

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

MARISTELA COSTA IRAZOQUI

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO TRABALHADOR DO RIO GRANDE DO SUL: PROCESSO DE TRABALHO E
OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR**

Porto Alegre
2011

MARISTELA COSTA IRAZOQUI

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO TRABALHADOR DO RIO GRANDE DO SUL: PROCESSO DE TRABALHO E
OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na Linha de Pesquisa **Serviço Social e Processos de Trabalho**, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Regina Lara dos Santos

Porto Alegre
2011

MARISTELA COSTA IRAZOQUI

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO TRABALHADOR DO RIO GRANDE DO SUL: PROCESSO DE TRABALHO E
OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na linha de Pesquisa **Serviço Social e Processos de Trabalho**, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em _____ de _____ de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Gleny Terezinha Duro Guimarães – PPGSS/PUCRS

Prof^a. Dr^a. Dolores Sanches Wünsch – UFRGS

Prof^a. Dr^a. Beatriz Regina Lara dos Santos – FAENFI/PUCRS

Porto Alegre
2011

Aos meus pais Edith e Adão, hoje não mais comigo, que me ensinaram que a vida é dom de Deus e que nossos caminhos envolvem flores e espinhos. Os exemplos que deixaram me tornaram uma lutadora. Obrigada, eu amei e amo vocês.

A minha filha Rafaela, pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor; soube ser compreensiva, paciente, incentivadora e grande amiga nos momentos mais difíceis desta jornada, ajudando a atingir um dos maiores objetivos da minha vida profissional.

Ao meu marido Ubirajara, por sua existência, por estar sempre ao meu lado, pelo companheirismo, respeito e incentivo, pela paciência e sabedoria em transmitir-me os melhores conselhos, para que eu nunca desistisse desse trabalho, sempre presente em minha vida, com amor e carinho.

As minhas irmãs, Denise, Neci, Rita e Sara pelo carinho dedicação, compreensão, apoio e por partilhar as minhas dificuldades e vitórias. Vocês foram importantes para que eu pudesse superar os obstáculos e finalizar mais uma etapa em minha vida, obrigada pelos telefonemas de grande apoio e incentivo para que eu continuasse a caminhada.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho foi marcada por uma trajetória árdua, mas com inúmeras contribuições, que me auxiliaram a ultrapassar os obstáculos com mais facilidade e determinação. Agradeço nominalmente a algumas pessoas que estiveram comigo nesta caminhada, com a certeza de que muitas deveriam também aqui constar.

A Deus por iluminar o meu caminho, permitindo que meus sonhos se realizem.

Aos meus amados **Ubirajara** e **Rafaela**, marido e filha, companheiros desta e de todas as jornadas, obrigada pelo amor e apoio incondicionais.

A dissertação foi sem dúvida uma trilha muito densa, de superação dos limites, impostos pelo pouco tempo para os estudos, pela dificuldade de participar dos eventos científicos e, portanto, de acompanhar o debate atualizado. Aqui, está a grande contribuição da minha orientadora, Prof. Dra. **Beatriz Regina Lara dos Santos**, e, hoje, grande amiga, por não apenas ter aceitado desbravar esse trabalho, quando essa possibilidade era ainda um sonho rabiscado e em forma de pré-projeto, mas, sobretudo, pelas mais valiosas horas de total dedicação nas orientações sobre o mundo científico e, principalmente, pessoal e afetivo, o meu mais profundo obrigado.

Dona **Gleny**, que me amparou nos momentos mais difíceis, disponibilizando seu tempo para meus desabafos, sempre apoiando e encorajando-me na direção à realização dos meus projetos.

A minha grande e fiel amiga **Ângela** – companheira de todas as horas, grande incentivadora desse sonho – agradeço por ter acreditado em mim, te adoro muito, esse título é nosso! Nada é por acaso.

A minha querida mestre, Profa. Dra. **Gleny**, incentivadora dos meus sonhos, com quem aprendi a sonhar ainda mais, na disciplina de docência e que, sem dúvida, ajudou a concretizar meus mais profundos objetivos; com as leituras de Rubens Alves, as quais ficarão eternamente no meu cotidiano. O desejo de ensinar e a Arte de Aprender a amar, um exemplo de mestre a ser seguido.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: à coordenação, aos professores, aos funcionários em especial à **Juliana Cavalheiro**, com quem convivi muito tempo, serei eternamente grata pela tua atenção e dedicação comigo, sempre disposta a me ajudar em todos os aspectos, meu eterno carinho.

À **Flávia**, minha amiga que me faz sorrir, nos momentos mais difíceis que atravessei, por estar ausente da minha família, e que sem dúvida estava em contato com eles dando apoio, serei eternamente grata por se preocupar com a minha filha amada, eu jamais esquecerei.

À **Rose**, minha amiga, com quem dividi minhas angústias durante esses meses em que estive longe do meu lar, e que soube sempre me ouvir, me apoiando para que eu focasse somente na dissertação; jamais esquecerei teus conselhos, que me deram ânimo e coragem para seguir a minha trilha.

Aos meus amigos **Ana e Paulo**, com quem dividi excelentes momentos, vocês fazem parte desta trilha também.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro, oportunizando a realização da pesquisa.

A minha querida Prof^a Dr^a. **Dolores** (UFRGS), pela honra em tê-la na banca examinadora, por quem tenho profunda admiração.

Aos **colegas dos CERESTs do RS**, que aceitaram a participar da pesquisa, vocês foram os meus grandes incentivadores para realizar esse estudo, obrigada pelo carinho com que eu era recebida em seus postos de trabalho, disponibilizando tempo para que meu sonho se tornasse realidade; foram longas horas de viagem para que o meu projeto saísse do papel. Vocês deram o norte nesse estudo.

Ao Prefeito Municipal de Pelotas, **Dr. Adolfo Antônio Fetter Júnior**, pois somente com o seu apoio e incentivo foi possível a realização deste curso, a minha mais profunda gratidão.

À querida colega **Loiva Schardosim**, que não mediu esforços para auxiliarme no estudo, contribuindo com o seu saber, sempre disposta a me receber no Centro Estadual de Vigilância (CEVES).

À Dra. **Carlota Brum**, teu apoio foi fundamental para que eu chegasse aqui, tuas contribuições me fortaleciam para continuar nessa trilha e não desistir, com todos os obstáculos que estavam no caminho.

