

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

MARIA FERREIRA DA SILVA

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ESFERA
MUNICIPAL**

São Carlos
2018

MARIA FERREIRA DA SILVA

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA ESFERA
MUNICIPAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: **Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem**

Orientadora: **Profa. Dra. Vivian Aline Mininel**

São Carlos
2018

Ficha catalográfica

Silva, Maria Ferreira da.

Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal / Maria Ferreira da Silva. – São Carlos: UFSCar, 2018.

139 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2018.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Vigilância. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Maria Ferreira da Silva, realizada em 03/07/2018:

Prof. Dra. Vivian Aline Mininel
UFSCar

Prof. Dra. Mára Alice Batista Coñti Takahashi
USP

Prof. Dr. João Alberto Camarotto
UFSCar

DEDICATÓRIA

À divindade superior por iluminar meus pensamentos, abençoar minha caminhada, mantendo-me sempre no caminho do bem, dando-me coragem, força para superar desafios e conseguir seguir em frente.

A minha saudosa mãe Raimunda, que sempre me amou, me apoiou e me incentivou a continuar os estudos. Mesmo ausente acredito que continua me acompanhando amorosamente. Aos meus pais, exemplos de coragem e superação, agradeço por terem me transmitido a essência da vida, baseada em valores como honestidade, sinceridade e respeito.

AGRADECIMENTOS

Especialmente a minha orientadora, Prof.^a Dra. **Vivian Aline Mininel** pela competência, profissionalismo, seriedade e dedicação. Pela paciência e carinho em alguns momentos e principalmente por compreender as ausências necessárias, pela solidariedade e inconformismo diante ao meu sofrimento e injustiça vividos por estar, de fato, inserida no mundo do trabalho.

À amiga Prof.^a Dra. **Mércia S. Robert** pelas orientações, horas de leitura, traduções, conversas e discussões que tanto enriqueceram o meu trabalho, além de fortalecer o meu desejo de seguir em frente.

À amiga **Daniela Bagatim Nunes** pela delicadeza na revisão de português, pelo carinho e pelo apoio.

Ao amigo Prof. Dr. **José Euzébio Aragão** pela orientação e indicação de leituras fundamentais para construção do corpo teórico deste trabalho.

Ao Prof. Dr. **João Alberto Camarotto** e Dra. **Mara Alice Conti Takahashi** pelas contribuições valiosas durante o Exame de Qualificação.

Às colegas que estiverem presentes durante o curso e contribuíram imensamente com apoio e carinho para realização do Exame de Qualificação, **Ana Paula Griggio, Debora Bessa e Fernanda Miranda**. Especialmente a você, Debora, pela disponibilidade, carinho e ajuda em outros momentos.

Ao meu marido **Marco Antonio** que contribuiu imensamente no processo de organização dos dados, além da paciência e compreensão durante os “afastamentos” para estudo.

À minha filha **Rafaela**, querida, pelos abraços e beijos inesperados em momentos de estudo. Filha, você é a parte mais pura e leve deste processo, a razão para concretização de tudo aquilo que faço.

À minha **família** por compreender o meu “afastamento” necessário para dedicação aos estudos, pelo carinho, apoio e amor.

E, finalmente, sou grata a todos que contribuíram com as entrevistas; foram informações preciosas que trouxeram vida, consistência e conclusões necessárias.

Agradeço a todos que, de alguma forma, colaboraram para concretização deste estudo.

Muito obrigada.

MINHA TRAJETÓRIA

*“...Seu sonho é sua vida, e vida é trabalho
E sem o seu trabalho, o homem não tem honra...”
(Gonzaguinha)*

É provável que esta semente tenha sido plantada desde a conclusão de minha graduação em Ciências Sociais no final dos anos 90. A escolha do meu curso de graduação, os anos de estudos na área das ciências humanas já direcionavam um olhar especial para as relações de trabalho e para o trabalhador.

A saúde do trabalhador veio como consequência de meu ingresso no mercado de trabalho, quando iniciei minha atividade profissional na Vigilância Sanitária (VISA) desenvolvendo ações para promoção da saúde e para a redução de riscos e mortalidade da população trabalhadora. Nas visitas às empresas e indústrias pude presenciar ambientes com péssimas condições de trabalho, que por descuido, desconhecimento ou descaso colocavam em risco a saúde daqueles que ali trabalhavam.

Aliada às minhas atividades cotidianas de inspeção, fui nomeada membro da CISTT- Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, comissão esta que busca informações que auxiliem na construção do diagnóstico situacional e na caracterização do perfil epidemiológico dos trabalhadores.

No decorrer do desenvolvimento de minhas atividades profissionais, aquela semente germinou, ganhou forças e me mostrou que o mestrado era um sonho possível de ser realizado. Com a colaboração e incentivo de pessoas que conheci durante minha caminhada, me senti preparada e com a maturidade teórica necessária para o ingresso no processo seletivo do mestrado.

Espero que este trabalho, realizado com esforço, dedicação e cuidado, traga luz ao longo caminho ainda a ser percorrido no município pelos órgãos envolvidos com a saúde do trabalhador e contribua no avanço dos conhecimentos para as várias áreas de saberes da saúde.

SILVA, M.F. Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal. 2018. 137f. [Dissertação] São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2018.

RESUMO

No Brasil, políticas de saúde do trabalhador intensificaram-se a partir da Constituição Federal, que consolidou a saúde e o trabalho como direitos de cidadania. A saúde do trabalhador foi inserida no Sistema Único de Saúde e estruturada pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, conectada à Rede de Atenção à Saúde, por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que possuem papel fundamental na articulação das ações. A saúde do trabalhador é um campo amplo, complexo e engloba investigação e intervenção, articulando saberes e práticas interinstitucionais e interdisciplinares na perspectiva de promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho. A Vigilância em Saúde do Trabalhador é a estratégia prioritária para garantir proteção, prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores, por meio da integralidade das ações, atuação multiprofissional e complementaridade dos vários serviços. Considerando que o trabalho tem papel fundamental na formação da sociedade e do homem enquanto ser social, este estudo parte do pressuposto que alterações nas relações de trabalho repercutem na saúde do trabalhador e, conseqüentemente, nas suas relações laborais, familiares e sociais. A implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador nos estados e municípios ocorre de forma descentralizada, conforme princípios do Sistema Único de Saúde, cabendo aos municípios, com base em suas realidades, estabelecer os critérios, as metas e a sistemática de implementação. Este estudo ampara-se no referencial do materialismo histórico-dialético, que considera a consciência humana como um produto social, mutável e histórico e que as transformações econômicas e sociais, determinadas pela evolução dos meios de produção, bem como de todas as coisas naturais ou históricas não são fatos estáticos, acabados, mas estão sempre em movimento. Alinha-se com o referencial da saúde do trabalhador, que busca a integralidade da assistência e vigilância no atendimento ao trabalhador. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar as ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal. Estudo de abordagem qualitativa, foi realizado em duas etapas: a primeira etapa constou do levantamento documental da legislação relacionada à saúde do trabalhador na esfera municipal, bem como de demais documentos que contemplam o processo de implementação, fluxos de informação e processos concernentes ao atendimento ao trabalhador no Sistema Único de Saúde. A segunda etapa, compreendeu entrevistas com 15 profissionais-chaves (gestores e tomadores de decisões) vinculados aos diversos setores do sistema de saúde municipal, regional e estadual e de outros órgãos que possuem interface com a saúde do trabalhador. Foi realizado em um município de médio porte do Estado de São Paulo, vinculado a um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional responsável, em conjunto com o Grupo de Vigilância Sanitária e Diretoria Regional de Saúde, pelo processo de municipalização das ações em saúde do trabalhador em 24 municípios. O levantamento documental relacionado à implantação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal evidenciou escassez de informações sobre a temática. Resultaram desta etapa três legislações voltadas à saúde do

trabalhador; Deliberação da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e dois Planos de Saúde. As falas dos profissionais-chaves evidenciaram diversas fragilidades no desenvolvimento de ações em Vigilância de Saúde do Trabalhador, apontando que, apesar dos avanços no município na área de saúde do trabalhador, as ações ainda são fragmentadas e desarticuladas, há desconhecimento dos papéis e competências dos setores e atores envolvidos, e uma persistente necessidade de estruturação que supere ações curativas e paliativas, em direção à prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e promoção da saúde. Os achados também sinalizam que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é fruto de uma rede em movimento, que deve ser articulada com os princípios da Rede de Atenção à Saúde e do Sistema Único de Saúde. Este estudo permitiu a análise da Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal, sob a perspectiva dos atores que a compõem, contribuindo com contexto local e, também, com outros municípios que vivenciam situações semelhantes, com foco na transformação da realidade e melhoria da saúde do trabalhador.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, workers' health policies were significantly developed based on the Federal Constitution, which consolidated health and work as citizenship rights. Workers' health was included in the Unified Health System and structured by the National Network of Integral Attention to Workers' Health, connected to the Health Care Network through the Workers' Health Reference Centers, which play a fundamental role in articulating actions. Workers' health is a broad and complex field and includes investigation and intervention, articulating interinstitutional and interdisciplinary knowledge and practices with a view to promoting health and preventing work-related risks and injuries. Occupational Health Surveillance is a priority strategy to ensure protection, prevention and promotion of workers' health, through the integrality of actions, multiprofessional action and complementarity of various services. Considering that work plays a fundamental role in the formation of society and of humans as social beings, this study is based on the assumption that changes in labor relations affect workers' health and, consequently, their labor, families and social relations. Occupational Health Surveillance is implemented in Brazilian states and municipalities in a decentralized way according to the principles of the Unified Health System. Moreover, it is the municipalities' decision, based on their realities, to establish criteria, goals and implementation systems. This study is based on the historical-dialectical materialism framework, which considers human consciousness as a social product, which is changeable and historical, and economic and social transformations, determined by the evolution of the means of production, as well as all the natural or historical things that are not static and finished facts, but are always in motion. It is aligned with the workers' health framework, which seeks the integrality of care and surveillance in care for workers. Thus, this study aims to analyze Occupational Health Surveillance actions in the municipal sphere. A qualitative study was carried out in two stages: the first stage consisted of a documentary survey of the legislation related to workers' health at the municipal level, as well as other documents that consider the implementation process, information flows and processes concerning occupational health care in the Unified Health System. The second stage included interviews with 15 key professionals (managers and decision makers) linked to the various sectors of the municipal, regional and state health system and other organizations that interface with workers' health. It was carried out in a medium-sized municipality in São Paulo state, linked to a Regional Workers' Health Reference Center in conjunction with the Sanitary Surveillance Group and Regional Health Board, following the municipalization process of workers' health actions in 24 municipalities. The documentary survey related to implementing the Occupational Health Surveillance actions in the municipal sphere showed evidence of a lack of information on the subject. Three legislations focusing on worker's health resulted from this stage: Deliberation of the Intersectoral Committee on Male and Female Workers' Health and two Health Plans. Keynote speeches highlighted various weaknesses when developing actions in Occupational Health Surveillance, pointing out that, despite advances in the municipalities in the area of workers' health, actions are still fragmented and disjointed, there is a lack of knowledge about the roles and competencies of the sectors and actors involved, and there is a critical

need for structuring that surpasses curative and palliative actions concerning the prevention of accidents and diseases related to work and health promotion. The findings also indicate that Occupational Health Surveillance is the result of a network in motion, which should be articulated with the principles of the Health Care Network and the Unified Health System. This study analyzed Occupational Health Surveillance in the municipal sphere from the perspective of the actors that are part of it, contributing with local contexts and also with other municipalities that experience similar situations, focusing on the transformation of reality and improvement of workers' health.

Keywords: Workers' Health; Occupational Health Surveillance; Unified Health System

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CISTT	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIB	Comissão Intersetorial Bipartite
CIR	Comissão Intersetorial Regional
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DRS	Diretoria Regional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
GVS	Grupo de Vigilância Sanitária
MPT	Ministério Público do Trabalho
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PTR	Procuradoria Regional do Trabalho
RAAT	Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regional de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISRAT	Sistema de Rastreamento de Acidentes do Trabalho

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGEP	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A.....	118
APÊNDICE B.....	119
APÊNDICE C.....	120
APÊNDICE D.....	121
APÊNDICE E.....	122
APÊNDICE F.....	123
APÊNDICE G.....	124
APÊNDICE H.....	125
APÊNDICE I.....	126
APÊNDICE J.....	127
APÊNDICE K.....	128
APÊNDICE L.....	129

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.....	131
--------------	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Justificativa do Estudo	27
2 OBJETIVO	31
2.1 Objetivo Geral	31
2.2 Objetivos Específicos	31
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	32
3.1 O Materialismo Histórico Dialético	32
3.2 O trabalho no contexto atual	35
3.3 O trabalho como um dos determinantes sociais do processo saúde- doença	39
3.4 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)	45
3.4.1 O Campo da Saúde do Trabalhador	45
3.4.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador	48
4 MÉTODOS	60
4.1 Tipo de estudo	60
4.2 Cenários de estudo	60
4.3 População de estudo	61
4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	62
4.5 Análises dos dados	62
4.6 Considerações éticas	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 Documentos e legislações relacionados à VISAT na esfera municipal	65
5.2 Resultados de Entrevistas	73
5.2.1 Compreensão da VISAT no SUS	75
5.2.2 Aspectos legais da Saúde do Trabalhador no SUS	76
5.2.3 Implementação de ações de VISAT na esfera municipal	78
6 CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA VISAT na esfera municipal ..	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
8 REFERENCIAS	106
APÊNDICES	118
ANEXOS	131

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde do Trabalhador¹ (VISAT) consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico, social, político e econômico, no qual a saúde do trabalhador sempre esteve inserida.

Consiste em uma prática social específica, que transcorre em um determinado tempo e lugar e tem como objetivo a promoção da saúde e prevenção dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (PINHEIRO et al, 2013) tendo como objeto a investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde (LACAZ, 2013).

O processo saúde-doença dos trabalhadores tem relação direta com o trabalho; portanto, mudanças nos processos produtivos impactam diretamente na saúde do trabalhador e, conseqüentemente, no seu modo de viver e morrer. Assim, tanto as doenças, quanto os acidentes do trabalhador, devem ser vistos sob o ponto de vista da coletividade e da historicidade do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A atualidade está marcada pela mundialização ou globalização que reflete, ao mesmo tempo, nos planos social, econômico, político, ambiental, cultural, científico e, inclusive, no mundo do trabalho (BOLWERK; RIBEIRO, 2017). A pós-modernidade capitalista e globalizante traz conseqüências para o contexto do trabalho e seus efeitos são a fragmentação, heterogeneidade e diversificação nas relações de trabalho, que se configuram na precarização dos direitos e garantias trabalhistas, arduamente conquistadas (ANTUNES, 2015).

Antunes e Praun (2015) indicam uma perspectiva histórica e social, na qual homem e trabalho estão inseridos, verificada no decorrer do século XX, com surgimento de novas formas de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, em conseqüência da produção em massa e da ampliação do controle e intensificação do trabalho, proporcionados pela expansão do taylorismo-fordismo.

Este modelo de produção, caracterizado pela verticalização, acumulação e por uma camada proletária industrial tradicional, predominante até os anos 70, foi

¹Neste estudo, o termo trabalhadores irá contemplar a dimensão de gênero, como trabalhadores e trabalhadoras, não desconsiderando-se a clara divisão sociossexual do trabalho, frequentemente desigual e diferenciada. Assim, sempre que for usado trabalhador/trabalhadores, esclarece-se que é concebido também em sua dimensão de gênero, como trabalhadores e trabalhadoras (ANTUNES, 2014).

gradativamente substituído por um novo modelo, chamado modelo japonês de acumulação flexível ou toyotismo (ANTUNES, 1997; 2015).

Este sistema de acumulação flexível considera que o coletivo de trabalho e a regulação salarial passam a ser baseados na captura da subjetividade do “homem-que-trabalha” (ALVES, 2011). Neste, há a constituição de trabalho em equipes, a adoção da remuneração flexível e a busca por metas de trabalho com propósito de capturar o pensamento do trabalhador, integrando suas iniciativas afetivas e intelectuais nos objetivos da produção de mercadorias. Ou seja, o resultado da captura da subjetividade operária pela lógica do capital se torna um processo manipulatório (ALVES, 2007).

Estas transformações econômicas e sociais, presentes até os dias atuais, manifestam-se pela reestruturação do capitalismo sob o predomínio da ideologia neoliberal que, por sua vez, busca desestruturar os direitos trabalhistas (ALVES, 2007).

Trata-se de uma reestruturação produtiva, que tem como base o aumento de produtividade, fixando-se por intermédio das inovações tecnológicas e novas formas de gestão, exigindo do trabalhador mais eficiência e qualidade (ANTUNES, 2015). As evidências consistem na diminuição das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, o desmonte da legislação trabalhista, as diferentes formas de contratação da força de trabalho e o desemprego estrutural (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Um dos fenômenos presente neste processo é a terceirização, meio pelo qual as empresas buscam garantir os altos lucros, exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo e da produtividade, pela diminuição dos custos com o trabalho e pela transformação nas formas de inserção e de contratos (DRUCK, 2016a).

Com o processo de terceirização, tem-se novas formas de contrato, como os temporários, que tem trazido impactos negativos à saúde dos indivíduos, sendo ainda mais danoso em mulheres (PIRANI; SALVINI, 2015).

A terceirização e o trabalho temporário são dimensões da precarização do trabalho e de trabalhadores que se encontram em situações de emprego precário, que podem vir a enfrentar maiores demandas ou ter menor controle sobre o

processo de trabalho, isto impacta na elevação do estresse e de insatisfação, refletindo em resultados de saúde mais adversos quando comparados a trabalhadores que atuam em ambientes mais seguros (BENACH et al., 2014).

A intensificação no ritmo de trabalho o aumento da carga horária, além das exigências físicas e dos riscos percebidos, podem gerar perda das capacidades corporais e psíquicas (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Outro fenômeno identificado neste contexto é o desemprego estrutural que repercute na organização dos sindicatos, que passam a adotar uma postura defensiva e a deslocar o foco de atuação para a preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o trabalho é executado (KREIN; DIAS; COLOMBI, 2015).

O desemprego associado à precarização do trabalho repercute, também, no crescimento da competição entre os trabalhadores, diminuindo os movimentos grevistas a sindicalização e reduzindo o poder político da classe. Os trabalhadores mais qualificados também são atingidos com redução salarial e dificuldades para ascensão social afetando, assim, as relações pessoais e afetivas (CANO, 2017).

As diversas formas de desemprego, subemprego levam o indivíduo a um distanciamento do meio social, com rupturas dos laços de sociabilidade que são construídos no mundo do trabalho (DEJOURS, 1997). Trata-se de uma experiência frustrante, causadora de sofrimento psíquico (VASCONCELOS et al., 2018) e que pode em alguns casos estar associada ao suicídio (NORDT et al., 2015).

Este contexto de transformações tecnológicas associadas às mudanças organizacionais, com destaque para a intensificação do trabalho, tem significado a exploração do trabalhador e, como consequência, o aumento das doenças em decorrência do trabalho (PINTO, 2013).

As condições de trabalhos marcadas pela pressão por resultados, sobrecarga e intensificação do trabalho, desagregação dos laços sociais, violência simbólica, precarização e perdas salariais, configuram-se como formas de violência produtoras de adoecimentos psicossociais que repercutem na saúde mental dos trabalhadores, sendo os transtornos mentais uma das causas mais importantes de afastamento do trabalho, com destaque para depressão (CORRÊA; RODRIGUES, 2017). Isto faz com que os transtornos mentais relacionados ao trabalho, na atualidade, sejam uma

das demandas mais urgentes para os serviços de saúde dos trabalhadores (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

Uma revisão sistemática, incluindo publicações de 1990 a 2017, com objetivo de analisar a relação existente entre emprego precário e acidente de trabalho no Espaço Econômico Europeu (Membro Estados da União Europeia, Islândia, Lichtenstein e Noruega), Suíça, Austrália, Nova Zelândia, EUA e Canadá, apontou que há uma relação real entre algumas dimensões do emprego precário com os acidentes de trabalho, tendo destaque para o trabalho temporário. (KORANYI et al., 2017).

O impacto das condições de trabalho na saúde do trabalhador pode ser verificado nas estimativas da *International Labour Organization* (2017) de que ocorrem mais de 2,3 milhões de mortes e de 300 milhões de acidentes no local de trabalho a cada ano. Apesar dos números preocupantes, tais acidentes de trabalho não refletem a realidade devido a subnotificação, sendo necessária a construção de base de dados precisos que possam efetivamente ajudar a prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2017).

De acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Previdência Social - AEPS (2015) foram registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) 612.632 acidentes de trabalho e 2.502 mortes relacionadas ao trabalho em 2015 no Brasil. As atividades econômicas que foram responsáveis por aproximadamente 25% do total de acidentes do trabalho registrados são: atendimento hospitalar, comércio varejista de mercadorias em geral, atividades de correio, administração pública em geral, construção de edifícios e transporte rodoviário de cargas (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2017).

Todavia, os dados disponibilizados pelo INSS não representam a realidade do país, pois as estatísticas estão baseadas no preenchimento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), estabelecida pelo Ministério da Previdência Social (MPS) com finalidade conhecer os acidentes-típicos (ocorridos durante o horário de exercício da atividade) e de trajeto (ocorridos entre o percurso de casa para o trabalho e vice-versa), bem como as doenças profissionais e relacionadas ao

trabalho para fins de concessão de benefícios e auxílios a população trabalhadora assistida pelo INSS (BRASIL, 1991).

Assim, os dados disponibilizados, além das subnotificações, abrangem apenas os trabalhadores do setor formal, desconsiderando os trabalhadores informais. Mesmo assim, o Brasil é considerado um recordista mundial de acidentes de trabalho, com três mortes a cada duas horas e três acidentes de trabalho não fatais a cada minuto (CAVALCANTE et al, 2015).

Mas o problema da subnotificação de acidentes de trabalho não é uma exclusividade do Brasil. Estudo realizado no Canadá com trabalhadores jovens em tempo parcial, constatou que a maior prevalência de subnotificação ocorre entre os jovens do sexo masculino, sendo a principal causa apontada a percepção de baixa gravidade da lesão (TUCKER et al, 2014).

Um exemplo da parcialidade dos dados pode ser verificado no Relatório da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao ano de 2013, a PNS considera os dados autodeclarados pelos trabalhadores. Esta apontou que é quase sete vezes maior o número de pessoas que disseram ter sofrido acidentes de trabalho do que os dados sobre acidentes registrados pela Previdência Social (MAIA et al., 2015), o que permite dimensionar o problema e revelar a subnotificação dos dados oficiais.

Este estudo proporciona maior visibilidade aos acidentes de trabalho, pois incluem populações inseridas ou não no mercado formal de trabalho. Possibilitando, um diagnóstico mais próximo da realidade com relação as ocorrências de subnotificação (MALTA et al., 2017).

Outra forma de acessar as informações relacionadas à saúde dos trabalhadores se faz por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculado ao Ministério da Saúde (MS), que apresenta as informações sobre os onze agravos de notificação compulsória, que possuem relação com o trabalho (BRASIL, 2016). Tais dados são restritos a listagem de doenças e não estão disponíveis à população em geral.

Estudo realizado com dados coletados do SINAN, pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), revelou fragilidades no sistema de preenchimento da ficha de notificação o que resultou em um número elevado de notificações com campos em branco e ignorados, não permitindo melhorar a análise dos resultados (MIRANDA et al 2017).

Buscando superar este cenário e considerando que as informações sobre o perfil epidemiológico dos trabalhadores são indispensáveis para a construção de propostas de intervenção pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em VISAT e que a precariedade ou inexistência de tais dados compromete a priorização de ações pelos gestores, alguns CEREST e municípios adotaram um sistema de notificação regional, com o objetivo de obter informações referentes aos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho de indivíduos que possuem vínculo formal ou informal de trabalho.

Este sistema de notificação ocorre por meio de uma ficha denominada Relatório de Atendimento do Acidentado de Trabalho (RAAT) que vem sendo implementada em diversos municípios.

A partir de 2016, o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) disponibilizou o acesso a algumas informações organizadas pela Previdência Social sobre acidente de trabalho (BRASIL, 2016). Os dados podem ser acessados no site do MTPS, permitindo que se faça pesquisa sobre o número de acidentes de trabalho por estabelecimento. No entanto, essa base de informações contém limitações ao disponibilizar a consulta somente por meio do CNPJ do estabelecimento. De qualquer modo, mesmo com estas limitações, as informações disponibilizadas constituem-se em uma oportunidade de se aproximar de um retrato real das condições do trabalho em determinada empresa ou organização.

Além disso, alguns dados foram condensados e disponibilizados pelo Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho – Smartlab de Trabalho Decente MPT, uma iniciativa de cooperação entre Ministério Público do Trabalho (MPT) e Organização Internacional do Trabalho (OIT). De acordo com este, foram registradas 3.879.755 CAT e estimadas 15.248 mortes por acidentes de trabalho no Brasil nos últimos cinco anos (OBSERVATÓRIO DIGITAL, 2018).

É a partir deste cenário precário de informações epidemiológicas sobre o trabalhador e dos possíveis confrontos para que o Estado efetive as políticas públicas que garantam os direitos dos trabalhadores que este estudo busca analisar as ações de VISAT na esfera municipal,

Lembrando que no processo de construção das suas práticas de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, devem ser buscados aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários, visando o conhecimento da realidade na qual o trabalhador está inserido, para a priorização de problemas.

Vale ressaltar que a inserção da VISAT no sistema de saúde brasileiro ocorreu no cenário de reestruturação produtiva, com crescimento do desemprego e da precarização do trabalho, com o Estado brasileiro privilegiando uma política monetária em acordo com os interesses neoliberais. Esta inserção deu-se por meio da Constituição Federal (CF) de 1988, a qual incluiu em seu texto os compromissos sociais em defesa dos direitos, atribuindo ao SUS a saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Corroborando com tal disposição, a Lei 8.080 dispõe que está incluída no campo de atuação do SUS a implantação de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador, ou seja, além da organização para atendimento à saúde do trabalhador, também é de responsabilidade do SUS a fiscalização das condições e ambientes de trabalho, cabendo aos profissionais da saúde às ações de vigilância, por meio dos órgãos responsáveis, como vigilância sanitária e epidemiológica. (BRASIL, 1990).

