionais de saúde das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador

Anexo G - Roteiro para entrevista semiestruturada

Anexo H - Aprovação Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa CAPPesp da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Anexo I - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas – CEP/PMSP

Anexo J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aplicação do questionário

Anexo K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização das entrevistas semiestruturadas

Anexo L - Detalhes sobre os entrevistados baseados nos dados colhidos no questionário para a caracterização da população das equipes multiprofissionais de saúde das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador

Anexo M - Informações Gerais

ANEXO A – ORGANOGRAMA DE COVISA

Coordenação de Vigilância em Saúde

Estrutura Organizacional

Portaria nº1930/2009, de 06/11/09

ANEXO B – MODELO DE ATENÇÃO DA RENAST

Figura 1 - “Modelo de atenção da Renast”

Fonte: Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (Brasil, 2006b, p 50).

ANEXO C: LEIS, NORMAS E EVENTOS SIGNIFICATIVOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR AO LONGO DO TEMPO

ANO	EVENTO	PROVIDÊNCIA/ MUDANÇA
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	Discutiu o novo sistema de saúde nacional.
1988	Constituição Federal de 1988	A Constituição Federal determina ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica , bem como as de Saúde do Trabalhador (Brasil, 1988; Oliveira et al., 1997; Oliveira, 2001; Lacaz et al., 2002; Sanches, et. al., 2009). Isto foi de grande importância porque trouxe também para o SUS e, portanto, para o setor Saúde, a responsabilidade de intervir sobre os ambientes de trabalho, ações estas que estavam confinadas, há décadas, à esfera de competência do setor Trabalho (Oliveira, 1994).
1989	Final da década de 80 e início dos anos 90	Foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ligados à Prefeitura Municipal de São Paulo.
1990	Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 de 19 de Setembro de 1990	O setor Saúde do Estado passa a ter efetivamente o papel de coordenar as ações de Saúde do Trabalhador passando a intervir nos espaços de trabalho. A Lei Orgânica 8.080/90 entende por Saúde do Trabalhador “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo”: assistência, estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho, participação, de normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à Saúde do Trabalhador; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.
1990	Lei Federal 8.142 de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências
1994	II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST).	O Sistema Único de Saúde deve assumir totalmente as ações em saúde dos trabalhadores, mediante a constituição de comissão composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência, das Centrais Sindicais e movimento popular (paritária); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com o “processo de unificação, as ações de Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipal, estadual e federal, estabelecendo-se mudança na prática de vigilância (...) e incorporando-se o controle social” (Brasil, MS/DST, 1994, p. 15).
1994	Portaria 1.565 (26/08/1994)	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência e competência nas três esferas de governo.
1998	Portaria 3.120 de 1º de julho de 1998	Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.
1998	Portaria MS nº 3.908 de 30 de outubro de 1998	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/MS 1998), estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS; Códigos Sanitários (Estadual/Municipal); Códigos de Saúde (Estadual/Municipal) e descreve como devem se dar as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.
1999	Lei Federal 9782 de 26/01/ 1999	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS.
2001	Proposta do PNSST	Foi apresentada em audiência pública na Câmara dos Deputados (PISAST, 2001).
2002	Portaria nº 1679/02 de 19/09/2002 do Ministério da Saúde	Institui a RENAST. Fala sobre a habilitação dos CEREST. A Portaria n.º 1679/GM/MS em 19 de setembro de 2002 dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) e dá outras providências.

Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador

ANO	EVENTO	PROVIDÊNCIA/ MUDANÇA
2002	Portaria MS/GM 373 de 27/02/02	Aprova a NOAS-SUS 01/2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde.
2002	Portaria Secretaria Municipal de Saúde 1.470/2002	Instituiu o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT - no Município de São Paulo e se regulamentou o fluxo de informações.
2002	Portaria MS/SAS 656 de 18/09/2002	Aprova as normas para o cadastramento e habilitação dos CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.
2003	Portaria SMS.G Nº 2.617, de 26 de novembro de 2003	Nomeia as primeiras autoridades sanitárias dentre os trabalhadores dos CRST da PMSP.
2004	Lei Municipal nº 13.725 de 09/01/2004	Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.
2004	Portaria 777/2004, do Ministério da Saúde de 28/04/04	Reforçou a importância da Vigilância em Saúde do Trabalhador e tornou obrigatória a notificação de acidentes e doenças do trabalho em território nacional, com a inserção desses agravos no SINAN. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador no SUS.
2004/2005	Discussões para a proposta de um Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador	As bases jurídicas que fundamentaram essas discussões foram as seguintes: Constituição Federal de 1988 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS); Lei Federal 8.080 (19/07/1990) – LOS; Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei Federal 8.142 (28/12/1990) – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; Portaria 1.565 (26/08/1994) – define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência e competência nas três esferas de governo; Portaria MS/GM 3.120 (01/07/1998) – aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes; Portaria MS/GM 3.908 (30/10/1998) – NOST- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, que estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS; Códigos Sanitários (Estadual/Municipal); Códigos de Saúde (Estadual/Municipal); Portaria MS.GM 373 (27/02/02) – aprova a NOAS-SUS 01/2002; Portaria MS/GM 1.679 (20/09/2002) – institui a RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Portaria MS/SAS 656 (18/09/2002) – aprova as normas para o cadastramento e habilitação dos CRST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; Portaria MS/GM 777 (28/04/2004) – dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador no SUS; Portaria MS/GM 1.172 (21/06/2004) – regulamenta a NOB/SUS 1/96 na área de vigilância em saúde; Portaria MS/GM 2.023 (23/09/2004) – define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução de atenção básica; Portaria MS/GM 2.031 (23/09/2004) - dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratório de Saúde Pública; Instrução Normativa N.º 01 de 07/03/2005 que estabelece as competências da união, dos estados, DF e municípios para a gestão do Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental.
2005	Portaria Interministerial 800	Publicou o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. (Brasil, MPS/MS/MTE /2005ª; Brasil, MS/2005b).
2005	Portaria GM/MS nº 2.437 de 07/12/2005	Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS. Estabelece que os recursos para a Saúde do Trabalhador deverão ser repassados do *Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso, e serão aplicados pela Secretaria de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde e pela CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador. O Fundo Estadual ou Municipal de Saúde é uma conta especial para onde devem ser canalizados todos os recursos financeiros destinados à saúde, qualquer que seja a sua origem. Seu funcionamento é regulado pela Constituição Federal (art. 167, inciso IX), Constituições Estaduais, Códigos Estaduais de Saúde e Lei Orgânica 8080/90 (art. 33-35) e 8142/90 (art. 2-4). A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais. Ainda de acordo com a Portaria GM/MS 2.437 de 2006, “os gestores deverão alimentar, mensalmente o Sistema de Informação do SUS, por meio de banco de dados da tabela *SIA/SUS”. Os repasses financeiros serão suspensos, caso o Sistema não receba informações por 90 dias. (Brasil, 2006, p28).

Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador

ANO	EVENTO	PROVIDÊNCIA/ MUDANÇA
2006	Convenção 187 OIT.	Essa Convenção atualizou os conceitos e políticas relativas à estrutura de promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Até 2010, os países que já haviam ratificado a convenção eram os seguintes: Chipre, Coreia do Sul, Cuba, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Finlândia, Japão, Moldávia, Níger, Reino Unido, República Checa, Sérvia e Suécia.
2006	Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST	Nele lê-se: “Um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica em qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que isto ocorra de modo efetivo, fazem-se necessárias abordagens interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores.” A RENAST articula os três níveis de gestão: o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde dos Estados e Distrito Federal e a Secretaria de Saúde dos Municípios. Segundo o próprio Ministério da Saúde, a RENAST deve ser compreendida como uma ferramenta estratégica no sentido da construção, no âmbito do SUS, de uma efetiva política de Estado na área do atendimento à Saúde do Trabalhador. A RENAST financia a criação e/ou o incentivo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, definidos como polos irradiadores, numa determinada região, da cultura da Saúde do Trabalhador, assumindo a função de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS, orientando-os nas suas práticas de atenção.
2007	Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador	Aprovado na 60ª Assembleia Mundial da Saúde ocorrida em 23 de maio de 2007. A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) deveria atender a convenções internacionais, em especial à Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho – OIT de 2006 e ao Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador.
2007	Portaria nº 204/GM, de 29/01/2007 do Ministério da Saúde.	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2008	Portaria Interministerial nº 152 de 13/05/2008	Rumo a intersetorialidade instituiu uma Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST), entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação, no país, da Convenção nº 187 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Em janeiro de 2011, a CT-SST passou a ser coordenada pelo Ministério da Saúde. A CT-SST tem como competência revisar e ampliar a proposta da – PNSST que foi elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial nº 1.253, de 13 de fevereiro de 2004 a fim de atender às Diretrizes da OIT e ao Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador. Deve propor o aperfeiçoamento do sistema nacional de segurança e saúde no trabalho por meio da definição de papéis e de mecanismos de interlocução permanente entre seus componentes; e elaborar um Programa Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, com definição de estratégias e planos de ação para sua implementação, monitoramento, avaliação e revisão periódica, no âmbito das competências do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social. No link http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_ctssp.asp estava disponível em março de 2011 a proposta para a PNSST considerada como última versão por essa comissão.
2008	Portaria nº 1151/2008-SMS.G de 13/06/2008	Entre outras coisas subordina as áreas técnicas responsáveis por Programas e Políticas de Saúde, inclusive a de Saúde do Trabalhador, à Coordenação da Atenção Básica, visando o fortalecimento das diferentes estratégias de atenção à saúde oferecidas nas unidades da rede básica e de especialidades.
2008	Decreto nº 50.079, de 07/10/2008.	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, disciplina o Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, estabelece os procedimentos administrativos de vigilância em saúde, altera a denominação do Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos – DIMA e revoga o Decreto nº 44.577, de 7 de abril de 2004. Diário Oficial do Município de São Paulo, 08 de outubro de 2008. O Decreto nº 50.079 de 2008 da Prefeitura do Município de São Paulo incumbe às SUVIS e os CRST das seguintes atribuições: participar do planejamento e da avaliação das ações de vigilância em saúde no âmbito da respectiva região e executar as ações de vigilância em saúde definidas no Plano Municipal de Saúde e dar publicidade às ações e medidas administrativas desenvolvidas no âmbito da vigilância em saúde; utilizar e estimular o uso de métodos epidemiológicos na caracterização dos problemas de saúde, visando ao planejamento das atividades atinentes à vigilância em saúde e remeter periodicamente à Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA informações sobre as ações de vigilância em saúde executadas no âmbito de sua competência (São Paulo, Cidade, 2008c). 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, disciplina o Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, estabelece os procedimentos administrativos de vigilância em saúde, altera a denominação do Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos – DIMA e revoga o Decreto nº 44.577, de 7 de abril de 2004. Diário Oficial do Município de São Paulo, 08 de outubro de 2008. Disponível em: < http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/legislacao/0073 >. Acesso em: 18.08.09. 2008c.
2009	Portaria nº 1930/2009 – SMS.G de 06/11/2009	Publicada no DOC de 06/11/2009 dispõe sobre as atribuições e competências das gerências e subgerências de COVISA e do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador

ANO	EVENTO	PROVIDÊNCIA/ MUDANÇA
2009	Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009	Traz novas disposições sobre a RENAST considerando a necessidade de adequação da Portaria GM nº 2.437/05 e afirma que a RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.
2009	Portaria nº 3.252/09/GM/MS de 22/12/2009	Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.
2009	Resolução Estadual SS-63 de 30/04/2009	Dispõe sobre o fluxo de notificação de Acidentes e doenças do trabalho no Estado de S. Paulo.
2010 a 2012	Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.	Até março de 2010 o governo brasileiro não havia encaminhado ao Congresso o pedido de ratificação da Convenção 187 (PNSST, 2010). Em março de 2011 estava disponível na internet a proposta para a PNSST considerada como última versão pela Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST). (CT-SST, 2011; Brasil, MS, 2011). O Decreto nº 7.602 assinado pela presidente Dilma Russel aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. A portaria nº 1.823, de 23 /08/12, assinada pelo Ministro do Estado da Saúde, Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

ANEXO D: MODELO DE RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PROPOSTO PELA COVISA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

GERÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

SUBGERÊNCIA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Processo Nº.:

Folha de Informação Nº.:

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO SANITÁRIA – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

I-IDENTIFICAÇÃO:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CMVS:

CNPJ:

CNAE:

II-ENDEREÇO:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

CEP:

UF:

Município:

Distrito Administrativo:

Fone / Fax:

E-mail:

III - PROCEDIMENTO:

1- Origem:

(Denúncia; Programada; Solicitação de outro órgão)

2- Finalidade:

Risco à Saúde do Trabalhador

3- Procedimentos executados:

Inspeção

IV - OBJETIVOS:

1- Objetivo dos procedimentos:

(Projeto de intervenção; Indicação epidemiológica; Investigação de nexos; Descrever Órgão, Documento, Ofício; Motivo)

2 - Pessoas contatadas:

(Nome /RG / Cargo / Função / Empresa / Sindicato / CIPA)

V – RELATO:**A – Relato da situação encontrada no local:**

1- Data e horário da inspeção:

(dd / mm / aaaa às hh:mm horas)

2- Cadastro de Contribuinte Mobiliário - CCM:

3- Grau de Risco:

4- Ramo de atividade / tipos de serviços e produtos:

(Setor Regulado: Alimentos, Produtos de interesse à saúde, Serviço de saúde, Setor não regulado: Indústria, Comércio, Construção civil, Serviços, Outros, Tipo de Serviço / Produtos, Descrever)

5- Descrição da organização institucional:

(Sócios, filiais, fornecedores, concorrentes, tipo de empresa - privada, pública, mista e etc.)

6 - Trabalhadores:

(Número Total, Masculino, Feminino, Administração, Produção, Regime de Contratação / Contratos, Menores, Deficientes, Terceiros, Horário de Funcionamento, Turnos de Trabalho, Horários de Refeições, Sindicato, Organização do trabalho: divisão do trabalho, controle de ritmo, de produtividade e modo operatório; normas de segurança para os procedimentos; jornadas de trabalho: diária, semanal, turnos, rodízios, folgas, pausas, horas extras, bancos de horas; Rotatividade da mão de obra; Observação de funções e postos de trabalho específicos; Conteúdo da tarefa; Qualificação; Requisitos; Responsabilidade; Repetitividade; Monotonia; Decisão; Iniciativa; Espaço de trabalho; Mecanismos de controle do ritmo de trabalho; Mensagens diretas e indiretas que evidenciem carga psíquica, responsabilização do trabalhador, ameaças).

7 - Descrição dos setores:

7.1 – Estrutura / localização:

(Setor, Localização, Tipo de edificação: Casa adaptada, Edifício, Galpão, Canteiro de obras, Outros; Tipo de imóvel: Próprio, Alugado, Outro; Tipo de construção:

Alvenaria, Madeira, Outros; Área Total, Área Construída, Pé direito; Piso: saliência, depressão, desnível; Cobertura: Forro, Telha comum, Não forrado, Telha amianto, Galvanizado, Laje, Outros; Escadas, rampas, plataformas e mezanino: material metálico, madeira, guarda corpo, profundidade dos degraus; iluminação, ventilação, sanitários, bebedouros, Condições de conforto térmico e acústico; Fontes de ruído)

7.2 - Descrição do processo produtivo:

(Processo de Produção, Matéria-Prima, Meios de Produção, Fluxo do Processo, Produtos, Subprodutos, Resíduos, Procedimentos Operacionais Padrão, Controle de Qualidade, Condições ambientais de trabalho: Riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes; Natureza, fonte, dose, tempo de exposição, trabalhadores mais expostos, pontos críticos; Cargas mecânicas: elementos que causam traumatismos; Cargas fisiológicas: esforço físico realizado, posições incômodas de trabalho; levantamento de peso, esforço visual; Cargas psíquicas: organização da jornada, atenção e periculosidade constante, ritmo intenso de trabalho, supervisão com pressão, cota de produção prefixada; Máquinas, Equipamentos, Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, Irregularidades)

7.3 - Instalações elétricas:

(Fiação, Aterramento, Cabine primária, Caixa de entrada, Pára – Raios, Fiações Expostas, Luz de Emergência, Aterramento Geral, Aterramento de máquinas e equipamentos, Gerador)

7.4 - Segurança:

(Sinalização de segurança; Extintores: Número suficiente / insuficiente, Altura da fixação compatível, Acesso obstruído, Vencimento da Validade, Ausência; Hidrantes; Detector de temperatura; Detector de fumaça; Porta corta fogo com trava antipânico; Rota de fuga; Sinalização de rota de fuga; Saídas de emergência; Brigada contra incêndio; Treinamento dos demais funcionários)

8 – Instalações sanitárias:

(Abastecimento de água: Pública, De reuso, Poço, Outorga, Laudo de Potabilidade, Outros; Água potável: Galões, Bebedouro de jato inclinado, Outros; Reservatório de água: Caixa d'água, Cisternas, Outros; Condições de limpeza, Comprovante de higienização; Copos: Descartáveis, Não descartáveis, Não descartáveis coletivo; Instalações sanitárias: Separadas por sexo, Vasos sanitários, Integridade, Pias, Chuveiros, Cesto de Lixo, Sabonete líquido, Papel toalha, Higiene, Vestiários, Armários, Refeitório, Cozinha)

9 – Gestão em saúde e segurança do trabalhador:

(PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: Autoria do documento: SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, prestadora de serviços; Responsabilidade técnica: nome, cargo / função, registro; Vigência; Periodicidade; Conhecimento dos resultados; Exames complementares; Atendimento às normas técnicas recomendadas; ASO, PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais: Autoria do documento: SESMT, prestadora de serviços; Responsabilidade técnica: nome, cargo / função, registro; Vigência; Periodicidade; Medidas de proteção coletiva, Implantação das medidas de proteção, Estudos dos riscos à saúde e segurança, Monitoração ambiental; EPIs – Equipamentos de Proteção Individual com CA – Certificado de aprovação, fornecimento, trocas e conservação; Uniformes, Informações sobre riscos, Procedimentos escritos para tarefas críticas com risco de acidentes, Treinamento, Participação de investigação em A.T., CIPA – Comissão Interna de Proteção de Acidentes, Mapa de risco, SESMT, Trabalhadores terceirizados e temporários possuem o mesmo nível de proteção)

10 - Meio ambiente:

(Resíduos sólidos, Resíduos líquidos, Água servida, Gases Industriais, Observações)

B - Considerações finais sobre o funcionamento do estabelecimento:

1- Análise de Documentos Exigidos:

(Relação de trabalhadores, CATs - Comunicação de Acidente do Trabalho dos 5 últimos anos, Relação de matérias-primas e FISPQs - Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico, Relação de produtos e FISPQs, PPRA, cronograma e laudo de avaliações ambientais/ocupacionais, PCMAT - Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho e cronograma, PCMSO, relatório anual e ASOs – Atestado de Saúde Ocupacional, Laudo de avaliação ergonômica, Programa de manutenção preventiva de máquinas e equipamentos, Laudo das instalações elétricas de edificações e máquinas, Prontuário de Caldeira, Registro de Segurança, Relatório de Inspeção, Anotação de responsabilidade técnica, Plano de combate a incêndio, Plano de contenção para risco de acidente ampliado, Licença de funcionamento da CETESB - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, Memorial de caracterização do empreendimento, Certificado de aprovação para destinação de resíduos industriais, Certificado de autorização do transporte de resíduos industriais, Laudo de avaliação das emissões dos efluentes, Auto de Verificação de Corpo de Bombeiros)

2 – Irregularidades / Dispositivos legais infringidos:

3- Notificações:

4- Lavraturas de Autos:

(Auto de Infração, Interdição, penalidades, número e data)

VI – PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

(Orientação técnica; Lavratura de auto de infração; Auto de imposição de penalidade de multa; Interdição cautelar; Interdição de produtos, equipamentos, utensílios; Interdição definitiva; Interdição parcial do estabelecimento, setor; Interdição por tempo determinado; Interdição total do estabelecimento; Desinterdição parcial; Desinterdição total; Cancelamento do cadastro, licença de funcionamento; Suspensão de fabricação de produto; Suspensão de vendas de produto; Apreensão de produtos, equipamentos e utensílios; Inutilização de produtos, equipamentos, utensílios; Colheita de amostra; Proibição de propaganda; Intervenção; Nada a providenciar)

VII – CONCLUSÕES:

A- Situação conclusiva do local:

(Satisfatório; Satisfatório com restrições; Insatisfatório; Insatisfatório com interdição parcial; Insatisfatório com interdição total; Não se aplica)

B- Condição de Risco:

(Elevado; Moderado; Baixo)

C- Prazo de adequação:

VIII –PROFISSIONAIS / GERÊNCIA / SUBGERÊNCIA:

(Nome / CPF / RF / Órgão / Setor)

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/trabalhador/0001

ANEXO E- ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS CRST, DA COVISA E DAS SUVIS

Os CRST localizam-se em diferentes áreas da cidade de São Paulo e a COVISA na região central.

O tamanho da área de abrangência de cada um desses serviços é distinto.

As Coordenadorias Regionais de saúde estão subdivididas em Supervisões Técnicas de Saúde:

Coordenadorias Regionais de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Área de abrangência dos CRST e COVISA*

	CRST Freguesia do Ó
	CRST Lapa, Sé e COVISA
	CRST da Zona Leste
	CRST da Mooca
	CRST de Santo Amaro

*COVISA coordena as atividades desenvolvidas pelos CRST e SUVIS dando-lhes suporte quando solicitada e divide com o CRST Sé e Lapa a abrangência da região central da cidade.

A cada Supervisão Técnica de Saúde corresponde uma Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS):

Dentro da Coordenadoria Regional **Norte** estão as Supervisões Técnicas de Saúde da Casa Verde/ Cachoeirinha; Freguesia do Ó/ Brasilândia; Pirituba/ Perus; Santana/ Jaçanã; e Vila Maria/ Vila Guilherme.

Esta é a área de abrangência do **CRST Freguesia do Ó**.

Dentro da Coordenadoria Regional **Centro-Oeste** estão as Supervisões Técnicas de Saúde do Butantã; Lapa/ Pinheiros e Sé.

As regiões correspondentes às Supervisões Técnicas de Saúde Butantã e Lapa/ Pinheiros estão sob responsabilidade do **CRST Lapa** e a região da Supervisão Técnica de Saúde da Sé sob responsabilidade do **CRST Sé**.

Esses CRST dividem ainda sua responsabilidade por essa região com a Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador da **COVISA** que também atua na região central da cidade.

Dentro da Coordenadoria Regional **Sul** estão as Supervisões Técnicas de Saúde do Campo Limpo; Capela do Socorro; M'Boi Mirim; Parelheiros; Santo Amaro/ Cidade Ademar.