Aos colegas do mestrado com quem vivi momentos inesquecíveis, em especial à **Rosana, Elisandra e Marleci**, com quem partilhei minhas alegrias e tristezas, na divisão das tarefas a serem apresentadas nos seminários. Sem dúvida, formamos um excelente quarteto.

Meu agradecimento especial aos meus queridos amigos: **Ricardo e Patrícia**, exemplo de companheirismo, sempre prontos a me ouvir, obrigada pelos momentos que juntos compartilhamos de grandes seminários, grandes debates, alegrias e também das mais profundas dificuldades; vocês estavam sempre dispostos a me ouvir.

À **Valéria**, minha mais recente amiga, com quem dividi minhas angústias sobre o trabalho, que se dedicou inteiramente para a revisão do português, a formatação e aconselhando-me para que eu não desistisse; com certeza sem o teu apoio eu não teria conseguido concluir meu trabalho. És muito especial, obrigada por acreditares em mim.

Se o desejo de alcançar a meta estiver vigorosamente vivo dentro de nós, não nos faltarão forças para encontrar os meios de alcançá-la e traduzi-la em atos de nossos projetos. (EINSTEIN)

RESUMO

Neste estudo tem-se por objetivo analisar como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul e quais são os desafios para a efetivação da política da Saúde do Trabalhador a partir desta inserção. Metodologicamente, os caminhos da investigação da pesquisa seguiram a trajetória do estudo qualitativo, utilizando como instrumento para a coleta de dados a entrevista com 21 trabalhadores das equipes dos CERESTS do RS. Utilizando-se da avaliação qualitativa, os dados foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo, por meio da análise temática. Do contato com os trabalhadores, emergiram três categorias, com os objetivos específicos de analisar a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do RS, quais sejam: os *aspectos organizacionais*, dando ênfase às categorias intermediárias do referido estudo, no que diz respeito ao gerenciamento e compartilhamento de saberes; a *atenção à saúde*, com ênfase nas ações em saúde e vigilância em saúde; e, por último, os *avanços e os desafios* para a efetivação da política de Saúde do Trabalhador, a partir da inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs. Como resultado, o estudo revela que os CERESTs ainda não se efetivaram de fato, conforme a legislação no RS, principalmente no que diz respeito à vigilância nos ambientes de trabalho e à organização da rede de serviços locais de saúde. Em alguns CERESTs as equipes estão constituídas sem ter o mínimo de profissionais preconizados de acordo com a portaria. Ressalta-se, ainda, neste estudo, a dificuldade de o gestor ter a compreensão da efetivação da Política da Saúde do Trabalhador nos municípios de abrangência e principalmente no município sede, mas já é possível dizer que existem alguns avanços, com a implantação do Sistema de Informação (SIST) como recurso próprio.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Centros de Referência. Trabalho. Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze how the insertion occurs in the process of multidisciplinary team working CERESTs in Rio Grande do Sul and what are the challenges for ensuring the policy of Health Workers from this integration. Methodologically, the investigation paths of research followed the trajectory of the qualitative study, using as an instrument to collect data the interview with 21 workers of the CERESTS RS. Using qualitative assessment, data were analyzed by the method of content analysis, through thematic analysis. Through the contact with workers, three categories emerged, with the specific objectives of analyzing the insertion of the multidisciplinary team in the process of working CERESTs the RS, which are: the organizational aspects, emphasizing the intermediate categories of the study, which concerns the management and sharing of knowledge, attention to health, with emphasis on actions in health and health surveillance, and, finally, advances and challenges for effectiveness of Occupational Health policy, from the insertion of the multidisciplinary team in the working process of CERESTs. As a result, the study reveals that CERESTs have not been actually effected, according to the legislation in the RS, particularly with regard to surveillance in the workplace and the network organization of local health services. In some CERESTs teams are formed without the minimum recommended professionals in accordance with the ordinance. It should be noted, though, in this study, the difficulty of the manager to have an understanding the effectiveness of Occupational Health policy in the counties of scope and mainly in the county seat, but it is already possible to say that there are some advances in the implementation of the System Information (SYS) as an own resource.

Keywords: Occupational Health. Reference Centers. Labor. Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Organização regional da localização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do RS - 2011.....	45
Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores dos CERESTS participantes do estudo por sexo, idade, faixa etária e formação profissional.....	47
Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo por tempo de formação profissional e tempo de trabalho no CEREST.....	47
Quadro 2 - Categorias de análise.....	50

LISTA DE SIGLAS

CAT – Comunicação Acidente de Trabalho

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEVES – Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CIST- Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador

COSAT – Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

GM – Gabinete do Ministro

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

LOAS – Lei Orgânica Assistencial

MS – Ministério da Saúde

MT – Ministério do Trabalho

NRs – Normas Regulamentadoras

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PCMAT – Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PNST – Plano Nacional de Saúde do Trabalhador

RENAST – Rede Nacional Integrada a Saúde do Trabalhador

SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 SAÚDE E TRABALHO	19
2.1 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO	19
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	22
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	28
2.4 A INSERÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DOS CERESTS	36
3 CAMINHO METODOLÓGICO	42
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
3.2 CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	44
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
3.4 COLETA DE DADOS.....	48
3.5 ANÁLISE DE DADOS	48
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS: O GERENCIAMENTO E O COMPARTILHAMENTO DE SABERES	51
4.1 GERENCIAMENTO	51
4.1.1 Planejamento.....	52
4.1.2 Estratégias	56
4.2 COMPARTILHAMENTO DE SABERES.....	61
4.2.1 Reuniões.....	61
4.2.2 Divisão do trabalho e projetos multiprofissionais.....	62
4.2.3 Competências e habilidades	65
5 ATENÇÃO À SAÚDE: AÇÕES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	68
5.1 AÇÕES EM SAÚDE.....	69
5.1.1 Acolhimento	69
5.1.2 Atendimento integral	71
5.1.3 Educação em saúde.....	73
5.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	74
5.2.1 Vigilância no ambiente de trabalho	75
5.2.2 Sistemas de informação.....	78
5.2.3 Indicadores.....	81

6 EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS CERESTS RS	83
6.1 AVANÇOS E DESAFIOS	84
6.1.1 Fatores facilitadores	84
6.1.2 Dificuldades	85
6.1.3 Satisfação	88
6.1.4 Sugestões.....	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAS.....	91
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE A – Carta-convite	116
APÊNDICE B – Formulário dirigido aos coordenadores dos CEREST do RS para subsidiar a captação dos sujeitos da pesquisa	118
APÊNDICE C – Formulário utilizado na entrevista	120
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	123