Esta mesma lei estabelece a organização do SUS com base nas diretrizes da descentralização, com a fixação das direções pelas esferas de governo Federal, Estadual e Municipal, atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e assistenciais e participação da comunidade, difundida como controle social. Também define a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, portadores de agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Para atender à Política Nacional de Saúde e com o objetivo de assegurar a atenção integral aos trabalhadores foi criada, no ano de 2002, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), que articula-se com a Rede de Atenção Integral à Saúde (RAS) por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2002).

O CEREST, por sua vez, busca atender as questões relativas à saúde dos trabalhadores na esfera municipal e, apesar de não ser porta de entrada da RAS, tem como finalidade prover retaguarda técnica para o SUS nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e modalidade de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Em 2012, foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de processos produtivos vigentes (BRASIL, 2012)

O arcabouço legal que trata da saúde do trabalhador é amplo e são múltiplos os setores envolvidos no atendimento do trabalhador no SUS, todavia, foram muitas as dificuldades de implantação das conquistas do início dos anos 1990, principalmente pela vitória do projeto neoliberal nas eleições de 1989, que contrariava os princípios fundamentais da Constituição (DRUCK, 2016b). Além disso, autores afirmam que existe um descompasso entre o que determina a Constituição Federal e a implementação do SUS (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015), apontando que a aplicação das ações voltadas para prevenção, nos ambientes de trabalho, contidas nas normas e leis ainda é bastante limitada e permeada de lacunas. (CAVALCANTE et al., 2015).

A VISAT é considerada a base de sustentação do cuidado à saúde dos trabalhadores. Do ponto de vista da integralidade do cuidado em saúde, a sua organização ocorre a partir de dois componentes básicos: a vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, que tem interface com a VIGEP, e dos ambientes e

condições de trabalho, que se articula às práticas da Vigilância Sanitária (VISA) (AMORIM et al., 2017).

Estes setores (VIGEP e VISA) precisam desenvolver um olhar e um fazer intersetorial em que os vários atores e setores se conversem, tendo como parâmetro as necessidades da população e a perspectiva de desenvolvimento de políticas públicas duradouras (GARCIA et al., 2014). No entanto, as ações de VISAT na prática dos serviços de saúde do SUS ocorrem de forma fragmentada, com ênfase nas ações assistenciais, com pequeno grau de articulação dos componentes da Vigilância em Saúde (VS) e níveis de atenção do SUS e sem considerar a participação e o saber dos trabalhadores (SILVA; SANTOS; BARBOSA, 2016).

Para Leão e Vasconcellos (2013), a intersetorialidade é considerada princípio fundamental para a construção de políticas públicas de saúde, pois ela se refere à articulação entre setores governamentais para ações de intervenção eficazes e resolutivas.

Com o objetivo de superar fragmentação das ações de VISAT no SUS, tem-se buscado estabelecer uma Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) priorizando sua aproximação com a RAS. Todavia, esta discussão emerge em um momento de crise financeira do Estado e de desconstrução do SUS, da seguridade social e de diminuição dos direitos sociais (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

A falta de integração não se manifesta apenas com relação às vigilâncias, mas também em outras esferas de atuação. De acordo com Lacaz (2016), não existe integração entre o Ministério de Previdência Social (MPS) e o Ministério da Saúde (MS), mesmo com a existência da PNSST que propõe, como principal diretriz, uma atuação conjunta, integrada, que deve envolver MPS, MS e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (LACAZ, 2016).

A despeito de tal realidade, a VISAT deve ser executada com ações voltadas às particularidades regionais e com a devida articulação dentro e fora do SUS. Um exemplo de experiência prática exitosa mostra que quando os setores de vigilância epidemiológica, atenção à saúde do trabalhador, controle de zoonoses ou o serviço de vigilância ambiental mantêm estreita comunicação e realizam ações integradas, os resultados tornam-se excelentes (SILVA; FERREIRA; AMEIDA, 2017).

Destarte, este estudo norteia-se pela seguinte questão de pesquisa: como estão sendo implementadas as ações de VISAT na esfera municipal?

1.1 Justificativa do estudo

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo pauta-se pela necessidade de consolidação de práticas de VISAT no âmbito municipal em concordância com a PNSTT (2012), que atribui ações em saúde do trabalhador aos municípios e propõe a estruturação da RENAST no contexto da RAS, pressupondo que as ações sejam desenvolvidas junto à Atenção Primária em Saúde (APS), em serviços de Atenção Básica (AB), de urgência e emergência e na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2012).

É na APS que os problemas de saúde relacionados ao trabalho podem ser detectados, tendo em vista a capilaridade dos serviços no território em que os trabalhadores residem e, eventualmente, trabalham (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016).

O município, cenário deste estudo, frente a uma demanda da Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), à SMS, revelou carência de informações em relação aos dados de morbimortalidade dos trabalhadores, de ações desenvolvidas em VISAT, integradas a RAS e, também, escassez de material produzido sobre o tema. A CIST municipal objetivava conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho do seu território, dar visibilidade dos dados a sociedade e planejar as suas ações no controle social.

O mapeamento das atividades produtivas existentes no território sanitário é a base que integra o diagnóstico da situação de saúde da área de atuação das equipes de VISAT. Este possibilita conhecer as condições de vida e saúde dos trabalhadores, bem como identificar os principais determinantes e condicionantes dos processos saúde-doença relacionados ao trabalho (DIAS et al., 2016). A ausência deste instigou a pesquisadora a buscar compreender o processo de construção e implementação da VISAT na esfera municipal e a responder os questionamentos da CISTT e SMS, como subsidio para proposição de medidas de promoção a saúde do trabalhador no SUS.

Considerando que a subnotificação e a carência de informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros é alarmante e que esta compromete a proposição de políticas públicas, estudo aponta a necessidade de aperfeiçoamento do SINAN, bem como o treinamento dos profissionais que realizam a notificação (CORTEZ et al., 2017).

Deste modo, dentre os principais problemas enfrentados no campo da saúde do trabalhador está a carência de informações sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, que compromete o planejamento e a execução de ações de vigilância nesta área, e o reconhecimento da rede de atendimento à saúde direcionada a tais questões.

A identificação do perfil epidemiológico do trabalhador e dos fatores condicionantes dos agravos à saúde do trabalhador e da rede de apoio, são essenciais para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, promoção e proteção daqueles que trabalham.

Dada a relevância da esfera municipal no SUS na consolidação das políticas públicas de saúde do trabalhador, bem como a mobilização e interesse do controle social nesta temática, esta pesquisa emergiu com a potencialidade de traçar um diagnóstico situacional da VISAT no município, aspirando contribuir em sua consolidação por meio de intervenções futuras.

Ressalta-se que apesar da regulamentação do SUS acerca das ações de saúde do trabalhador, fortalecida com a PNSTT em 2012, são escassos os estudos que discorrem sobre a consolidação destas ações de VISAT nos estados e municípios ou que apresentam potencialidades e desafios neste sentido.

Alguns estudos têm apontado dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações em VISAT, dentre elas a falta de conhecimentos dos profissionais que atuam na área (MENDES et al., 2016; SILVA; SANTOS; BARBOSA, 2016;), a falta de capacitação para identificar e notificar, de forma correta, os agravos relacionados à saúde do trabalhador ou o pouco alcance das estratégias de educação continuada no âmbito da saúde do trabalhador (FERREIRA et al., 2017).

Outros estudos apontam fragilidades dos Planos Municipais de Saúde (PMS) de alguns municípios frente às ações de planejamento em saúde do trabalhador

(GALINDO; GURGEL, 2016), bem como a necessidade de conseguir que o conjunto de trabalhadores e os gestores do SUS assumam suas responsabilidades em relação às violências cometidas com os trabalhadores em seus locais de trabalho, não se restringindo ao atendimento de trabalhadores já doentes e mutilados por acidentes de trabalho (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Partindo-se do pressuposto de que há pouco conhecimento da realidade referente ao perfil socioeconômico e epidemiológico do trabalhador, bem como da caracterização de quais os setores que mais acidentam e adoecem o trabalhador, como priorizar e implementar as ações de VISAT previstas nas políticas de saúde, no sentido de transformar os ambientes de trabalho e ressignificar práticas de promoção de saúde?

A vivência e prática profissional apontam que as ações de VISAT têm se resumido à fiscalização dos ambientes de trabalho onde os acidentes graves e fatais já foram notificados ou por meio de denúncias, evidenciando, assim, que o trabalho de promoção e prevenção não está sendo realizado.

Neste sentido, é necessário conhecer os avanços, desafios e entraves enfrentados na esfera municipal, na incorporação das propostas e políticas existentes em saúde do trabalhador e, mais especificamente, de VISAT, para uma adequada organização do atendimento nos diferentes níveis da RAS, principalmente para os trabalhadores vítimas de acidente e doenças decorrentes do trabalho.

Esta pesquisa inova ao buscar compreender a implantação das ações de VISAT por meio dos profissionais-chaves dos setores envolvidos em saúde do trabalhador, dentro e fora do SUS, pois o atendimento integral ao trabalhador pressupõe articulação intra e intersetorial. Deste modo, este estudo possui uma abordagem das várias dimensões e interfaces de VISAT.

O estudo, por fornecer o diagnóstico situacional das ações de VISAT na esfera municipal, poderá subsidiar outros municípios na construção do diagnóstico situacional local e nas propostas de intervenção na realidade. Cabe ressaltar que tanto do ponto de vista acadêmico (pesquisa) quanto político, pretende-se contribuir para a reflexão sobre o caminho que está sendo traçado e as possíveis tendências de desenvolvimento das futuras práticas nesse campo.

Vislumbra-se a possibilidade de disseminação do conhecimento produzido na comunidade científica, acadêmica e na prática profissional, contribuindo para o avanço do conhecimento nas múltiplas áreas de saberes da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal, a partir do ano de implantação da RENAST, em 2002.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar documentos e legislações relacionados à Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal;
- 2) Identificar os fluxos de informação em saúde do trabalhador na esfera municipal;
- 3) Analisar os papéis, as competências e as ações intra e intersetoriais dos diversos órgãos envolvidos na Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 O Materialismo Histórico Dialético

A realidade é moldada pela ação humana e, deste modo, o estudo da implementação da VISAT na esfera municipal não poderia ser realizado fora da história real, mas sim com base na análise de uma política elaborada no espaço da vida real e da ação de indivíduos.

Recorrer ao processo histórico é essencial para conhecer e entender o presente, buscando a compreensão de alguns fatos e fenômenos, bem como das leis fundamentais que definem a organização dos homens em sociedade e que perduram ao longo de séculos.

O referencial deste estudo está amparado no materialismo histórico-dialético. Para Marx e Engels (2009), as ideias pertencem a uma época determinada, deste modo, não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência. São as condições materiais instituídas pela sociedade que fornecem consciência ao ser humano, portanto, a ação de pensar e agir dos indivíduos está relacionado às condições materiais em que se vive, determinadas a partir das relações sociais de produção e da divisão social do trabalho (MARX; ENGELS, 2009).

A consciência humana é um produto social, mutável e histórico, ao gerar novas necessidades e novas formas de satisfazê-las, o homem estabelece um incessante movimento de criação e de satisfação de necessidades, constituindo, assim, o desenvolvimento histórico (MARZZITELLI, 2011). Do mesmo modo, as transformações econômicas e sociais, determinadas pela evolução dos meios de produção e todas as coisas naturais ou históricas não são fatos estáticos, acabados, mas estão sempre em movimento, construídos a cada momento, sempre em transformação, portanto, historicamente determinados (MARZZITELLI, 2011).

A compreensão dos processos históricos deve ser buscada na forma pela qual os homens se organizam em sociedade para produzir os bens materiais de que necessitam para sobreviver, ou seja, no modo de produção vigente. Para isso é necessário entender o significado do trabalho e do seu papel na formação da sociedade e do homem enquanto ser social, ou seja, da compreensão do trabalho como base e essência na sociedade humana.

Neste sentido, o materialismo histórico, por meio das transformações econômicas e sociais, determinadas pela evolução dos meios de produção, aponta a dinâmica do real na efervescência da sociedade; já a dialética enquanto método de abordagem da realidade (partindo do concreto) a reconhece como processo histórico dinâmico, provisório e em transformação (MINAYO, 2014).

Assim, a análise da vida social mediante a perspectiva dialética, além de procurar estabelecer as leis de mudança que regem os fenômenos, está fundada no estudo de fatos concretos, a fim de demonstrar o movimento do real em seu conjunto (QUINTANEIRO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2003). Nesta perspectiva, o ser humano é um ser de existência e a sua natureza se revela na medida em que ele se relaciona com o concreto.

O tema norteador e que permeia toda a discussão deste estudo é o trabalho, pois de acordo com Marx (1985), é fundamental para a reprodução social e aparece como fundante do ser social. É a única categoria que faz a mediação entre os homens e a natureza:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se da matéria natural, numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica ao mesmo tempo a sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita ao seu domínio o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata aqui das primeiras formas instintivas, animais, de trabalho. O estado em que trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho deixou para o fundo dos tempos primitivos o estado em que o trabalho humano não se desfez ainda de sua primeira forma instintiva. Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem (MARX, 1985, p. 149).

Diferente do animal irracional, o homem não apenas usa e modifica a natureza, mas a transforma e a domina para atender aos seus objetivos. O trabalho permite que o homem transforme a natureza em produtos que possuem a capacidade de satisfazer as suas necessidades; é consciente e possui propósito, tornando-o produto especial do ser humano e esta diferença fundamental é atribuída à capacidade de trabalho (MARX, 1985; BRAVERMAN, 2014).

Além disso, é estabelecida uma relação dialética entre o homem e a natureza, pois ao transformar a natureza o homem também é transformado (MARX; ENGELS, 2009). O trabalho é, então, uma atividade essencialmente humana, já que nenhum animal possui a capacidade de planejar antecipadamente o que pretende realizar. Nesta relação, cria-se uma nova realidade, da qual os demais homens usufruem, projetando assim um feixe de relações sociais pelas quais se constrói sociedades, reformula a história e, ao mesmo tempo, molda a sua essência (OLIVEIRA, 2010).

A capacidade de trabalhar, portanto, enquanto atividade constituída de “planejamento” e “execução” é comprovadamente em todas as áreas do conhecimento científico o diferencial dos seres humanos em relação aos demais seres vivos no tocante às transformações que realizam no meio ambiente para sobreviverem (PINTO, 2013).

O trabalho, no seu sentido ontológico, dá origem à sociabilidade humana, pois por meio dele, o homem satisfaz suas necessidades e cria novas necessidades. Ele é o pressuposto da existência do homem e da sociedade, pois, independentemente da forma de organização social (escravismo, feudalismo, capitalismo), o trabalho é o elemento fundamental sem o qual todas as formas de organização da produção e da vida não poderiam existir (MARX; ENGELS, 2009).

Interessa aqui o sistema capitalista de produção, no qual o homem trabalha não para se realizar ou para efetivar-se como ser livre e criativo, mas para satisfazer os interesses do capital e as suas necessidades imediatas. Isso porque a propriedade privada institui, historicamente, a separação entre trabalho e capital (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Kosik (1976), ao separar o trabalho da criação, conseqüentemente, o trabalho é transformado numa fadiga extenuante e sem criatividade. O trabalho como gerador de valor, explora e controla o trabalhador, levando-o a alienação e afetando física, social e psicologicamente toda a sua vida. Também a divisão do trabalho, subdivide o homem e a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade (BRAVERMAN, 2014).

Como consequência, tem-se a desrealização do ser social. E esta se caracteriza pelo estranhamento do sujeito produtor em relação aos objetos de sua criação, ou seja, o resultado do processo de trabalho; assim o produto, torna-se para o trabalhador algo alheio, hostil e estranho (ANTUNES, 1997).

É necessário reconhecer a relação de influência mútua entre o corpo (e a subjetividade do trabalhador) e o próprio trabalho que interfere de maneira direta na saúde e nas formas de adoecimento do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Segundo Marx (1985), as diferentes épocas econômicas são determinadas pelos meios de trabalho que não são apenas medidores do grau de desenvolvimento da força de trabalho, mas também indicadores das condições sociais nas quais se trabalha. Neste sentido, o processo de produção afeta diretamente as condições de vida e saúde dos trabalhadores. São nos processos de produção e na intensificação do trabalho como consequência do processo de valorização do capital, que os acidentes são explicados (MARX, 1985).

O trabalho pressupõe uma relação dialética com os objetos e meios de trabalho, numa relação de transformação que, quando resulta em desgaste no corpo, aciona o processo saúde-doença e compromete a qualidade de vida do trabalhador (MININEL, 2006).

3.2 O trabalho no contexto atual

A categoria trabalho passou por transformações, mas não perdeu a sua centralidade, pois permanece e mantém-se como a base da sobrevivência humana (ANTUNES, 2015; PINTO, 2013).

Considerando que os meios e formas de trabalho possuem uma relação dialética de transformação que repercutem na saúde do trabalhador, é fundamental compreender as mudanças em sua organização no atual sistema capitalista e as suas consequências para as condições de vida e saúde da classe trabalhadora².

² A classe trabalhadora ou a classe que vive do trabalho é aqui entendida em seu sentido ampliado, inclui todos aqueles e aquelas que vendem a força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletário industrial, dos assalariados do setor de serviços, o proletário rural. Incorpora também o proletariado precarizado e subproletariado moderno, os trabalhadores terceirizados, trabalhadores da economia informal, além dos trabalhadores desempregados (ANTUNES, 2015).

Pode-se dizer que os problemas apontados por Marx continuam atuais, mas ao longo do século XX, novas formas de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho passaram a fazer parte do cotidiano dos trabalhadores, decorrentes da produção em massa e da ampliação do controle e intensificação do trabalho, proporcionado pela expansão do taylorismo-fordismo (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Do mesmo modo, com o capitalismo globalizado, a partir da década de 1970, a organização do trabalho alterou o seu padrão e com isso foram incorporadas novas enfermidades, típicas das recentes formas de organização do trabalho e da produção, ao cotidiano do mundo do trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

O sistema taylorista de produção, dominante no final do século XIX e início do século XX, tinha como o objetivo fazer com que o trabalhador utilizasse toda sua engenhosidade, criatividade, conhecimento técnico e profissional, suas habilidades pessoais, seu maior esforço psíquico e intelectual para realização da tarefa com o menor gasto de energia e dentro do menor tempo possível (PINTO, 2013).

Estas questões foram aguçadas com a introdução da linha de produção em série desenvolvida por Ford, que possibilitou a padronização do trabalho e sua divisão em atividades extremamente específicas com operações uniformizadas. A junção taylorismo/fordismo elevou a especialização das atividades de trabalho a um plano de limitação e simplificação extrema, que praticamente tornou o trabalhador “apêndice da máquina” (como já havia sido descrito por Marx em meados do século XIX, ao analisar o advento do avanço da automação na indústria da época) (PINTO, 2013), apontando os antigos e criando novos problemas físicos e psicológicos para os trabalhadores.

Após a Segunda Guerra Mundial, surge o modelo japonês, quando a Toyota, no Japão, viu-se diante da necessidade de produzir vários modelos de produtos em pequenas quantidades. Esta forma de produzir evoluiu e se tornou um verdadeiro sistema Toyota de produção, que tem como princípios marcantes para o trabalho a desespecialização e polivalência, transformando-os em “trabalhadores multifuncionais”. Como no taylorismo norte-americano, trata-se de subvalorizar o complexo dos trabalhadores qualificados com o objetivo de diminuir seus poderes sobre a produção e aumentar a intensidade do trabalho (CORIAT, 1994).

A perspectiva toyotista visa a horizontalização do capital produtivo e as modalidades de flexibilização e desconcentração do espaço físico, enquanto a acumulação flexível caracteriza-se pelo aparecimento de novos setores de produção, novas formas de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, especialmente, pela inovação comercial com taxas altamente intensificadas, tecnológicas e organizacionais (HARVEY, 2012). Incluindo rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, ocasionando um vasto movimento no emprego, por exemplo, com o surgimento do chamado “setor de serviços”, criando, ainda, conjuntos industriais absolutamente novos em regiões subdesenvolvidas (HARVEY, 2012).

Em resumo, a reorganização do processo produtivo, com base no modelo japonês ou toyotismo, caracterizou-se por mudanças na forma de gerir o trabalho e a produção, no surgimento do operário polivalente, no aumento da produtividade, no atrelamento da mercadoria à demanda determinada, ou seja, na manutenção do estoque mínimo, conforme a lógica do “*just in time*”, cujo objetivo é o melhor aproveitamento possível do tempo de produção (ANTUNES, 1997).

Tais alterações conduzem à intensificação do volume e do ritmo de trabalho, com aumento exorbitante de horas extras e “banco de horas”, que permitem às empresas utilizar o seu quadro de funcionários conforme a demanda do mercado consumidor, sem levar em consideração as condições sociais e de saúde que são submetidos os seus trabalhadores (PINTO 2013).

Neste sentido, há uma pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores frente às demandas do mercado, as atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos (ANTUNES; PRAUN, 2015). No contexto da acumulação flexível, a prática do assédio assume novo significado e dissemina-se com vigor pelo mundo do trabalho, transformando o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento (ANTUNES; PRAUN, 2015).

E ainda neste cenário, permanece a tarefa fragmentada e repetitiva, esta convive com avançados processos de produção automatizados, trabalho em tempo parcial, superexploração feminina e extração da mais-valia absoluta (SILVA, 2004).

Deste modo, as mudanças em curso no mundo da produção, de um modo geral, levaram os trabalhadores a conviver com novas inseguranças que afetam à sua saúde e todas as dimensões da vida humana.

Os processos de trabalho baseados nas novas formas e métodos de organização do trabalho, no aumento da competitividade e na avaliação por desempenho fragilizam as relações sociais, rompem os laços de solidariedade e levam a um maior individualismo e à solidão (PRAUN, 2016).

A “quebra” de tais laços impede, portanto, a construção de “estratégias coletivas de defesa”, que poderiam facilitar a criação de processos contra o sofrimento, capazes de transformar o trabalho e de fortalecer as relações de cooperação entre os trabalhadores (DEJOURS, 1997). É essa quebra dos laços de solidariedade e, conseqüentemente, da capacidade do acionamento das “estratégias coletivas de defesa” entre os trabalhadores que se encontra na base do aumento dos processos de adoecimento psíquico (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Deste modo, os locais de trabalho não são mais como no passado, ambiente de solidariedade e luta por uma sociedade melhor, em contrapartida, tornaram-se palco de competição acirrada entre indivíduos. Além disso, está em declínio a luta pelas velhas identidades vinculadas à classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que no passado ofereciam sólidas localizações para os indivíduos e estabilizavam o mundo social. No lugar delas nascem novas e múltiplas identidades, deixando o indivíduo fragmentado e inseguro (BAUMAN, 2005).

Assim, o trabalhador é envolvido nas novas estratégias gerenciais utilizadas, as quais delegam como responsabilidade do trabalhador não apenas o cumprimento de metas, mas também a melhoria e inovação da produtividade, cujo objetivo é a construção da adesão do “espírito humano” ao processo de produção material e imaterial, o condicionamento e a “docilidade da conduta humana”, integrando o “espírito” do trabalhador ao processo de produção (SILVA, 2004).

Neste sistema, é desenvolvida uma nova maneira de gerenciar a subjetividade da força de trabalho, pois adiciona ao gesto repetitivo dos trabalhadores padrões extremos de engajamento total da subjetividade. São exigidos dos trabalhadores: iniciativa, equilíbrio, acessibilidade e facilidade no trabalho em equipe, raciocínio ágil e, sobretudo, responsabilidade para com os compromissos da

empresa, elevando à intensificação do ritmo de produção subordinada à exploração pelo capital (PINTO, 2013).

Em síntese, ocorre a intensificação da exploração e a aceleração do ritmo de trabalho, cujo triunfo está na flexibilização da produção, na multifuncionalidade do trabalhador e no trabalho em equipe, provocando um estado de retirada da identidade da classe trabalhadora em relação ao que ela produz (ANTUNES, 1997).

3.3 O trabalho como um dos determinantes sociais do processo saúde-doença

Este estudo parte do pressuposto de que existem outras compreensões além da definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de que “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades*” (OMS, 1948).

A saúde para cada homem, mulher ou criança é possuir meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. (DEJOURS, 1986).

Superando as explicações naturais sobre a doença, emerge o conceito médico-clínico, no qual a doença é entendida como um processo biológico do indivíduo, ou seja, para cada doença, um agente etiológico, ficando conhecida como a teoria da unicausalidade (IDE; CHAVES, 1990).

Em resumo, para Laurell, a literatura trata essencialmente com dois conceitos de doença, o primeiro é o conceito médico-clínico, no qual a doença é entendida como um processo biológico do indivíduo; o segundo conceito é o ecológico, que entende a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre o hospede e seu ambiente (LAURELL, 1982).

No campo do trabalho, o conceito saúde relaciona-se com a Medicina do Trabalho, na qual as causas das doenças e acidentes são buscadas em riscos específicos e de forma isolada, predominando a atuação sobre a consequência e não sobre as causas (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesta orientação o objetivo principal não é o de promover a saúde dos trabalhadores, mas, sim, o bom funcionamento dos processos de trabalho (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). Esta forma de tratar os acidentes e doenças

relacionadas ao trabalho impede ou dificulta a identificação dos seus processos desencadeadores, principalmente porque estes não são unicausais e, com isso, evidencia-se que a prioridade não é a saúde do trabalhador, mas sim a produção e a produtividade.

A teoria da unicausalidade perde a possibilidade de responder às questões que emergiam da nova configuração econômico-social e, a partir dos meados do século XX, desenvolve-se a teoria da multicausalidade da doença. Nesta a causa da doença não é única, mas no seu aparecimento coexistem várias causas, sendo a doença resultado do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente (IDE; CHAVES, 1990).

No campo do trabalho, tem-se que as mudanças nos processos produtivos ocasionados na primeira metade do século XX fizeram emergir outra forma de intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Aliada a teoria da multicausalidade surgiu a Saúde Ocupacional dentro das grandes empresas, com traço da multi e interdisciplinaridade e ênfase na higiene industrial, ergonomia e segurança ocupacional (MENDES; DIAS, 1991; DIAS; HOEFEL, 2005).

Para a Saúde Ocupacional, a doença é causada por um conjunto de fatores dados pela interação do corpo (hospedeiro) com os agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos e mecânicos) existentes no meio ambiente de trabalho (LACAZ, 2007).