- Esta é a área de abrangência do **CRST de Santo Amaro**

Abaixo estão listados os endereços dos serviços de Saúde do Trabalhador de São Paulo ligados à PMSP:

- **CRST Freguesia do Ó**

Av. Itaberaba, 1210 - Freguesia Do Ó - São Paulo - SP

CEP: 02734-000 - Fone: (11) 3976-347

- **CRST Lapa**

R. Cotoxó, 664 - V. Pompéia - São Paulo - SP

CEP: 05021-000 - Fone: (11) 3865-2077

- **CRST Mooca**

R. Correia Salgado, 257 - Ipiranga - São Paulo - SP

CEP: 4267-010 - Fone: (11) 2605-0222 / 2604-7207

- **CRST Santo Amaro**

Av. Adolfo Pinheiro, 581 - Santo Amaro - São Paulo - SP

CEP: 04733-100 - Fone: (11) 5523-5382 / 5541-8992

- **CRST Sé - André Graboís**

R. Frederico Alvarenga, 259 - 5º Andar - Pq. D. Pedro II - São Paulo - SP

CEP: 01020-030 - Fone: (11) 3241-0418 / 3105-5330

- **CRST Leste**

R. Professor Antonio Gama De Cerqueira, 347 - V Americana - São Paulo - SP

CEP: 08010-130 - fone: (11) 2956-9099

- **COVISA - Coordenação de Vigilância em Saúde**

End.: Rua Santa Isabel n.º 181 - 5º andar – Vila Buarque – São Paulo - SP

CEP: 01221-010 Fone / Fax: (11) 3397-8293

ANEXO F – QUESTIONÁRIO PARA A CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS VIGILÂNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

PESQUISA: “*PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR*”.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO,
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E
TERAPIA OCUPACIONAL, FMUSP.

AUTORES: MARIA TERESA BRUNI DALDON E SELMA LANCMAN.

Caracterização dos profissionais que atuam em VST.

(direcionado aos profissionais de saúde que atuam em Vigilância em Saúde do Trabalhador nos CRST da Prefeitura Municipal de São Paulo).

OU

(direcionado aos profissionais de saúde que atuam e em Vigilância em Saúde do Trabalhador na SVST-COVISA).

(utilize o verso se quiser fazer comentários sobre as questões)

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador _____

Nome: _____

Idade: _____

DADOS DO PERCURSO PROFISSIONAL

Desde quando trabalha na área de Saúde do Trabalhador? _____

Desde quando trabalha em Vigilância em Saúde do Trabalhador? _____

Em que ano começou a trabalhar no CRST? _____

Trabalha na PMSP há quanto tempo? _____

Cargo/função que ocupa na PMSP: _____

É autoridade sanitária?

() Não

() Sim

Já trabalhou em outros lugares dentro da PMSP?

() Não () Sim.

Onde? _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Qual é a sua formação universitária?

Qual ano de conclusão? _____

Fez ou faz pós-graduação?

() Não.

() Sim

Qual?/Onde?

CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Qual das atividades abaixo listadas você desenvolve prioritariamente nesta unidade?

() assistência

() vigilância

() vigilância em parceria com outros CRST

() vigilância em parceria com COVISA

() vigilância em parceria com SUVIS

() vigilância em parceira com Ministério Público Federal do Trabalho

() vigilância em parceira com outras instituições.

Quais?

() participação em programas específicos, grupos de projetos técnicos e/ou elaboração de normas técnicas (se sim, qual e ligado a que instituição)

ANEXO G - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Este roteiro foi se transformando ao longo do tempo e guardou características próprias de cada uma das entrevistas e dos entrevistados. Em todas as entrevista foi solicitado que o entrevistado contasse como faz VST e como é seu trabalho em VST. Alguns aspectos comentados pelos primeiros entrevistados foram sendo incorporados ao roteiro das entrevistas seguintes. No decorrer das entrevistas os tópicos abaixo foram surgindo, não necessariamente nessa ordem, de acordo com os relatos dos entrevistados e dos aspectos que solicitamos a eles que desenvolvessem um pouco mais, à partir de suas próprias falas:

- Conte-me como você faz VST, como é seu trabalho em VST.
- Conte-me uma de suas experiências em VST, pode ser um dia seu de vigilância, ou então o processo de trabalho desde que toma contato com a demanda até o campo em si.
- Fale um pouco sobre o passo a passo da vigilância, as demandas, o preparo para a vigilância, o que usa para fazê-las, do que precisa para fazer a vigilância, como é chegar numa empresa, enfim, sua rotina de trabalho antes, durante a após a ida a uma empresa.
- Fale um pouco sobre você: sua formação para atuar em VST e como você chegou ao CRST (ou na COVISA) e passou a fazer vigilância.
- Fale um pouco sobre VST dentro da PMSP, sobre a história da VST no CRST (ou na COVISA).
- Fale sobre as equipes de trabalho em VST.
- Fale um pouco das coisas boas e ruins que você percebe no seu dia a dia de VST.
- Conte-me um pouco sobre como foi ser assistente técnico do Ministério Público do Estado de São Paulo e como é ser assistente técnico do Ministério Público do Trabalho.
- Conte-me um pouco sobre como é ser autoridade sanitária.

ANEXO H - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA CAPPESP DA DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 27/01/2010, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1136/09**, intitulado: **"PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR."** apresentado pelo Departamento de **FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **selma lancman**

Pesquisador (a) Executante: **maria teresa bruni daldon**

CAPPesq, 28 de Janeiro de 2010

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

ANEXO I – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS – CEP/PMSP

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 26 de novembro de 2009.
PARECER Nº 467/09 – CEP/SMS
CAAE: 0232.0.162.015-09

Ilmo Sr
Maria Teresa Bruni Daldon

IDENTIFICAÇÃO

Título: Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do trabalhador.

Pesquisadora responsável: Maria Teresa Bruni Daldon; Dra. Selma Lancman orientadora.

Tipo de projeto: Mestrado. Ciências da Reabilitação – área de concentração – Movimento, postura e ação humana; FMUSP, Dep. De Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Local: CRST/VST município de São Paulo.

II – OBJETIVOS**Gerais:**

1. Compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da PMSP, na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
2. Estabelecer relação entre a formação desses profissionais, as finalidades previstas pelos programas o processo de trabalho "tal como ocorre", bem como os instrumentos utilizados, as ações reais e os significados atribuídos por eles à sua prática.

Específicos:

1. Dar visibilidade ao conhecimento produzido nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
2. Compreender as estratégias utilizadas e os fundamentos teórico-conceituais e os métodos que embasam as ações de VST.
3. Identificar, segundo os profissionais, os fatores que facilitam ou dificultam o processo de trabalho.
4. Contribuir para construção e aprimoramento dos instrumentos e ações de intervenção.
5. Contribuir para construção de indicadores de avaliação do impacto das ações de VST.

III – RESUMO

"Através desta pesquisa buscaremos compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da PMSP, que atuam na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador."

A autora discute vários pontos na sua introdução: saúde e trabalho no mundo atual, saúde do trabalhador, programa de saúde do trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador, dificuldades de implantação da VST, além de questões conceituais. Na discussão conceitual, aponta dificuldades estruturais, organizacionais e logísticas para implantação e funcionamento do VST, fala ainda da implantação do SIVAT e sua relação com a VST. Sua exposição de fato mostra um sistema extremamente complexo composto de Programas, Centros de referência de diversos níveis e a Vigilância. Segundo ela, a Vigilância padece de falta de indicadores que permitam avaliar as suas ações.

Justifica a proposta. Sua hipótese: O distanciamento entre as propostas de política de saúde do trabalhador e a organização de fato dos trabalhos das VST "torna este um espaço propício para a manifestação da inteligência dos trabalhadores das VST". Expõe os objetivos (já apresentados acima).

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0232.0.162.015-09

*Quanto ao método: Estudo de caso das VST dentro do seu contexto de realidade. O trabalho deverá abranger "todos os 6 CRTS da PMSP (Lapa, Freguesia do O, Sto Amaro, Mooca, Itaque-
ra).*

Objeto: processos de trabalho – ações das VST dos CRST do município.

Instrumentos:

- a) Questionário para caracterização das equipes multiprofissionais das VST, lotadas nos CRST.*
- b) Entrevistas semi-estruturadas com profissionais selecionados segundo critérios de representatividade (formação profissional, locais de trabalho, tempo de atuação, especialização).*
- c) Análise de documentos (federal, estadual, municipal) relativos à saúde pública no SUS e à área de Saúde do trabalhador.*

Análise:

- 1) Questionários receberão análise estatística simples (quantos profissionais, qual a formação, como chegaram a essa área, tempo de atuação).*
- 2) Entrevistas – análise de conteúdo.*
- 3) Documentos – serão tomados como fonte de dados.*

A pesquisadora expõe os procedimentos éticos e arrola as várias instancias às quais deve solicitar permissão. Os profissionais receberão TCLE.

A pesquisadora colocará cópias da pesquisa à disposição da PMSP através da COVISA.

Apresenta cronograma e orçamento detalhado de baixo custo, declarando que "não há necessidade de suplementação ou de captação de recursos junto a agências financiadoras".

Anexos: Apresentação do Projeto às instancias da SMS; TCLE para o questionário; TCLE para entrevista; Modelo de Questionário e roteiro de entrevista. Apresenta vasta bibliografia e inclui os currículos.

IV - AVALIAÇÃO

A pesquisadora propõe um trabalho de fôlego, definido como estudo de caso embora de fato vá trabalhar com todas as unidades da PMS/SP; a maioria dos dados, contudo, tem um caráter descritivo e de caracterização, o trabalho mais exigente será o relacionado à análise das entrevistas dado que seus objetivos são amplos; supõe-se que a avaliação da adequação entre a formação profissional e o trabalho real demandaria outra pesquisa, mas seu mestrado poderá apontar dados para nova proposta em outro nível. Acredita-se que, apesar da extensão da proposta, ela está adequada ao mestrado. Sugere-se que a pesquisadora reduza seus objetivos, fato que não comprometeria a qualidade, antes ao contrário.

Quanto à sua afinidade com o tema: A pesquisadora é terapeuta ocupacional e exerce essa profissão num CRST, mostra conhecimento e envolvimento; a orientadora também está familiarizada com a área.

Folhas de rosto: preenchidas adequadamente.

Risco/Benefício – Aparentemente não há risco nem constrangimento identificáveis para os participantes. Benefícios indiretos, embora a pesquisadora diga poder contribuir para a formulação de instrumento de avaliação.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

3

CAAE: 0232.0.162.015-09

A pesquisadora expôs no texto suas preocupações éticas e tomou cuidado em solicitar autorização às diversas instâncias e também garantir o retorno das informações obtidas.

TCLE (2): Adequados. Expõe os direitos dos entrevistados, inclusive o direito à desistência e a informações.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO J – TCLE PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (elaborado de acordo com a RES CNS 196/96, IV).