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo sociopolítico e técnico de desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, na rede pública de serviços no Brasil, foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. As ações de Saúde do Trabalhador são fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e consideram as relações produção-consumo, ambiente-saúde como determinantes do processo saúde/doença e da organização do cuidado. A atenção integral à saúde dos trabalhadores abrange as ações de promoção e proteção à saúde, de vigilância e de assistência, incluindo a reabilitação (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Nos últimos vinte anos, as ações de Saúde do Trabalhador no Brasil têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organização institucional nos três níveis de gestão do SUS. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, representou um marco importante nesse processo. Nesta rede, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passam a ser considerados como locus privilegiado de execução e de articulação na pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, ampliando a visibilidade da área da saúde do trabalhador junto aos gestores e controle social. A RENAST é uma rede nacional integrada e organizada com o propósito de implementar as ações assistenciais de vigilância e de promoção à saúde no SUS, com ênfase na Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

O processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, tem como eixo principal o trabalho na vida das pessoas, conforme os princípios da epidemiologia social. A RENAST está articulada nas linhas de cuidado de atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão, tendo como eixos articuladores os CERESTs (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, os CERESTs não têm a função de porta de entrada do sistema, mas assumem o papel de suporte técnico e científico no seu território de

abrangência; tem como atribuição realizar o matriciamento das equipes dos serviços de saúde, no que se refere ao cuidado dos trabalhadores (BRASIL, 2006).

Nessa lógica, a implementação da RENAST propõe implementar ações de assistência, de vigilância e de promoção à saúde no SUS, destacando a identificação do perfil dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência, a identificação e a notificação das situações de risco e dos agravos relacionados ao trabalho. Estabelece a articulação com as instâncias de referência da vigilância em Saúde do Trabalhador para a promoção da saúde e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, particularmente, nas situações onde forem identificados riscos relacionados ao trabalho. A partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho e, principalmente, do registro no sistema de informação será possível identificar o fenômeno e desencadear procedimentos de vigilância que possam modificar as condições de ambientes de trabalho geradoras de doenças ou agravos. Ressalta-se que a indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui uma pedra angular da saúde do trabalhador (BRASIL, 2006).

A estratégia da RENAST, segundo Dias e Hoefel (2005), apresenta simultaneamente sucesso e desafios para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS. Entre os desafios destacam-se: a confusão dos papéis dos CERESTs; a falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência; a vigilância e informação em saúde, articuladas pelos CERESTs; o despreparo de alguns profissionais de saúde para lidar com agravos relacionados com o trabalho; a fragilidade do controle social; entre outros.

Gomez e Lacaz (2005), ao refletirem sobre novas questões da Saúde do Trabalhador, reconhecem a implementação da RENAST como uma iniciativa importante do Ministério da Saúde, à medida que tem multiplicado os CERESTs, capacitando profissionais para atuarem na Saúde do Trabalhador. Porém, salientam que tais iniciativas devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente. Também destacam que as universidades precisam assumir a responsabilidade social com a Saúde do Trabalhador, desenvolvendo estudos que auxiliem a construção do conhecimento na área. A produção científica brasileira sobre os Centros de Referência e Saúde do Trabalhador é escassa, geralmente, abordando

apenas temáticas relacionadas aos acidentes dos trabalhadores investigados, as ações de vigilância e os sistemas de informação (GOMEZ; LACAZ, 2005; HOEFEL, 2005, OLIVEIRA, 1998, DIAS, 1994, MENDES, 1991).

No processo de formação em Serviço Social, concluído em 1996, constatou-se a necessidade de repensar as transformações ocorridas no mundo do trabalho, adotando um enfoque que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença, onde existem múltiplos determinantes. Assim, trabalhando no contexto da Saúde Coletiva, foram vivenciadas ações e atividades que contemplavam a atenção aos fatores determinantes, visando à integralidade e demonstrando a necessidade de transformações de práticas cotidianas de profissionais de saúde, priorizando a qualidade de vida, o acesso às tecnologias e a criação de vínculos afetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos serviços de saúde – entendidos como uma relação contínua, pessoal e resolutiva. Enquanto a experiência no atendimento multidisciplinar com o trabalhador, ouvindo-o para além das respostas referentes aos sintomas físicos e acolhendo-o como um ser humano integral, estimulou a ampliação do conhecimento sobre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do RS e a efetivação da política de Saúde do Trabalhador neste contexto.

Em 2009, por ocasião da conclusão do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, na Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, analisou-se a composição da equipe multidisciplinar nos CERESTs RS. Nesse estudo constatou-se que o número de profissionais nas equipes eram insuficientes, instalando-se a dificuldade de realizar a retaguarda técnica para a área de abrangência de atuação do CEREST. Além do número insuficiente, muitos profissionais não eram concursados, atendendo temporariamente a contratos emergenciais, o que diminuía em alguns períodos a capacidade técnica da equipe.

Assim, surgiram muitas indagações sobre a inserção das equipes multiprofissionais no processo de trabalho dos CERESTs, pois se considera essencial entender a equipe como uma rede de relações tecidas no cotidiano, entre trabalhadores que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas,

tornando-se necessária certa disponibilidade para que estes construam projetos de trabalho em que se instaure uma lógica ética e socialmente solidária.

As transformações sociais engendram novos desafios na construção de saberes e fazeres, especialmente, no campo da saúde. Portanto, é necessário desvelar de maneira mais ampla saberes e fazeres acerca da inserção de equipes multiprofissionais do processo de trabalho em saúde, tendo em vista a qualificação da atenção às necessidades da população.

Dessa forma, o problema de pesquisa que ora se apresenta é: como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul e quais são os desafios para a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador a partir desta inserção?