Mas mesmo com a abordagem multidisciplinar, a Saúde Ocupacional continua focada no ambiente de trabalho, “presa” aos limites de tolerância, considerados cientificamente seguros, enquanto os trabalhadores permanecem como objetos da ação (DIAS; HOEFEL, 2005).

Esta abordagem não ampliou a compreensão para as outras relações existentes no mundo do trabalho, como as advindas da organização, divisão do trabalho, ritmo, duração da jornada, trabalho em turnos, hierarquia, fragmentação das tarefas e do controle da produtividade, cujas consequências afetam a saúde dos trabalhadores (PINTO, 2013).

Para Laurell (1982), a limitação do modelo multicausal reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade, ou seja, conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como

instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual (LAURELL, 1982).

Por fim, na década de 1970 um grupo de profissionais, incluindo sanitaristas latino-americanos, retomou a abordagem do processo saúde-doença enquanto processo social, na compreensão do materialismo histórico, preconizando o modelo histórico explicativo da determinação social.

Diferentemente da medicina dominante, a medicina social rompe com o pensamento médico, cujo postulado é o caráter a-histórico da biologia humana. Avançando na concepção de saúde, concebe a saúde-doença como um processo social, no qual o nexos biopsíquico é colocado como expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico, num momento determinado (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Dentro desta concepção, o processo saúde-doença não pode ser pré-determinado, não pode existir fora da sociedade, é determinado historicamente e conseqüentemente, é mutável. Ou seja, ocorre pela forma de inserção social do ser humano na sociedade ou pela forma como ele se relaciona com a natureza, e com os demais homens (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Esta teoria da determinação social do processo saúde-doença permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social (FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006). Assume, então, formas históricas específicas, reafirmando a necessidade da geração de conhecimento acerca de processos de trabalho para a resolução de problemas, contribuindo para a defesa da saúde (SOUZA et al., 2017).

Neste, o caráter social é determinado pela inserção dos grupos humanos no processo de produção, e assim, o processo de trabalho emerge como categoria fundamental para o estudo do processo saúde-doença (LAUREL; NORIEGA, 1989).

A introdução das ciências sociais na compreensão da saúde do trabalhador estabelece uma ruptura com as concepções hegemônicas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, sendo que na América Latina somente na década de 1970 foi possível observar um desenvolvimento mais sistemático de estudos sociais em saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA 2003).

Nesta abordagem, o trabalho é considerado um dos componentes que interfere na qualidade de vida do ser humano e, conseqüentemente, nas condições de sua saúde. Os agentes causadores de acidentes ou das doenças dos trabalhadores não são entendidos como problemas particulares, mas como problemas sociais decorrentes do ambiente, da organização e das relações sociais de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A incorporação dos conhecimentos advindos das ciências sociais na compreensão da saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à interpretação das relações entre trabalho, saúde e doença, permitiu a construção das bases da área de saúde do trabalhador.

Nesta abordagem, foram incorporados novos fatores que afetam a saúde do trabalhador, tais como produtividade e impacto de novas tecnologias, bem como os diversos aspectos presentes na organização, divisão do trabalho, processo e relações sociais no trabalho. O trabalhador é considerado sujeito atuante na transformação da matéria e da história, não sendo, portanto, passivo perante a organização e o sofrimento no contexto de trabalho (SOUZA et al., 2017).

Pode-se dizer, então, que com a evolução histórica das sociedades, os modos de compreender e de tratar a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores foram se modificando, o conceito de Medicina do Trabalho foi ampliado para o de Saúde Ocupacional e, atualmente, o conceito existente é o de saúde do trabalhador.

Assim, a saúde dos trabalhadores mostra-se como um campo que tem a perspectiva de construir um novo modo de entender e analisar a saúde de coletividades de trabalhadores como processo social, favorecendo o conhecimento e, principalmente, com potencial de transformar a realidade (SOUZA et al., 2017).

Neste caso, a determinação social do processo saúde-doença em sintonia com o materialismo histórico consiste no modo de construir a crítica coletiva, a produção de conhecimento e a ação para se transformar a realidade, base do postulado de Marx e Engels (2009), de que somente as ideias não transformam o mundo. É preciso que sejam submetidas à prática, ou seja, quando articulado ao correspondente processo prático, podem sair da condição de projeto idealizado, levando os seres humanos à ação (MARX; ENGELS, 2009).

Em síntese, a formulação dialética (MARX, 1985) de que a saúde está em permanente interação com o contexto de trabalho é adotada neste estudo, ao considerar que o processo de trabalho em articulação com o contexto histórico explica as formas de adoecimento como expressão dos antagonismos e contradições sociais.

Neste sentido, o trabalho tem papel fundamental na vida das pessoas, sendo um dos determinantes do processo saúde–doença, podendo promover a saúde ou causar doenças, sofrimentos e, até mesmo, morte.

Para Dejours (1997), o trabalho não seria somente causa de sofrimento e doença, pode significar também equilíbrio mental e saúde. Para isso, é necessário que haja uma boa adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental do trabalhador. Esta adequação e este equilíbrio são possíveis quando as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador. O exercício da tarefa causa prazer, por exemplo, quando o ritmo do trabalho é determinado pelo próprio trabalhador e isto ocorre em algumas atividades como artesãos e profissionais liberais nas quais o trabalho é livremente organizado, escolhido e conquistado (DEJOURS, 1997).

Portanto, para transformar um trabalho fatigante em um trabalho satisfatório, é necessário flexibilizar a organização do trabalho deixando ao trabalhador uma maior liberdade para organizar seu modo operatório e para encontrar os gestos que serão capazes de lhe dar prazer o que significaria um afrouxamento ou uma diminuição da carga psíquica de trabalho (DEJOURS; DESSORS; DERSLAUX, 1993).

Desta maneira, mudanças na política de gestão no âmbito do processo e da organização do trabalho refletem na saúde do trabalhador. Tem-se como exemplo destas mudanças, a terceirização que surge como elemento de precarização do trabalho e acarreta diversas modificações nas atividades e contextos de trabalho, e impacta, a saúde do trabalhador (ANTUNES; DRUCK, 2014).

No Brasil recente, o que se verifica é que no campo das políticas públicas, prevalecem medidas com o objetivo de desproteger e desregular a força de trabalho, caracterizando diversas formas de emprego. Um exemplo de afastamento do Estado e da sociedade da regulação das relações de trabalho foi à aprovação em 2017 da lei, na qual a terceirização passa a ser admitida não apenas nas atividades-meios,

mas também nas atividades-fim, aprofundando ainda mais a flexibilização da contratação salarial (ALVES, 2017).

Esta ampliação da terceirização faz parte de um contexto mais amplo que é a reforma trabalhista brasileira, esta contraria os princípios constitucionais, contrapondo-se àquilo que é da natureza dos direitos sociais, ou seja, a busca em fundar uma nação minimamente civilizada (BIAVASCHI et al., 2017).

Ela amplia as modalidades de contratação no mercado de trabalho por meio da terceirização, 'pejotização' e a 'uberização'. A terceirização avançou fortemente no período recente, abrangendo um pouco mais de um quarto da força de trabalho. A 'pejotização' significa uma relação de emprego disfarçada, quando estão presentes as características do assalariamento, mas a relação é entre empresas. A "uberização", ao mesmo tempo em que elimina direitos, utiliza a força de trabalho na exata medida das demandas do capital, pois o trabalhador fica disponível para utilização do seu trabalho, sendo remunerado apenas de acordo com o que produz. O contrato intermitente significa transformar o trabalhador em *just-in-time*, pois legaliza a lógica da utilização da força de trabalho na exata medida das demandas do capital (KREIN et al., 2017).

A Reforma Trabalhista, então procura dar respaldo legal a práticas já existentes no mercado de trabalho e oferecer novas opções para os empregadores poderem ajustar a quantidade e os custos do trabalho conforme suas necessidades. Além disso, proporciona maior liberdade para as empresas despedir e reduzir custos, deixando o trabalhador em uma condição mais vulnerável e insegura no mercado de trabalho (KREIN, et al., 2017).

Uma previsão do mundo do trabalho para década de 2020, apresentada por Alves (2017), revela que a informalidade deve aumentar no Brasil; a massa salarial do mundo do trabalho formalizado deve cair; a jornada de trabalho deve crescer, deve-se reduzir o tempo de emprego e a rotatividade laboral no mercado de trabalho formal; a terceirização deve crescer em empresas com mais de 100 empregados; a escolaridade entre os trabalhadores terceirizados deve aumentar, deve-se aumentar o trabalho análogo à escravidão (90% dos 40 maiores resgates em todo o Brasil nos últimos 4 anos tinham trabalhadores terceirizados, por exemplo). Como consequência deve crescer o número de acidentes e de doenças relacionadas ao

trabalho no Brasil, pois as jornadas excessivas de trabalho, causam abalo físico e psicológico no trabalhador, impede a fruição do direito ao lazer e ao convívio social (ALVES, 2017).

Lembrando que já existe no Brasil desde 1995, trabalhos voltados para erradicação do trabalho em condição análoga à de escravo (LYRA, 2014).

A imposição da reforma trabalhista traz profundas alterações para o campo saúde do trabalhador, como o desgaste pela ampliação da jornada de trabalho que significa trabalhar mais intensamente e por mais tempo, isto proporciona lucratividade às empresas, além de permitir que os trabalhadores sejam admitidos, demitidos, que a jornada de trabalho seja ampliada ou reduzida, conforme as necessidades da produção e da circulação de bens e mercadorias (EBERHARDT; PEDROSA, 2018).

3.4 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

3.4.1 O Campo da Saúde do Trabalhador

No Brasil à saúde do trabalhador, tomou forma no final dos anos 1970 com o movimento pela saúde, tendo como eixos a defesa pelo direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos, e a busca da garantia de atenção integral à saúde (DIAS et al., 2012).

O contexto causava indignação e insatisfação dos trabalhadores, fazendo com que criassem proposições dirigidas à reformulação do sistema público de saúde. O movimento dos trabalhadores foi de luta pela garantia dos direitos sociais, contra o assistencialismo, por independência do movimento sindical e maior participação, tanto dos trabalhadores, como dos demais segmentos da população, na elaboração e gerenciamento de políticas públicas (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Assim do ponto de vista materialista, os trabalhadores são sujeitos que agem e interagem no processo histórico e como sujeitos históricos demonstram suas formas de resistências (SADER, 1988).

O movimento da reforma sanitária brasileira teve importante papel na consolidação da compreensão de que as relações saúde-trabalho estão contidas no campo de ação da saúde pública (VASCONCELLOS, 2011). Também teve forte

influência na democratização da saúde, concebendo um novo conceito de saúde-doença, que levasse em consideração necessárias mudanças não só no estilo de vida das pessoas, mas também nos padrões de produção e consumo, bem como nas formas de participação social e de políticas públicas de governo (CÂMARA; CAVEIÃO, 2015).

A década de 1980 foi marcada, pela luta em defesa da saúde no trabalho e ressaltou o avanço da incorporação dos trabalhadores e seus representantes como sujeitos no processo de disputa por melhorias nas condições de trabalho (Dias et al., 2012). Assim, a saúde do trabalhador emerge no País em um contexto de mudanças e como um fator fundamental para esta nova abordagem, a inserção do trabalhador como sujeito coletivo e ativo no processo.

Neste sentido, o processo de construção de um sistema de saúde que tem como princípios a universalização do acesso e a integralidade da atenção, enfrentou resistências, pois a sua construção ocorreu na contramão do modelo político hegemônico e dos interesses do capital. Para Vasconcellos e Ribeiro (2011), instalou-se uma crise de paradigmas, pois a sua proposta de proteção à saúde do trabalhador confrontou a gestão econômica empresarial ao ampliar direitos em um campo que antes era regido somente por restritas regras contratuais (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Considerando-se que as classes economicamente dominantes também o são politicamente, este é um campo que evidentemente possui conflitos frente aos interesses econômicos e as condições que garantem a segurança no trabalho (FALEIROS, 1991).

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 assegurou o trabalho como direito social e, portanto, como essencial, e definiu como de competência do SUS o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, regulamentada com a publicação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) em 1990, definindo a sua organização e o seu funcionamento. Ela trouxe, também, outros direitos aos trabalhadores como a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de legislação da saúde, higiene e segurança, adicional de remuneração para atividades penosas, insalubres ou perigosas e seguro contra acidentes de trabalho a cargo do empregador.

Pode-se dizer que a saúde do trabalhador traz uma perspectiva inovadora de compreensão da relação saúde-trabalho, permitindo um olhar mais amplo e crítico sobre acidente de trabalho, vigilância e prevenção, buscando garantir os interesses da classe trabalhadora (VIANNA et al., 2017).

O campo saúde do trabalhador, considerado espaço da saúde pública, deveria, então, garantir a saúde por meio de políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças (LACAZ, 2016), mas no estabelecimento de políticas públicas, o trabalho decente não aparece como prioritário (COSTA et al., 2013).

No entanto, apesar dos avanços, a complexidade do campo da saúde do trabalhador, os conflitos e embates de concepções socioculturais, políticas e econômicas, dificultam a efetividade dos princípios estabelecidos. A heterogeneidade de recursos e objetivos desafia a capacidade de harmonia entre os diversos interesses envolvidos, relativos ao capital econômico, político e social (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Deste modo, os dispositivos legais que atribuem a saúde do trabalhador no SUS, e os múltiplos planos e políticas que continuam sendo promulgados, não se observa indícios operacionais de atendimento às necessidades de saúde do trabalhador, ficando evidente a lacuna existente no que tange ao desenvolvimento de ações na área no SUS (VASCOCELLOS; AGUIAR, 2017).

Para Silva e Mathis (2017), a força de trabalho, mesmo com a existência de arcabouço jurídico e aparato de políticas públicas de proteção, permanece desprotegida em todos os aspectos que a cercam, na instabilidade do emprego, na relação salarial, nas condições de trabalho e, principalmente, na segurança e saúde do trabalhador (SILVA; MATHIS, 2017).

Nas sociedades capitalistas, o espaço central e determinante na organização e na vida como um todo é ocupado pelas relações de capital e trabalho, relações que são, por natureza intrínseca, contraditórias e conflitivas. Vigiar os resultados ou a origem de acidentes e doenças que são determinados por relações de capital e trabalho, significa atuar num espaço que traz à tona os conflitos de interesse existentes nas relações produtivas e de poder. É sobre essas relações complexas que a VISAT estabelece suas práticas (PINHEIRO et al., 2013).

3.4.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador

A abordagem da VISAT neste estudo está ancorada ao referencial teórico do campo da saúde do trabalhador e a considera como temática central na área. Busca-se abordar aspectos históricos, mas sem reconstruí-los numa visão linear. A história da saúde do trabalhador no SUS mostra que ainda existem desafios para implementação da VISAT, mas salienta várias conquistas importantes.

A saúde do trabalhador é resultante de uma construção no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado pela experiência italiana. Trata-se de um corpo de práticas teóricas interdisciplinares (técnicas, sociais, humanas) e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Tem por objetivo transformar os processos e ambientes de trabalho, visando à sua humanização; a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda a sua complexidade; a participação fundamental dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e implementação das ações; e a articulação com as questões ambientais, já que os riscos dos processos produtivos também afetam o meio ambiente e a população geral (MACHADO; PORTO, 2003).

É entendida como campo de conhecimento e de intervenção sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença originados nos processos produtivos, bem como suas implicações sociais diretas e indiretas sobre os trabalhadores, suas vidas e suas famílias (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Somente a partir do SUS que se pode falar em VISAT, para dar conta de seu objetivo maior de vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho; a vigilância deve ser pensada e voltada para a saúde no trabalho, vinculando às demais estruturas necessárias do aparelho de Estado (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

O método de implementação da VISAT pressupõe a intervenção nos ambientes de trabalho por meio da fiscalização, entretanto esta tem ocorrido nos moldes ultrapassados da vigilância sanitária e epidemiológica, sob responsabilidade da equipe da secretaria de saúde estadual e ou municipal (CÂMARA; CAVEIÃO,

2015). Não devendo ser entendida, portanto, apenas como uma somatória de ações de VISA e VIGEP, voltadas para a proteção da saúde do trabalhador, nem ser utilizada como sinônimo de VISA ou de VS (DALDON; LANCMAN, 2013).

Considerando que a estrutura organizacional do SUS ainda se encontra nos moldes das VIGEP e VISA, permanecem os entraves para que a VISAT seja consolidada, enquanto que a implantação das diretrizes voltadas à prevenção e à promoção de saúde seguem lentamente (DALDON; LANCMAN, 2013).

A complexidade da VISAT é evidenciada em sua consolidação na prática que exige uma rede articulada de serviços do SUS em todos os níveis de atenção para atender os trabalhadores, identificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, intervenções e prevenção de risco, bem como encaminhamentos necessários tanto dentro quanto fora do SUS.

Deste modo, esta complexidade do modelo de VISAT exige que as equipes de vigilância tenham um conhecimento amplo e integralidade de ações na RAS (PINHEIRO et al., 2013). Constitui-se, portanto, em prática pluri e interinstitucional, que além de incluir a assistência ao trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho, deve-se incentivar estudos e pesquisas referentes ao controle dos riscos causadores de acidentes, bem como das possíveis doenças relacionadas ao trabalho, existentes no processo de trabalho.

Para Lacaz (2013), a VISAT ideal busca conhecer a realidade dos trabalhadores, intervir nos fatores determinantes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, avaliar os impactos das medidas adotadas, auxiliar as decisões tomadas pelos órgãos competentes do governo (em suas três esferas) e também estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador que incorporem (além dos existentes), a criação de bases de dados advindos do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações consolidadas e analisadas (LACAZ, 2013).

A implantação e consolidação das ações de saúde do trabalhador no SUS vêm ocorrendo gradativamente desde os anos noventa, sendo que os estudos iniciais realizados na área, apontam conflitos de competências entre os Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, principalmente com relação a fiscalização dos

ambientes de trabalho. (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; ALVES, 2003).

O fracionamento das competências e a divisão de atribuições entre os mais diversos órgãos, todos agindo de forma isolada, pode ser funcional para o capital e um problema para a efetivação da saúde do trabalhador (PINHEIRO et al., 2013).

Outros abordam que as estruturas compartimentalizadas têm dificultado a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores, não ficando claro o papel e os limites das ações intra-setoriais da saúde, como, quando e de que forma devem ser desenvolvidas ações intersetoriais, além da prevalência do caráter assistencial da saúde em detrimento da vigilância (DIAS; HOEFEL, 2005; MACHADO; PORTO, 2003).

Este caráter assistencial que acompanha a saúde do trabalhador tem sido apontado como um desafio a ser superado para implantação do modelo de organização dos serviços com foco na promoção da saúde (LEÃO; VASCONCELLOS, 2013; COSTA et al., 2013; LEÃO; CASTRO, 2013).

Esta superação do modelo assistencial para o modelo pautado na promoção e prevenção em saúde, exige mudanças no foco dos profissionais de saúde de forma que ajam sobre as causas das doenças e não nos sintomas. Assim, não é mais aceitável somente curar a doença, é necessário agir para evitar que a população adoença.

Não se pode negar a importância do diagnóstico e tratamento, porém, é o reconhecimento do nexo do acidente ou da doença, relacionado com o trabalho que pode garantir a promoção à saúde dos trabalhadores. Este reconhecimento da causa, permite que as ações de VISAT sejam voltadas para a prevenção de novos casos de acidentes e o adoecimento no ambiente de trabalho.

Almejando o fortalecimento das ações e a superação de problemas como a fragmentação, o MS criou a RENAST em 2002, cujo objetivo era operacionalização da política destinada aos trabalhadores, principalmente por intermédio dos CEREST (CARDOSO; ARAUJO, 2016). Neste contexto, a VISAT se faz ouvir, pelos seus centros executores, que são os responsáveis pelo seu desencadeamento e difusão na própria rede SUS, bem como fora dela (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

A RENAST integra, então, a rede de serviços do SUS por meio dos CEREST, sendo que compete a ela a gestão, a informação, a definição e o compartilhamento das ações de vigilância e de assistência em todos os níveis de atenção. Assim, os CEREST são compreendidos como pólos irradiadores estratégicos na ação de matriciamento da rede no SUS (MACHADO et al., 2013).

Mesmo a RENAST sendo considerada uma estratégia de sucesso, algumas fragilidades no desenvolvimento da rede foram apontadas logo após a sua constituição, como o pequeno número e a distribuição desigual dos CEREST nos estados e municípios; a baixa cobertura das ações, que não alcançavam um número expressivo de trabalhadores; a desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde e uma fraca articulação intersetorial (DIAS; HOEFEL, 2005). Apontam também, que o SUS não incorporou de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental (DIAS; HOEFEL, 2005).

Para Santos e Lacaz (2011), a Portaria da RENAST editada em 2005 busca sua ampliação e fortalecimento e enfatizam que a Portaria atual 2.728/2009 dispõe sobre a sua implementação, mediante inclusão das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção básica, estruturação da rede CEREST, implementação das ações de vigilância e promoção, instituição e indicação da Rede de Serviços Sentinela e caracterizar o município sentinela. Porém, para os autores, a estratégia dos CEREST permitiu apenas avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, permanecendo o grande desafio que é a articulação intrasetorial das ações, tanto nos níveis básicos de atenção, quanto nos níveis especializados e nas instâncias de vigilância (SANTOS; LACAZ, 2011).

Além dos problemas apontados e que configuram desafios para RENAST, no exercício das ações de fiscalizações em ambientes de trabalho, o CEREST tem sido questionado judicialmente pelas empresas que alegam incompetência deste órgão em fiscalizar e punir em matéria de segurança do trabalho, e que somente o MTE teria competência para tal. Contudo, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) reconhece a competência dos CEREST para atuar e aplicar sanções administrativas às empresas que descumprem normas de segurança e saúde no trabalho (NEIVERTH et al., 2016).

Segundo Machado et al. (2013), após a avaliação das ações de vigilância e informação em saúde do trabalhador, no período 2008-2009, identificou-se três grupos de CEREST com graus distintos de implantação. Um primeiro, que pode ser considerado com implantação adequada, enquanto que o segundo, estava em processo de implantação, contrapondo-se ao terceiro, visto que estava em fase inicial (MACHADO et al., 2013).

Muitos CEREST consolidados tornaram-se portas de entrada para trabalhadores acidentados ou com doença relacionada ao trabalho, não se constituindo em unidade de referência para a saúde do trabalhador ou para a retaguarda técnica (SANTOS; LACAZ, 2011).

Para Lacaz (2016), os CEREST pouco se integraram à rede de serviços básicos de saúde, nem se tornaram referência a tais serviços, levando a um importante alheamento por parte do SUS das relações trabalho-saúde, à medida que nos CEREST a assistência foi privilegiada (LACAZ, 2016).

Dessa forma, críticas relevantes têm sido dirigidas à principal estratégia do MS para incorporar as ações de saúde do trabalhador no SUS, ou seja, a RENAST bem apresentada por Leão e Vasconcellos (2011) como “a rede que não enreda”.

A instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador, Portaria 3.120/98, já apontava que a VISAT pressupunha uma rede de articulações internas do SUS, somadas a outras externas ao setor de saúde. Incluindo no âmbito do SUS toda a rede de saúde e, prioritariamente, a rede de atenção básica, preconizada como instância responsável por coordenar o cuidado, garantindo a disseminação das ações de saúde do trabalhador.

Esta ideia de rede foi ratificada pela legislação 4.279/2010 que trata da RAS, em âmbito nacional a define como um conjunto de ações e serviços de saúde articulado que tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A organização em RAS tem caráter estratégico para superar a fragmentação da atenção no SUS e avançar no processo de integração.

Neste contexto, os CEREST têm a responsabilidade de atuar como centros articuladores das ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador em sua área de abrangência (estadual, regional ou municipal), assumindo funções de suporte

técnico em ações que visem à saúde dos trabalhadores e ao apoio matricial aos serviços da RAS no SUS (CARDOSO; ARAUJO, 2016).

Estudo realizado em um município do Nordeste brasileiro, evidenciou que, com relação a atribuição central do CEREST, voltada para oferecer apoio matricial como retaguarda técnica especializada a toda a rede SUS, a sua atuação tem sido tímida e as ações realizadas são embasadas nas abordagens da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho, sem articulação com a Saúde Ambiental, atuação restrita aos trabalhadores do setor formal. Além disso, os representantes do CEREST demonstraram falta de clareza sobre o papel da instituição (PONTES; RIGOTTO, 2014).

Ainda com relação aos CEREST, as ações têm se concentrado nos municípios sede, gerando tensões entre os demais, pois estes veem suas necessidades não atendidas. Neste sentido, a organização da regionalização adotada pela RENAST não está em conformidade com a estrutura dos entes federativos, nem do SUS, emergindo dificuldades operacionais no uso dos recursos e desenvolvimento de atividades (MACHADO et al., 2013).

As estratégias de atuação dos CEREST voltadas à VISAT pressupõem a articulação de ações e setores bem específicos, uma vez que como campo de atuação, distingue-se da vigilância em saúde em geral. Desse modo, articular-se com a AB é um desafio para os CEREST.

O Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passou a reunir não só a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, mas também a vigilância ambiental a saúde do trabalhador. Na atualidade, as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador constituem-se de práticas sanitárias. Construídas em processos distintos e com representação em institucionalidades diversas, as vigilâncias foram definidas como integrantes da chamada VS. Essas quatro vigilâncias se organizam em dois sistemas nacionais: o de Vigilância em Saúde e o de Vigilância Sanitária (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

As práticas e as formas de organização da vigilância nos serviços de saúde pública não constituem um sistema integrado e articulado. O que se verifica é uma

fragmentação das estruturas e das ações, separadas em compartimentos nomeados vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica, em geral, não se articula com as ações de fiscalização sanitária, por sua vez, não trabalha com informações geradas nos processos produtivos e indicadores de saúde do trabalhador, ambientais e sociais. A vigilância sanitária não incorpora a participação da sociedade em seus processos e não focaliza produtos e serviços, abstraindo-se dos processos de produção, sem articulações intra e trans-setoriais, tendo enfoque punitivo; a vigilância ambiental tende a examinar os processos produtivos “extramuros” das fábricas, desconsiderando a fonte primária intraprocessual de danos ambientais (VASCONCELLOS, 2007).

Portanto, no campo da intrasetorialidade existem ainda algumas dificuldades de inserção da VISAT que geram conflitos, além de instabilidades com outros setores dentro do próprio SUS. Apesar da concepção da saúde do trabalhador como uma unidade de assistência e vigilância, na prática do SUS existe uma clara segmentação entre as duas (PINHEIRO et al., 2013).