Você esta sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **“Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em Saúde do Trabalhador”**, que tem como objetivo compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância em Saúde (SVST-COVISA) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) da Prefeitura Municipal de São Paulo que atuam na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) através do método denominado “estudo de caso” com a utilização de várias fontes de evidências (questionário de caracterização a população estudada, entrevistas semiestruturadas e análise documental). Acreditamos que nosso estudo, ao dar visibilidade à experiência e conhecimento dos profissionais de saúde das VST poderá contribuir para o aprimoramento das propostas em VST e para a sua concretização dentro de cada território. Em uma primeira etapa, estamos convidando todos os profissionais da SVST-COVISA/CRST que atuam nas VST a participarem respondendo a um questionário de caracterização das equipes multiprofissionais coletando dados como idade, tempo de serviço na área de VST, formação profissional e local de trabalho. Comprometemo-nos a assegurar o anonimato do profissional, assim como de sua instituição, e resguardar o direito dos participantes de retirar seu consentimento para a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. Você terá liberdade para responder às questões que considerar adequadas e estará garantido o seu direito a não responder àquelas que considerar inadequadas. Você terá acesso a qualquer momento da pesquisa às informações levantadas e serão convidados para apresentação final de seus resultados. Participando da pesquisa você não terá qualquer benefício direto e imediato e não terá nenhum gasto e ganho financeiro. Essa pesquisa ocorre no âmbito de uma dissertação de mestrado realizada no

Programa de Ciências da Reabilitação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: pesquisadora e Terapeuta Ocupacional Maria Teresa Bruni Daldon - fone: (11) 3871-9841 e com a orientadora, Profa. Dra. Selma Lancman, titular do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, fone: (11) 3091-7457, na Rua Cipotânea, nº 51 – Cidade Universitária. CEP: 05360-160 – São Paulo – SP - Brasil. Qualquer consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na Rua General Jardim, 36 – 8º andar ou pelos telefones: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 – e-mail: smscep@gmail.com

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Maria Teresa Bruni Daldon

Eu _____, RG: _____, aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Participante da
pesquisa

ANEXO K- TCLE PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (elaborado de acordo com a RES CNS 196/96, IV).

Você esta sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **“Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em Saúde do Trabalhador”**, que tem como objetivo compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância em Saúde (SVST-COVISA) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) da Prefeitura Municipal de São Paulo que atuam na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) através do método denominado “estudo de caso” com a utilização de várias fontes de evidência (questionário de caracterização a população estudada, entrevistas semiestruturadas e análise documental). Acreditamos que nosso estudo, ao dar visibilidade à experiência e conhecimento dos profissionais de saúde das VST poderá contribuir para o aprimoramento das propostas em VST e para a sua concretização dentro de cada território. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os alguns profissionais selecionados segundo critérios de representatividade contemplando a diversidade de formação profissional, locais de trabalho, tempo de atuação nas VST e especializações na área de Saúde do Trabalhador. Sendo assim o convidamos a participar dessa entrevista. Comprometemo-nos a assegurar seu anonimato assim como de sua instituição, e resguardar seu direito de retirar seu consentimento para a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. Você terá liberdade para responder às questões que considerar adequadas e estará garantido o seu direito a não responder àquelas que considerar inadequadas. Você terá acesso a qualquer momento da pesquisa às informações levantadas e será convidado para apresentação final de seus resultados. A pesquisa não trará qualquer benefício direto e imediato e você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da

pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: pesquisadora Maria Teresa Bruni Daldon - fone: (11) 3871-9841 e com a orientadora Profa. Dra. Selma Lancman, titular do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, fone: (11) 3091-7457, na Rua Cipotânea, nº 51 – Cidade Universitária. CEP: 05360-160 – São Paulo – SP - Brasil. Qualquer consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na Rua General Jardim, 36 – 8º andar ou pelos telefones: 3397-2464 / Fax: 3397-2465 – e-mail: smscep@gmail.com.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Maria Teresa Bruni Daldon

Eu _____, RG: _____, aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Participante da
pesquisa

ANEXO L- DETALHES SOBRE OS ENTREVISTADOS BASEADOS NOS DADOS COLHIDOS NO QUESTIONÁRIO PARA A CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS VIGILÂNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Entrevista	Formação universitária	Formação pré ou pós universitária	Sexo	Idade	Desde quando trabalha em ST	Desde quando trabalha na PMSP	Desde quando trabalha no CRST/COVISA	Desde quando trabalha em VST	Também atua na assistência?
Ent 1	Medicina	Residência em Saúde Pública	Fem	50	1987	1989	1990	1987	Sim
		Especialização em Medicina do Trabalho							
		Especialização em Saúde do trabalhador e Ecologia Humana							
Ent 2	Psicologia	Especialização em Ergonomia em Sistemas de Produção	Fem	52	1993	1980	1993	1993	Sim
		Especialização em Psicanálise							
Ent 3	Sociologia	Especialização em Sócio-Psicologia	Fem	46	1997	1984	1997	1997	Não
Ent 4	Enfermagem	Especialização em Saúde Pública	Fem	55	1998	1990	1998	1990	sim
		Enfermagem do trabalho							
		Obstetrícia							
		Administração							
Ent 5	Serviço Social	Técnico em Segurança do Trabalho	Masc	57	1978	1992	1993	1993	Sim
Ent 6	Terapia Ocupacional	Especialização em terapia de mão	Fem	48	1996	1992	1996	1996	sim
		Especialização em Educação em Saúde Pública							
Ent 7	Medicina	Residência em infectologia	Fem	57	1987	1989	1989	1989	Não
		Especialização em Medicina do Trabalho							
		Especialização em Saúde Pública							
		Especialização em Higiene Ocupacional							
Ent 8	Medicina	Mestrado em Saúde Pública	Masc	60	1985	1987	2004	2000	Não
		Reumatologia							
Ent 9	Enfermagem	Especialização em Educação em Saúde Pública	Fem	48	de 1993 a 1999	1990	2010	de 1993 a 1999	Não
		Gestão em Serviços							
		Capacitação pedagógica - nível técnico							
Ent 10	Terapia Ocupacional	Mestrado em Ciências da Reabilitação	Fem	47	1996	1990	1996	1998	Sim
		Especialização em Ergonomia em Sistemas de Produção							
		Especialização em Saúde Mental							
Ent 11	Fonoaudiologia	Especialização em Audiologia	Fem	43	1989	1992	1997	1997	Sim
Ent 12	Terapia Ocupacional	Especialização em análise de sistemas	Fem	46	2000	1992	2000	2000	Sim
		Especialização em Educação em Saúde Pública							
		Especialização em terapia de mão							
		Mestrado em Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente							
Ent 13	Fisioterapia	Especialização em Saúde Pública	Fem	48	1992	1990	1992	1992	Sim

ANEXO M- INFORMAÇÕES GERAIS

Este anexo apresenta parte do material coletado nas entrevistas realizadas. Por suas próprias características, esse material foi utilizado como fonte de informação, mas não foi objeto de análise. Ele complementa o capítulo intitulado “Apresentação e discussão dos resultados” e traz detalhes que contribuem para a contextualização da realidade vivida pelos profissionais que atuam em VST na PMSP. Está subdividido em seis itens, descritos a seguir:

1. Diferentes demandas

Um dos aspectos que mais se transformou nos últimos anos foi a demanda atendida pelos CRST, tanto a de assistência quanto a de vigilância.

No passado, havia uma demanda para vigilância entendida como demanda espontânea e que era organizada nas chamadas “frentes de trabalho”. Eram processos de intervenção desencadeados quando “um caso índice” ou vários casos de doenças relacionadas ao trabalho e de acidentes de trabalho provenientes de uma mesma empresa eram atendidos pela assistência dos CRST. Esses casos chegavam ao serviço espontaneamente ou por encaminhamento de algum sindicato. Nessas situações, uma investigação das condições de trabalho era desenvolvida nesses locais.

Nessa época, antes do início da intervenção nas empresas, os trabalhadores eram entrevistados e, quando possível, eram desenvolvidas abordagens grupais que direcionavam as ações que seriam desenvolvidas. As parcerias com os sindicatos eram bastante fortes e eles, muitas vezes, acompanhavam todo o processo. No

entanto, já nesse período, a maioria da demanda era proveniente da parceria estabelecida com o Ministério Público.

Atualmente, a demanda para assistência caiu bruscamente, e essa queda interfere indiretamente na demanda para vigilância, pelo menos nas ações das chamadas “frentes de trabalho”. Uma explicação para isso é a frágil integração entre CRST e o restante da rede de saúde. A outra é a diminuição da atuação dos sindicatos, que se tornaram menos atuantes nas questões relacionadas à saúde, e seus encaminhamentos têm sido cada vez menores tanto no que se refere à assistência quanto às vigilâncias realizadas pelos CRST:

[...] a gente chamava o sindicato, ele ia com a gente nas vigilâncias, hoje a gente nem chama mais porque eles não vão, não querem saber. (Entrevista 11)

A assistência não está formalmente vinculada à vigilância e, portanto, os quadros de problemas de saúde relacionados ao trabalho ou as sequelas de acidentes detectados nos atendimentos realizados nos serviços não geram necessariamente uma investigação nas empresas de origem desses usuários, salvo raríssimas situações nas quais, por solicitação de algum dos profissionais da assistência, a equipe de VST é acionada. Embora os profissionais de VST entrevistados acreditem que seja importante haver essa vinculação, faltam instrumentos que garantam que ela se efetive.

Segundo os entrevistados, não foi estabelecido, de forma sistemática, um fluxo de encaminhamento de casos de ST entre a rede básica de saúde e os CRST, seja para assistência seja para vigilância. Essa demanda sempre foi pouco representativa. Pelos relatos, os encaminhamentos se dão de forma isolada, variando de região para região, e muito mais por iniciativa de alguns gestores e funcionários do que por causa de uma política firme que determine tal fluxo.

Os entrevistados acreditam que ainda há muito que se investir para que os demais serviços de saúde estejam preparados para reconhecer os casos de doenças profissionais e até de acidentes de trabalho. Assim, os aspectos relativos à saúde do trabalhador continuam distantes do foco de ação da rede de saúde em geral.

Em diversas regiões, os CRST realizaram e seguem realizando treinamentos de sensibilização da rede para a atenção à Saúde do Trabalhador, mas os frutos ainda estão distantes do esperado.

Apenas em um dos CRST os agentes comunitários de saúde foram apontados como parceiros importantes na detecção de situações de trabalho de risco. Isso pode indicar que as propostas da RENAST para disseminar as ações de ST por toda a rede de saúde ainda estão distantes de se efetivar na prática.

Para os entrevistados, a falta de sensibilização e de capacitação da rede para a Saúde do Trabalhador aparece como um fator que dificulta ações de prevenção e promoção na área. A presença de equipes preparadas para a atenção à saúde do trabalhador na rede poderia ser uma saída, tanto na detecção de situações de risco como na atenção às demandas dessa área.

Os próprios CRST não realizam uma avaliação efetiva da demanda de sua área de abrangência. Mesmo que essa discussão tenha feito parte de diversos fóruns, nunca se efetivou, na prática, uma vigilância voltada para o território.

Nas entrevistas, foi relatado que foram desenvolvidos, em parceria com outras instituições, diversos “projetos de intervenção” coletiva por seguimentos e de construção de normas específicas para a Saúde do Trabalhador. Nos relatos aparecem como positivos os projetos: FEBEM, supermercados, marmorarias, rotulagem de produtos químicos (ao qual se seguiu um projeto centrado nas Fichas de Informações de Segurança de Produto Químico - FISPQS), de máquinas e equipamentos de panificação e de serra de fita em açougue.

Alguns desses projetos foram interrompidos antes que seus frutos pudessem ser colhidos. É o caso do projeto que estava direcionado à construção de normas para máquinas de lavanderia, ramo onde há elevado número de acidentes.

Até meados de 2002, além das “frentes de trabalho” e dos “projetos específicos” por seguimento econômico, quase toda a demanda da vigilância realizada pelos CRST estava associada a processos desencadeados pelo Ministério Público do Estado de São Paulo (MP-ESP). O convênio só foi interrompido porque o MP-ESP deixou de atuar na área de ST. Apesar de a parceria ser considerada, por alguns dos entrevistados, como interessante para a PMSP, há uma crítica em relação

ao tempo de duração de cada um desses processos, os quais se estendiam por vários anos e, por vezes, ficavam sem conclusão.

A partir de 2006, alguns dos processos iniciados com o Ministério Público do Estado de São Paulo foram retomados pelos CRST em parceria com o Ministério Público do Trabalho (MPT-F), mas continuam sendo morosos.