Sendo assim, o objetivo geral da presente pesquisa é o de analisar como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul, descrevendo os desafios para a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador a partir desta inserção. Os objetivos específicos a serem alcançados são: 1) analisar a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do RS no que se refere aos aspectos organizacionais; 2) analisar a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do RS no que se refere à atenção à saúde dos trabalhadores; e 3) descrever os avanços e os desafios para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, a partir da inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido, no segundo capítulo deste estudo apresenta-se a temática saúde e trabalho, partindo das transformações ocorridas no mundo contemporâneo, entendendo o trabalho como processo central na sociedade capitalista e a Saúde do Trabalhador como uma prática social. Tal prática engloba o processo saúde e doença e sua relação com o trabalho. Contextualiza-se, ainda, a Saúde do Trabalhador no Brasil, analisando a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a promoção, a proteção da saúde do trabalhador e a organização e prestação de assistência aos mesmos. Também, aborda-se a inserção da equipe multidisciplinar em saúde, no processo de trabalho dos CEREST, buscando contextualizar o estabelecido em forma de lei com o

concretizado no cotidiano do processo de trabalho, a partir da produção de conhecimento sobre a temática.

No terceiro capítulo apresenta-se o caminho metodológico da pesquisa, salientando-se as questões norteadoras, o cenário e os sujeitos participantes do estudo. As categorias de análise, oriundas do referencial teórico apresentado nos capítulos anteriores são destacadas. As categorias finais são reveladas nos capítulos que seguem, apenas para clarear o entendimento do leitor, uma vez que elas se atravessam e se entrecruzam.

No capítulo quatro são analisadas as falas dos entrevistados em relação à inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do RS, no que se refere aos aspectos organizacionais, incluindo o gerenciamento das ações e o compartilhamento de saberes.

No capítulo cinco são abordadas as categorias relativas à atenção à saúde dos trabalhadores, englobando as ações em saúde e a vigilância epidemiológica. Enquanto que no capítulo seis são descritos os avanços e os desafios para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, a partir da inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul.

Encerra-se com as considerações finais, apontando as facilidades e dificuldades de realização do estudo e sintetizando a interpretação dos resultados na tentativa de responder às três questões levantadas.

2 SAÚDE E TRABALHO

2.1 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

Nas últimas décadas a sociedade vem presenciando profundas transformações, dadas as mais complexas relações entre as formas de ser e existir da sociedade humana. A crise experimentada pelo acúmulo do capital, bem como suas respostas, em que o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são expressões e têm acarretado, entre tantas consequências, profundas mutações no trabalho (ANTUNES, 2003).

Então, entender o trabalho como fundante da sociabilidade humana, remete à defesa da centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea, apesar das complexas mudanças ocorridas no mundo do trabalho, com alterações no processo e organização deste e na classe trabalhadora (ANTUNES, 2003).

Ainda, em relação à evolução do trabalho na sociedade:

As possibilidades de uma efetiva emancipação humana ainda podem encontrar concretude e viabilidade social a partir das revoltas e rebeliões que se originam centralmente no mundo do trabalho; um processo de emancipação, simultaneamente, do trabalho, no trabalho e pelo trabalho (ANTUNES, 2003, p.216)

Assim, seria alentador abordar o trabalho como meio de vida e de conquista da dignidade humana; poder dividir o alívio do esforço/sofrimento no trabalho em face dos avanços tecnológicos e do conhecimento científico na história da humanidade. Contudo, o que se constata no mundo real do trabalho é um distanciamento crescente entre práticas organizacionais e direitos sociais conquistados. É o paradoxo que encerra o trabalho contemporâneo: sua combinação com precarização social, com adoecimento dos indivíduos e destruição ambiental (SELIGMANN-SILVA, 2011).

O avanço da precarização e do despartencimento social tende a apagar os referenciais de limites biopsicossociais no imaginário social, a exemplo das noções de jornada de trabalho normal e de hora extra, bem como do trabalho infantil. Vale lembrar que são marcos construído pelos movimentos sociais e consolidados na

regulação social assumida pelo Estado, desde o final do século XIX até a era fordista na década de 1970. São referenciais de grande importância, pois traduzem uma etapa civilizatória marcada pelo reconhecimento institucional de ciclos e limites biopsicossociais, que perpassam a existência humana. Tais referenciais contemplam, ainda, que palidamente, as diferenças de fases da vida humana e gênero – infância, envelhecimento, morte – suas peculiaridades e possíveis rupturas por acidente, adoecimento e outros. A desregulação social em curso é um processo de apagamento dessas noções culturais que protegem a vida humana – de crianças, jovens, adultos, idosos homens e mulheres – revelando uma das faces da perda da razão social do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Sendo assim, o reconhecimento dos limites biopsicossociais dos seres humanos no trabalho, expressos nas leis trabalhistas, por exemplo, é fruto de um longo processo, nada linear. Apesar dos avanços em relação aos primórdios das sociedades urbano-industriais neste âmbito, chama a atenção um contínuo processo histórico de inversão das relações da humanidade na/com a natureza no seio destas sociedades que afeta tal reconhecimento (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Percebe-se que a década de 1990 não só se renova os coletivos laborais nas grandes empresas, mas se diversifica internamente sob as formas de implicações contratuais: empregados estáveis convivem lado a lado com empregados temporários e precários, altera-se o modo de ser do trabalhador assalariado e seu nexos psicofísico com a produção capital, ampliando-se como inovação sociometabólica do capital, a “captura” de subjetividade do trabalho pelos valores empresariais (ALVES, 2007).

Nessa perspectiva, surgem novas relações flexíveis de trabalho com novas formas de contratação, jornada de trabalho e remuneração salarial. Então, o processo de “captura” da subjetividade do trabalho vivo é um processo intrinsecamente contraditório e complexo, uma vez que articula mecanismos de coerção e de manipulação, não apenas do local de trabalho, mas por meio da administração, nas instâncias sociorreprodutivas, com a pleora de valores-fetiches e emulação pelo medo que mobiliza as instâncias da pré-consciência do psiquismo humano (ALVES, 2007).

É verdade que a realidade que se apresenta é preocupante, altas taxas de intensificação do ritmo de trabalho, crescimento do trabalho temporário e de tempo parcial. Entretanto, as novas tecnologias podem ser exploradas em suas dimensões positivas como: na eliminação das funções rotineiras, repetitivas e degradantes, fonte de doenças e insatisfação; na esfera do trabalho fabril; na esfera dos serviços ou como na realização de um trabalho polivalente, multifuncional favorecendo a utilização com a máquina, uma vez que o trabalho informático supõe essa interação (ANTUNES, 2003).