Alguns avanços interessantes podem ser apontados na esfera da VISAT, que refletem positivamente na concretização das ações voltadas para a prevenção e vigilância, mas ao mesmo tempo, se evidenciam desafios que ainda precisam ser superados e que impactam diretamente na capacidade de intervenção dessas ações.

No que se refere aos avanços, destacam-se conquistas legais com as publicações de normas para o fortalecimento das ações em VISAT. Dentre elas destaca-se a Portaria 777/ 2004, que dispõe sobre os procedimentos para notificação dos agravos à saúde do trabalhador em rede sentinela (embora revogada, as que a substituem, mantém-se a mesma premissa); o Decreto nº 7.602/2011 que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST); e a Portaria MS nº 1.823/2012, da Polícia Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Porém, Vasconcellos (2013) afirma que mesmo passando por diversas instâncias democráticas por meio de diálogos envolvendo o Estado e seus diferentes setores e a sociedade civil, o texto final das referidas políticas deu pouca atenção à

temática da vigilância em saúde, trabalho e ambiente. Deste modo, ainda que tragam subsídios importantes, acabaram não avançando na direção de contribuir para uma vigilância integral (VASCONCELLOS, 2013).

Deste modo, pode-se dizer que uma política integral e intersetorial de saúde do trabalhador não é uma prioridade e que as tentativas de avanços na área continuarão a esbarrar na falta de apoio político e institucional em âmbitos federal, estadual e municipal, sempre que ameaçarem os principais pilares das políticas de crescimento econômico (PORTO, 2013).

A necessidade de implementar ações de VISAT é uma questão que se mantém e que objetiva ultrapassar a dimensão assistencial que prevalecia (e ainda prevalece, em certa medida) anteriormente ao advento do SUS (VACONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

A VISAT faz parte de um processo com particularidades que tornam sua implantação muito complexa, devendo ser considerado os entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância. Estes entraves fazem com que muitos gestores não invistam nesse campo.

Outros fatores que não contribuem para a implementação da VISAT é o desconhecimento de muitos gestores do SUS quanto à concepção e ações de saúde do trabalhador (SOUZA; VIRGENS, 2013), bem como o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações nessa área.

Os municípios têm como obrigações implementação e a gestão do SUS, que devem ocorrer de forma integrada às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde.

Assim, o gestor municipal deve assumir a responsabilidade pela implementação da VISAT em seu território, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, para assegurar o direito à saúde de seus trabalhadores. Para tanto, faz-se necessário que este órgão promova a integração dos serviços de saúde existentes no município, e que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade, e os compromissos assumidos com a gestão do SUS.

Em síntese, a gestão municipal deve contemplar o planejamento, assistência, promoção e proteção à saúde. Neste sistema, a atenção básica é a porta de entrada

para cumprir com sua responsabilidade, devendo estar preparada para oferecer atenção adequada aos trabalhadores, detectando a relação do acidente ou doença com o trabalho e, encaminhando assim, este trabalhador dentro da rede. A VIGEP assume a vigilância da epidemiologia dos trabalhadores, enquanto a VISA responsabiliza-se pela vigilância nos locais de trabalho.

Faz-se relevante o processo de sensibilização dos trabalhadores, educação permanente e padronização de fluxos, tendo a elaboração do passo a passo de saúde do trabalhador, contendo informações básicas, expostas de forma objetiva, claras e distribuídas aos serviços, de modo que o trabalhador tenha um acolhimento humanizado, com abordagem completa e integral.

Na vivência profissional, o que se percebe, no que tange às políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador são ações pontuais e fragmentadas, isoladas das demais ações de saúde. Estas, de modo geral, são desenvolvidas de forma desigual nos estados e municípios, sendo que em muitos casos, os trabalhadores não têm o conhecimento sequer da existência do CEREST ou onde este está alocado em sua região.

Dentre os avanços conquistados em VISAT no estado de SP, estão as ações pactuadas no âmbito da vigilância e da Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho - CEREST (DVST-CEREST). Esta é a instância da Secretaria de Estado da Saúde (SES) que responde no Estado de São Paulo, por toda e qualquer questão relacionada à saúde do trabalhador. É responsável pela Coordenação Estadual da Saúde do Trabalhador e por acompanhar a implementação da PNSTT no Estado. Assumindo não só a VISAT, mas também o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas na área. O CEREST, então, está vinculado, técnico e administrativamente, ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS).

Também a ADVST-CEREST promove ações em saúde do trabalhador e produz informações para subsidiar as condutas e proposições de políticas na área e o estabelecimento da relação causal entre o processo de trabalho e adoecimento; cooperando com os outros órgãos da SES no desenvolvimento de política de qualidade de vida e de segurança no trabalho; propõe-se ainda, a elaboração de documentos normativos da SES, por exemplo, Portarias e Notas Técnicas, bem como a elaboração de protocolos técnicos e de regulação, promovendo a articulação

entre sociedades científicas, universidades e outros interlocutores no que se refere à saúde do trabalhador (CVS, 2018).

As ações estratégicas desenvolvidas voltam-se para a implementação de programas e projetos de alcance estadual. Destacam-se programas já consolidados da DVST-CEREST/CVS como: VISAT- Canavieiro, Amianto, Benzeno e AT (acidentes graves e fatais).

No Estado de São Paulo, o fluxo de notificações de agravos à saúde do trabalhador prevê que todo trabalhador, de qualquer Município do Estado, com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de um ou mais agravos ocupacionais de notificação compulsória, deve ter garantido o atendimento no seu próprio município ou nos recursos de saúde de referência (SÃO PAULO, 2009).

No que se refere aos acidentes de trabalho (AT), no Brasil é definido como aqueles que decorrem do exercício do trabalho independentemente da situação empregatícia e previdenciária do acidentado, e que acarreta dano potencial ou imediato à saúde, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda e/ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. São considerados, também, como acidente do trabalho a doença profissional ou do trabalho, desencadeada pelo exercício realizado característico a determinada atividade (BRASIL, 1991).

Os acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho com nexos causal não são fenômenos novos, mas sim, processos tão antigos quanto à submissão do trabalho às diferentes formas de exploração (ANTUNES; PRAUN, 2015).

São fenômenos complexos e multicausais determinados na situação e processo de trabalho e a sua maioria é previsível e evitável, entretanto são encontrados obstáculos de diversas ordens para sua prevenção (ALMEIDA et al., 2013).

Sociologicamente a questão do acidente de trabalho não se reduz a uma causa única. Ela é principalmente um aspecto do tema social que produz consequências para toda a sociedade. Significando que o acidente do trabalho é um fenômeno que não pode ser abstraído da relação social. Portanto, sua análise deve ser feita considerando-o como elemento de uma totalidade (SOBRINHO, 2010).

As ciências sociais, de algum modo, tentam desmistificar a essência da etimologia do acidente, à qual estava subjacente a ideia quase exclusiva de eventos aleatórios ou fortuitos. Ressalta-se que os acidentes podem acarretar problemas graves para os trabalhadores (lesões permanentes ou a própria morte), mas as suas consequências podem também afetar, ainda que indiretamente, as suas famílias, os seus colegas de trabalho, os seus empregadores e a sociedade em geral (AREOSA; DWYER, 2012).

As consequências sociais evidenciam que o acidente do trabalho não é um mero objeto, cuja descrição se encerre nos limites de uma análise técnico-pericial nem é um fragmento que se pode isolar como um experimento laboratorial. Não se trata também de uma realidade momentânea do indivíduo acidentado, por isso não é suficiente o estudo sobre uma causa isolada: a subjetividade, a culpa, o ato inseguro, etc. (SOBRINHO, 2010).

É por esta razão que os autores Dwyer e Elgstrand (2009) argumentam que é necessário um novo paradigma para a segurança no trabalho, que leve em consideração aspectos de natureza social (DWYER; ELGSTRAND, 2009).

A relação entre trabalho e saúde do trabalhador deve ser apreendida de forma dinâmica, como uma parte em articulação e construção com o todo; e o acidente de trabalho, de acordo com a investigação materialista-dialética da realidade social, é um fenômeno que só pode ser compreendido como um momento do todo (KOSIK, 1976)

A investigação de acidentes de trabalho no SUS tem como princípio prevenir para que o mesmo acidente ou que acidentes semelhantes não se repitam. Para se atingir resultados efetivos é preciso utilizar metodologias referenciadas que permitam a prevenção de fato, extrapolando a cultura da culpabilização, ainda em vigor e que atribui a necessidade de mudança no comportamento do trabalhador para evitar novas ocorrências, ou seja, estes devem prestar mais atenção, tomar cuidado etc., permanecendo intocadas as condições, processos de trabalho, atividades e meios produtivos que são assim naturalizados e assumidos como perigosos (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004).

Ressalta-se que Marx (1985), ao relacionar os acidentes aos processos de produção, mostra que são determinados não pela imprudência dos trabalhadores

(assim como o campo da saúde do trabalhador), mas provocados pela intensificação do trabalho, aumento do ritmo da produção e outras mudanças na organização do trabalho (MARX, 1985).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo configura-se como descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, que abrangeu duas etapas para atendimento aos objetivos propostos. De acordo com Gil (2010), este tipo de estudo é o mais indicado para explicitar e explorar o conhecimento e as práticas vivenciadas por profissionais em seu cotidiano de trabalho.

A primeira etapa constou do levantamento documental da legislação relacionada à saúde do trabalhador na esfera municipal, bem como de demais documentos que contemplam fluxos e processos concernentes ao atendimento ao trabalhador no SUS. A segunda etapa, compreendeu entrevistas com profissionais-chaves que atuam nos diversos setores do sistema de saúde municipal, regional e estadual e de outros órgãos que possuem interface com a saúde do trabalhador.

4.2 Cenários de estudo

O estudo foi realizado em um município no Estado de São Paulo, que possuía, em 2017, uma população estimada de 246.088 habitantes (IBGE, 2017). O levantamento dos dados foi realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde e aos demais órgãos municipais envolvidos na atenção à Saúde do Trabalhador do município estudado, tais como VISAT e VIGEP, incluindo órgãos situados em outro município do mesmo estado com abrangência regional, como o CEREST, DRS, GVS, além da Procuradoria Regional do Trabalho (PRT) do MPT.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo está dividida administrativamente em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2006).

Dentro da estrutura atual existente, o município estudado está vinculado ao CEREST regional, responsável pelo processo de municipalização das ações em saúde do trabalhador de outros 23 municípios pertencentes à regional. Estes municípios fazem parte da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) que estabelece que as regiões de saúde devem se organizar com o objetivo de ofertar ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial,

ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, laboratórios de saúde e controle de endemias).

Estes órgãos, por meio dos seus profissionais-chaves, foram selecionados para compor o cenário de estudo pelo importante papel desempenham na organização do campo da saúde do trabalhador, seja em âmbito regional ou municipal.

4.3 População de estudo

A primeira etapa considerou documentos, legislações e demais materiais que descrevessem as ações de vigilância em saúde do trabalhador na esfera municipal. A população de estudo da segunda etapa foi composta por profissionais que atuavam em cargos de gestão, nos órgãos públicos que possuem envolvimento com a saúde do trabalhador.

A seleção destes profissionais-chaves foi intencional, em decorrência de sua inserção na RAS municipal e RRAS, como Secretaria de Saúde; Unidades de VISA e VIGEP; Comissão Intersetorial (CISTT); Conselho Municipal de Saúde (CMS); CEREST regional; Grupo de Vigilância Sanitária, Diretoria Regional de Saúde, Procuradoria Regional do Trabalho do Ministério Público de Trabalho e entidade sindical.

Os profissionais -chaves escolhidos são responsáveis pela implementação das políticas da área de saúde do trabalhador, articulação, determinação de fluxo, priorização das ações de educação, fiscalização e assistência. Assim, as informações provenientes destes mecanismos foram de extrema relevância para a compreensão e composição da realidade. Ao todo foram selecionados 15 profissionais-chaves para o estudo (coleta) representando as unidades selecionadas, sendo: Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, representante sindical, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, dois Procuradores do Trabalho, Grupo de Vigilância Sanitária, Diretoria Regional de Saúde e Centro de referência em Saúde do Trabalhador estadual.

4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados documentais foi utilizado um roteiro, construído especificamente para este fim (Apêndice A), contendo itens relevantes para a vigilância em saúde dos trabalhadores, nas categorias: (1) legislação municipal em saúde do trabalhador; (2) fluxos de informação em saúde do trabalhador; (3) fluxos de processos envolvidos no atendimento ao trabalhador e; (4) papéis, competências e ações entre os diversos órgãos. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado com questões abertas, considerando o perfil e inserção laboral dos entrevistados (Apêndices B a K).

O levantamento documental ocorreu em bases de dados *online*, bancos de informação, além de websites de órgãos e instituições governamentais. Nas buscas eletrônicas foram utilizados os descritores “Saúde do trabalhador”; “Vigilância em saúde do trabalhador” e “Legislação em saúde do trabalhador”.

A busca por estas informações ocorreu previamente à coleta dos dados primários, a fim de possibilitar subsídios aos questionamentos aos profissionais-chaves, no sentido de esclarecer aspectos não elucidados pelos documentos.

Após aprovação do estudo pelo município e Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), foram realizados contatos telefônicos e eletrônicos com os profissionais-chaves, a fim de se estabelecer um cronograma para coleta de dados em lugar reservado.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em áudio para posterior transcrição. Os profissionais -chaves foram convidados a participar da coleta de dados e receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e sobre os riscos e benefícios de sua participação. Após concordância em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice L) e foi combinada uma data para realização da entrevista, no próprio local de trabalho.

4.5 Análises dos dados

Os dados advindos da análise documental foram descritos de acordo com cada tipo de documento identificado, detalhando-se aspectos relevantes de cada um deles.

As falas foram transcritas integralmente e com a manutenção das características coloquiais, além das descontinuidades apresentadas, objetivando não

descaracterizar o conteúdo. Foram retiradas palavras que identificam o órgão do entrevistado, a fim de garantir o anonimato. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra P e um número, de acordo com a sequência das entrevistas realizadas. Os dados foram analisados segundo referencial de análise temática proposta por Minayo (2014).

Após a transcrição das falas, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo, que consiste na leitura intensa do material visando sua impregnação, obtenção de uma noção de conjunto e apreensão de repetições e particularidades, buscando assim, desenvolver os temas e agrupá-los em categorias (MINAYO, 2014).

Na segunda etapa, com base na organização das categorias, foram recortados trechos dos depoimentos e neles identificadas ideias explícitas e implícitas, cujos significados davam sentido ao tema. Na terceira etapa, buscaram-se os sentidos mais amplos dos depoimentos agrupados, e sua interpretação e articulação com os demais temas já estudados (MINAYO, 2014).

Desta forma, a análise temática foi desenvolvida buscando absorver os “núcleos dos sentidos” contidos nas falas, cuja presença ou frequência pudessem ser organizadas em categorias que dessem significados e compreensão ao texto (MINAYO, 2014).

Os temas que emergiram das falas, a partir da análise temática, foram agrupados nas seguintes categorias: 1) compreensão da VISAT no SUS; 2) aspectos legais da saúde do trabalhador no SUS; 3) implementação de ações de VISAT na esfera municipal, esta subdividida nas subcategorias: a) fluxos de informações e comunicação; b) papéis e competências relacionados à saúde do trabalhador; c) articulação entre os setores envolvidos na VISAT; d) ações da VISAT no município; e) ações do CEREST regional; f) relevância do controle social para implementação da VISAT municipal.

Após o agrupamento dos depoimentos em categorias, a discussão e interpretação dos dados foram fundamentadas em pressupostos teóricos do materialismo histórico- dialético e VISAT.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelos cenários de estudo que emitiram cartas de aceite para participação (anexadas ao processo enviado ao CEP) e também pelo CEP, onde o estudo foi desenvolvido, conforme o parecer número 1.949.869, CAAE 62925916.6.0000.5504, (Anexo 1).

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/2012 (CNS, 2012), sendo que todos os participantes, após conhecimento e consentimento em participar da pesquisa assinaram o TCLE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com as fases de desenvolvimento da pesquisa. Inicialmente, serão relatados os resultados da análise documental e, na sequência, os dados advindos das entrevistas.

5.1 Documentos e legislações relacionados à VISAT na esfera municipal

O levantamento documental relacionado à implantação das ações de VISAT na esfera municipal evidenciou escassez de legislações municipais, fluxos de informações, fluxos de processos envolvidos no atendimento ao trabalhador e informações sobre papéis, competências e ações relacionadas à VISAT.

Assim, resultaram da etapa de análise documental três legislações voltadas à saúde do trabalhador; Deliberação da CISTT e dois Planos de Saúde.

Em relação as três legislações encontradas estas referem-se:

- (1) Lei 10.803/2008 que determina o cadastramento obrigatório de alojamentos e moradias do setor canavieiro, sob responsabilidade da VISA.

Esta lei alinha-se as ações realizadas pelo Estado de São Paulo, por meio do CVS e CEREST estadual para verificação das condições sanitárias de moradias (SÃO PAULO, 2009).

Diante dos acidentes e mortes por exaustão, ocorridos com trabalhadores do setor canavieiro, este tema tornou-se o centro de vários debates, com o objetivo de padronizar, sistematizar e implantar procedimentos de VISAT a DVST- CEREST do CVS implantou o "Programa Paulista de VISAT canavieiro". Os resultados foram a criação de dispositivos para embasar as ações de VISAT em usinas, no campo (hidratação) e nos alojamentos e moradias dos trabalhadores migrantes do setor (VILELA et al., 2014).

- (2) Lei 15.753/ 2011, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Segurança e Saúde no Trabalho do município, com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Emprego e Renda (SMER).

Apesar desta Lei ter previsto a criação do Conselho Municipal de Segurança e Saúde no Trabalho, a implementação não ocorreu como confirmado nas entrevistas

realizadas. Isso reforça a percepção de que as leis são criadas com propósitos relevantes, mas não são concretizadas na prática, evidenciando a fragilidade do executivo brasileiro.

(3) Lei 16.089/ 2012, determina a obrigatoriedade de notificação de todos os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais atendidos nas Unidades de Pronto-atendimento Médico ao CEREST, por meio do Relatório de Atendimento do Acidentado do Trabalho.

Esta lei determinou a implementação em todos os estabelecimentos de saúde do município estudado o preenchimento do Relatório de Atendimento do Acidentado do Trabalho (RAAT) cujo objetivo é obter informações referentes aos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho de todo o universo dos trabalhadores, sejam eles com vínculo formal ou informal de trabalho.

Reporta também que as informações epidemiológicas extraídas dos relatórios serão tornadas públicas por meio de boletins e materiais em órgãos de divulgação, respeitando-se parâmetros éticos, de modo a não atingir pessoas ou organizações.

Trata-se de uma notificação de caráter epidemiológico e está disponível em todo serviço de saúde (público e privado) do município e deve ser preenchida sempre que for diagnosticada a relação do acidente ou da doença com o trabalho. Ressalta-se que este documento deve estar disponível na recepção dos serviços de saúde e, portanto, a equipe de saúde e não apenas o médico tem um papel fundamental diante da notificação.

O fluxo existente em um município brasileiro tem início com o preenchimento do formulário de encaminhamento, pelo trabalhador da UBS que inclui informações sobre o trabalhador, como ocupação, quadro clínico, exames complementares, suspeita diagnóstica (POÇOS; DIAS, 2010). Assim, o profissional da área da saúde que faz os primeiros atendimentos e acolhimento ao trabalhador, possui importante papel ao atentar-se para o trabalho como categoria determinante de adoecimento.

No âmbito da Atenção Básica, reconhecer o usuário enquanto trabalhador e investigar sua situação de trabalho, de não trabalho ou de desemprego e as relações com o processo saúde-doença e sofrimento das pessoas, são fatores essenciais para a produção de cuidado aos trabalhadores (AMORIM et al., 2017).

Este é um problema que ainda precisa ser enfrentado, os profissionais da saúde têm dificuldades em identificar e reconhecer a relação entre o trabalho e a doença, e que se refletem em sub-registros e subnotificações de tais informações (SANTANA; FERRITE, 2013).

Atualmente, as fichas do RAAT são preenchidas nas unidades de atendimento e encaminhadas à VIGEP, responsável pela investigação dos casos e, quando se trata de agravo de notificação, realiza-se o cadastro no SINAN (BRASIL, 2016), encaminhando cópias dos dados referentes aos acidentes graves e fatais para a VISA, encarregada pela inspeção nos ambientes de trabalho.

De acordo com dados do CEREST regional, em 2012, o município registrou 859 acidentes de trabalho, sendo que dentre os trabalhadores que sofreram o acidente, 740 possuíam registro em carteira, 26 eram autônomos, 16 funcionários públicos, 25 possuíam outros tipos de vínculo empregatícios e 52 não possuíam classificação³.

Após o ano de 2012, houve um aumento nas notificações, sendo os dados mais significativos do Sistema de Rastreamento de Acidentes do Trabalho (SISRAT), referentes aos anos de 2014, que apresentou 1.437 acidentes de trabalho, sendo seis fatais, e em 2017, que até o mês agosto havia apresentado 789 acidentes, sendo três fatais.

Os dados disponibilizados no SISRAT revelam as fragilidades de inserção no sistema, uma vez que o preenchimento do RAAT ocorre em papel, sendo atribuição da VIGEP a digitação dos dados no sistema. Neste sentido, a CISTT vem desempenhando importante papel junto ao CMS e SMS, na tentativa de sanar os atrasos na digitação dos dados e possibilitar o acesso ao perfil epidemiológico atualizado.

Mesmo com as diversas fragilidades a CIST, de maneira geral, é considerada importante mobilizadora do controle social e da possibilidade de efetivação da PNSTT, como uma política de Estado que insira a saúde do trabalhador no SUS (ARTUR, 2015).

³ Nota: Dados disponibilizados para a pesquisadora, em consulta ao sistema online, autorizado pelo cenário.

A criação da CISTT municipal em dezembro de 2014, atendeu a Resolução 493/2013, que determina que os Conselhos de Saúde promovam a criação de tais comissões nas esferas estaduais e municipais, para assessorarem os conselhos nas questões relacionadas a saúde do trabalhador.

A CISTT não foi considerada uma necessidade para o município pelo Plano Municipal de Saúde na vigência 2010/2013, sendo que este é um instrumento que resultou do processo de planejamento em saúde, previsto nas diretrizes no âmbito do SUS (BRASIL, 2013). O planejamento permite definir os objetivos a serem alcançados e que caminhos seguir, ou o que fazer para alcançar mudanças, e transformar as condições existentes.

O Plano 2010/2013 aponta como problema a inexistência de ações de prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais junto às empresas do município e propôs como objetivo fortalecer as ações de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, a fim de realizar ações de saúde do trabalhador no município de forma articulada em todos os níveis do SUS.

Para atingir o objetivo proposto, foi determinado o estabelecimento de fluxos de preenchimento, encaminhamento, processamento e análise de informações das CAT e que as equipes de saúde fossem capacitadas para identificar e atuar nas situações de risco à saúde relacionadas com o trabalho.

O Plano previa, ainda, implementar ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador, priorizando os agravos de maior prevalência, identificados nas CAT, em articulação com a Subdelegacia Regional do Trabalho, os Sindicatos de Trabalhadores e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs).

Não há evidências, de uma análise que tenha resultado em um diagnóstico situacional apontando as necessidades em saúde do trabalhador no território. Isso significa que as metas estabelecidas não foram obrigatoriamente definidas com base nas reais necessidades do município naquele momento. Consequentemente, durante a vigência do referido plano, não houve avanços no sentido de viabilizar o que foi proposto, tampouco estudo ou articulação de dados com base nas CAT.

Esta não-estruturação clara e definida do PMS é revelada, também, em um estudo realizado em 11 municípios do estado do Pernambuco. De acordo com a pesquisa, a elaboração dos PMS apresentou deficiências frente às ações de

planejamento em saúde do trabalhador, sendo esta temática pouco apreciada pelos municípios no referido instrumento de gestão, uma vez que o tema inserido no documento consistiu em modelo não sistematizado (GALINDO; GURGEL, 2016).

De acordo com um estudo realizado em quatro municípios de pequeno porte do estado do Rio Grande do Sul, apesar de a maioria dos PMS considerar importante o fortalecimento da VISAT, esta é, ainda, mais precária que as outras vigilâncias, não existindo sequer, um profissional com cargo definido para atuar em saúde do trabalhador (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Em outras situações, o próprio PMS pode ser negligenciado, como indica o caso de um município do Pará que ao estabelecer no PMS uma única meta para política de saúde do trabalhador, parece ter copiado do Plano Estadual de Saúde, visto que “pretende ampliar o número de municípios com capacidade para notificar os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho” (SILVA; MATHIS, 2017). E outros casos identifica-se PMS sem qualquer menção de ações dirigidas à saúde dos trabalhadores (BASTOS-RAMOS; SANTANA; FERRITE, 2015).

O Plano Plurianual Municipal de Saúde do triênio subsequente (vigência 2014/2017) incluiu ações programáticas de saúde bucal desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para a saúde do trabalhador, bem como ações de empoderamento dos trabalhadores da Atenção Básica, por meio da criação de protocolos e espaços abertos de discussão a respeito do processo de trabalho.

Reafirmou também ações de VISAT que estão inseridas no âmbito da vigilância sanitária que são as inspeções em ambientes de trabalho em decorrência de acidentes graves e fatais, em casas de materiais de Construção (Amianto), em postos de gasolina (benzeno) e em ambientes de trabalho em decorrência de denúncias.

A constituição da CISTT foi uma importante conquista para área da VISAT. No final de 2015 passou a ter um papel mais atuante, junto ao CMS. Os registros das atas de reuniões evidenciam que houve avanço em seu papel de controle social junto aos órgãos responsáveis pela implementação e desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, especialmente quanto ao tratamento dos dados disponíveis pelo preenchimento dos RAAT e também apresenta avanços nas negociações junto

à SMS para viabilizar a implantação de um CEREST regional no município. Este foi aprovado nas instâncias municipais, regionais, estaduais e encaminhado para apreciação na instância nacional.

Assim, os resultados reforçam a necessidade de fortalecer a implementação dos princípios, diretrizes e ações da PNSTT pelas gestões dos serviços de saúde responsáveis pela VISAT e do relevante papel do controle social, por meio da CISTT e do CMS neste sentido.