Com a diminuição da “demanda espontânea” e a quase inexistência de casos encaminhados pelos sindicatos para a realização de VST, a demanda hoje é prioritariamente decorrente da notificação de Acidentes de Trabalho graves, fatais e os que envolvem menores de 18 anos. Ela carece de sistematização e de estabelecimento de critérios de atenção. Essa lacuna, somada à falta de recursos humanos e estruturais, compromete o ritmo e a efetividade das ações de VST.

2. Política de atuação

A falta de planejamento e de sistematização das ações de VST reduz quantitativamente o seu alcance e faz com que qualitativamente elas sejam mais dispersas e menos expressivas do que poderiam ser. Além disso, por não existirem instrumentos claros de avaliação, a visibilidade das ações de VST fica comprometida, pois muito do que é feito fica não é registrado e não é compreendido como um trabalho realizado.

Por várias vezes aparece, nas entrevistas, uma crítica ao despreparo dos gestores de CRST, tanto em relação à compreensão do novo papel proposto pela RENAST para a área de Saúde do Trabalhador, quanto em relação ao planejamento, administração e avaliação das ações de seus serviços. A mesma crítica é estendida às instâncias superiores da PMSP:

[...] tudo que é proposto na RENAST, no meu entender, é factível, desde que haja disposição política de fazer acontecer, e isso é coisa que eu não vejo [...] no meu entender, os gestores não entendem como administrar os serviços, não sabem executar um planejamento, não sabem fazer uma avaliação de programa, não sabem fazer avaliação de métodos, de processo. (Entrevista 7)

Em termos de política de atuação, fica nítida, nas entrevistas, a ausência de uma linha mestra que unifique as ações dos serviços de VST do município de São Paulo. Cada qual parece livre para decidir sua linha de ação e não existe uma colaboração formalizada entre eles. As ações parecem estar pautadas em iniciativas pessoais das gerências dos serviços e de seus funcionários.

Atualmente, com exceção de alguns projetos desenvolvidos em parceria entre todos os CRST do município e COVISA, como, por exemplo, o de teleatendimento, as ações ocorrem de forma desarticulada. Há um consenso quanto à necessidade de que esses serviços sejam mais unidos e compartilhem mais seus conhecimentos, conquistas e dificuldades. Também aparece o desejo de que haja maior aproximação entre COVISA, CRST e SUVIS.

Além da desarticulação intra e interinstitucional, aparece especialmente como crítica a desarticulação entre os CRST da PMSP e o CEREST Estadual, com sede na capital. Atualmente não são desenvolvidos projetos conjuntos, nem são feitas trocas sistemáticas de informação e experiências. O que aparece no relato dos entrevistados são apenas convites do CEREST Estadual para que os CRST da PMSP participem de seminários e cursos por ele oferecidos.

Na crítica quanto a desarticulação intra e interinstitucional também são lembrados a Superintendência Regional do Trabalho (SRT), o INSS e a própria rede de Atenção Básica da PMSP.

[...] falta uma ponte com a Superintendência Regional do Trabalho [...] se a gente tivesse uma parceria com eles, essas inspeções seriam mais rapidamente solucionadas, porque essa parte trabalhista é muito séria, e a gente não tem como cuidar também disso. (Entrevista 1)

Para alguns entrevistados, no atual governo, que mantém como foco a administração de grande parte da rede de saúde por meio das chamadas Organizações Sociais (OS), as ações de Saúde do Trabalhador correm à margem e não podem esperar por qualquer forma de apoio. Assim, os relatos mostram que as ações estariam tendo continuidade muito mais por iniciativa e desejo dos trabalhadores da área de Saúde do Trabalhador do que por uma proposta de política de ações para essa área, no município.

As oficinas de trabalho, promovidas pela área de Saúde do Trabalhador de COVISA em 2010, com o intuito de elaborar um “Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS para o Município de São Paulo”, aparecem como uma esperança de que haja maior integração dos diferentes serviços de ST nos trabalhos de VST desenvolvidos e de que se consiga sistematizar essas ações.

3. Processo de trabalho

Segundo alguns entrevistados, a visão de VST deveria ir além da exigência do cumprimento de normas regulamentadoras e de legislações pertinentes. Em VST, deve-se entender como se dão os processos de trabalho, os processos de produção e quais são os fatores que colocam em risco a saúde dos trabalhadores.

O processo de trabalho das intervenções em VST descrito pelos entrevistados deixou transparente que há diferenças importantes entre as diversas equipes que realizam esse trabalho. Mesmo dentro de um mesmo CRST ou dentro da própria área de Saúde do Trabalhador de COVISA, essas diferenças ficam evidentes. Elas aparecem tanto na forma de atender a diferentes fontes de demanda (AT notificados em SINAN, demandas do Ministério Público e outras), quanto na condução de cada um dos processos, mesmo que sejam oriundos de um mesmo tipo de fonte de demanda.

Procuramos aqui resumir o que pode ser apreendido sobre esses processos de trabalho e o que aparece como consenso nas entrevistas, ou seja, existem, marcadamente, três diferentes formas de as equipes conduzirem os trabalhos de VST:

- quando elas atuam na qualidade de “assistentes técnicos” do Ministério Público do Trabalho;
- quando elas atuam em “projetos específico”, de caráter intra ou interinstitucional;
- quando elas atuam como autoridades sanitárias na investigação de acidentes de trabalho.

Nas ações onde as equipes atuam na qualidade de “assistentes técnicos” do Ministério Público do Trabalho, recebem o processo já em andamento, e ele traz muitas informações sobre a empresa, o motivo da investigação e os documentos que foram apresentados (como, por exemplo, PPRA, PCA, PCMSO, PPR, etc).

Nesses casos, os técnicos fazem a intervenção da empresa e redigem um relatório, que é encaminhado ao procurador responsável pelo processo. Também avaliam os documentos que a empresa apresentou por solicitação do procurador e redigem um relatório sobre essa análise. O procurador agenda uma reunião com os representantes da empresa e os “assistentes técnicos” e elabora um TAC (Termo de Ajustamento de Compromisso). Nele, constam as adequações a serem realizadas, bem como os prazos para as mesmas. Os “assistentes técnicos” retornam à empresa para verificar o cumprimento do TAC a fim de instrumentalizar o procurador, o qual irá aplicar as sanções necessárias, se houver descumprimento do TAC.

Nos “projetos específicos”, de caráter intra ou interinstitucional que envolvem diversos CRST, as ações sempre tiveram um ritmo próprio. São trabalhos desenvolvidos a longo prazo, com um aprofundamento maior e com espaço para a utilização de instrumentos de avaliação que abordam, inclusive, tópicos da organização do trabalho e aspectos subjetivos do trabalho. Esses projetos são vistos de forma positiva pelas autoridades sanitárias entrevistadas:

[...] essa questão de parar o tempo, pra você elaborar um roteiro para uma situação específica, pra uma categoria específica, é muito importante [...] eu sempre priorizei e me senti mais motivada nos projetos do que nos atendimentos de vigilâncias pontuais. (Entrevista 2)

[...] sempre que possível é importante transformar em intervenções mais coletivas de segmento. (Entrevista 7)

Também, nesses projetos, gradualmente, os técnicos estão passando a atuar como autoridades sanitárias, mesmo nos casos nos quais inicialmente atuavam como “assistentes técnicos” do Ministério Público do Trabalho. Esse ainda é um processo de transição, e as estratégias para conciliar o ritmo e os objetivos dos processos administrativos e dos projetos específicos ainda estão sendo construídas por cada serviço envolvido.

Atualmente, a demanda para VST é basicamente gerada a partir das notificações de Acidente de Trabalho e é atendida pelas equipes de VST de COVISA

e dos CRST, na qualidade de autoridades sanitárias. As fichas SINAN chegam aos CRST, encaminhadas por COVISA.

Na época em que as entrevistas para a construção desta dissertação foram realizadas, segundo os entrevistados, alguns dos CRST ainda não haviam incorporado completamente as mudanças nos processos de VST e, na prática de atuação, as autoridades sanitárias não estavam abrindo processos administrativos. Alguns CRST continuavam remetendo ao Ministério Público do Trabalho sua demanda, inclusive a de investigação de Acidente de Trabalho recebida de COVISA.

Em outros CRST e em COVISA, a de execução dos ritos administrativos já estava um pouco mais avançada, porém nem todos haviam aplicado penalidades, como multa, por exemplo. Em alguns dos serviços, mesmo se sentindo incapazes de desenvolver essas ações, as autoridades sanitárias já assumiam esse papel e eram veementemente cobrados por sua chefia quanto à realização dos ritos.

No entanto, há relatos de Centros de Referência onde existem profissionais que não são autoridades sanitárias e que fazem intervenções em VST. O problema apontado pelos entrevistados é que assinar os procedimentos do processo administrativo sobrecarrega de responsabilidades o colega que oficialmente é autoridade sanitária e que deverá arcar sozinho com as ações adotadas:

A responsabilidade vai só pra quem assinou (Entrevista 10).

Segundo os entrevistados, que já estavam abrindo processos administrativos para a realização das VST, as ações seguem basicamente as seguintes etapas:

a. Uma vez identificada a origem e o histórico da demanda, as empresas são distribuídas, geralmente pelos gestores de cada serviço, para as equipes de vigilância constituídas por dois ou três profissionais.

b. Antes da intervenção, é essencial entender a natureza do trabalho desenvolvido pela empresa para então inspeciona-la. Os técnicos costumam estudar previamente os possíveis processos de trabalho presentes naquele ambiente. É realizada uma pesquisa sobre a empresa, o ramo de atividade, o grau de risco, o tipo de produto que pode ser encontrado, a situação junto à Receita Federal. Em COVISA, como há fácil acesso ao banco do SINAN e SIVAT, é possível verificar o histórico de acidentes de trabalho ocorridos na empresa. Tudo isso é feito para se ter

uma noção do que poderá ser encontrado no momento da intervenção. Algumas equipes procuram identificar qual é o sindicato que responde pela categoria de trabalhadores da empresa e, se é um sindicato ativo com o qual é possível contar, ele é chamado para participar do processo de intervenção:

[...] cada ambiente de trabalho é uma situação nova, é um setor novo, é um seguimento novo (Entrevista 12).

c. Intervenção e solicitação de documentos: os entrevistados contam que, ao chegar nos locais da intervenção, costumam ser confundidos com fiscais da SRT ou com equipes de vigilância sanitária. É sempre preciso esclarecer que eles estão ligados à PMSP e que seu propósito é a saúde dos trabalhadores. Relatam que, durante as inspeções, são acompanhados por representantes da empresa e, nos casos em que a empresa conta com uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), alguns dos entrevistados costumam solicitar que pelo menos um membro dessa comissão (representante dos trabalhadores) acompanhe a intervenção.

No momento da intervenção, as autoridades sanitárias podem apontar os aspectos irregulares considerados relevantes e dar uma orientação aos trabalhadores e representantes da empresa sobre o observado, com o intuito de dar início ao processo de transformação almejado.

Um desafio é estabelecer alguma forma de diálogo com os trabalhadores sem expô-los a qualquer forma de constrangimento. Como essa aproximação com o saber do trabalhador é um pressuposto essencial da ST, aí se instaura um conflito entre o que se acredita ser fundamental para a VST e o que é possível na prática.

Alguns entrevistados mencionam que por vezes utilizam, como estratégia, a realização de enquetes com os trabalhadores, chamando um grupo por amostragem. No entanto, nem sempre isso é possível quando se quer preservar o trabalhador e não expô-lo a represálias por parte da empresa, principalmente nas pequenas e micro empresas.

Os ambientes de trabalho costumam ser inspecionados seguindo o fluxo do processo produtivo, o que facilita a compreensão e apreensão do quadro geral da empresa.