A globalização tem trazido rápidas transformações na dinâmica do mercado de trabalho, na organização do trabalho e nas novas exigências de competências do trabalhador que, por sua vez, interferem na saúde do indivíduo, ou por exclusão desemprego ou por sujeição a condições inadequadas de trabalho, ocasionadas pela instabilidade de emprego (MARTINS, 2005; SELIGMANN-SILVA, 2003, GLINA et al, 2001). Com o advento da sociedade capitalista e a competitividade acirrada, está havendo uma perda de valores sociais em favor de valores econômicos, onde o trabalho está perdendo sua função social e o homem é quem está a serviço da economia e não o inverso (CARVALHO-FREITAS, 2007).

No decorrer deste processo de mudanças, guiado pelas inovações tecnológicas e pela chamada globalização, parece ter se consolidado a crença de que tais fenômenos vieram para ficar, que seus efeitos são cumulativos e tendem a configurar uma nova dinâmica social, ainda que ajustes venham a ser feitos e algumas realidades, hoje observadas, possam ser modificadas. Observa-se também, o desenvolvimento de iniciativas concretas, no sentido de ajustar as políticas sociais à nova realidade, considerando situações como a permanência do desemprego estrutural, a flexibilidade do trabalho e, em consequência, maior mobilidade e menor compromisso ou laços das empresas com seus empregados, bem como diferentes arranjos de inserção no mercado de trabalho. O argumento é de que a legislação trabalhista foi concebida no contexto de relações de emprego do tipo *fordista* de produção, ainda que este não tenha sido universal, constituía-se em referência sobre cujos benefícios pautavam-se as reivindicações trabalhistas, tendo como pressuposto o empregado (mais que o trabalhador) estável em uma determinada empresa, do sexo masculino e chefe de família. A dificuldade estaria, pois, em acomodar tal legislação a uma nova dinâmica que prima pela mobilidade,

por formas de inserção não convencionais ou não previstas anteriormente, como o trabalho no terceiro setor (DIAS, 1994).

Nesse sentido, o processo de reestruturação produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, os determinantes da saúde-doença dos trabalhadores e, conseqüentemente, o quadro da morbimortalidade relacionada ao trabalho; a organização e as práticas de Saúde e Segurança no Trabalho. A principal consequência deste processo de transformação, pela sua repercussão social, é a *diminuição dos postos de trabalho*, ou desemprego estrutural. À diminuição absoluta do emprego, acrescenta-se o aumento das exigências e qualificações requeridas dos trabalhadores, reforçando a exclusão: dos menos qualificados; dos muito jovens e dos mais idosos; dos menos escolarizados e/ou portadores de algum tipo de desvantagem biopsíquica ou social (DIAS, 1994).

Cabe enfatizar que distintas expressões das transformações no mundo do trabalho, pelas quais o capitalismo e a sociedade vêm passando, se apresentam multifacetadas, reconfiguradas, mas trazendo em seu bojo a mesma problemática da exploração de uma classe social sobre a outra (MOTA, 2000).

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

O movimento da Saúde do Trabalhador surge no final da década de 70 como uma prática social que busca ajudar na transformação da realidade de saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, da população em geral, tendo como ponto de partida o entendimento dos processos de trabalho articulados com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprios do momento histórico. O foco da Saúde do Trabalhador é o processo saúde e doença e sua relação com o trabalho. Dias destaca que “a categoria trabalho compreende tanto o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, como também o espaço de resistência, de constituição e do fazer histórico dos trabalhadores” (DIAS, 1995, p.62).

A Saúde do Trabalhador, pelo fato de ser uma prática social, apresenta dimensões sociais, políticas e técnicas que são interligadas, ou seja, inseparáveis.

Essas dimensões é que vão diferenciar a forma de ação e propiciar o rompimento com a concepção dominante, que relaciona a doença a um agente específico, ou apenas aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Além disso, procura não se limitar apenas à dimensão social, restrita ao processo produtivo, sem considerar a subjetividade. A Saúde do Trabalhador busca compreender esse processo para criar possibilidades de intervenção que contemplem uma transformação mais ampla, na qual está incluída a apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho (DIAS, 1995).

Importante ressaltar que a Saúde do Trabalhador, enquanto movimento, considera que o processo saúde-doença não está restrito à fábrica ou à produção, porém não subestima o papel e a importância dos riscos originados pelos processos de trabalho. Portanto, por exemplo, o excesso de calor ou frio, o ruído, a vibração, os microorganismos, as posturas de trabalho inadequadas, os movimentos repetitivos, resultantes da forma como o trabalho está organizado, constituem “cargas” que causam danos à saúde dos trabalhadores. Esses danos podem se manifestar inicialmente como sensação de desconforto e sofrimento indefinido, chegando às doenças profissionais e aos acidentes de trabalho (LAURELL, 1989).

Um dos diferenciais do movimento intitulado Saúde do Trabalhador, com relação à medicina do trabalho e a saúde ocupacional, “é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo-doença [...] e não simplesmente como objeto da atenção à saúde” (NARDI, 2004, p. 220). Além disso, uma característica fundamental das ações em Saúde do Trabalhador nesse enfoque é o fato de que, além da assistência à saúde propriamente dita, é essencial que se promovam mudanças no processo de trabalho causador do adoecimento. Dessa forma, o trabalhador, quando melhorar, poderá retornar ao seu local de trabalho sem risco de agravamento do quadro; e as mudanças também evitarão que outros profissionais adoçam. Devido à atenção à Saúde do Trabalhador envolver não apenas assistência aos agravos e/ou acidentes de trabalho, mas também à vigilância em ambiente de trabalho, “a atuação deve ser multidisciplinar, intersetorial e transdisciplinar” (NARDI, 2004, p.220).

A relação saúde-doença não deve ser entendida num enfoque apenas médico, pois se trata de um fenômeno social, cultural, econômico, técnico e político.

Além disso, o trabalho tem um papel fundamental no entendimento dessa relação, não só por gerar riscos à saúde, mas também por estruturar a organização da sociedade, dependendo da forma como o trabalho é organizado, pode-se tornar nocivo e perigoso (COHN; MARSIGLIA, 1993; SOUTO, 2003; NARDI, 2004, MENDES; WÜNSCH FILHO, 2007). Por sua vez, “o processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetivas, sua subjetividade” (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p.27).