Os resultados também evidenciaram a falta de informações mais consistentes da problemática da saúde do trabalhador que poderiam subsidiar os planos de ação no sistema de saúde municipal. Os dados encontrados refletem as ações voltadas para o campo dos processos e ambientes de trabalho, que estão resumidas a algumas visitas de inspeção realizadas por profissionais da VISA e CEREST, em decorrência dos encaminhamentos da VIGEP dos casos de acidentes graves e fatais e com menores de idade identificados via RAAT ou em casos de denúncias provenientes dos próprios trabalhadores, entidades ou instituições, como sindicatos e Ministério Público do Trabalho (MPT).

Esta realidade é também vivenciada em outras regiões do País, conforme demonstra o estudo realizado no Rio de Janeiro, que aponta o trabalho do CEREST como corretivo e não preventivo, uma vez que a atuação ocorre após a existência de denúncia (VIANNA et al., 2017).

Sendo necessário que os profissionais sejam convocados pela gestão, não apenas a notificar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mas a executar ações que possam, efetivamente, mudar o panorama da saúde do trabalhador no País (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Além disso, os poucos dados existentes no município estudado, são referentes aos acidentes, ficando as doenças relacionadas ao trabalho distantes das estatísticas. Estudo realizado em Palmas, no Tocantins, evidencia que são diversos os aspectos que estão relacionados à subnotificação das LER/DORT, por exemplo. Dentre estes, destacam-se as dúvidas apresentadas pelos profissionais na identificação da doença, as indefinições e desconhecimento do papel de cada profissional na identificação e notificação da doença, a desvalorização do processo

de notificação por alguns profissionais que muitas vezes desconhecem a finalidade desses dados (MEDINA; MAIA, 2016).

Outro estudo realizado na Atenção Básica (AB) em João Pessoa, na Paraíba, revela que alguns profissionais não sabem que doenças relacionadas ao trabalho são de notificação obrigatória no SINAN. Assim, a notificação de agravos relacionados ao trabalho não é uma prática usual das equipes que participaram do estudo, e um percentual expressivo informou que a equipe nunca ou raramente notifica doenças relacionadas ao trabalho (AMORIM et al., 2017).

A ausência de planejamento estende-se à estrutura organizacional da administração pública do município, não dispunha de organograma com a atribuição das várias secretarias, nem menção a fluxos de processo de trabalho. Também não foi encontrado qualquer registro ou documento referente à saúde do trabalhador no município, nem uma definição com relação aos encaminhamentos do trabalhador vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho na RAS, tampouco com relação a papéis, competências e ações entre os diversos órgãos.

No que se refere ao planejamento e articulação com o CEREST e demais órgãos regionais (DRS, GVS e MPT) não foi encontrada nenhuma evidência documental da sistematização desta relação. O CEREST Regional, criado em 2002, mantém o histórico estruturado das ações realizadas no município estudado, a partir de 2010, não possibilitando uma construção histórica da saúde do trabalhador no município anteriormente a esta data conforme a proposta deste estudo.

Merecem destaque os treinamentos realizados pelo CEREST para os profissionais da RAS voltados para o preenchimento do RAAT e para articulação das ações de VISAT entre os órgãos envolvidos, bem como outros treinamentos para as portas de entrada da rede SUS, contudo tais propostas não se concretizaram de forma sistematizada e contínua.

A análise dos registros de treinamentos realizados no município estudado mostra que em nenhum momento eles ocorreram articuladamente, ou seja, com a participação das vigilâncias, gestão e representantes das Portas de Entrada da RAS, isto é, sem integração dos setores envolvidos. Neste mesmo sentido, pesquisa realizada no CEREST/RJ evidenciou que a sua inserção no sistema de vigilância

não ocorreu com base numa boa articulação com os demais setores e vigilâncias em saúde (LEÃO; CASTRO, 2013).

Com relação a intrassetorialidade, a literatura alerta para o fato de que a VISAT foi concebida de modo indissociável da assistência e sem separação entre VIGEP e VISA, porém, existe no SUS uma clara segmentação entre a assistência e a vigilância (PINHEIRO et al., 2013).

Estudo revela que, apesar de o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos serem uma das estratégias da PNSTT a educação permanente é uma necessidade para as equipes (AMORIM et al., 2017).

Pouco investimento em práticas educativas aos profissionais de saúde compromete a integralidade das ações, indispensável no cuidado à saúde. Além disso, a vigilância em saúde, de uma maneira geral, não é valorizada e, por isso, pouco se investe em educação e capacitação profissional. As equipes, por sua vez, sentem-se despreparadas para dar conta de desafios tão complexos e consideram a vigilância somente mais uma sobreposição de atribuições (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017).

Na estrutura organizacional do Estado, o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) estadual tem papel importante na execução de ações em VISAT, capacitando as equipes de vigilância para as ações de fiscalização. As ações são estruturadas por meio do documento Plano de Ação em Vigilância Sanitária (PAVISA) que deve levar em conta a realidade de cada município para o estabelecimento das pactuações das ações, incluindo as de saúde do trabalhador. Contudo este documento não foi efetivado para os anos 2016-2017 junto ao município estudado.

Os resultados documentais apresentados expressam que o município estudado, não possui articulação estruturada entre os envolvidos com a VISAT, sendo incipientes as informações dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho que apresentam lacunas ou são parciais, permanecendo o desconhecimento sobre do que adoecem e morem os trabalhadores.

Esta ausência de dados consistentes dificulta a organização do CEREST e do próprio município, no fortalecimento e preparação da RAS para absorver os usuários vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Também não há informações que apontem as dificuldades encontradas na implementação do RAAT,

que poderia sinalizar para propostas de melhoria.

Pesquisa realizada na cidade brasileira de Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro, verificou que a constante troca do cargo de secretário de saúde e, conseqüentemente, do coordenador da área de saúde do trabalhador, era uma dificuldade recorrente, impedindo não só a concretização dos objetivos, mas também a fluidez das ações, propostas e acordos estabelecidos entre a equipe de saúde do trabalhador e o gestor municipal (LEÃO; CASTRO, 2013). Outra descoberta relevante refere-se ao fato de que, embora cada gestor municipal de saúde tivesse uma prioridade no governo, todos possuíam em comum, a não priorização das ações de saúde do trabalhador (LEÃO; CASTRO, 2013).

De qualquer modo, apesar da parcialidade dos números apresentados de acidentes de trabalho no município estudado, estes são relevantes e podem servir de base em estudos e propostas de intervenção para diminuição de riscos.

São necessários investimentos no processo contínuo de coleta, análise e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários para produzir informação para ação (GUIMARÃES et al., 2017).

Assim, é necessário que se invista no desenvolvimento de ações efetivas, para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como na qualificação da assistência àqueles já acometidos por tais condições e assistir de forma mais qualificada, aqueles com sequelas em consequência das doenças e acidentes de trabalho.

5.2 Resultados de Entrevistas

A análise temática das entrevistas permitiu a identificação das seguintes categorias, que emergiram das falas:

- 1- Compreensão da VISAT no SUS;
- 2- Aspectos legais da saúde do trabalhador no SUS;
- 3- Implementação de ações de VISAT na esfera municipal, subdividida nas seguintes subcategorias:
 - a) Fluxos de informações e comunicação;
 - b) Papéis e competências relacionados à saúde do trabalhador;

- c) Articulação entre os setores envolvidos na VISAT;
- d) Ações de VISAT do município;
- e) Atuação do CEREST regional;
- f) Relevância do controle social para implementação da VISAT municipal

Esta categorização possibilita discutir criticamente o papel da VISAT na esfera municipal para alcançar a integralidade da saúde do trabalhador no SUS.

Do ponto de vista materialista as percepções dos profissionais-chaves com relação a VISAT estão inseridas no contexto histórico no qual estão contidos a saúde e o trabalho. Esta relação está presente nos pensamentos de Marx, para o qual o capital não leva em consideração a saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração (MARX, 1985).

No Brasil permanece a coexistência de processos de trabalho arcaicos e modernos, da economia doméstica de subsistência ao toyotismo, de modo que novos problemas relacionados à saúde dos trabalhadores se somaram aos antigos.

Assim, em linhas gerais, verifica-se que os problemas de saúde e de vida se transformam com a evolução do processo produtivo e o desenvolvimento do campo saúde do trabalhador, revela avanços, mas também as fragilidades e dificuldades na efetivação de ações em suas várias dimensões.

De um lado, têm-se as precárias condições de trabalho contribuindo de forma significativa para a deterioração das condições de saúde e segurança no trabalho (ANTUNES, 2015) e de outro, a política em saúde do trabalhador apontando a necessidade de intervenção para proteção dos trabalhadores. A realidade revela, conforme apontamento dos entrevistados, a dificuldade na concretização desta política.

As leis devem ser entendidas como relações históricas e transitórias e não como algo natural e eterno, assim como o mundo não é algo dado imediatamente por toda a eternidade, mas o produto do estágio social, o resultado da atividade de toda uma série de gerações (MARX, ENGELS, 2009).

As falas evidenciam as dificuldades para implantação da VISAT demonstrando a necessidade de criar caminhos que possam protagonizar novas conquistas para a classe trabalhadora.

5.2.1 Compreensão da VISAT no SUS

Esta categoria temática agrupou as percepções dos profissionais-chaves sobre a saúde do trabalhador no SUS, a partir da área de atuação e vivência profissional, frente à realidade do município.

[vejo] como uma área que ainda tem muito a conquistar espaço, porque a saúde tradicionalmente se preocupa mais com as questões da doença do que do outro lado que é de uma (...) de ações de prevenção e de promoção de saúde, então isso não aconteceu só com a saúde do trabalhador, mas com outras áreas de prevenção e de vigilância (P 2).

Então o trabalhador do ponto de vista do SUS, ele é um usuário (...). No mundo do SUS o trabalhador como usuário, como eu coloquei, ele é acolhido no Sistema Único de Saúde. Numa atenção mais especializada eu desconheço uma, uma política pública voltada especialmente para saúde do Trabalhador é isso que nós estamos tentando construir nesta gestão (...)” (P 3).

Eu acho ainda muito incipiente, entendeu? Não vejo muitas ações voltadas à saúde do trabalhador. Eu não sei porque a nível aqui da Regional eu vejo ainda (...) falta muita coisa ainda para ser implementada (P 6).

Eu acho que ainda as ações de saúde do trabalhador são muito (...) são poucas ainda. A saúde do trabalhador tá começando a ser conhecida. No que diz respeito aos acidentes de trabalho, aí sim ela é vista com mais (...) tem um olhar melhor, agora com relação às doenças relacionadas ao trabalho ainda se tem muito que caminhar, a saúde do trabalhador de uma forma geral, acho que ainda tem muito o que crescer, ela ainda não está inserida na rotina dos profissionais do SUS, acho que este é um grande desafio, embora já tenha melhorado muito (P 4).

Agora na prática a gente ainda (...) acho assim, têm altos e baixos em relação como as coisas acontecem de fato nos estados e municípios (P 12).

As falas dos participantes evidenciam a dificuldade de consolidação da saúde do trabalhador no SUS. O marco legal da saúde do trabalhador no SUS propõe um modelo ambicioso de ações a serem realizadas, sendo sua efetivação um desafio no cenário atual (MINAYO-GOMES, 2013). Existem muitas iniciativas na área de saúde do trabalhador, no entanto, são minoritários os casos de implementação de ações sistemáticas de VISAT. Além disto, em muitos locais do país não existem sequer ações na área de VISAT (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

Ao discutir sobre a configuração da RENAST, Leão e Vasconcellos (2011), afirmam de forma mais contundente, tratar-se na verdade, de uma “*rede que não enreda*”. Deste modo, para os autores, isto acontece em função da ausência de uma concepção de integralidade, nos moldes de como foi proposto o modelo de atenção

integral à saúde do trabalhador, e argumentam que a RENAST deveria atuar menos no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância em saúde, com maior ênfase na atenção primária e na educação permanente dos profissionais de saúde, de modo a considerar a integralidade como um dos princípios fundamentais das ações de vigilância em saúde do trabalhador (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

As falas dos entrevistados demonstraram que a saúde do trabalhador ainda é frágil no contexto do SUS e que tem evoluído de forma lenta, com altos e baixos, e desafios para o atendimento integral a saúde do trabalhador, sendo necessário percorrer, ainda, um longo caminho nesta direção.

Vários obstáculos precisam ser superados para o desenvolvimento da VISAT, como enfrentamentos no poder econômico, no poder político representativo e no próprio poder executivo dos setores do aparelho de Estado brasileiro (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014). Outras dificuldades de apoio para as ações de VISAT encontram-se na própria estrutura do SUS, sobretudo na gestão dos diversos níveis e em instâncias intrassetoriais, e também fora deste setor, principalmente na compreensão da VISAT como ação de saúde pública (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

A fala de um dos entrevistados explicita que não se investe em prevenção e promoção de saúde e, neste sentido, sinaliza a literatura que o modelo de gestão do SUS tem ênfase nos efeitos dos problemas de saúde, e não nas suas causas, reproduzindo o modelo ontológico de atenção à saúde centrada na doença (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

A predominância de caráter preventivo da VISAT depende da articulação estabelecida pelo gestor municipal entre os setores da Secretaria de Saúde com os demais órgãos e, especialmente, com o CEREST. Dessa forma, ao manter na população o sentimento de que suas necessidades em saúde concentram-se na assistência, o comportamento da gestão, em todas as esferas de atuação, tem sido incoerente com os princípios do SUS e da saúde do trabalhador.

5.2.2 Aspectos legais da Saúde do Trabalhador no SUS

Os participantes reconheceram a relevância das legislações que amparam a saúde do trabalhador no SUS, contudo, salientaram as dificuldades na consolidação das mesmas, como apontam os relatos dos participantes.

Eu acho que, em termos de legislação, não, a legislação ela está dada, as condições para atuação nesta área estão aí à disposição, o que acontece é nem tudo que está (...) na lei e nos dispositivos legais, eles se transformam automaticamente em política pública efetiva (P 2).

Eu acredito que, em termos de legislação, [VISAT] está bem amparada, mas eu acho que o problema é o desconhecimento desta legislação por parte dos funcionários de não entender muito o que é saúde do trabalhador. Não entender que é papel do SUS fazer saúde do trabalhador. Mas legislação, eu acho que tem para fortalecer as ações né, eu só acho que falta capacitação nessa área (P 4).

Na prática ou em tese? Em tese, na legislação, seria um instrumento muito importante e efetivo de concretização da saúde (...) tem uma legislação avançada, mas que não sai do papel em diversos casos (P 7).

Bom, dentro do meu conhecimento que não é muito aprofundado com relação ao SUS, eu vejo que ainda merece uma série de aprimoramentos. Existe uma atenção à pessoa humana como um todo, mas a figura do trabalhador, ela ainda não recebe uma atenção específica que deveria ter dentro de um conceito macro (P 8).

Então, do ponto de vista do arcabouço legal, a gente está bem estruturado. A gente teve instrução que fala da vigilância em saúde do trabalhador no SUS, a gente teve Portarias que organizavam as ações, as responsabilidades dos Estados e Municípios, em 2002 a implementação da RENAST como uma estratégia para que de fato as ações fossem incorporadas no SUS e o ponto forte a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012 (P12).

Enquanto legislação eu acho que tem uma legislação que se ela fosse aplicada (...) conseguiria fazer muita coisa para a saúde do trabalhador (P 15).

Os excertos possibilitam reconhecer que a saúde do trabalhador está bem amparada legalmente, sendo o grande desafio a sua consolidação e o reconhecimento pelos profissionais que atuam no SUS. Corrobora com isto, Dias (2013) ao afirmar que somente a existência da lei não é o suficiente para transformar a realidade (DIAS, 2013).

Autores afirmam que em função da política de Estado instituída, tem havido apenas atualizações nas legislações existentes e falta de mudanças efetivas nas práxis. Tais atualizações acabam reafirmando as atribuições já vigentes e não

contribuindo para que o campo da saúde do trabalhador no SUS seja consolidado (COSTA et al., 2013).

De fato, a prática está aquém de ser sistematizada, pois ao observar a saúde do trabalhador numa perspectiva de ação pública coordenada, articulada e harmônica entre aqueles que se esforçam para desenvolver suas ações, é possível verificar o quanto ainda falta para afirmar que existe um sistema de VISAT no Brasil (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMES; MACHADO, 2014).

Autores concordam que é comum a expressão de que há leis que 'pegam' e leis que 'não pegam' e, no caso da atenção à saúde do trabalhador, pode-se dizer que a lei 'não pegou', pois no decorrer de sua implementação, a disposição normativa e operacional foi negligente, a ponto de causar perplexidade, quando se verifica os dados epidemiológicos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

Tal afirmação encontra apoio em um estudo recente que apontou que no âmbito do SUS, a saúde do trabalhador é uma das áreas de atuação que mais enfrenta desafios para a sua efetiva implantação (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

A predominância de caráter preventivo da VISAT depende da articulação estabelecida pelo gestor municipal entre os setores da Secretaria de Saúde com os demais órgãos e, especialmente, com o CEREST.

5.2.3 Implementação de ações de VISAT na esfera municipal

Esta categoria foi subdividida em 6 subcategorias que emergiram das falas dos participantes. Estes manifestaram que a implementação das ações ainda se encontra falha, escassa, ineficiente e não condiz com a legislação existente.

a) Fluxos de Informação e Comunicação

A nossa comunicação é sempre através de e-mail (...) às vezes a gente faz reuniões técnicas, mas têm sido poucas..., mas é mais assim, mais por e-mail, passando as demandas... (P 5).

Então o fluxo de informação é de diversas formas. Primeiro a questão dos sistemas existentes SINAN e SISRAT (...) Mas realmente eu acredito que este fluxo, (...) tem que se aperfeiçoar (P 9).

Eu acho que na prática não tem. O que importa é que na prática não funciona, não existe. Nós estamos começando a estruturar uma rotina. Não é um fluxo ainda, mas uma rotina. (...) o que acontece hoje é pelo “achismo”, se um profissional novo assume uma Unidade ele não tem nenhuma orientação por escrito para ele seguir. Ele não sabe muitas vezes identificar (...) os acidentes de uma forma geral e, portanto, ele não tem que notificar isso, então hoje eu diria que está muito precário. O que seria bom a gente fazer hoje? Seria um treinamento para todos os profissionais (P 14).

As portas de entrada, deveriam notificar os acidentes e encaminhar para a vigilância epidemiológica que dispararia aí, além da análise dos dados, não sei se ela coordenaria esta relação, mas de alguma forma avisaria a sanitária (P 1).

Por meio das falas fica evidente que o município, não possui fluxo de informações entre os setores envolvidos na saúde do trabalhador. A comunicação ocorre com base em demandas, por e-mail, ou presencialmente em reuniões. Os profissionais também mencionaram sistemas de informação como SINAN e SISRAT, que funcionam como bancos de dados e, nem sempre, possibilitam a troca ou retorno das informações (são depositários). Há uma confusão nas falas sobre as trocas de informações e a teia de comunicações envolvidas no sistema de saúde (intra e intersetorial) e bases de dados que podem subsidiar a construção de diagnósticos situacionais sobre a saúde das populações.

Em uma das falas fica evidente o desconhecimento dos profissionais sobre a organização da RAS no atendimento ao trabalhador, bem como das interfaces e competências dos órgãos específicos.

O desconhecimento das informações e trocas relacionadas à VISAT podem resultar em perdas de dados relevantes e comprometimento na rede de referência e contra referência do trabalhador no SUS.

Estudo alerta para a existência de muita subnotificação no Brasil, concluindo que os números de acidentes de trabalho são maiores do que os dados realmente revelam (CORTEZ et al., 2017). O desafio está, também, em sensibilizar e realizar de forma permanente a capacitação dos profissionais da saúde neste sentido (MENDES et al., 2015).

Corroborando com as falas dos participantes, uma pesquisa, referente a subnotificação de LER/DORT evidenciou a inexistência de uma política de saúde do trabalhador estadual e municipal, que desenvolvesse ações efetivas para o

estabelecimento de fluxos de referência e contra referência, assim como o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde (MEDINA; MAIA, 2016).

Neste mesmo sentido, uma pesquisa realizada com equipes de Saúde da Família apontou a frágil articulação da APS com outros pontos de atenção da Rede e alertou para a deficiência nos fluxos de referência e contra referência, bem como a falta de estruturação de linhas de cuidados aos trabalhadores (SILVA et al., 2014).

Os resultados do presente estudo demonstraram que, a saúde do trabalhador expressa nas ações de VISAT dependente da organização de elementos de sustentação que estabeleça ligação interinstitucional. E isto não se restringe ao CEREST ou aos municípios; trata-se de uma questão política, que merece ser pensada a partir da comunicação entre as equipes do CEREST, GVS, DRS, e Secretaria de Saúde dos municípios e destes com estado e unidade federativa. Apontam, ainda, para a necessidade de se organizar o fluxo de informação, lembrando que as ações em VISAT necessitam do apoio e articulação entre os setores.

Também fica explícito que não há registros de um fluxograma para atendimento ao trabalhador vítima de acidentes ou de doença relacionada ao trabalho no SUS para definir qual o caminho a ser percorrido pelo trabalhador. Isso significa que o ônus da desorganização da rede de atenção em saúde do trabalhador é do próprio trabalhador, que ao buscar assistência e auxílio, precisa descobrir os próprios meios para percorrê-lo.

Nesta questão, faz-se importante esclarecer que a falta de comunicação intersetorial na estrutura regional repercute na não concretização das relações entre o município, CEREST e órgãos importantes, como, o INSS, GRT e os múltiplos sindicatos dos trabalhadores. Do mesmo modo, a ausência de comunicação nas instâncias intrasetoriais do município, também compromete a consolidação de ações em VISAT.

Para Mendes et al. (2015), faltam diretrizes concretas para que a vigilância no SUS aconteça. Em contraposição, tem-se a experiência do CEREST Regional de Juiz de Fora, em Minas Gerais que busca a partir do processo de matricialização na ABS, a consolidação das ações de saúde do trabalhador e integração ao SUS, destacando-se como principais ações implementadas: sensibilização e capacitação

continuada dos profissionais da ABS; definição de fluxos e protocolos de referência e contra referência; consultoria e suporte técnico para as equipes da ABS; e acompanhamento, avaliação e orientação dos usuários (POÇOS; DIAS, 2010).

b) Papéis e competências relacionados à saúde do trabalhador

Com relação aos papéis e competências, dos órgãos e profissionais envolvidos nas ações de VISAT, as falas revelaram desconhecimento e despreparo para a função.

(...) vou te falar minha experiência... porque quando eu entrei aqui eu fiquei como interlocutora em saúde do trabalhador, eu me senti (...) um pouco despreparada, porque eu não tenho um curso em saúde do trabalhador nada (...) e (...) nas inspeções (...) será que eu não estou fazendo mais do mesmo (...) porque tem o Ministério do Trabalho que faz isso, né. Eu acho que assim, o nosso papel é de estar junto, como Vigilância Sanitária (...) nas inspeções de trabalho, junto com o CEREST, para (...), poder atuar (P 5).

O [órgão] como um todo ele é um serviço que articula. Ele não é uma Instância reconhecida com um papel definido... falta clareza, por exemplo (...) qual que é o papel do CEREST na saúde do trabalhador né? Assim, têm uns que pensam o que é ação (...) o CEREST tem que atender, outros.... Pela legislação ele não é um serviço de assistência, ele é um serviço de apoio técnico né, de investigação, de vigilância a saúde (...), mas muita gente não reconhece isso como sendo uma ação em saúde do trabalhador.... Só reconhece como ação e saúde aquilo que é assistencial. (...) também falta, capacitação dos recursos humanos que trabalha hoje na saúde do trabalhador, até de reconhecer qual é o papel dele, qual é o papel frente a saúde do trabalhador (...) os gestores nunca reconheceram o papel do CEREST, porque ele nunca foi assistencial (...) (P 6).

É um papel, eu vejo, limitado. Enquanto profissional de saúde você não tem a formação para conseguir avaliar os riscos, então numa inspeção, avaliar um acidente (P 15).

O problema é que, claro, o CEREST tem no papel atribuições para realizar ainda outros tipos de atuações e com frequência ele se depara com resistência do administrador municipal. (...) não sei, depende das esferas federal, estadual, municipal. Da parte dos municípios eu imagino que seja uma, as vezes uma proximidade grande com o poder econômico, algumas empresas importantes (...) o executivo não priorizar isso e outra acho que os municípios estão numa situação financeira muito difícil (P 7).

O CEREST, ele não tem só o papel na parte da vigilância, ele tem o papel de articulador, na Educação Permanente, tem o papel na questão de tá sendo uma retaguarda para outros níveis de atenção. Então o CEREST, ele tem esse papel, o papel de articular, de integrar e o papel também de que aquele trabalhador que tem aquele nexos causal, aquele problema de saúde de dar seguimento na rede, não que ele não faça o serviço, ele pode até pontualmente fazer uma ou outra coisa, mas que ele possa articular para que aquele trabalhador seja atendido (P 9).

Alguns municípios têm mais dificuldades e eu atribuo esta dificuldade pela não consciência do gestor do seu papel, que é o responsável e executor dessas ações e também pelo desconhecimento do papel de vigilância. Então eu acho que são esses dois fatores que mais influenciam hoje que é o próprio setor de vigilância, setores de vigilância desconhecer o seu papel e a importância que ele tem em relação a promoção da saúde do trabalhador e também o não investimento pelo gestor (P11).

Na saúde do trabalhador a gente tem um adicional que é o CEREST, porque o CEREST ele tem essa atribuição regional, mas ele é da gestão municipal, então vai ter, não digo dificuldade, mas em alguns locais têm, mas para ele articular com os municípios daquela abrangência é importante que ele se articule com as estruturas regionais de Estado, né porque ele tem área de jurisdição dele é local, a área ela é regional, mas ele é um profissional de um município. Então esse é um nó (...) (P12).

Eu não tenho muita experiência para falar sobre o papel do CEREST, sobre a atividade do CEREST porque, assim, eu tive muito pouco contato com eles até hoje. Eu quando estava em uma Unidade Básica de Saúde, eu participei de umas duas ou três vezes que eles vieram para orientar o preenchimento da RAAT, mas só (P13).

Olha, melhorou bastante, melhorou bastante de uns tempos para cá, porque a princípio quando eu cheguei no setor, eu não consegui entender direito qual era o papel do CEREST, não tava claro para mim, mesmo tendo ido para o CEREST e conversado com eles, não estava claro o que que eles faziam no município. Eu não via o CEREST atuando no município mesmo, pelo menos não na parte de notificações (P14).