Para a investigação de acidentes de trabalho, alguns poucos entrevistados disseram que há um roteiro específico, mas que não é adotado por todas as equipes

de vigilância. Nos relatos coletados, não fica claro como é feita essa investigação quando tal roteiro não é seguido, parece que ela se dá no contexto do todo da empresa. Alguns entrevistados dizem que mencionam os acidentes ocorridos somente após verificar as Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT) que lhes são apresentadas pela empresa.

Geralmente, já na primeira intervenção, são solicitados alguns documentos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, inclusive as CAT. Embora haja certo consenso, cada equipe determina quais documentos serão inicialmente solicitados. Alguns são requeridos em todas as empresas, outros são pedidos eventualmente, de acordo com o ramo de atividade, o grau de risco e o porte da empresa. No decorrer do processo outros documentos podem ser solicitados.

Os entrevistados relatam que, nos processos de VST, recorrem à observação, fotos/filmagem e anotações para coletar dados para o relatório que deverão elaborar.

d. Relatório: a quantidade de informações a ser apreendida é grande e a equipe pode precisar retornar várias vezes à empresa para compreender e assimilar o que nela ocorre.

Os profissionais entrevistados comentam que não é simples compreender e apreender ao mesmo tempo o processo produtivo, as máquinas e equipamentos que são utilizados, avaliar as condições de trabalho e os fatores de risco à saúde dos trabalhadores e, ainda, compreender as relações de trabalho nas quais tais trabalhadores estão envolvidos.

Quando retornam das inspeções para seus serviços de origem, os entrevistados procuram aprofundar o conhecimento sobre o que foi observado recorrendo, quando possível, ao sindicato da categoria, a relatos de trabalhadores da empresa e à literatura. Na maior parte dos casos, segundo eles, somente estão disponíveis as informações da literatura ou da troca de conhecimento com colegas de outras equipes de vigilância.

A avaliação dos documentos apresentados pela empresa e o relatório sobre essa avaliação complementam os dados coletados na intervenção e são incluídos no processo administrativo. É apontada por vários dos entrevistados a péssima qualidade dos documentos apresentados pelas empresas. Eles consideram que os Programas

(PPRA, PCMSO, etc) que deveriam de fato promover a segurança e saúde do trabalhador costumam ser vagos e teóricos, suas avaliações não refletem a realidade das empresas nem trazem propostas concretas de transformação e adequação.

Nem sempre é possível emitir um Auto de Infração na primeira intervenção, pois nele devem constar as irregularidades observadas. No entanto, o processo administrativo somente tem início com a emissão desse documento e todas as outras medidas realizadas pelas autoridades sanitárias até chegar a ele não têm um registro formal como atividade desenvolvida.

Dessa forma, há urgência na elaboração de um primeiro relatório da intervenção e do relatório SIVISA (nos CRST em que este sistema está implantado). Em certos casos, as equipes de VST associam a entrega do relatório à empresa com a aplicação do Auto de Infração, detalhando no relatório as irregularidades encontradas e os aspectos que devem ser adequados.

Alguns dos entrevistados que já haviam emitido Auto de Infração (AI) relataram sentir grande dificuldade no preenchimento desse documento, fato que atribuem à falta de treinamento adequado e à inexperiência em lidar com ritos administrativos.

Os erros de preenchimento que são cometidos são constrangedores para as autoridades sanitárias, pois elas precisam retornar às empresas para reaplicar o AI e invalidar o anterior. O mesmo ocorre com outros documentos que devem ser preenchidos, como os Autos de Imposição de Penalidade (de multa, de interdição, de desinterdição, entre outros).

e. As sanções: os processos administrativos são muito trabalhosos e tem etapas rígidas a serem seguidas, do contrário comprometeriam o andamento dos processos. Todo Auto de Infração implicará em uma penalidade, mesmo que seja a mais branda, que é a Advertência.

Os entrevistados relatam que decisões rápidas precisam ser tomadas, como interditar equipamentos e máquinas que ofereçam risco grave e iminente de acidente. Tomar ou não tal medida é um elemento percebido como estressor e de grande responsabilidade. Envolve conhecimento técnico acurado e determina a interrupção de atividades de trabalho no interior da empresa. Essa paralisação tem um peso

importante para as empresas, pois pode gerar danos financeiros pelo descumprimento de contratos de entrega ou comprometimento da matéria-prima utilizada.

Os prazos apertados para a análise de “defesa” de autos de infração ou de “recursos” de penalidades - como interdição, multa, entre outras - e o acúmulo de demandas são apontados pelos entrevistados como aspectos que também dificultam a realização do seu trabalho e como fator estressante. Também responder a “defesas” e “recursos” é um processo bastante trabalhoso, principalmente quando as empresas contratam equipes de advogados e as autoridades sanitárias precisam responder a questões jurídicas que vão além dos aspectos técnicos da Saúde dos Trabalhadores.

f. Estratégias para promover as transformações: uma das utilizadas pelos profissionais nas intervenções é solicitar a apresentação de um cronograma de adequações como uma forma de estimular que as empresas se engajem em um processo de transformação.

Os prazos do cronograma são avaliados e acatados, quando pertinentes, ou contestados, quando considerados abusivos. Transcorrido o prazo estipulado nos cronogramas, as autoridades sanitárias retornam à empresa para verificar as adequações realizadas e aplicar penalidades, quando necessárias, de acordo com o CSM, conforme a evolução de cada um dos processos.

Quando todas as adequações são realizadas, o processo é encerrado e é aplicada a menor das penalidades, que é uma Advertência, mas, infelizmente, segundo foi relatado, muitos cronogramas apresentados não abrangem todos os tópicos que necessitam de transformação, especialmente os relacionados à organização do trabalho e a aspectos subjetivos. Também costumam ser negligenciados aqueles tópicos que envolvem um alto custo financeiro. Mesmo quando os cronogramas trazem as medidas necessárias de correção, por vezes elas não são efetivamente adotadas.

Quando a empresa não responde às solicitações das autoridades sanitárias, outras penalidades devem ser aplicadas. É nesse momento que esses profissionais podem passar pelos piores constrangimentos, ou seja, agressões verbais, morais e até ameaças à sua integridade física. Dessa forma, fazem o possível para protelar o início do processo administrativo e a adoção de tais penalidades.

O processo somente se encerra quando as condições de trabalho estão adequadas. Nos casos em que não há sucesso, os processos são encaminhados via COVISA para a abertura de ações judiciais.

Segundo os entrevistados, o tempo despendido nos ritos administrativos “rouba” um tempo precioso que deveria ser empregado em análises técnicas e construção de processos concretos de transformação das condições e situações de trabalho nas empresas investigadas. São diversos documentos a serem avaliados e respondidos dentro de prazos rígidos e mediante uma demanda que está, em vários dos Centros de Referência, acima da capacidade das equipes de trabalho.

Ainda não há clareza quanto à conciliação dos papéis de “assistente técnico” e “autoridade sanitária”, uma vez que, atualmente, há, no caso de certas intervenções, a sobreposição dos papéis. São situações em que os profissionais dos CRST já respondem como “assistentes técnicos” do Ministério Público do Trabalho em uma determinada empresa e são designados pela COVISA para realizar a investigação de um acidente de trabalho ocorrido nessa mesma empresa. A situação também gera dúvidas quanto ao papel a exercer nas novas solicitações de assistência técnica recebidas do MPT-F por esses profissionais. Aí não fica claro até que ponto eles podem atuar sem ter que exercer também o papel de autoridade sanitária e sem precisar gerar a abertura de um processo administrativo ligado a PMSP.

4. Formação e capacitação, respaldo jurídico e administrativo

Alguns entrevistados relatam que se sentem preparados para exercer o papel que lhes está sendo cobrado no que se refere a aspectos técnicos da Saúde do Trabalhador, mas não se sentem seguros quanto aos aspectos jurídicos e administrativos. Acabam precisando tomar decisões que acreditam que não deveriam ser tomadas sem um efetivo apoio jurídico e sem uma configuração mais clara de suas tarefas.

A falta de respaldo jurídico é um grave problema apontado, principalmente, porque as autoridades sanitárias precisam, frequentemente, responder a “defesas” e “recursos” que costumam ser elaborados por equipes de advogados. Para os entrevistados, o distanciamento entre as equipes dos CRST e a procuradoria de COVISA dificulta ainda mais o acesso a informações e fundamentação para a elaboração de tais respostas. Eles se sentem impelidos a pesquisar e se autocapacitar para tratar de aspectos jurídicos que, em princípio, pensam que não deveriam fazer parte de suas atribuições. Nenhum dos serviços conta com advogados em suas equipes.

Os profissionais recorrem a trocas informais de experiência com colegas e até mesmo com equipes de outros serviços. Não há uma formalização ou uma prescrição clara da construção dos processos administrativos. Tudo é assumido como novo e todos se classificam como pessoas em formação, aprendendo a fazer pela prática diária:

Somos alunos ainda, nesse novo jeito de fazer vigilância como Autoridade sanitária (Entrevista 12).

Os entrevistados relatam que até mesmo questões como o fluxo dos processos, sua guarda e manutenção, a junção de documentos, as etapas a serem seguidas continuam sendo fonte de dúvidas e incertezas para os membros das equipes, sejam eles trabalhadores administrativos, autoridades sanitárias ou chefias dos serviços.

Apontam que as próprias chefias locais estão tendo dificuldade de assumir seu novo papel, em que a responsabilidade deixa de ser um atributo técnico, político, para se tornar uma responsabilidade processual, um processo administrativo no qual têm que se posicionar e tomar decisões que validem e até determinem as ações das autoridades sanitárias.

Pelas entrevistas, é possível perceber que pode não haver homogeneidade de condutas e que cada chefia tem autonomia para tomar suas próprias decisões e as constrói de acordo com o que julga certo e adequado.

5. Recursos materiais e humanos

Dentre as queixas apresentadas nas entrevistas estavam as de falta de infraestrutura para o desenvolvimento das ações de VST, o que compromete a qualidade e quantidade do trabalho realizado.

As diferenças de condições de trabalho entre os diversos serviços são patentes e revelam que não há uniformidade na distribuição e/ou uso dos recursos disponíveis na PMSP. Parece que predominam as iniciativas individuais de técnicos e gestores diretos na busca de soluções que atendam às suas necessidades e não um planejamento em nível central da PMSP.

Foi relatada dificuldade de acesso à verba RENAST, inclusive para o subsídio de reciclagem profissional (cursos, congresso, etc) e falta de clareza quanto aos mecanismos de acesso a tais recursos. As deficiências relatadas são tanto de recursos materiais quanto humanos.

Na maioria dos serviços, não há veículos de transporte disponíveis para a execução das ações. Faltam itens de informática e de escritório, e as instalações são inadequadas. Não há suficiente apoio administrativo e suporte jurídico. As equipes de VST são enxutas e, em certos casos, compostas apenas por dois profissionais.

A ausência de concursos públicos, para categorias que hoje compõe o quadro dos profissionais que atuam em VST, compromete a composição e reposição do deficiente quadro. Algumas especialidades, tidas pelos entrevistados como de extrema importância para as ações, praticamente inexistem nas equipes, como: engenheiros, advogados e técnicos de segurança:

Hoje não conseguimos ter minimamente uma equipe (Entrevista 7).

Segundo os entrevistados, a falta dessas categorias profissionais os obriga a buscar, por conta própria, formação que os capacite a avaliar aspectos das condições de trabalho para as quais sua formação de origem não os capacita. A PMSP não investe em capacitação técnica e administrativa:

[...] eu fui aprendendo com os outros técnicos, no dia a dia, no dia a dia do trabalho com quem já havia aprendido (Entrevista 3).