Maria Maeno (2005), fazendo referência ao tema da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador “Trabalhar sim. Adoecer não”, lembra que esta idéia não é dominante na sociedade. Cita exemplos que reforçam a naturalização de situações envolvendo riscos aos trabalhadores como, por exemplo:

As mortes diárias dos motoboys nas grandes cidades não incomodam tanto quanto o atraso na entrega de uma pizza que chega numa temperatura abaixo da desejada. O trabalhador rural em condições de trabalho medievais não é prioridade da mídia, que, para seus leitores, valoriza a qualidade de vida, as práticas saudáveis e a longevidade. (MAENO, 2005, p. 265)

E pergunta: “por que os trabalhadores não conseguem comover a sociedade chamando a atenção para o seu adoecimento específico e desigual, em decorrência do trabalho?”. A autora ainda argumenta que a Saúde do Trabalhador está inserida nas contradições entre capital e trabalho, inerente ao sistema capitalista. Nesse contexto, há também um equívoco entre a propriedade dos meios de produção e a posse da saúde e da vida dos trabalhadores. Essas contradições dificultam a mobilização da sociedade contra o trabalho que mata e adoece, assim como a luta contra o trabalho escravo e o trabalho infantil (MAENO, 2005, p. 265).

Thebau-Mony (2004) argumenta que, historicamente, a saúde no trabalho envolve aspectos individuais e coletivos e é construída a partir da articulação entre organização social da produção econômica e os trabalhadores em seus locais de trabalho. Nardi enfatiza que o processo saúde-doença deve ser analisado no contexto no qual ele acontece, não podendo ser excluído dele o sujeito que sofre, pois:

Os processos de subjetivação estão intrinsecamente associados ao trabalho, uma vez que, na sociedade capitalista, o trabalho é o suporte central de manutenção da vida e de significação do eu no coletivo. Somos capturados no olhar do outro, o qual transforma o nosso olhar, tendo o trabalho como fator central. (NARDI, 2004, p.47)

Para Motta (2000) saúde, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida. Nesse sentido, esta definição mostra que para se conseguir atingir um ótimo nível de saúde é necessária a ação conjunta de setor saúde com os setores sociais e econômicos. Cabe ressaltar outro aspecto histórico no contexto mundial – a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, na cidade de Ottawa, em 1986, considera como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000). Observa-se, nesse sentido, que a definição de saúde vem ampliando-se cada vez mais e incorporando diversas dimensões da vida humana. O conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Pode-se dizer que a Saúde do Trabalhador, dependendo da época, do país e da região possui diferentes formas de se expressar. Entretanto, se mantém constante o princípio de que os trabalhadores querem o reconhecimento pelo seu saber; questionam as mudanças nos processos de trabalho; defendem o direito à informação e ao trabalho que não cause risco à saúde. Nesse sentido, o ponto central é a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre organização e gestão dos processos produtivos e busca da garantia de atenção à saúde (DIAS, 1995).

Menezes (2004) enfatiza que o trabalho, por fazer parte da estruturação da identidade e da inclusão social, interfere na vida das pessoas em geral, especificamente na relação saúde-doença, podendo favorecer o aparecimento de problemas físicos ou psíquicos. A categoria trabalho envolve diferentes dimensões, tendo como ponto central as concepções do homem como ator ou autor de sua história. Para Cohn e Marsiglia (1993), o estudo do processo e da organização do trabalho deve incluir, principalmente, as dimensões tecnológica, organizacional e de construção dos sujeitos coletivos.

Os autores argumentam, ainda, que, apesar das múltiplas interpretações acerca da relação trabalho e saúde, o tema “doenças relacionadas às condições de trabalho” está sempre presente nos debates entre os profissionais de saúde, os estudiosos do processo de trabalho e também entre os trabalhadores, principalmente a partir de suas entidades sindicais. Além disso, essas doenças estão sofrendo um processo de regulamentação através de legislação específica.

Dejours (1986) afirma que o trabalhador não encontra lugar para seu desejo e não tem liberdade para administrar e organizar as tarefas, ou seja, quando a rigidez na organização da tarefa não possibilita a ação da criatividade por parte do trabalhador, este fato prejudica sua saúde psíquica.

O mesmo autor faz ainda uma distinção entre condições de trabalho e organização do trabalho, para questionar as repercussões do processo laboral sobre a saúde do trabalhador. Argumenta que as condições do trabalho envolvem os fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente de trabalho, como, por exemplo, a temperatura, a poeira, as vibrações que irão influir nas condições físicas do trabalhador (DEJOURS, 1986). A organização do trabalho diz respeito à divisão técnica e social do trabalho, ou seja, o controle, por parte da empresa, do ritmo e das pausas de trabalho, assim como o padrão de sociabilidade interna. Tais aspectos repercutem sobre a saúde mental, podendo causar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

Laurell (1989), ao estudar a relação saúde-doença na sociedade capitalista, sugere o uso do conceito de “cargas de trabalho” para substituir o conceito de risco e do “desgaste” no lugar de “doença”. Salienta que os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais são fenômenos multicausais, nos quais os elementos interagem entre si e com o corpo do trabalhador. Sendo assim, o risco é produzido pela interação das condições técnicas, organizacionais e ambientais. Portanto, a saúde do trabalhador pode ser considerada uma prática social que se institui no âmbito da saúde pública, buscando contribuir para a transformação da realidade da saúde dos trabalhadores e, por extensão, da população em geral, a partir da compreensão dos processos de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Como exemplos de fatores psicossociais e de organização que interferem na saúde mental citam-se: relações interpessoais; estruturas hierárquicas; fatores

ergonômicos; controle, divisão e conteúdo das tarefas; condições físicas e materiais; flexibilização; clima e cultura organizacionais; sobrecarga de trabalho, longas jornadas, falta de reconhecimento; violência moral ou psicológica; entre outros. Também se devem levar em conta fatores individuais e de gênero. Quando não existem ações de prevenção e intervenção em saúde pode ocorrer: incidentes ou acidentes de trabalho, absenteísmo, fragilidade de vínculos grupais e com a organização, conflitos interpessoais, acidentes de trajeto, conflitos familiares e extratrabalho queda de desempenho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Na área da Saúde do Trabalhador fica nítido o papel do próprio trabalhador como ator social, dinâmico, sofrendo e reagindo às pressões do capital, desenvolvendo, ele próprio, mecanismos de controle social para um novo tempo e modelo de organização do processo de trabalho. Em resumo, por Saúde do Trabalhador entende-se um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e aglutinados por uma perspectiva comum (MINAYO-GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A partir dos anos 80 houve uma tendência que fundamentou a qualidade de vida no trabalho na maior participação do trabalhador na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado, vendo os trabalhadores como indivíduos ativos dentro do contexto da produção, sendo que sua realização pessoal está baseada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades enquanto trabalhador e ser humano. Até então a preocupação sobre prevenção dos acidentes e doenças tidos como diretamente relacionados ao trabalho era o foco principal. A superação disso veio na discussão de outros tipos de agravos, relacionados principalmente à Saúde do Trabalhador e que não pareciam diretamente ligados ao trabalho (LACAZ, 2000).