Na parte de capacitação, o CEREST uns anos atrás fez bastante o seu papel, mas atualmente eu não tenho visto... então são umas lacunas que acontecem no tempo que não vejo esta continuidade no trabalho. E no serviço público muda gestão, muda-se os objetivos, então é um papel árduo mesmo de continuar, mas no município não vejo esta articulação e não vejo ninguém assumir de quem é o papel. Quem vai fazer esta articulação (P 15).

As falas dos profissionais-chaves reconhecem, com algumas dificuldades, a relevância do papel do CEREST na atenção à saúde do trabalhador, mas sequer mencionam outros setores envolvidos. É interessante observar, pelas falas, que mesmo os atores envolvidos na saúde do trabalhador não conseguem reconhecer a relevância do papel da APS nesta área, evidenciando quão distante estão as ações de VISAT entre aqueles que deveriam irradiá-la.

As falas também indicam falta de conhecimento do gestor com relação ao seu próprio papel. Corroborando com esta afirmação, Galindo e Gurgel (2016) indicam que existe um desconhecimento em relação às competências do município no que diz respeito às suas responsabilidades, bem como em relação à saúde do

trabalhador. Há desconhecimento, também, em relação à RENAST e sua estruturação, bem como da própria PNSTT (GALINDO; GURGEL, 2016).

Com relação ao papel do gestor, é de fundamental importância que ele compreenda a necessidade de promover a atenção à saúde do trabalhador (MENDES et al., 2015), pois a PNSTT traz como competência do gestor municipal conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no PMS e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a política (POÇOS; DIAS, 2010).

c) Articulação entre os setores envolvidos na VISAT

Neste item, os entrevistados discorreram acerca da articulação intra e intersetorial na VISAT.

Olha, esta relação ela tem avançado, quer dizer nós estamos em um processo de construção que eu considero boa, né (...) atribuo na verdade aos agentes, aos profissionais (...), por exemplo, trabalham na saúde, que com essa parceria com as informações trocadas, é que permitiu que nós fossemos tendo este conhecimento e com conhecimento, fomos fazendo as cobranças, então atribuo muito esta troca de informação, sobretudo dos servidores públicos que atuam nas áreas (P10).

Esta fala, muito representativa, atribui a construção de parcerias graças ao envolvimento alguns profissionais da saúde que empenham esforços na consolidação das políticas públicas, muitas vezes ignorada pela gestão local.

De acordo com Vasconcellos (2013), a saúde do trabalhador depende de iniciativas pontuais, muitas vezes voluntaristas, de pessoas engajadas, comprometidas e abnegadas com a área. Mas são iniciativas que tendem a ser aleatórias, redundantes e dispersivas, além disso, são interrompíveis, pouco resolutivas e muito pouco transformadoras (VASCONCELLOS, 2013).

A intersetorialidade é um importante instrumento para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações voltadas para promoção da saúde do trabalhador, devendo tanto o conceito como a prática da intersetorialidade serem inseridos na rotina de gestores e equipes de saúde.

O conceito de intersectorialidade abrange a participação dos trabalhadores e suas representações como elemento fundamental para a garantia de qualidade técnica e política das ações em saúde do trabalhador. As estratégias de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, desenvolvidas no SUS, têm servido para demonstrar as possibilidades e dificuldades de ações intersectoriais de promoção e prevenção (MACHADO; PORTO, 2003).

São diversas as tentativas propostas de articulação, integração e unificação de políticas e ações intersectoriais, mas são poucos os avanços e resultados práticos encontrados (PINHEIRO et al., 2013).

Neste aspecto, torna-se relevante lembrar o que a própria PNSTT orienta que deve haver uma articulação política e enfatiza a necessidade de mudanças cruciais nos processos de trabalho no campo da saúde, bem como na organização da rede e na atuação dos profissionais que a compõe, para que seja possível dar conta da complexa relação entre saúde e trabalho (BRASIL, 2012).

Algumas falas reconhecem, também, a fragilidade existente na articulação dos setores municipais com os demais órgãos envolvidos na VISAT e, salientam a necessidade de fortalecimentos das relações:

Outra questão também que eu vejo, é que como é uma área que a competência de algumas ações está dividida entre áreas de governos, entre ministérios, secretarias isso causa uma confusão também, que pode-se de repente esperar mais de um determinado setor, entendendo que é dele a maior responsabilidade, quando na verdade a responsabilidade é de todo mundo, mas cria uma situação, por ser uma área comum, que acaba tendo lacunas também por conta disso (P 2).

Eu acho que falta é articulação mesmo, porque dá a impressão que vai fazer mais do mesmo, mas não é, porque na verdade cada um tem o seu papel, mas eu não sei se porque a gente com um [órgão] nós temos poucos técnicos, nós ficamos sobrecarregados com tantas... com tantas realidades... a gente não consegue se aprofundar (...) é a minha experiência tá (...) Olha, infelizmente, acho que não existe muito... é muito pontual, sabe... quando vai fazer uma ação, aí neste momento a gente articula, ainda mais ou menos, tem que ter uma coisa mais fortalecida, eu acho que falta isso. Então, no momento esta articulação não está acontecendo (...) eu sinto que, (...), é tudo muito separado, cada um faz sua..., tá no seu quadrado...as vezes faz mais do mesmo, as vezes não faz nada de nada" (P 5).

Com o CEREST é bem sedimentada, a gente tem uma boa articulação. Com GVS e GVE, não tenho nenhuma ação que a gente desenvolva em conjunto não. Com o Ministério do Trabalho e Ministério Público do Trabalho (...) nunca tive nenhuma articulação com eles, nunca tive (P 6).

Sim! Habitualmente, tradicionalmente existia, com relação [ao município estudado], acho que nos últimos tempos deixou de existir por causa dessa condição, assim, de deterioração que se observa naquela Gerência, porque a gente tinha contatos bem mais frequentes e eles praticamente deixaram de existir. (...). Com o CEREST a gente tem contatos bem frequentes. O CEREST tá sempre... tivemos uma reunião recentemente e é um parceiro mais frequente (...). Contato com a vigilância (...), conosco, é praticamente nenhuma. Não me recordo (P 7).

Não, infelizmente pouco. O que eu já tive de contato foi via o próprio CEREST (...) então nosso contato com a vigilância do município foi muito pequeno até hoje (P 8).

Acho que não conseguimos ainda uma forma de unir este trabalho fragmentado, porque a impressão que passa é que a gente... cada um fica dentro da sua área tentando fazer alguma coisa e a gente não consegue articular o sistema pra que ele faça junto, entende? Então, por isso que a saúde do trabalhador é tão fragmentada... falta esta articulação dos diversos setores, meio ambiente, as universidades que têm um papel fundamental (..) então eu acho que a aproximação, esta intersectorialidade precisa ser melhor distribuída, ou investida (P 11).

E eu acho que os CEREST ele tem um papel importante, a forma como foi desenhado a RENAST e depois a Política ela veio para reforçar o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede, tendo o CEREST como uma instância de apoio técnico etc.. ele é um desenho interessante, mas na prática a gente tem problema dele se articular com as estruturas do Estado, e depois de ser reconhecido em alguns locais, de ser reconhecido regionalmente pelos municípios para exercer esta referência técnica (P 12). .

Melhorou bastante. Eu acho que a relação do CEREST com outras instituições relacionadas a saúde do trabalhador, que nem os sindicatos, Conselho Municipal de Saúde tá muito bom agora (P 14).

Desse modo, os resultados evidenciaram que existe articulação entre os órgãos da esfera municipal, regional e estadual com a saúde do trabalhador, mas de forma incipiente e frágil. O próprio CEREST regional parece encontrar dificuldades para estabelecer articulação com a Secretaria de Saúde do Município, apesar de vários profissionais-chaves terem apontado que apesar das fragilidades, a articulação com o CEREST ainda é melhor quando comparada a outros órgãos.

Neste sentido, para Amorim (2017), a VISAT deve considerar o território para o planejamento das ações e incorporar os problemas advindos das relações de produção, trabalho, ambiente e saúde em uma atuação integrada com RAS e demais órgãos, configurando uma rede intersectorial (AMORIM et al., 2017).

Esta articulação e parcerias entre os setores e órgãos de forma sistematizada, é uma importante e necessária reflexão, para que as ações intersetoriais não fiquem restritas às atitudes de alguns profissionais da área da saúde e tenham continuidade em longo prazo.

Em concordância com as falas dos entrevistados que explicitam ações desarticuladas e fragmentadas de VISAT, um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Feira de Santana, na Bahia, mostra que a prática cotidiana dos serviços de saúde do SUS possui o desenvolvimento de ações de VISAT, porém, de forma fragmentada com destaque nas ações assistenciais, baixo grau de articulação dos componentes da vigilância em saúde e níveis de atenção do SUS e não considera a participação e o saber dos trabalhadores (SILVA; SANTOS; BARBOSA, 2016).

Uma importante parceria na área de saúde do trabalhador tem sido construída com o MPT. Alguns CEREST realizam vigilância em parceria com o MPT em um exercício de articulação intersetorial e de potencialização da rede de atenção à saúde do trabalhador (MENDES et al., 2015).

Apesar dos avanços significativos tanto conceituais quanto na ampliação de recursos legais, a VISAT ainda necessita de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e intersetoriais, bem como transversais a um sistema de vigilância com consolidação institucional (MENDES et al., 2015).

Fica nítido nas falas dos entrevistados que, na prática, não há realmente a integralidade proposta e defendida no âmbito do SUS, indicando fragilidade das articulações entre os diferentes setores envolvidos na atenção à saúde do trabalhador e a necessidade de maior articulação do CEREST com a atenção básica de saúde, além das demais equipes da vigilância para o fortalecimento das suas ações. Soma-se a isso, o desafio da consolidação do setor de informação e epidemiologia para tratamento das informações de saúde do trabalhador.

Lembrando que o papel do CEREST deveria ser, justamente, o de articular as diferentes áreas do SUS para atuação na perspectiva da saúde do trabalhador. Caberia, também, a função de dialogar e cooperar com diversos órgãos do governo e da sociedade civil interessados e responsáveis pelas relações de saúde-trabalho (LEÃO; CASTRO, 2013).

Com relação AB no contexto da VISAT, algumas características podem facilitar o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador, como a organização territorial; os vínculos entre a população e a equipe de saúde, por meio dos ACS; a possibilidade de atenção integral e contínua; além da atuação multiprofissional, sendo que a presença do ACS representa um diferencial no trabalho da equipe de saúde (DIAS; SILVA, 2013).

d) Ações de VISAT no município

A necessidade de se estruturar a VISAT no município transparece nas falas dos entrevistados. Algumas ações até foram realizadas, mas não há consistência na implementação ou coordenação de tais ações no sentido de concretizar a política em saúde do trabalhador.

De 2007 para cá, tem-se acompanhado a implantação da saúde do trabalhador e o município a cada ano ou cada administração vai tendo suas prioridades nessa área. Foram feitos os treinamentos para implantar as ações de saúde do trabalhador no município, inicialmente com a RAAT que é para a gente saber conhecer do que adoce e acidente a população do município e aí propor ações de prevenção. Começou assim dessa forma, que eu me recordo, de quando eu tô na unidade, essa aproximação com o município e aí foram tentando fortalecer as outras ações, primeiro as Unidades de Pronto Atendimento depois isso se estendeu para Unidades de Saúde aí tentar o fortalecimento da notificação, porque através dela que a gente pode propor as ações (P 4).

Então, é um processo bastante complexo, porque eu diria que assim, você não tem profissional envolvido no município. Isso é muito claro. Tudo que você (...) Solicita para o gestor, ou solicita para a instituição prefeitura existe uma série de ausências, por exemplo você nunca encontra um profissional responsável para atuar numa comissão de biossegurança, ninguém quer assumir responsabilidade. Você tem dificuldade de implantar qualquer ação em relação a saúde do trabalhador no município (P12).

Eu não diria que está estruturada ainda, acho que está começando, isso veio para cá, tinha uma pessoa responsável por isso, essa pessoa saiu e esse serviço ficou completamente abandonado e aí agora que nós temos duas pessoas, eu acho que assim, não sei se nós teríamos que montar uma equipe maior, com mais pessoas para poder estruturar o serviço, talvez isso... Mas só que eu não sei se tem também.... Se a Secretaria de Saúde enxerga isso como algo importante. Eu não sei, este governo está começando agora.... Está interessado em montar um CEREST (P13).

Os participantes apontaram para ausência de ações e diretrizes para implementação da VISAT no município. Esta carência também foi identificada por Daldon e Lancmann (2013), que afirmam a inexistência de planejamento em saúde

influencia negativamente os rumos da VISAT no Brasil, sobrecarregando os profissionais da área, que acabam sentindo-se pressionados pela rotina diária a estabelecer metas e a encontrar os meios e recursos necessários para a realização da vigilância (DALDON; LANCMANN, 2013).

Em alguns casos, ficou evidente o desconhecimento de ações desenvolvidas na área de saúde do trabalhador e, portanto, a inviabilidade de analisá-las.

O [órgão] não vê essa atuação, assim e era de se esperar que, pelo menos, os casos mais graves ou preocupantes chegassem ao conhecimento do [órgão] como uma forma de tentar esse apoio, uma força do [órgão] de buscar soluções quando se esbarra em algo [com a vigilância do município] não, nunca teve. Agora se você vai me perguntar o que está acontecendo? Eu não tenho como lhe dizer, porque justamente a gente nunca teve este contato (P 7).

Tenho conhecimento limitado também em relação a isso. Em conversa há pouco tempo com CEREST que também tem abrangência regional, foi comentado o caso de [município estudado], que estaria numa condição inferior a de [outros municípios] em relação à amplitude necessária” (P 8).

Olha, é assim de grosso modo eu avalio que a gente está agindo muito mais na parte corretiva, acontece e a gente vai e procura tomar a ação (..) a parte preventiva eu não tenho visto, é mais só a correção, quando acontece a desgraça é que eu vejo. Vou dar um exemplo, nós temos hoje, se tem um acidente, nós temos hoje mecanismos para que vá realmente apurar, mas só acidentes graves, e aí quando eu falo que está engatinhando é questão dos diagnósticos (P 10).

As falas revelam que o município não desenvolve ações em VISAT de modo articulado com demais órgãos e que as ênfases são em ações corretivas, curativas, portanto paliativas.

É precário, hoje tá melhor do antes, por quê? Antes quem trabalhava com isso no município também trabalhava com outras coisas. Eu acho que já é difícil trabalhar com isso com duas pessoas *full time* só nisso daqui. Eu acho que a demanda de serviços para todas as pessoas que trabalham aqui (...) aumentou e por isso a internet não comporta mais e a prefeitura não teve a visão de acompanhar isso, a estrutura (...). o que tem digitado no sistema de 2012, de 2013, eu vou dizer, eu tenho mais fichas do que dados alimentados (P14).

Esta fala revela falta de infraestrutura para o desenvolvimento das ações de VISAT. A articulação entre a base de dados da área de saúde do trabalhador, atreladas a implantação de infraestrutura e informática nos níveis locais de coleta e

registro de informações, bem como de notificações, agravou-se face aos grandes desafios para a implementação na atenção básica, que ainda não consegue articular e dialogar com as demais demandas da saúde (MENDES et al., 2015).

Infelizmente a gente não tem assim uma Porta de Entrada tão treinada como deveria, sabe (P15).

Então eu sentia que aquilo foi meio que jogado para gente fazer e assim acabava nem fazendo, tanto que eu acho que hoje nas Unidades o preenchimento das RAAT é muito pequeno, perto eu acredito do número de atendimento que aconteçam, eu acho que é... a subnotificação é muito grande (...) Eu acho que a maioria das pessoas nem sabe o que é. Sabe que tem que fazer aquele papel, mas é mais um papel para preencher, sem conhecer a importância do aquilo gerar né, então eu acho que isso é uma das coisas que falta muito e isso teria que o nosso serviço de saúde do trabalhador do município que está mais perto, por isso que eu acho que tem que ter uma estrutura de uma equipe montada para trabalhar com saúde do trabalhador e estar mais perto das unidades, não é cobrando, mas mostrando a importância do trabalho e qual a finalidade daquele trabalho. Eu acho que essa aproximação da saúde do trabalhador com as unidades, acho que é fundamental, para as notificações, para as pessoas entenderem a importância né (P13).

Foram poucos os treinamentos realizados com os profissionais da RAS para a implantação do RAAT; a notificação foi disponibilizada sem maiores envolvimento, inclusive sem apontar a dinâmica dos serviços de saúde quanto à rotina, processos e organização do trabalho, excesso de demanda, etc. As dificuldades destacadas recaem sobre a falta de capacitação técnica e, sobretudo, recursos humanos, além da falta de respaldo do CEREST do Estado.

Bem precária, as unidades de atendimento de primeiro momento não tão preparadas para identificar o que é um acidente de trabalho (..) (P 14).

Na prática os profissionais não abordam este tema, seja na avaliação de uma patologia, num diagnóstico, isso não é levado (...) em consideração (P 15).

Diante dos depoimentos dos entrevistados pode-se concluir que as equipes dos serviços de saúde no município, ainda, não estão preparadas para o atendimento do trabalhador o que compromete as ações de vigilância.

Estudo realizado no município de Chapecó, Santa Catarina, aponta que as possíveis dificuldades que a equipe de saúde apresenta para a realização de ações

em saúde do trabalhador, além das limitações dos profissionais da saúde sobre a própria temática, remete-se ao fato de o usuário ser atendido nos serviços de saúde, e não ser reconhecido como um trabalhador (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JUNIOR, 2016).

Estudo realizado em município de médio porte no interior do estado São Paulo, trouxe como a precariedade das condições de trabalho que eles próprios enfrentam para desenvolver suas atividades. Pode-se dizer, portanto, que a inclusão de ações de saúde do trabalhador na APS depende, também, das condições de trabalho dos próprios trabalhadores da saúde (DIAS, 2013).

Deste modo, a identificação de fatores de risco à saúde no ambiente de trabalho, por meio das ações de vigilância, pode permitir o encaminhamento do trabalhador exposto à assistência e ao acompanhamento adequado, pressupondo a atenção básica como porta de entrada no sistema de saúde (MENDES et al., 2015).

De todo modo, para que haja o reconhecimento do usuário como trabalhador é necessário a sensibilização, por meio da capacitação das equipes da rede básica para que possam identificar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, e isto é imprescindível para a atenção integral à saúde. A problemática do trabalho deve permear as ações da saúde pública, com vistas à prevenção precoce dos agravos e promoção a saúde.

Só vou falar mais uma coisa na formação, porque eu acho que formação é um papel muito forte a ser compartilhado. É obvio os CEREST regionais também tem este papel de formação, o processo de formação também podem ser desenvolvidos pelas equipes regionais de vigilância, mas ele é um papel forte do Estado que a gente há muitos anos vem trabalhando e vem desenvolvendo e que as equipes municipais, elas mudam demais, né então uma formação, um curso que a gente deu para uma região há três ou quatro anos atrás, você olha hoje as equipes estão totalmente diferentes, então esta é uma necessidade constante e que a nossa capacidade de resposta tem diminuído ao invés de aumentar, de atendimento a esta demanda que é sempre crescente (P 12).

A relevância de medidas educativas constantes junto aos profissionais de saúde fica explícita no trecho extraído.

Assim a capacitação deve ocorrer na concepção da educação permanente, investir na capacitação dos profissionais da saúde é indispensável para refletir criticamente sobre o trabalho e para o desenvolvimento das ações de VISAT e isto

demanda o efetivo envolvimento intrassetorial do CEREST (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

Enfatiza-se que dentre as atribuições dos CEREST está a inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador e treinamento para aplicação de protocolos e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, incluindo a vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

e) Atuação do CEREST Regional

Alguns depoimentos trouxeram à tona pontos problemáticos de cunho político e social, como uma tendência do CEREST em desenvolver ações no município sede, ações em parceria com determinados órgãos em detrimento de outros, o não estabelecimento de uma articulação sistematizada, no sentido de atender integralmente o trabalhador, além da falta de estrutura e recursos humanos para atender a demanda de 24 municípios.

Eu acho que o CEREST faz o que é possível fazer dentro da sua estrutura, primeiro que é uma regional grande, né, para toda a necessidade e demanda de serviços. Eu acho que faz o que é possível, claro, que acaba tendo uma intervenção mais efetiva no município sede (...) Mas eu acho que o CEREST, ele tem dado um apoio sim ao município, mas ainda com aquela ressalva de que, de que área de saúde do trabalhador, mesmo com o CEREST hoje existente ela é insuficiente para atender toda a demanda, acho que é até por isso que o município (..) tem feito algumas ações e tratativas no sentido de ter um CEREST regional aqui no município. Não é para competir não, é para entender que é para ampliar mesmo no conjunto de ações de saúde do trabalhador na região (P 2).

Então eu não acompanho de perto a ação do CEREST. Eu sei que eles desenvolvem muitas coisas junto aos municípios, mais na área do município sede (...). E sempre falei muito [profissional do CEREST] você não é um serviço municipal você é Regional, mas conforme demandado, tem uma denúncia, tem alguma coisa, eles sempre vão nas fábricas, fazendo as visitas (...) Eu vejo que eles se empenham em desenvolver, falta funcionário, estava faltando médico, né? Eles trabalham como um louco fazendo papel junto à gestão para poder fazer essa reposição, para poder ter o respaldo, porque sem médico também não dá, né, para desenvolver. Eu acho que elas fazem o possível, fazem o possível (P 6).

(..) mas a gente teria que ter um CEREST mais atuante principalmente na prevenção e na orientação dos trabalhadores das empresas para evitar ou melhorar as condições de trabalho para que se evite evidentemente acidentes” (P 3).

Olha, eu na verdade, eu vejo que aqui a gente encontra um pouco de dificuldade, porque, pelo desenho do CEREST, ele está no município e esta verba vem para a conta do município e ele que vai repassar (...) eu acho que existe aí um pouco de (...) não sei (...) acho que dificuldade do CEREST ficar totalmente regionalizado. Acho que sem querer, mas é sempre mais para o município, então eu vejo assim que existe uma carência muito grande para os outros municípios (...). Hoje em dia como a demanda é grande e por conta de equipes... também do CEREST, por não estar tão completa, então existe uma carência por ele não acolher toda a região, e também, (...) o CEREST está fazendo parte da Coordenadoria de Especialidades, então eu acho isso um absurdo, porque não é especialidade saúde do trabalhador. Saúde do trabalhador é saúde do trabalhador, deveria estar em vigilância em saúde e as especialidades deveriam sim atender o trabalhador, mas de uma outra forma, então eu acho que (...). Eu não concordo (P 5).

Então, a gente fez um Plano de Ação [regional] onde a gente conseguiu visualizar um local para sediar o CEREST que ele ficava em outro local, era uma casinha que tinha lá, então, a gente conseguiu identificar este local, reformar o local adequado, equipar, né, contratação de pessoal tudo por conta daquele recurso na época onde a gente conseguiu viabilizar o CEREST. A gente fez um plano de ação de 2009 a 2013 com aplicação deste recurso e o ministério liberou todo dinheiro e realmente efetivou, este foi um dos maiores papéis que a gente fez na época. Naquele plano de ação foi quando a gente colocou o curso de especialização em saúde do Trabalhador, aonde a gente pensou em pelo menos uma pessoa de cada município especializada para desenvolver ação de saúde do trabalhador no seu território, né? Então a gente foi pensando em várias ações para poder se não implementar de fato, pelo menos se implantar a sementinha da saúde do trabalhador e cada um dos territórios, então foi nessa época que a gente fez todo esse papel e o CEREST vinha a cada 3 meses (se não me engano) em reuniões de CIR prestar conta para os gestores, mas os gestores nunca reconheceram o papel do CEREST, porque ele nunca foi assistencial. Eles sempre falam: Ah eles não me assistem, eles não têm. Eles não me oferecem uma consulta. Entendeu? E eles não conseguiram reconhecer que a ação do CEREST não é essa, né? (P 6).

Eu acho que a estrutura que eles têm é muito pequena e não lhes permite realizar tanta coisa quanto gostariam, por outro lado parece que tem algumas pessoas bem comprometidas e interessadas (...) fazem via de regra um bom trabalho. Normalmente uma análise feita pelo CERES (...) são bastantes boas e quando você as tem elas já conduzem a uma solução numa investigação. Mas este é um tipo de atuação, eles teriam outras, com base em informações, estatísticas, tentar desenvolver projetos etc. (...) eu vejo que eles não têm pernas ainda para isso (..) (P 7).

O CEREST é um órgão que, como a maioria dos órgãos públicos, tem uma carência estrutural ainda muito grande, tem uma pequena equipe para atender uma grande demanda de cidades, de trabalhadores, né, envolvidos aí, então muito grande. Então, que acaba, pelo que a gente verifica, tendo uma atuação naturalmente mais concentrada onde ele está localizado (...). Que existe um trabalho do CEREST, existe (P 8).

Vejo que a equipe não estava completa, estava sem um profissional que é importante que é o médico do trabalho, a partir do médico do trabalho você (...) o estabelecimento da questão do nexa, do vínculo do trabalho. A falta de profissional muito importante, o médico do trabalho, a gente estava também com uma equipe incompleta em relação aos outros profissionais, ela foi completada, foi acrescida. E também se iniciou um trabalho de interação maior com a rede, com fortalecimento de medidas para que os municípios possam melhorar a questão das notificações, com a entrega dos computadores para que eles possam ter um equipamento que possa notificar no sistema (...) que é o SISRAT. Foi iniciado um processo (...) conversação com o CEREST estadual nesta parte de educação permanente de trazer um curso básico de vigilância em saúde do trabalhador para os 24 municípios (P 9).

Estudos apontam a tendência dos CEREST regionais em desenvolver ações no município sede (BASTOS-RAMOS; SANTANA; FERRITE, 2015; SILVA; MATHIS, 2017), conforme também apontado pelos entrevistados.

Uma questão importante apontada pelos entrevistados e que merece reflexão, refere-se ao fato de o CEREST ser um órgão regional e a equipe ser da esfera municipal, podendo ser determinante para centralização das ações para o município sede e, também, ser objeto de tensões ou limitante de autonomia para acesso em outros municípios.

Neste contexto, estudo aponta que a falta de ações em saúde do trabalhador ocorre devido à ausência de suporte técnico do CEREST, que tem resistência por parte dos gestores em efetivar suas ações de forma regionalizada e não municipalizada (MENDES et al., 2015).