[...] sabe, a gente tinha que ter cursos específicos. [...] uma coisa que nos ajuda a aprender muito são as vigilâncias ligadas ao Ministério Público em que a gente tem feito com um colega que é engenheiro do Ministério. (Entrevista 4)

A impossibilidade de contar com maior participação dos trabalhadores das empresas agrava a situação e distancia as ações do propósito da ST, que seria valorizar o saber desse trabalhador. As intervenções acabam ficando centradas em recomendações técnicas, científicas e legais, para as quais a maioria dos entrevistados não se sente devidamente capacitada.

Os entrevistados relatam, ainda, que estão constantemente expostos a ambientes com condições de trabalho insalubres e, portanto, invariavelmente, eles próprios estão vulneráveis a Acidentes de Trabalho.

6. As intervenções e os menores de 18 anos

Algumas situações extrapolam aquelas que as autoridades sanitárias costumam testemunhar e os coloca em conflitos éticos, entre elas destacamos as intervenções que envolvem menores de idade.

Para certos entrevistados, ao afastar um menor de atividades de trabalho que oferecem risco a sua saúde está, por um lado, protegendo-o, mas, por outro, expondo-o a uma situação de total ausência de uma política pública de inclusão, principalmente para menores pobres e que vivem em regiões periféricas da cidade. O que esse menor fará alternativamente ao trabalho que vinha realizando? Os entrevistados explicam que não defendem que menores trabalhem em situação de risco, mas clamam por políticas públicas que possam acolher essa população quando ela precisa deixar o trabalho no qual estava inserida:

[...] a preocupação da equipe é muito lúcida quando ela se depara com essa situação. Eu vou retirar a única oportunidade que foi oferecida a esse menor? Eu não posso ser um agente de destruição [...] você vai investigar só o acidente pelo acidente, isso é muito vazio, muito pouco, permeado por questões inclusivas. (Entrevista 1)

11. REFERÊNCIAS

Abrahão JI, Sznclwar LI, Silvino AMD, Sarmet MM, Pinho DLM. *Introdução à Ergonomia: da prática à teoria*. 1. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2009.

Abreu ACS, Resende LM. Reestruturação produtiva: algumas reflexões sobre seus rebatimentos no serviço social. *Serviço Social em Revista*. 2001; Jul/Dez; 4 (1):45-57.

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. *Violência no trabalho*. [citado 15 nov. 2005]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>.

AHCIET, Associação Ibero-americana de Centros de Pesquisa e Empresas de Telecomunicações, *VI Premio Iberoamericano de Ciudades Digitales, 2009*. [citado 12 mar.2011]. Disponível em: http://comunidades.iberomunicipios.org/premio/MejoresPracticas/Documents/Mejores%20Pr%C3%A1cticas%20VI%20Premio/BRASIL_Sao%20Paulo_09.pdf.

Alves G. *O novo (e precário mundo do trabalho) - reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempoeditorial; 2000.

Antunes R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez /UNICAMP; 1995.

Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo; 1999.

Antunes R. Para onde vai o mundo do trabalho. Trabalho apresentado no *XXVIII Encontro Anual da ANPOCS*; 2004 [citado 14 out. 2006]. Disponível em: <http://www.psolsp.org/?id=235>.

Aquino JD de. *Considerações Críticas sobre a Metodologia de Coleta e Obtenção de Dados de Acidentes do Trabalho no Brasil* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 1996.

Barbosa da Silva Júnior J. *Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2004.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

Benevides Pereira, AMT. (ORG). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Bernardo MH. *Discurso Flexível, Trabalho Duro: o contraste entre o discurso de gestão empresarial e a vivência dos trabalhadores* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2006.

Brandão, RCC. *O Serviço Social no Brasil: A Reinstrumentalização Necessária* [tese]. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista de Franca; 2006.

Brasil, Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, *Portaria Interministerial nº 800, de 03 de maio de 2005* - DOU de 05/05/2005, Texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho. Brasília (DF): MPS/MS/MTE; 2005a.

Brasil, Ministério da Saúde, *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. [citado 06 set.2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Brasil, Ministério da Saúde, *Portal do Ministério da Saúde*. [citado 11 nov. 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=47297.

Brasil, Ministério da Saúde, *Portaria Nº 2.437/GM de 7 dezembro de 2005*, Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005d.

Brasil, Ministério da Saúde, *Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)*; 2005c. [citado 18 agos. 2009]. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/cesat/3aCNST/Protoc_VISAT_vers_13_julho.doc.

Brasil, Ministério da Saúde. *Lei Federal 9782/99 de 26 de janeiro de 1999*. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. *Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho*; 2005b. [citado 06 fev. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde/Divisão de Saúde do Trabalhador. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Divisão de Saúde do Trabalhador, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.

Brasil, MS. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de Gestão e Gerenciamento*, 1ª edição, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006; 1988.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, MPAS. *Anuário Estatístico da Previdência Social* 2007. [citado 11 nov. 2008] Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=480>.

Brasil. Ministério da Saúde *Portaria nº 3.252* de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde *Portaria nº 3.252* de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde, *Manual de Normas e Procedimentos para VST no SUS*. Coordenação de Saúde do Trabalhador - Divisão de Saúde do Trabalhador, SAS, SNVS, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995.

Brasil. Ministério da Saúde, *Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)*. [citado 07 mar. 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35691.

Brasil. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde - LOS. Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes 2ª edição. ACS, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.908-98 - *NOST-SUS - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 777/GM de 28 de abril de 2004*, Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.679 de 19/09/2002* dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério do Trabalho. *Portaria n.º 3.214*, de 08 de junho de 1978 D.O.U. de 06/07/1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília (DF): Ministério do Trabalho; 1978.

Brito J. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. (org). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004 p. 91-114.

Brito J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; oct./dec: 10 (4): 879-89.

Brito JC, Porto MFS. *Processo de Trabalho, Riscos e Cargas à Saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991. Mimeo.

Centro de Vigilância Sanitária, CVS, *Seminário Acidentes de Trabalho: Notificar - Investigar - Prevenir*; 2009. [citado 02 fev.2010]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/ev_ler.asp?gt_codigo=&ev_codigo=211.

Codo W, Sampaio JJC, Hitomi AH. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem disciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1993.

Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST). Proposta para a PNSST; 2011. [citado 07 mar. 2011]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/comissoes_ctssp.asp.

Coutinho Netto OB. *Estudo sobre carga de trabalho e processo de desgaste dos auxiliares de enfermagem de um hospital Universitário de Pernambuco* [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Saúde Coletiva; 1998.

Da Matta, R. O ofício do etnólogo ou como ter antropológico blues In: Nunes E. (org). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 23-35.

Daniellou F.(org.) *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Ed. Edgard Blucher; 2004.

Dejours C, Abdoucheli E, Jayet, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.

Dejours C. *A avaliação do trabalho submetida a prova do real - críticas aos fundamentos da avaliação*. Cadernos de Trabalho, tecnologia e organização n°2. Sznalwar LI, Mascia F. (Orgs.). São Paulo: Blucher; 2008.

Dejours C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.

Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré; 1987.

Dejours C. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: Lancman S, Sznalwar LI. (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004a. p. 105-26.

Dejours C. Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004b. p. 47-104.

Dejours C. Análise psicodinâmica do trabalho e sociologia da linguagem. In: Lancman, S. e Sznelwar LI. (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004c. p. 197-241.

Dejours C. *Conferências brasileiras*. São Paulo: Fundap e Eaesp-FGV; 1999b.

Dejours C. Inteligência prática e sabedoria prática: Duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: Lancman, S. e Sznelwar LI. (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004d. p. 277-99.

Dejours C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1997.

Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): 817- 28.

Dias EC. *A atenção à Saúde dos Trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia, Utopia?* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1994.

DIEESE, Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconomicos, Pesquisa de Emprego e Desemprego PED, Região Metropolitana de São Paulo; 2010. Divulgada em Janeiro de 2011. [citado 15 mar.2011]. Disponível em:<http://www.dieese.org.br/ped/sp/pedrmisp0111.pdf>.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo, *Cadernos de Pesquisa*. 2002; março; 115:139-54.

Ferrer AL. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Freitas CU, Lacaz FAC, Rocha LE. 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*. 1985; 2 (1): 3-10.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Gonçalves RM de A, Lancman S, Jardim TA, Sznelwar L, Trudel L. O Trabalho dos agentes de trânsito do Município de São Paulo: uma análise ergonômica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2005;16 (2): 75-82.

Gonçalves RM de A. *Análise qualitativa das implicações do trabalhar na rua à saúde dos trabalhadores: um estudo com agentes de fiscalização do estacionamento rotativo (Zona Azul) da Companhia de Engenharia de Tráfego do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Guerín F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Keguelen A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher; 2001.

Heloani JR, Capitão CG. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2003; Apr./June; 17 (2): 102-08.

Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (III CNST): trabalhar, sim! adoecer, não!: coletânea de textos. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.72-78.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cadastro Central de Empresas* (Cempre); 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010, população do município de São Paulo*; 2010b. [citado 12 mar.2011]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio_zip.shtm.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Censo 2010*; 2010a. [citado 28 fev.2011] Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009*; 2009. [citado em 28 fev.2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708.

International Labour Organization (ILO). *Introduction to violence at work*. SafeWork-Violence at work; 2002. [citado 15 nov. 2005]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/index.htm>.

Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelos agentes comunitários de saúde. *Interface*. (Botucatu). 2009; 13 (28): 123-35.

Jardim TA. *Impactos na saúde mental no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família: contribuições da Terapia Ocupacional* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

Lacaz FAC, Florio, SMR. Controle Social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14 (6): 2123- 2134.

Lacaz FAC, Machado JHM, Porto MFS. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. *Relatório Final*; Setembro de 2002. Apoio financeiro: Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS), Apoio logístico: ABRASCO. [citado 23 ago. 09]. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatrioFinal%20.pdf>.

Lacaz FAC, Machado JMH, Porto MFS. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: diagnóstico inicial. *REVISA. Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, São Paulo. 2006; 2 (1): 112-21.

Lacaz FAC. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações Trabalho-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23 (4): 757-66.

Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador no Brasil: vinte anos de história. In: Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, MS, 2005.

Lacaz FAC. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13 (2): 7-19.

Lacaz FAC. *Saúde no Trabalho* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1983.

Lacaz FAC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Texto de apoio. Curso Pré Congresso. III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre: ABRASCO, 1992.

Lancman S, Jardim TA, Uchida S, Sznclwar L, Gasparo S. O trabalhar no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: Sznclwar L (Org.). Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF; *Cadernos de Atenção Básica, estudos avaliativos* 3. 1ª ed. São Paulo: Consorcio Medicina USP/ Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2006, v. 3, p. 207-228.

Lancman S, Ghirardi MIG. Pensando novas praticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2002; 13 (2): 44-85.

Lancman S, Heloani R. Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação no trabalho. *Rev. Produção*. 2004; 14 (3): 77-86.

Lancman S, Jardim, TA. O Impacto da Organização do Trabalho na Saúde Mental: Um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2004; 15 (2): 42-89.

Lancman S, O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho In: Lancman S, Sznclwar LI. (orgs) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p.23-34.

Lancman S, Sznclwar L, Uchida S, Tuacek, TA. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface* (Botucatu). 2007; 11 (21): 79-92.

Lancman S, Sznclwar LI, Uchida S, Alonso CMC, Juns AG. Ação em Psicodinâmica do Trabalho: contribuições sobre o trabalhar em saúde mental. In: Lancman S. (Org.). *Políticas Públicas e processo de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15; 2008. p. 175-201.