A qualidade de vida no trabalho tende a ser definida como uma forma de pensamento, envolvendo, além das questões do próprio trabalho, a organização e as pessoas. Nesse sentido, pode-se inferir que há preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional, assim como com a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. (LACAZ, 2000)

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, até 1988, a Saúde constituía um benefício previdenciário restrito aos contribuintes, um serviço comprado na forma de assistência médica, ou uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência e nem recursos para pagar a assistência privada.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos sociais levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto, surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador. Os Programas de Saúde do Trabalhador, que começaram a ser criados em vários Estados brasileiros, a partir do início da década de 80, tiveram seu verdadeiro momento de criação ideológica com a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que marcou os princípios filosóficos do SUS. Tanto é que foi convocada para aquele mesmo ano a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que, ao congrega, de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, lançaram com êxito, as bases para um novo caminhar. Num momento de efervescência da Reforma Sanitária, seus temas centrais foram: (1) Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; (2) Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores; (3) Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (BRASIL, 1986).

Embora a Carta Magna de 1988 tenha constituído um avanço na regulamentação de muitas das reivindicações dos movimentos sociais, dentre elas a garantia da proteção à saúde no trabalho, o modelo implantado ainda não atende às necessidades reais dos trabalhadores. Pela amplitude e complexidade que envolve o tema, esse modelo apresenta, ainda, deficiências estruturais.

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal de e fossem incluídas no escopo da Saúde Pública. Dentre os fatores que contribuíram para a institucionalização da Saúde do Trabalhador, no âmbito do

Sistema Único de Saúde, destaca-se: o Movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80; o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; o Movimento pelas Eleições Diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte; e a promulgação da “Constituição Cidadã”, em 1988, com a conquista do direito universal à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Uma conquista importante, na primeira metade dos anos noventa, foi a constituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo relatório, de novembro de 1993, continha princípios de atuação conjunta de órgãos do Governo em prol da saúde dos trabalhadores. Progrediam no país as ações de intervenção ambiental voltadas para a defesa da Saúde do Trabalhador. Até 1993, eram 161 os Programas de Saúde do Trabalhador organizado ou em fase de organização no Brasil (DIAS, 1994). Esta vitalidade pôde ser constatada na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994, precedida de pré-conferências em quase todos os Estados da Federação e contou com cerca de mil delegados, servidores públicos, representantes de sindicatos, associações de classe, assessores técnicos e organizações acadêmicas (AUGUSTO, 1995).

Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de Saúde do Trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST). Aspectos como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos, financiamento e vários outros foram abordados neste documento, que se propôs a ser uma diretriz, para que, em todas as regiões do País, a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realizasse com a qualidade desejada.

Outro mérito da II CNST foi à grande mobilização de representantes institucionais e sindicais que, no esforço comum de desencadear ações concretas, reiteraram e legitimaram os Princípios e Diretrizes Básicas do SUS, demandando sua efetiva implementação na área de Saúde do Trabalhador, sendo descentralizadas através da municipalização (BRASIL, 1994).

No mesmo período, o Ministério do Trabalho modificou várias normas regulamentadoras que vigoravam praticamente intactas desde a Portaria 3.214 de 1978. Como aspectos de relevância, a nova NR 7 instituiu a obrigatoriedade das

empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional-PCMSO, e a NR 9, criou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA. Também, a NR 17 que aborda de uma maneira mais racional a questão da ergonomia nos postos de trabalhos; e a NR 18, que instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho – PCMAT, direcionado para construção civil, representaram um grande avanço no campo prevencionista. Hoje as normas regulamentadoras são reformuladas a partir de comissões tripartites, envolvendo trabalhadores, técnicos e empresários. Doenças ocupacionais começaram a ser mais bem identificadas (doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho e perda auditiva induzida pelo ruído, por exemplo) e ações indenizatórias se acumulam nos tribunais. Já se discute amplamente saúde do trabalhador nos Contratos Coletivos de Trabalho; seguradoras se interessam pela privatização do seguro de acidentes do trabalho.

Mesmo diante de um modelo ainda hegemônico de Saúde Ocupacional, sob controle do capital, que oculta a magnitude dos danos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente, e se ampara em um arcabouço institucional dicotomizado, anacrônico e corporativo, a participação conjunta de trabalhadores e técnicos da área tem ensejado esperanças de que, apesar dos retrocessos e perdas evidenciadas ao longo das lutas, o sonho se faça real, garantindo a todos os trabalhadores condições dignas de segurança e saúde, expressando, assim, a qualidade de vida e os direitos de cidadania tão reclamados e ainda não conquistados (AUGUSTO, 1995).

Nessa dimensão, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT), do Ministério da Saúde, instituiu-se como resposta às necessidades sociais advindas dos usuários da saúde, sendo a responsável: pela formulação e implantação das políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde; pela efetivação das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador; e pela normatização técnica e administrativa da área de Saúde do Trabalhador. Tem por missão institucional a obrigação de cooperar com os estados e municípios na capacitação técnica de gestores, gerentes, administradores e técnicos da rede de serviços do SUS. Outra atribuição, ainda, da COSAT é prover os meios para capacitar os membros participantes do controle social, da sociedade organizada e da população em geral para atuar de forma efetiva na preservação dos direitos

sociais e de ações que garantam saúde, segurança e ambientes de trabalho saudáveis.

Dessa forma, a Portaria Federal MS Nº 1.679, de 19/09/2002, cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, cujo objetivo é articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo trabalhista.