O financiamento do CEREST regional é realizado via administração municipal, apesar das ações serem regionais. Atuais dificuldades confrontam-se com a tese de uma política regional administrada por um município, sendo o CEREST alvo de tensões permanentes na utilização dos recursos e no próprio entendimento de sua missão (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

A ênfase na assistência à saúde ao invés da vigilância foi apontada por um dos entrevistados, como fator de indignação, diante a inserção do CEREST na Coordenadoria de Especialidades, responsável pela assistência ao trabalhador, quando deveria estar na vigilância em saúde.

Muitos profissionais acreditam que o principal objetivo do CEREST é o de prestar assistência a trabalhadores, pois o Centro foi caracterizado como porta de

entrada para trabalhadores nos primeiros anos de sua existência (MEDINA; MAIA, 2016).

De acordo com uma pesquisa realizada em regiões do Rio Grande do Sul, as atividades realizadas pelo CEREST atendem as áreas de assistência e vigilância, sendo que a assistência é realizada pela soma dos CEREST analisados (MENDES et al., 2015).

A despeito das fragilidades, as entrevistas apontaram para o comprometimento dos trabalhadores do CEREST e a realização do possível, frente aos recursos disponibilizados. Para Minayo-Gomes (2013), as possibilidades de atuação de boa parte do quadro técnico são bastante limitadas, como pode-se observar nos inventários sobre a execução de ações da RENAST (MINAYO-GOMES, 2013).

Um dos profissionais-chaves enfatiza a necessidade de um plano regional em saúde do trabalhador, elaborado pelo município sede do CEREST.

Os municípios sedes de CEREST eles tem que constar, precisa constar do Plano Municipal de Saúde do seu município as ações que serão desenvolvidas pelo CEREST para região, então o trâmite do planejamento do município ele deve ser seguido também pela saúde do trabalhador e pelo CEREST, mas o CEREST como ele tem que atender também a região ele pode ampliar os espaços discussão de modo a atender, ouvir as necessidades da região, das vigilâncias que fazem parte daquela região e do controle social, principalmente, porque daí você tem um plano mais concreto e mais condizente com a realidade, então é esse Plano que precisa ser cobrado, não tem um outro instrumento paralelo, né. Tinha, antigamente tinha, mas muito do que se construiu depois da publicação da Política, principalmente, e definido em espaços de gestores na tripartite era de que os CEREST não pode funcionar de um modo paralelo ele tem que seguir toda a legislação de planejamento do SUS, então o que precisa ser cobrado é o Plano, agora o Plano precisa ser bem construído, né, de modo que ele atenda os problemas e as necessidades da região e com controle social atuante que possa cobrar depois a execução dessas ações (P12).

Para tanto, sabe-se que a falta do diagnóstico sobre a situação dos trabalhadores dos municípios configura-se como lacuna para estabelecer os objetivos e os passos a serem percorridos, contrapondo os pressupostos da política em saúde do trabalhador.

Segundo a Portaria nº. 1.823/12, o CEREST tem competência para ser referência com o desenvolvimento da própria ação de vigilância, matriciamento,

centro articulador e retaguarda técnica, não tendo a competência de inspeção sanitária, mas sim a competência de capacitação e qualificação dessa rede a partir do conteúdo pertinente a como tratar riscos (COSTA et al., 2013).

Entretanto, a atuação do CEREST enquanto base de conhecimento técnico e legal, inclusive na formação de agentes de vigilância, dado o seu papel de educação e capacitação profissional permanente, não foi verificado junto a RAS municipal (UBS, PSF, UPA, Ambulatórios de Especialidades, vigilâncias, entre outros) para a organização da assistência, intervenção e encaminhamentos dos trabalhadores na mesma RAS.

Estudo realizado em um município do Rio de Janeiro, mostrou que não houve alterações substanciais na implementação de ações de saúde do trabalhador a partir da RENAST e do CEREST, ou seja, a história das ações de saúde do trabalhador desde a fundação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) até à experiência da implantação do CEREST, aponta para o desinteresse público e entraves políticos nas ações efetivas de promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores da região (LEÃO; CASTRO, 2013).

De maneira geral, assinala-se como grande desafio para profissionais e gestores a própria implementação da política de saúde do trabalhador, pelos CEREST que compõem a RENAST, principalmente quanto ao fortalecimento da VISAT no território de abrangência.

A diretriz organizativa da descentralização demanda que o município, consolide seu papel como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador, considerando as características de sua população e suas necessidades. Não se trata, porém, de estabelecer a responsabilidade exclusivamente a cargo deste ou daquele órgão, pois a VISAT somente se estrutura e se consolida de forma articulada e entrelaçada.

De qualquer modo é importante lembrar que o gestor municipal deve executar as ações de saúde do trabalhador em âmbito local, enquanto o CEREST assume o importante papel de disseminar a VISAT na RAS, para que esta permeie grande parte das ações. Portanto, o CEREST tem um papel estratégico e não é o executor exclusivo da VISAT.

f) Relevância do controle social para implementação da VISAT municipal

O controle social foi uma temática que emergiu em algumas falas dos profissionais-chaves de extrema importância para composição e compreensão da VISAT. Tais discursos enfatizaram a relevância que a CISTT representa para o município efetivar as ações na área.

No caso [da municipalidade] uma coisa que surpreendeu positivamente é lá (...) está estruturada a CISTT e aqui, mesmo sendo sede de CEREST, não tem a CISTT estruturada (...). Então eu acho que o fato de ter uma Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, do controle social, como comissão permanente, como no SUS e como comissão permanente do Conselho Municipal de Saúde, é um fato importantíssimo para questão do SUS com a Saúde do Trabalhador. Então, por ter uma CISTT demonstra uma preocupação dos usuários, principalmente dos sindicatos, do movimento social organizado em relação ao tema (P 9).

A CISTT, ela foi fundamental, que fez com que o sindicato dos metalúrgicos realmente passasse a ser protagonista de fato, né, ela [Lei do RAAT] se consolidou a partir da CIST (...). inclusive agora a CISTT está discutindo um fluxograma de como proceder para unificar, de como ficar dentro da Rede privada e pública, para ter uma orientação única, para ter efetividade, porque no projeto este fluxo não foi debatido, não tá claro, não está constando, mas é possível agora ter este aperfeiçoamento, fazer com que ele aconteça, isto também teve uma participação nossa que contribuiu muito para que este tema, Saúde e Segurança do Trabalhador de, tivesse essa condição que nós temos hoje (P 10).

Nota-se, em uma das falas, que se torna evidente a não participação do CEREST neste fórum de discussão:

Às vezes eu sinto falta do CEREST na CISTT, eu gostaria que tivesse alguém do CEREST em todas as reuniões da CISTT, mas acho que eles não têm perna para isso, infelizmente, mas melhorou bastante já (P14).

Ficando evidente, na fala de um entrevistado a necessidade de avançar neste sentido. De acordo com Artur (2015), a institucionalização do controle social por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde é considerada frágil, apontando para um recente esforço no sentido de sua expansão e regularização (ARTUR, 2015).

A questão do controle social, é uma questão que a gente precisa avançar, porque como eu falei, quando falei do Plano do CEREST, serve também para as prioridades de todos os municípios de saúde do trabalhador. Então a gente precisa ter um Controle Social que olhe para estas questões e que cobre o desenvolvimento delas, porque se o gestor resolve que não vai

fazer, que não vai atuar, não tem ninguém de outro lado que tá cobrando isso, então esse salto ele precisa ser dado. Então de um lado um Plano que responda as necessidades (...) estar no Plano, um plano que responda as necessidades de saúde do trabalhador dos munícipes, dos trabalhadores daquele território e a gente ter um Controle Social que esteja atento a isso, cobrando e etc. (P 12).

Na saúde do trabalhador, os trabalhadores são vistos como sujeitos políticos, coletivos e atuantes depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras (MINAYO-GOMES, 2011). Neste sentido, indagam Santos e Lacaz (2011) se o conhecimento e a participação dos trabalhadores são essenciais para as ações de saúde do trabalhador, qual o grau de envolvimento destes no planejamento, acompanhamento e avaliação dos CEREST e da própria RENAST? (SANTOS; LACAZ, 2011).

Neste contexto, o fato de o município ter uma CISTT não significa participação efetiva dos trabalhadores, principalmente nas questões de planejamento e acompanhamento das ações do CEREST regional, mas de qualquer modo a existência desta instância é um importante avanço nesta direção.

Lembrando que quanto menos o público participa do processo de implantação da ação e gestão, mais a política pública torna-se vulnerável ao jogo político-partidário (LEÃO; CASTRO, 2013). Assim, faz-se necessário o fortalecimento das instâncias de controle social sobre as ações em saúde do trabalhador, e de mecanismos de fiscalização pública dos CEREST.

Levantamento realizado em 2014, revela que dos 209 CEREST habilitados, apenas 34 informaram a participação dos trabalhadores nas ações de VISAT (MINAYO-GOMES; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Para Marx (1985) os sujeitos da história são os homens. Os homens se realizam no trabalho e é por meio do trabalho que constroem o mundo e a eles próprios, entretanto no capitalismo são privados completamente dos meios de produção, o que resulta num alto grau de alienação, e a superação do homem alienado se daria por meio da luta de classes.

De maneira geral, da mesma forma que em outras instâncias de participação dos usuários no setor saúde, a representação dos trabalhadores nas CISTT apresenta grandes fragilidades. O contexto apresenta um baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercute na pouca efetividade das estruturas de

controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde (MINAYO-GOMES, 2013).

Assim, pode-se dizer que a organização de trabalhadores em prol de uma causa seria uma característica de organização de uma classe, mas segundo Antunes e Druck (2014) formas de trabalho como a terceirização aumentam, ainda, mais a fragmentação, a heterogeneização e a divisão intraclasses trabalhadora, levando a uma maior concorrência entre os trabalhadores do mesmo espaço produtivo (ANTUNES; DRUCK, 2014).

Portanto, é diante deste contexto do mundo do trabalho que as organizações de luta da classe trabalhadora devem ficar alertas e vigilantes aos processos causadores de doenças nos mais diversos ambientes de trabalho (LARA, 2011).

6 CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA VISAT NA ESFERA MUNICIPAL

Os achados deste estudo permitiram identificar as fragilidades na consolidação das ações de VISAT na esfera municipal.

Com base nestes desafios e na perspectiva de contribuir com o contexto local e, também com outros municípios que possam vivenciar situações semelhantes, seguem algumas contribuições oriundas do presente estudo.

O desenvolvimento das ações de VISAT na APS pressupõe também a elaboração de um diagnóstico local situacional. Assim, quando se propõe contemplar as questões de saúde do trabalhador, faz-se necessário incorporar ao diagnóstico inicial contemplando duas informações importantes, que consistem nas atividades produtivas no território e o perfil dos trabalhadores que ali residem e que trabalham.

A VISAT depende de um conjunto de ações que se inicia nas portas de entrada do sistema de saúde e, se concretiza nas ações voltadas para as atividades preventivas e de promoção de saúde. Estas perpassam outras dimensões, devendo superar o modelo de atendimento fundamentado nas ações exclusivamente assistenciais por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais.

Este perfil produtivo e epidemiológico dos territórios e do município deve ser divulgado aos profissionais de saúde, disseminando informações inclusive aos usuários dos serviços de saúde. Este diagnóstico pode e deve envolver as instituições de ensino, entidades sindicais, governamentais e a própria sociedade a criar uma cultura de prevenção e de mudança na realidade de trabalho.

Saber de que adoecem e morrem os trabalhadores é essencial para o conhecimento da realidade, planejamento das ações e envolvimento com outros serviços, principalmente com os sindicatos das categorias profissionais. Este reconhecimento deve fazer parte da rotina de trabalho das equipes de saúde, principalmente, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) elo entre o serviço e os usuários.

O delineamento deste diagnóstico perpassa pelo fortalecimento dos sistemas de informação e notificação e, na esfera municipal implica na consolidação do RAAT como ferramenta primordial para coleta e sistematização dos dados.

Considera-se fundamental sociabilizar as informações de saúde do trabalhador do município, por meio de boletins epidemiológicos e da imprensa local, no sentido de sensibilizar os profissionais da saúde, trabalhadores, empregadores e a população em geral. Também apoiar e incentivar a participação social, dos trabalhadores e de seus representantes para garantir de fato ações em saúde do trabalhador.

Os dados epidemiológicos são de interesse público e, quando disponibilizados tornam-se importantes ferramentas à sociedade e aos sindicatos, para reivindicar que as ações de VISAT efetivadas.

É de extrema relevância ações de educação permanente junto aos profissionais da RAS e, especialmente da APS que considerem a questão da determinação social da doença, a importância da história pregressa do trabalhador, bem como a relevância de um diagnóstico qualificado das condições de saúde-doença do trabalhador definido por equipe interprofissional.

A VISAT somente avançará quando fizer articulação em rede. Para isto, necessita-se de uma organização e interligação entre os serviços, o que pressupõe a elaboração de protocolos, fluxos de informações que entrelace os setores intra e intersetorialmente. Este caminho possibilitará que os múltiplos atores e órgãos da RAS consigam desenvolver ações de forma efetiva e articuladamente.

Embora tenham ocorrido avanços localizados, como, por exemplo, na formação de recursos humanos pelos órgãos como CVS e CEREST do estado, as práticas ainda se mantêm isoladas entre os próprios setores clássicos das vigilâncias, com recortes específicos de objetos de controle e intervenção, dificultando ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador.

É fundamental para a qualidade das ações de VISAT que haja educação permanente, bem como a instituição de espaços para a discussão e compartilhamento dos diferentes saberes, lógicas e conceitos que norteiam o trabalho.

Para a VISAT avançar no município é necessário um salto rumo ao levantamento dos dados, com a caracterização dos setores produtivos e perfil epidemiológico, pois as ações de VISAT não podem ser vista a partir do acidente já ocorrido ou da doença já instalada, restando-lhe a assistência e a busca da

reabilitação. Tanto a assistência quanto a reabilitação são importantes e fazem parte da saúde do trabalhador, mas só é possível falar em VISAT, quando a prevenção e promoção da saúde estiverem incluídas nas ações.

Também se enfatiza que o município, por meio da sua gestão, elabore um plano de ação em saúde do trabalhador em parceria com a CISTT, CEREST regional que contemple a divulgação dos dados já existentes no município e a construção de estratégias para implementação da VISAT no município

Diante dos desafios observados, faz-se necessário compreender que a realidade não se limita ao exposto pelos entrevistados, mas trata-se um retrato de como a VISAT encontra-se no momento.

Assim, considerando que a VISAT não se constitui em um órgão com estrutura física, onde profissionais trabalham, mas é fruto de uma rede em movimento que deve ser articulada com princípios da RAS e do SUS, este estudo propõe algumas estratégias para que ela se solidifique no município estudado, com o objetivo de transformar a realidade.

E como forma de sintetizar as informações contidas neste estudo, sugere-se as seguintes estratégias para consolidação da VISAT na esfera municipal:

- 1) Organizar a VISAT a partir APS por meio do diagnóstico do perfil produtivo e atividade econômica do território e do perfil epidemiológico dos trabalhadores;
- 2) Sistematização de ações de saúde do trabalhador na APS, por meio da definição de protocolos, equipes responsáveis e gestão;
- 3) Fomentar ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde, com temas relacionados à saúde do trabalhador;
- 4) Fortalecimento da equipe de VIGEP responsável pela sistematização de dados e investigação dos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- 5) Elaborar Plano de Educação Permanente em saúde do trabalhador aos profissionais da AB;
- 6) Definição de uma equipe multiprofissional mínima, dentro da estrutura da SMS, direcionada à implementação ações VISAT e interlocução com demais setores envolvidos, inclusive o CEREST;

- 7) Definição de papéis e competências dos órgãos e dos atores envolvidos em saúde do trabalhador, como Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério Público do Trabalho (MPT) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Grupo de Vigilância Sanitária (GVS) Diretoria Regional de Saúde (DRS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Municipal de Saúde (CMS); Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); Sindicatos; Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância Epidemiológica (VIGEP);
- 8) Determinação de protocolos de ações e fluxos de informação e comunicação;
- 9) Promoção da articulação intra e intersetorial e da participação social;
- 10) Fortalecimento da CISTT como órgão assessor do CMS;
- 11) Estabelecer parcerias com instituições de ensino superior para elaboração de materiais e capacitações;
- 12) Construção de fluxo de referência e contrarreferência entre APS e CEREST;
- 13) Implantação do matriciamento em saúde do trabalhador;
- 14) Construir Plano Municipal de Saúde do Trabalhador.
- 15) Empenhar esforços para consolidação de um CEREST regional no município;
- 16) Repensar a abrangência do CEREST regional, de modo que realmente possa dar conta das ações.

Este estudo almeja ainda sensibilizar o meio acadêmico para que novas pesquisas sejam empreendidas com o objetivo de contribuir para integração da saúde do trabalhador na rede SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na esfera municipal e, para isto, buscou-se contextualizar o tema com o referencial teórico do materialismo histórico-dialético e da saúde do trabalhador no Brasil, considerando as diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde.

Este referencial possibilitou o exercício de uma crítica preocupada não somente com a pesquisa, mas com a mudança do atual modo de organização da saúde do trabalhador, portanto, comprometida com o entendimento de que são necessárias mudanças que impulsionem a atual implementação da VISAT na esfera municipal.

Por meio da lógica dialética como instrumento de construção e reflexão para a elaboração do pensamento pleno e concreto, verifica-se que para transformar o trabalho, a valorização do saber dos trabalhadores é fundamental para compreensão tanto, de próprio trabalho, quanto dos seus impactos na saúde do trabalhador. Neste sentido, a VISAT necessita ter, também, um olhar para o trabalho do ponto de vista dos trabalhadores como importante passo para a transformação social.

A análise documental das legislações e demais materiais sobre VISAT, resultou em três legislações municipais que abordaram a saúde do trabalhador, sendo: (i) legislação voltada à proteção das condições dos alojamentos e moradias do trabalhador do setor canavieiro; (ii) legislação que determinou a instituição do Conselho Municipal de Segurança e Saúde no Trabalho do município, com o objetivo de estabelecer ações de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mas que acabou não se concretizando; e (iii) legislação que determinou a obrigatoriedade da implantação do RAAT em todos os estabelecimentos de saúde, nos sistemas públicos e privados de atendimento com objetivo de obter informações referentes aos acidentes e doenças relacionadas trabalho.

Não foram identificados fluxos de informações, fluxos de processos envolvidos no atendimento ao trabalhador e informações sobre papéis, competências ou mesmo ações relacionadas à VISAT, o que sinaliza para a necessidade de o município sistematizar e regulamentar ações nesta área.

As entrevistas, realizadas com 15 profissionais-chaves pertencentes aos diversos setores relacionados com a saúde do trabalhador, evidenciaram três categorias de análise:

1) Compreensão da saúde do trabalhador no SUS: as falas trouxeram que a saúde do trabalhador ainda é frágil no contexto do SUS e que tem evoluído de forma lenta, com altos e baixos, revelaram desafios para o atendimento integral à saúde do trabalhador, sendo necessário percorrer, ainda, um longo caminho nesta direção.

2) No que se refere aos aspectos legais da saúde do trabalhador no SUS, se reconhece que está bem amparada legalmente, sendo o grande desafio a sua consolidação e o reconhecimento pelos profissionais que atuam no SUS.

3) Com relação à categoria implementação de ações de VISAT na esfera municipal, os resultados mostraram a falta de conhecimento quanto à implementação de ações, ausência de ações e diretrizes para implementação da VISAT no município e que as ações ainda se encontram falhas, escassas, ineficientes e não condizem com a legislação existente.

Ficou evidente também, no que se refere à subcategoria fluxos de informações e comunicação, que estes inexistem entre os setores envolvidos na saúde do trabalhador.

A subcategoria papéis e competências relacionadas à saúde do trabalhador, mostrou que há o reconhecimento, com algumas dificuldades, da relevância do papel do CEREST na atenção à saúde do trabalhador, mas não verificam a integração com outros setores envolvidos.

Na subcategoria articulação entre os setores envolvidos na VISAT, os resultados evidenciaram que a articulação existente entre os órgãos da esfera municipal, regional e estadual com a saúde do trabalhador, é incipiente e frágil.

Com relação à subcategoria ações da VISAT do município, revela-se a necessidade de serem estruturadas no município, ficando evidente, em alguns casos, até mesmo o desconhecimento de ações desenvolvidas na área de saúde do trabalhador.

Na subcategoria atuação do CEREST regional, alguns depoimentos trouxeram à tona uma tendência do órgão em desenvolver ações no município sede, ações em parceria com determinados órgãos em detrimento de outros, o não

estabelecimento de uma articulação sistematizada, no sentido de atender integralmente o trabalhador, além da falta de estrutura e recursos humanos para atender a demanda.

Por fim, a relevância do controle social para implementação da VISAT municipal revelou a importância da CISTT no processo de efetivação das ações na área.

Este estudo apresenta, como limitações, o fato de abranger um único município, com realidade e contexto particulares. O número de participantes nas entrevistas também pode ser considerado como um limitante, pois poderia enriquecer o estudo da VISAT se tivessem sido incluídos entre os profissionais-chaves aqueles que trabalham nas portas de entrada.

Alguns avanços também devem ser apontados, como abordagem dos vários setores envolvidos em VISAT nas esferas municipal, regional e estadual, permitindo uma análise do conjunto das ações de VISAT na esfera municipal. Esta estratégia permitiu uma visão ampliada do tema, pois os problemas, fragilidades e dificuldades são sentidos pelos profissionais-chaves, independente da esfera em que estão inseridos. Permitiu, ainda, verificar que mesmos os setores fora do SUS compartilham das mesmas opiniões sobre os desafios para a implementação das ações de VISAT.

Sugere-se, para estudos posteriores, analisar a implementação da VISAT nas portas de entrada da RAS no SUS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como os serviços de saúde do âmbito privado que mantêm o preenchimento do Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT).

8 REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.; VASCONCELLOS, L.C.F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde Debate**, v.39, n.106, p.830-840, 2015.

ALMEIDA, I.M. et al. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p.4679-4688, 2014.

ALVES, G. Toyotismo e “Captura” da Subjetividade. In: _____. **Dimensões da Reestruturação Produtiva** – Ensaios de Sociologia do Trabalho. 2º ed. Londrina: Praxis, 2007 Capítulo 7 - Pag. 185-207.

_____. Trabalho flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha: perspectivas do capitalismo global no século XXI. In: VIZZACCARO-AMARAL, A.L.; MOTA, D.P.; ALVES, G. (Orgs.). **Trabalho e Saúde: A Precarização do Trabalho e a Saúde do Trabalhador no Século XXI**. São Paulo: LTr, 2011. p.39-55.

_____. Terceirização: o futuro do trabalho no Brasil. **Trab. Educ. e Saúde**, v.15, n.2, p.337-345, 2017.

ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.319-322, 2003.

AMORIM, L. A. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p.3403-3413, 2017.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaios sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 4ª Ed. Campinas: Cortez, 1997.

_____. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, v.28, n.81, p.39-53, 2014.

_____. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do Trabalho. 3ª Ed. Campinas: Boitempo, 2015.

ANTUNES, R.L.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n.123, p.407-427, 2015.

AREOSA, J., DWYER, T. Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica. **Configurações**, 7 Revista de sociologia, 2012.

ARTUR, K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. **Saúde Soc**, v.24, n.3, p.853-868, 2015.

BASTOS-RAMOS, T.P.; SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.4, p.641-650, 2015.

BAUMAN, Z. **Identidade** Entrevista a Benedetto Vecchi Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BENACH, et al. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health, Annu. **Rev. Public Health**, v.35, p.229–253, 2014.

BIAVASCHI, et al. Os impactos de algumas reformas trabalhistas na regulação e nas instituições públicas que atuam no mundo do trabalho. In: _____. (Orgs.) **Subsídios para a discussão sobre a reforma trabalhista no Brasil**. CESIT/IE/UNICAMP, 2017.

BOLWERK, A. A.; RIBEIRO, G; C. L. O Processo Globalizante e seus Efeitos no Mundo do Direito do Trabalho. **Meritum** – Belo Horizonte – v. 12, n. 1, p. 281-299, jan./jun. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. **Diário Oficial**, 05 out. 1988, Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8.808, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências – **Diário Oficial da União - nº 182**, Brasília: DF, 20 set. de 1990.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial** 25 jul. de 1991 Brasília: DF, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 183**. 20 set. de 2002. Seção, 1Brasília, DF. 2002

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, nº 216, 12 nov. 2009, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, nº 251, 31 dez. 2010 Brasília: DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, nº 165, 24 ago. 2012, Brasília: DF, 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 12 dez. 2012.

_____. Plenária do Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 493, de 7 de novembro de 2013. **Diário Oficial da União**, 14 jan. 2014 Brasília: DF, 2014.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Cidades**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354890&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas> acesso 28 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, 18 fev. 2016, Brasília: DF, 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria 573 de 06 de maio de 2016. Dispõe sobre a publicação de dados de acidentalidade por estabelecimento da empresa. **DOU DE 09/05/2016**, Brasília: DF, 2016.

_____. **Programa Nacional de Prevenção de Acidente de Trabalho – Trabalho Seguro**. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/dados-nacionais>> acesso: 22 fev. 2017

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX**, 3ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

CAMÂMARA, M.G.L.; CAVEIÃO, C. Vigilância em Saúde do Trabalhador: Caminhos, Cenários e Desafios. **Cadernos Saúde e Desenvolvimento**, v.7, n.4, p.79-90, 2015.

CANO, W. Brasil - construção e desconstrução do desenvolvimento. **Econ. soc.**, v.26, n.2, p.265-302, 2017.

CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.41, n.7, p.1-14, 2016.

CAVALCANTE, C.A.A. et al. Análise Crítica de Acidentes de Trabalho no Brasil. **Rev. de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p.100-109, 2015.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. Educ. Saúde** [online], 2018.

CORRÊA, C.R.; RODRIGUES, C.M.L. Depressão e trabalho: revisão da literatura nacional de 2010 e 2014. **Negócios em Projeção**, v.8, n.1, p.65-74, 2017.

CORIAT, B. **Pensar Pelo Averso: o modelo japonês de trabalho e organização**. Rio de Janeiro: Revan: UFRJ, 1994, 212p.