Lancman S, Sznclwar LI. (orgs) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo15; 2004.

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* (USP). 2003; 6: 79-90.

Lancman, S. *Saúde Mental e Trabalho: repensando a ação em Terapia Ocupacional* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Ed. Cebes-Hucitec; 1989.

Laurell AC. Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos. In: Nunes ED (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde – OPAS; 1985. p. 255-76.

Lopes DMQ. *Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde* [dissertação]. Santa Maria , RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2009.

Machado JMH, A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): 987-92.

Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003; 12 (3): 121-131.

Machado JMH. *Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

Machado JMH. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13 (Supl.2): 33-45.

Maggi B. *Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem*. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.

Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2004, Bauru. Anais. Bauru : USC; 2004. v. 1. p. 1-10.

Martins, HHTS. Metodologia Qualitativa de Pesquisa. *Educação e Pesquisa (USP)*. 2004; 30: 289-300.

Mendes EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MRL. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (EV Mendes, ed.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993. p. 159-85.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. 1991; 25 (5): 341-49.

Mendes R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu; 1996.

Minayo, MCS, *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

Minayo-Gomes C, Thedim-Costa SM. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13 (supl. 2): 21-32.

Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4): 797- 807.

Montmolin M. *A ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget; 1990

Nardi, H. Saúde do Trabalhador, subjetividade e interdisciplinariedade. In MERLO, ARC. *Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: UFRGS; 2004. p. 43-64.

Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella M, Re A. *Ambiente de Trabalho - A Luta dos Trabalhadores pela Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1986.

OIT, Organização Internacional do Trabalho, Declaração do Sr. Juan Somavia, Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT) por ocasião do Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho 28 de abril de 2010. [citado 28 fev.2011] Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/topic/safework/doc/somavia_safeday_10_154.pdf e em <http://casodepericia.wordpress.com/2010/04/29/oit-celebra-dia-mundial-da-seguranca-e-saude-no-trabalho>.

OIT, Organização Internacional do Trabalho, *Relatório de Tendências Mundiais de Emprego 2010*. [citado 25 fev.2011] Disponível em: <http://www.oit.org.br/topic/employment/doc/davos_brasil_131.pdf. e em: http://www.oit.org.br/topic/employment/news/news_131.php.

OIT, Organização Internacional do Trabalho. *Trabalho decente– Safe work. Informe Introdutório para o XVII Congresso Mundial sobre a Saúde e Segurança do Trabalho; 2005*. [citado 11 mai. 07] Disponível em: www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf.

Oliveira LSB. *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho: Origens, Evolução no Brasil e Análise Crítica da Prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na Década de 1980* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

Oliveira MHB, Oliveira LSB, Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF. Análise comparativa dos dispositivos de Saúde do Trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13 (3): 425-33.

Oliveira RMR. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do espírito Santo - CRST/ES* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Pinheiro TMM. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A vigilância do conflito e o conflito da vigilância* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.

PISAST, Paine de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, IV Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; 2001, apresentação em Power point intitulada PNSST no SUS por Jandira Maciel da Silva / Letícia Coelho da Costa Nobre. [citado 02 fev.2011]. Disponível em www.saude.gov.br/svs/pisast.

Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST); 2010 [citado 02 fev. 2011]. Disponível em: <http://trabalhodecente.blogspot.com/2010/02/politica-nacional-de-sst-pode-ser.html> e <http://trabalhodecente.blogspot.com/2010/03/lula-assina-pnsst-mas-o-pais-ainda-nao.html>.

Porto M, Lacaz FAC, Machado JHM. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2003, set/dez, ano XXVII; 27 (65): 192 - 206.

Porto MFS, Machado JMH, Freitas CM. Promoção da Saúde e intersetorialidade: a experiência da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Construção de Redes. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. O Sujeito na Saúde Coletiva. Anais. Salvador, Bahia, 28 de agosto a 03 de setembro de 2000.

Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON-SIMSON OM. (org. e intr.). *Experimentos com histórias de vida* (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, v.5; 1988. p. 68-80.

Ramminger T, Nardi HC. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Physis*. 2007; 17(2):265-87.

REDE Especial, Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil- Itália *Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho*. São Paulo: Imprensa Oficial do estado de São Paulo; 1998.

Ribeiro, HP, Lacaz FAC (orgs.). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: IMESP-DIESAT; 1985.

Rigotto RM. *Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.

Ruiz LM, Silva NR da. Indicadores de burnout em docentes de terapia ocupacional: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2009; 20 (2): 101-09.

Salerno M. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: Salerno MS (org.). *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC; 2001. p.9-22.

Sanchez MO, Reis MA, Cruz ALS, Ferreira MP. Atuação do Cerest nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no setor canavieiro. *Saúde e sociedade*. 2009, jan/mar ; 18 (supl.1): 37-43.

Santorum KMT. *Pelas Fendas do Trabalho Vivo: textos, contextos e atos na atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Santos APL. *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]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana; 2001.

Santos APL. *Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.

Santos UP, Wunsch Filho V, Carmo J, Setiimi MM, Urquiza SD, Henriques CMP. Sistema de Vigilância Epidemiológica para acidentes de trabalho: experiência na zona norte do município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. 1990; 24 (4): 286-93.

São Paulo (Cidade) SMS. *Portaria nº 1.470, de 30 de abril de 2002*, institui o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho - SIVAT - no Município de São Paulo e regulamenta seu fluxo de informações. São Paulo; 2002.

São Paulo (Cidade), 2004, *Lei Municipal nº 13.725 de 09/01/2004* que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo; 2004. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em : <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/financas/legislacao/Lei-13725-2004.pdf>.

São Paulo (Cidade), 2008, *Portaria N° 1151/2008-SMS.G*, entre outras coisas subordina as áreas técnicas responsáveis por Programas e Políticas de Saúde, inclusive a de Saúde do Trabalhador, à Coordenação da Atenção Básica; 2008b. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/atencao_basica/Portaria_SMS-1151_2008.pdf.

São Paulo (Cidade), Decreto 50.079, de 7 de outubro de 2008, Regulamenta disposições da Lei n° 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, Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOM), n°190 de 08/10/08, p.01. São Paulo; 2008a.

São Paulo (Cidade), *Portaria 1930/2009 – SMS.G* publicada no DOC de 06/11/2009 dispõe sobre as atribuições e competências das gerências e subgerências de COVISA e do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde. São Paulo; 2009a.

São Paulo (Cidade), SMS Saúde do Trabalhador; 2010b. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador.

São Paulo (Cidade). *Pacto pela saúde 2008/2009, Relatório dos Indicadores do Pacto Pela Vida 2008* – Município de São Paulo de São Paulo, 22 de junho de 2009; 2009f. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/RltIndicPctVd%202008_2009.pdf.

São Paulo (Cidade). Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo. *Termos de cooperação*; 2010c. [citado 02 mar. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/index.php?p=6982.

São Paulo (Cidade). SMS *Glossário de termos expressões e siglas em Saúde do Trabalhador*; 2010a. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/index.php?p=6984.

São Paulo (Estado). *Lei n° 10.083, de 23 de setembro de 1998* dispõe sobre a criação do Código Sanitário Estadual. São Paulo; 1998.

São Paulo (Estado). *Resolução SS - 63, de 30-4-2009*, Regulamenta o fluxo de notificações de agravos à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo; 2009.

São Paulo (Estado). *SIVISA, Sistema de Informação em Vigilância Sanitária* [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/sivisa_sobre.asp.

São Paulo, (Cidade). SMS. *Sistema de Vigilância de Acidente de Trabalho – SIVAT*. Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo; 2009c. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/saude_do_trabalhador/sivat/index.php?p=7003.

São Paulo, (Cidade). SMS. Coord. de Vigilância em Saúde; 2009b. [citado 28 ago. 2009]. Disponível em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/organizacao/0001.

São Paulo, (Cidade). SMS/ Coordenação de Epidemiologia e Informação, CEInfo. *Diretório de base de dados*. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo; 2009d. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/infisaud e/Diretorio_Bases_Dados.pdf.

São Paulo, (Cidade). SMS/COVISA/GEVISAM/Saúde do Trabalhador/SINAN – SIVAT - *Relatório de Notificação de Acidente de Trabalho no SINAN*; 2009e. [citado 02 fev. 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/sinan2009_1291658577.pdf.

Sato L, Bernardo MH. Saúde Mental e Trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): p. 869-78.

Sato L. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbanos* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1991.

Sato L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cad. Saúde Pública*. 1996, out/dez; 12 (4): 489-95.

Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigação em Saúde Pública em São Paulo. *Estudos de Psicologia (UFRN)*. 2006; 11: 281-88.

Sato L. Prevenção de agravos à Saúde do Trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cad. Saúde Pública*. 2002, Set/Out; 18 (5); 1147-66.

Scopinho RA. Controle social do trabalho no setor sucroalcooleiro: reflexões sobre o comportamento das empresas, do Estado e dos movimentos sociais organizados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2004; 7: 11-29.

Scopinho, R. *Vigiando a Vigilância. Saúde e segurança no trabalho em tempos de qualidade total*. São Paulo: Annablume: Fapesp; 2003.

Segnini MP. *Sofrimento e prazer no trabalho artístico em dança*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Seligmann-Silva E. 1994. *Desgaste mental no trabalho dominado* - Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez/.

Sennett R. *A Corrosão do Caráter*. Rio de Janeiro: Record; 1999.

Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª ed. rev. atual. São Paulo, Cortez, 2007.

Silva MT, Lancman S, Alonso CMC. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (supl.1): 36-42.

Spedo, SM. *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)* [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Sznelwar LI, Lancman S, Wu MJ, Alvarinho E, Santos M dos. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*. 2004; 14: 45 - 57.

Tambellini AT. Política nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. In: I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília, DF, 1986. Anais. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 1986.

Tanaka OY, Melo C. *Avaliação de programa de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp; 2004.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998; 7(2):7-28.

Toldra RC, Daldon, MTB, Santos MC dos, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; 35: 10-22.

Uchida S, Lancman S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* (USP). 2003; 6: 79-90.

Uchida S, Sznelwar LI, Lancman S. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para o desenvolvimento de ações transformadoras no processo laboral. In: Glima DMR; Rocha LE. (Org.). *Saúde mental no trabalho*. Da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010. p. 191-209.

Uchida S. Organização do Trabalho: Vivências de sofrimento e prazer. In: Mendes AM, Lima SCC, Facas EP. (Org.). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. 1ª ed. Brasília: Pararelo 15; 2007. p. 105-18.

Vasconcellos LCF. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma Política de Estado* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Vasconcelos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13 (2); 269-75.

Vergara SC. *Métodos de Pesquisa em Administração*, 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2006.

Vidal M C. *Conceitos Básicos para uma Engenharia do Trabalho, ou seja, uma Ergonomia Contemporânea*. Rio de Janeiro: Grupo de Engenharia do Trabalho e Ergonomia/ Coordenação de Programas de Pós-Graduação em Engenharia/ Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1995.

Vilela RAG, Silva, RC, Jackson Filho JM. Poder de Agir e sofrimento: o caso dos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da família de Piracicaba - SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010; 35: 289-302.

Vilela RAG. *Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho: a experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba; Construindo Prevenção e Desvelando a Impunidade* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Vilela RAG. *Desafios da Vigilância e da Prevenção dos Acidentes do Trabalho*. São Paulo: LTR; 2003.

Waissmann W, Castro JAP. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. 1996. In: Texeira P, Valle S. (Orgs). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 15-25.

Wisner, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. Tradução de Roberto leal Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

Yin, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial do serviço. In: Salerno MS. (org.). *Relação de serviço: Produção e avaliação*. São Paulo: SENAC; 2001. p. 67-93.