CORTEZ, E. A. et al. Análise da Mortalidade Por Acidentes de Trabalho no Brasil: Revisão Integrativa. **Rev. enferm.**, v.11, n. (Supl.1), p.429-37, 2017.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, v.38, n.127, p.11-30, 2013.

DALDON, M.T.B; LANCMAN, S. Vigilância em saúde do trabalhado – rumos e incertezas. **Rev. Bras. Saúde**, v.38, n.127, p.92-102, 2013.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**, Estudo da Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. Ampliada. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Por um Novo Conceito de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.14, n.54, p.7-11, 1986.

DEJOURS, C., DESSORS, D., DERSLAUX, F. Por um Trabalho, Fator de Equilíbrio, **RAE Revista de Administração de Empresas**, v.33, n.3, p.98-105, 1993.

DE SETA, M.H.; OLIVEIRA, C.V.S.; PEPE, V.L.E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p.3225-3234, 2017.

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

DIAS, E.C. et al. **As Ações de Saúde do Trabalhador no SUS – Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana**. EAD: Fiocruz, 2012

DIAS, E.C.; SILVA, T.L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.127, p.31-43, 2013.

DIAS, E.C. et al. **Diretrizes para a Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica**, Projeto 20381 - Cooperação CGSAT-DSAST-SVS-MS nº1/2012. Belo Horizonte, 2016, disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>

DIAS, M.D.A Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.127, p.69-80, 2013.

DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab. Educ. Saúde**, v.9, n.1, p.137-148, 2011.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.6, p.1-7, 2016a.

_____. A Indissociabilidade entre Precarização Social do Trabalho e Terceirização. In: TEIXEIRA, M.O.; RODRIGUES, H.; COELHO, E.D. (Orgs.). **Precarização e terceirização: faces da mesma realidade**. São Paulo: Sindicato dos Químicos - SP, 256p., 2016b.

DWYER, T.; ELGSTRAND, K. **A new OSH paradigm is needed**, OSH for Development Occupational Safety and Health for Development, Editors Kaj Elgstrand and Nils F Petersson, June 2009, pp. 46-60.

EBERHARDT, L. D.; PEDROSA, K. Reforma trabalhista e mudanças na jornada do trabalho: intensificação do trabalho, **Centro de Estudo de Saúde e Ecologia Humana**, 2018. Disponível em <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/> Acesso em: 20 mai 2017.

FALEIROS, V.P. **O Que É Política Social?** 5ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERREIRA, M.J.M. et al. Vigilância dos acidentes de trabalho em unidades sentinela em saúde do trabalhador no município de Fortaleza, nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p.3393-3402, 2017.

FONSECA, R.M.G.S., EGRY, E.Y., BERTOIOZZI, M.R.: O Materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. In: EGRY, E.Y., CUBAS, M. **O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC**. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná, Curitiba, 2006. p. 16–61.

GALINDO, A.C.; GURGEL, A.M. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.10, n.4, p.1-20, 2016.

GARCIA, L.M.T. et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p 966-980, 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUMARÃES R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1407-1416, 2017.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. 22ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012, cap.9.

IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. A questão da determinação do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.24, n.1, p.163-167, 1990.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2017. World Day for Safety and Health at Work 2017. Disponível em: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/ilo-director-general/statements-and-speeches/WCMS_551573/lang-en/index.htm Acesso: 23 jul 2017.

_____. **World Employment Social Outlook**, Trends 2018. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/dcomm/publ/documents/publication/wcms_615594.pdf Acesso em: 23 jul 2017.

KORANYI, L. J. et al.; Precarious employment and occupational accidents and injuries – a systematic review. **Scand J Work Environ Health** – online first, 2017

KOSIK, K. **A Dialética do Concreto**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KREIN, J. D; DIAS, H. R.; COLOMBI, A. P. F. As centrais sindicais e a dinâmica do emprego. **Estudos Avançados**, v.29, n.8, p.121-135, 2015.

KREIN et al. **Subsídios para a discussão sobre a reforma trabalhista no Brasil**. Texto de Discussão Nº 4. Relações de Trabalho CESIT/IE/UNICAMP, 2017.

LACAZ, A.F.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LACAZ, F.A.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. In: CORRÊA, M. J. M; PINHEIRO, T. M. M; MERLO, A. R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. COPROMED, 2013. Cap. 2, p. 35-60.

_____. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev. Bras Saúde Ocup**, v.41, n.13, p.1-11, 2016.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social, "La salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latino americana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25.

LAURELL, C; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEÃO, L.H.; CASTRO, A.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.769-778, 2013.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito: Uma Trajetória Crítica e a Crítica de uma Trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

_____. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.127, p.107-121, 2013.

LYRA, A. R. T. da C, O enfrentamento do trabalho em condição análoga à de escravo. **Estudos Avançados**, v.28, n.81, 2014.

MACHADO, J.M.H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.3, p.121-130, 2003.

MACHADO, J.M.H. et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.128, 2013

_____. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. **2º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011 Acompanhamento** da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011, 2013.

_____. Vigilância em saúde do trabalhador: conceitos e pressupostos. in CORRÊA, M. J. M; PINHEIRO, T. M. M; MERLO, A. R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. COPROMED, 2013. Cap. 1 pág. 23-34.

MAIA, A. L. S. et al. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013**: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Fundacentro/Serviço de Estatística e Epidemiologia-SEE, 2015

MALTA, D.C. et al. Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciênc. saúde colet.**, v.22, n.1, 2017.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARZZITELLI, E. Conhecendo o Materialismo Histórico e o Marxismo: Conhecendo Marx, In: **V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo**. Marxismo, Educação e Emancipação Humana 11, 12, 13 e 14 de abril de 2011 – UFSC – Florianópolis – SC – Brasil, 2011.

MEDINA, F.S.; MAIA, M.Z.B. A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.41, n.8, p.1-13, 2016.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do Trabalho a Saúde Ocupacional. **Rev. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.342-349, 1991.

MENDES, J.M.R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, v.7, n.2, p.194-207, 2015.

MENDES, T.K.A. et al. Reestruturação da Gestão das Vigilâncias em Saúde em Alagoas: a Precarização da Formação e do Trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, v.14, n.2, p.421-443, 2016.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, v.13, n.Supl. 2, p.21-32, 1997.

_____. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde, **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.1, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.127, p.11-30, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MININEL, V. A. **Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro**. 195f. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MIRANDA, F.M.D'A, et al. Perfil dos trabalhadores brasileiros vítimas de acidente de trabalho com fluidos biológicos. **Rev. Bras. Enferm.**, v.70, n.5, p.1061-1068, 2017.

NEIVERTH, E.M.H.B. et al. A competência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) na vigilância por ambientes laborais saudáveis. In: **Gestão estratégica: da crise a oportunidade**, 13 a 16 de setembro, 2016.

NORDT, C. et al. **Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries**, *The Lancet Psychiatry*, 2000-11. v.2, n.3, p.239-45, 2015.

OBSERVATÓRIO DIGITAL SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO SMARTlab. Registros de Acidentes de Trabalho Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/> Acesso em: 18 ago. 2017.

OLIVEIRA, M.H.B. de; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cad. Saúde Pública**, v.8, n.2, 1992.

OLIVEIRA, R, A. A Concepção de Trabalho na Filosofia do Jovem Marx e Suas Implicações Antropológicas. **Kínesis**, v.2, n.3, p.72– 88, 2010.

PINHEIRO, T. M. M. et. al. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância dos conflitos e os conflitos da vigilância. In: CORRÊA, M. J. M; PINHEIRO, T. M. M; MERLO, A. R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. COPROMED, 2013. Cap. 3 - p. 61-78.

PINTO, G.A. **A Organização do Trabalho no Século XX** (Taylorismo, Fordismo e Toyotismo). 3ªed. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

PIRANI, E.; SAIVINI, S. Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. **Social Science & Medicine**, v.124, p.121-131, 2015.

POÇOS, J.L.C.; DIAS, E.C. Descentralização de ações de saúde do trabalhador para a atenção primária de saúde - desafios e possibilidades: a experiência do CEREST de Juiz de Fora, MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.2supl., p. S38-S46, 2010.

PONTES, A.G.V.; RIGOTTO, R.M. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.39, n.130, p.161-174, 2014.

PORTO, M.F. Saúde do Trabalhador e Modelo de Desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.128, p.179-198, 2013.

PRAUN, L. A solidão dos trabalhadores: sociabilidade contemporânea e degradação do trabalho **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.19, n.2, p.147-160, 2016.

PREVIDENCIA SOCIAL. Ministério da Fazenda. ANUÁRIO: **Previdência registra redução de acidentes do trabalho em 2015**. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2017/05/anuario-previdencia-registra-reducao-de-acidentes-do-trabalho-em-2015/> Acesso em: 20 fev 2018.

QUINTANEIRO, T. BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M. G. M. **Um Toque de Clássicos MARX, DURKHEIM e WEBER.** 2ª Ed. Revista e Ampliada.1ª Reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

RECKTENWALDT, M.A; JUNGS, J.R. Organização e a Prática da Vigilância em Saúde em Municípios de Pequeno Porte. **Saúde Soc.**, v.26, n.2, p.367-381, 2017.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTANA, V.S.; FERRITE, S. Vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador, In: CORREA, M.J.M. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas.** Belo Horizonte: Coopmed, p. 99-124, 2013.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. (Orgs.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SÃO PAULO. **Centro de Vigilância Sanitária**, Saúde do Trabalhador Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/cvs.asp> acesso: 10/05/2018.

_____. 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, **DOE de 02/07/09** –p. 25.

SÃO PAULO Centro de Vigilância Sanitária Portaria CVS - 12, de 17-8-2009, Dispõe sobre a Norma Técnica que estabelece os critérios para instalação e funcionamento dos alojamentos de trabalhadores rurais do setor sucroalcooleiro e demais trabalhadores rurais **DOE de 19/08/09** –p.33

_____. **Decreto nº 51.433**, de 28 de dezembro de 2006 Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde

SELIGMAN-SILVA, E. et. al Saúde do Trabalhador no início do século XXI. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.35, n.122, p.185-186, 2010.

SILVA, J.P.C; FERREIRA, L.S.; ALMEIDA, B.L. A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador. **Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social.** Tema: Restauração conservadora e novas resistências – Vitória, Espírito Santo – 5 a 8 de junho de 2017.

SILVA, A. F. L; MATHIS, A. A (des) proteção da força de trabalho no município de Parauapebas (PA), **Argum.**, v.9, n.3, p.65-80, 2017.

SILVA, T. L. et al., Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**, v.18, n.49, 2014.

SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S. A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev Bras Saude Ocup.**, v.41, n.16, 2016.

SILVA, F.L.G. **Uma reflexão sobre o desenvolvimento das forças produtivas e luta operária**. Artigo apresentado na SBPC de 1998 e versão atualizada em 2004 UNESP – Departamento de Administração Pública.

SILVA, E.S.; SANTOS, C.L.R.; BARBOSA, H.L. Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma prática necessária para os enfermeiros na Unidade Básica de Saúde. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v.6, n.1, p.20-25, 2016.

SOBRINHO, Z. P., Por Uma Sociologia dos Acidentes do Trabalho. **Revista Complejus** – v.1; n.1 - jan./jun. 2010.

SOUZA, T.S.; VIRGENS, L.S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.128, p.292-301, 2013.

SOUZA, K. R.; BRAGA, A.M.C.B.; ROZEMBERG, B. Formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental: avaliação de experiência com atores locais. **Saúde Debate**, v.41, n.114, p.976-985, 2017.

SOUZA, K.R, et al. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **Saúde Debate**, v.41, n. Esp., p.254-263, 2017.

TELLES, W. P.; TEIXEIRA, C.F. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, nº Especial 3, p. 34-44, set., 2017.

TUCKER, S. et al. Work-related injury underreporting among young workers: Prevalence, gender differences, and explanations for underreporting. **Journal of Safety Research**, v.50, p.67–73, 2014.

VASCONCELLOS, L. C. F **Apontamentos sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador como política de Estado na perspectiva de um SUS sistêmico, Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. 439f. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Ciência. FIOCRUZ, RJ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4515>

_____. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v.38, n.128, p.179-198, 2013.

VASCONCELOS, E.F., et al. O declínio organizacional e a ameaça de desemprego ao trabalhador. **Interações**, v.19, n.2, p.359-371, 2018.

VASCONCELLOS, L. C. F. MINAYO-GOMES, C. MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4617-4626, 2014.

VASCONCELLOS, L.C.F; MACHADO, J.M.H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In GOMES, C.M. (Org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, p. 37-66.

VASCONCELLOS, L.C.F.; RIBEIRO, F.S.N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M.H.B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Direito: Uma Trajetória Crítica e a Crítica de uma Trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v.41, n.113, p.605-617, 2017.

VIANNA, L.C.R. et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde Debate**, v.41, n.114, p.786-800, 2017.

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

VILELA, R.A.G. et. al. Experiência de vigilância no setor canavieiro: desafios para interromper a “maratona” perigosa dos canaviais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4659-4668, 2014.

(APÊNDICE A)

Roteiro para coleta de dados documentais

1. Legislação: alcance, objetivo, tema e atribuição (pessoas envolvidas no cumprimento da lei ou norma).
2. Tipo de documento: fluxo, ata, outros. Fluxo de informação, unidades saúde que preenchem o RAAT, identificação do órgão emissor e o responsável pelo cumprimento. Histórico da implantação da saúde do trabalhador no município estudado: Relevância, capacitações, profissionais envolvidos.
3. Fluxo (caminho) percorrido pelo trabalhador, papéis, competências, órgãos responsáveis e ações desenvolvidas.

(APÊNDICE B)

Roteiro de Entrevista para o CEREST - Regional

I- Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a Saúde do Trabalhador no SUS?
2. Como você vê o papel do CEREST nos diferentes municípios?
3. Como funciona a comunicação e ou fluxo de informação entre o município de estudado e CEREST?
4. Como é a relação do CEREST com os demais órgãos da Secretaria de Saúde do município estudado (Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Meio Ambiente, Unidades Básicas) na área de Saúde do Trabalhador?
5. Como funciona o atendimento dos trabalhadores do município estudado no CEREST?
6. Como aconteceu a implantação da política de Saúde do Trabalhador no município estudado?
7. Como você avalia a saúde do trabalhador no município estudado?
8. Quais os principais obstáculos e facilidades foram/são encontrados pelo CEREST no desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador no município estudado?

(APÊNDICE C)

Roteiro de Entrevista para a DRS

I- Identificação:

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
 2. Qual o papel da DRS na área de Saúde do Trabalhador? Quais são suas ações?
 3. Como funciona a comunicação e ou fluxo de informação da DRS com o Município de estudado na área de saúde do trabalhador?
 4. Como funciona a articulação da DRS e os demais órgãos envolvidos na saúde do trabalhador, como: CEREST, GVS, Ministério do Trabalho e Ministério Público?
 5. Como você vê a atuação do CEREST, enquanto órgão regional?
 6. Quais são os avanços que você visualiza em relação à saúde do Trabalhador?
- Quer deixar alguma mensagem para finalizar?

(APÊNDICE D)

Roteiro de Entrevista para o GVS- Regional

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
 2. Qual o papel do GVS XII em Saúde do Trabalhador?
 3. Qual o papel e quais são as ações do interlocutor regional em saúde do trabalhador?
 4. Como funciona a comunicação e ou fluxo de informação do GVS XXII com o Município estudado na área de saúde do trabalhador?
 5. Como funciona a articulação do GVS XII e os demais órgãos envolvidos na saúde do trabalhador, como: CEREST, DRS, Ministério do Trabalho e Ministério Público?
 6. Como você vê a atuação do CEREST, enquanto órgão regional?
 7. Quais são os avanços que você visualiza em relação à saúde do Trabalhador?
- Quer deixar alguma mensagem para finalizar?

(APÊNDICE E)

Roteiro de Entrevista para a Vigilância Epidemiológica

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Qual o papel da Vigilância Epidemiológica na saúde do trabalhador?
3. Como funciona o fluxo de informação e ou comunicação entre as vigilâncias, secretaria municipal de saúde e o CEREST regional em saúde do trabalhador?
4. Qual a maior problemática enfrentada por você enquanto profissional em saúde do trabalhador, responsável pela investigação de acidentes e doenças relacionada ao trabalho?
5. Como funciona a notificação compulsória de acidentes e doenças relacionados ao trabalho no município no sistema SINAN-NET?
6. Como você vê a atuação do CEREST, enquanto órgão regional?
7. Existem ações integradas com CEREST com esta Divisão de vigilância Epidemiológica?
8. Como você descreve o fluxo de informação em saúde do trabalhador no município?
9. Quais são os avanços que você visualiza em relação a Saúde do Trabalhador?
Quer deixar alguma mensagem para finalizar?

(APÊNDICE F)

Roteiro de Entrevista para a Vigilância Epidemiológica

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a Saúde do Trabalhador no SUS?
2. Qual o papel da Vigilância Epidemiológica na saúde do trabalhador?
3. Como funciona o fluxo de informação e ou comunicação entres os órgãos envolvidos em saúde do trabalhador no município estudado e o CEREST regional?
4. Como são definidas as ações e determinações de profissionais responsáveis pelas ações em saúde do trabalhador?
5. Quantos profissionais em sua Unidade estão atuando em Saúde do Trabalhador?
6. Quais ações são priorizadas na área de Saúde do Trabalhador?
7. Como você vê a atuação do CEREST, enquanto órgão regional?
8. Existem ações integradas com CEREST com esta Divisão?
9. Como funciona a articulação desta Divisão com a Secretaria Municipal de Saúde e vigilância sanitária na área de Saúde do Trabalhador?
10. Quais são os avanços que você visualiza em relação à Saúde do Trabalhador? Quer deixar alguma mensagem para finalizar?

(APÊNDICE G)

Roteiro para a Secretaria Municipal de Saúde.

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Como foi a implantação da saúde do trabalhador no município estudado? Quais órgãos envolvidos?
3. Como funciona a articulação da Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos envolvidos em Saúde do Trabalhador, como CEREST, DRS, GVS XII e DRT?
4. Como está estruturado o fluxo e informação e ou comunicação em saúde do trabalhador dentro do município?
5. Quais passos o trabalhador deve percorrer em caso de acidente e ou doença relacionada ao trabalho no município estudado?
6. Como você vê a atuação do CEREST regional no município estudado?

(APÊNDICE H)

Roteiro de Entrevista para a CISTT

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Quais as ações são desenvolvidas pela CIST no município estudado?
3. Como funciona a articulação da CIST com o Conselho Municipal de Saúde?
4. Como você avalia as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município estudado?
5. Como você vê a atuação do CEREST regional no município estudado?

(APÊNDICE I)

Roteiro de Entrevista para o Conselho Municipal de Saúde

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Como funciona a articulação do Conselho Municipal de Saúde com a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador - CIST?
3. Como você avalia as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município estudado?
4. Como você vê a atuação do CEREST regional no município estudado?

(APÊNDICE J)

Roteiro de Entrevista para a Procuradoria Regional do Trabalho MPT

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Qual o papel da promotoria na área de saúde do trabalhador?
3. Quais ações têm sido desenvolvidas por este órgão em saúde do trabalhador no município estudado?
4. Como você avalia as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município estudado?
5. Como você vê a atuação do CEREST regional no município estudado?
6. Como se dá a articulação das ações em saúde do trabalhador entre as três esferas de governo SUS (Vigilâncias/CEREST) MPT e DRTS

(APÊNDICE K)

Roteiro de Entrevista para Entidade Sindical

Identificação

Escolaridade:

Ocupação: _____

1. Como você vê a saúde do trabalhador no SUS?
2. Qual o papel do Sindicato dos Metalúrgicos na Saúde do Trabalhador no município estudado?
3. Como é relação do Sindicato dos Metalúrgicos com os órgãos da Secretaria Municipal de Saúde?
4. Existem ações conjuntas do sindicato com o CEREST regional?
5. Existem ações conjunta do Sindicato com órgãos de vigilância em ST?
6. Como você avalia as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município estudado?
7. Como você vê a atuação do CEREST regional no município de estudado?
8. Como você avalia a Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador?

(APÊNDICE L)

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Resolução 466/2012 do CNS)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Vigilância em Saúde do Trabalhador na Esfera Municipal”**.

O objetivo deste estudo é analisar as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador no Município de _____.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter mais de 18 anos, por ser profissional envolvido direto ou indiretamente na área de Saúde do Trabalhador na cidade onde o estudo será realizado. **Sua participação é voluntária** e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação na pesquisa. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador, com a Universidade ou com a instituição na qual trabalha.

A coleta de dados será por meio de entrevista com apoio de roteiro previamente elaborado com tópicos que abordam diversos aspectos que envolvem a área da Saúde do Trabalhador. Solicito sua autorização para gravação da entrevista em áudio, que terá duração média de 45 minutos e que serão transcritas pela pesquisadora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, **em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo**. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Sua participação contribuirá com a obtenção de informações que serão utilizados para fins científicos, possibilitando melhor compreensão sobre a área de Saúde do Trabalhador na região. Também irá contribuir para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de alternativas para o trabalho de vigilância em saúde.

A participação na entrevista não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas

podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço ao término das respostas. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando ou se for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

O (a) senhor (a) terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana)

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel

Pesquisadora Responsável

Contato tel.: (16)3351-9334 (16) 98145-9484 **Contato tel.:** (16) 999608015 (16) 33713568

E-mail: vivian.aline@gmail.com

Maria Ferreira da Silva

Aluna de Pós-Graduação em Enfermagem

Contato tel.: (16) 999608015 (16) 33713568

E-mail: mafsbeggiato@gmail.com

Endereço para contato.: Rodovia Washington Luis, km 235, caixa postal 676, São Carlos-SP, Cep. 13565-905.

Local e data:

Nome e Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura do Participante

(Anexo1)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.

Pesquisador: MARIA FERREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62925916.6.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.949.869

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem por objetivos: analisar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, identificar os fluxos de informação em saúde do trabalhador, identificar os fluxos de processos envolvidos no atendimento ao trabalhador e analisar os papéis, competências, ações e articulações intra e intersetorial dos diversos órgãos envolvidos no atendimento à Saúde do Trabalhador no município de [REDACTED]. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, que compreenderá duas etapas simultâneas para atendimento aos objetivos propostos. A primeira etapa consistirá no levantamento documental da legislação relacionada à saúde do trabalhador no município de [REDACTED], bem como de demais documentos que contemplem fluxos e processos concernentes ao atendimento ao trabalhador no SUS. Na segunda etapa são propostas atividades de entrevistas com informantes-chaves que atuam nos diversos setores do sistema de saúde municipal e que tenham interface com a saúde do trabalhador. O estudo será realizado no Município de [REDACTED], Estado de São Paulo, que possuía, em 2015, uma população estimada de 241.389 habitantes (IBGE, 2015). O levantamento dos dados será realizado junto a Secretaria Municipal de Saúde, Delegacia/Gerência Regional do Trabalho de [REDACTED] e os demais órgãos envolvidos na atenção à Saúde do Trabalhador do município de [REDACTED] incluindo os situados no município de [REDACTED] que são de





Continuação do Parecer: 1.949.869

abrangência regional, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Departamento Regional de Saúde (DRS ■ Grupo de Vigilância Sanitária (GVS ■)), e Procuradoria do Trabalho de ■■■■■. A população de estudo será composta por dados secundários e primários. Os dados secundários serão compostos pelos documentos, legislações e demais materiais que subsidiem a construção, compreensão e interpretação dos cenários de estudo. Tratam-se de legislações municipais, relatórios de reuniões, dados epidemiológicos etc. Os dados primários serão coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais-chaves dos diversos setores envolvidos na rede de vigilância em saúde do trabalhador. Os participantes-chaves serão convidados a participar da coleta de dados e serão esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre os riscos e benefícios de sua participação. Após concordância em participar, deverão assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e será combinada uma data para realização da entrevista, no próprio local de trabalho. Os dados advindos da análise documental serão descritos e sistematizados em forma de fluxos, compondo um mapa de informações em saúde do trabalhador do município. As falas serão transcritas, analisadas e organizadas segundo a metodologia da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010). A primeira fase, denominada pré-análise, refere-se a organização propriamente dita do material e corresponde a um período de intuições, que tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, a fim de conduzir um plano de análise preciso e organizado (BARDIN, 2010). A segunda fase consiste na exploração do material e na aplicação sistemática das decisões tomadas. Esta etapa fundamenta-se essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2010). A terceira fase é o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta é possível definir quadros de resultados, figuras, diagramas e modelos com destaque das informações relevantes obtidas a partir da análise, permitindo, com base nos objetivos previstos, propor deduções e interpretações (BARDIN, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar as ações de vigilância em saúde do trabalhador no município de ■■■■■

Objetivos secundários: Identificar os fluxos de informação em saúde do trabalhador no município de ■■■■■. Identificar os fluxos de processos envolvidos no ■■■■■.



Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 1.949.869

atendimento ao trabalhador no município de [REDACTED] Analisar os papéis, competências, ações e articulações intra e intersetorial dos diversos órgãos envolvidos no atendimento à Saúde do Trabalhador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada e fundamentada cientificamente, importante para a área do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada e adequada.
- Foram enviadas todas as Cartas de Aceite das instituições onde serão recrutados os participantes.
- Projeto de pesquisa adequado.
- Instrumento de coleta de dados adequados.
- TCLE adequado.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de acordo com a Resolução 466/2012 e sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803319.pdf	20/02/2017 14:55:58		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteMPTR.pdf	17/02/2017 14:54:55	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteMPTC.pdf	17/02/2017 14:54:35	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2017Projeto revisado.doc	30/01/2017 19:55:11	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito



Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 1.949.869

Folha de Rosto	FolhadeRosto2.pdf	30/01/2017 17:00:46	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	Roteirosecundarios.odt	30/01/2017 16:56:04	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/01/2017 14:12:25	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	RoteirosEntrevista.odt	01/12/2016 14:13:44	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteCIST.jpg	30/11/2016 08:08:47	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteSecretaria.pdf	23/11/2016 17:25:43	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteConselhoMunicipal.pdf	02/11/2016 17:17:25	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteGVS [REDACTED].pdf	02/11/2016 17:15:34	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteVereador.doc	02/11/2016 17:14:11	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteCREST.pdf	02/11/2016 17:11:36	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteVISAM.pdf	02/11/2016 17:10:48	MARIA FERREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

[REDACTED] 05 de Março de 2017

Assinado por:

[REDACTED]
(Coordenador)