A III CNST, realizada em novembro de 2005, tinha como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”. A expressão adotada no tema central de pronto retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores. Antes mais marcadamente presente, a questão da política nacional perdeu-se na estruturação temática fragmentada. A ênfase no “adoecer não” é de duvidosa interpretação para a sociedade, do ponto de vista da análise do modelo de organização dos processos produtivos (BRASIL, 2006). O binômio trabalho-doença, embora protagonista em sua relevância para a vida e saúde dos trabalhadores, afunila, ainda que simbolicamente, e direciona para a medicalização da relação trabalho-saúde, cultura hegemônica de caráter antagônico ao da Saúde do Trabalhador. Ainda que o fato não retire o expressivo conteúdo da discussão da III CNST em seus eixos diretivos, o foco na doença (“adoecer não”) é um sinal considerável da atual condução da política (BRASIL 2006).

Assim, o não adoecimento será consequência de uma profunda revisão da base política e técnica de intervenção sobre os processos de produção – essa é a ênfase resignada. Tudo faz crer que se continua com o foco no médio alcance, de que falavam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003). O resultado da III CNST não indica perspectivas de mudança nesse campo. Não há qualquer indicativo de movimentação no âmbito do setor saúde em desencadear essa discussão. O conjunto de mais de uma centena de resoluções sobre saúde e desenvolvimento sustentável tem um valor inequívoco como mosaico de idéias, mas baixíssimo grau de articulação entre elas e praticamente nenhuma capacidade de impulsionar para uma ação política. Além do impacto favorável da mobilização social ensejada, impõe-se o desafio de se repensar a praticidade da conferência temática como

espaço de formulação e acatamento pelo Estado brasileiro de suas resoluções (LACAZ, 2005).

No mesmo ano da terceira conferência, a RENAST foi ampliada pela Portaria Nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, integrando e articulando as linhas de cuidado da atenção básica, da média e da alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CERESTs. (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Saúde do Trabalhador também foi normalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS), nos níveis estaduais e municipais do SUS. Entretanto, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, pela Portaria GM/Nº 2.437, representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução (DIAS; HOEFEL, 2005).

A configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intrasetorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

Como já mencionado, a Portaria MS Nº 2. 437, de 07/12/05, cria os CERESTs com papel de suporte técnico e científico à Saúde do Trabalhador, assim como articulador das ações nessa área. As atividades dos CERESTs devem ser articuladas com os demais serviços da rede do SUS, oferecendo retaguarda para que os agravos à Saúde do Trabalhador sejam atendidos em todos os níveis de atenção, de forma integral e hierarquizada. Tais atividades incluem o acompanhamento e práticas conjuntas e práticas especializadas, ações de vigilância, formação de recursos humanos e outros (BRASIL, 2006).

Dentro das atribuições do CERESTs destacam-se: as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador; a manutenção e a sistematização de informações de interesses para Saúde do Trabalhador; a educação permanente para profissionais e técnicos da rede do SUS, assim como dos participantes do controle social. A articulação e operacionalização das estratégias do Plano Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), assim como a implantação de protocolos e projetos estruturadores desta área também são atribuições desses centros de referência (BRASIL, 2006).

Sendo assim, para atender as atribuições conferidas pela legislação, os CERESTs podem desenvolver e implantar núcleos técnicos de atividades, tais como: atendimento e acolhimento aos usuários; organização da rede local da assistência; seleção e acompanhamento dos municípios sentinelas, entre outros. Devem também ter e disponibilizar informações atualizadas de sua área de abrangência, no mínimo contendo: mapa de risco; mapa de acidente de trabalho; perfil e indicadores sociais; econômicos e de desenvolvimento; perfil populacional economicamente ativo; perfil de morbimortalidade; informações ambientais; entre outros (BRASIL, 2006).

A equipe dos CERESTs regionais, segundo a Portaria Nº 2.437/07 de dezembro de 2005, deve ser composta de no mínimo dez profissionais, sendo quatro profissionais de nível médio e obrigatoriamente dois auxiliares de enfermagem. Entre os seis profissionais de nível universitário, devem contratados pelo menos dois médicos e um enfermeiro (BRASIL, 2006).

O CEREST constitui o eixo integrador da Política Nacional da Saúde do Trabalhador. A rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, citados anteriormente, tem a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integrando-se no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos (BRASIL, 2006).

O processo de expansão da atenção à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) significa a conquista de direitos do usuário/trabalhador, porém segundo Sanches et al (2009) a inexperiência o despreparo, as dificuldades

nas relações inter e intrainstitucionais, além da complexidade do setor, constituem obstáculos a serem ultrapassados para a concretização das atribuições dos CERESTS. Para tal, segundo Facchini et al (2005), a Política Nacional de Saúde do Trabalhador constitui uma prioridade na agenda do SUS, sendo que, para implementá-la, é necessário uma rede de técnicos, pesquisadores, trabalhadores e lideranças sindicais, assim como um controle social efetivo.

Frente a essa realidade espera-se que seja respeitado todo o processo para a implantação dos CERESTs, visando uma readequação principalmente dos profissionais que assumem uma função de retaguarda técnica, profissionais esses capacitados com recursos públicos, comprometidos com a Saúde do Trabalhador, para garantir um trabalho de excelência compondo uma equipe multiprofissional.

Salienta-se que a equipe deve pautar suas atividades com a concepção de saúde como atenção integral, não permitindo a fragmentação desta em saúde física, mental e social. Portanto, adotando uma visão holística que supõe um fazer pautado na interface de grande diversidade de disciplinas (NUNES, 1995).

Tendo em vista que a diversidade torna-se mais complexa quando a realidade da saúde precisa ultrapassar a dimensão individual da esfera coletiva, percebe-se a necessidade de conhecer o processo de trabalho da equipe multiprofissional dos CERESTS para refletir sobre as inquietações pertinentes a tal processo e contribuir para o aperfeiçoamento deste.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a Saúde do Trabalhador é uma área da Saúde Pública, que estuda e intervém nas relações entre trabalho e saúde. Essa política tem como objetivo a promoção, a proteção da Saúde do Trabalhador e a organização e prestação de assistência aos mesmos. Para atingir esses objetivos, propõem-se ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, assim como diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o Ministério da Saúde, “a Saúde do Trabalhador está diretamente relacionada aos condicionantes sociais, econômico, tecnologias e organizacionais responsáveis pelas condições de vida” e também aos “fatores de

riscos ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos” (BRASIL, 2001, p. 17).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) preconiza que as ações devam ser direcionadas para mudanças nos processos de trabalho, levando em consideração toda a complexidade que envolve as relações saúde-trabalho, através de uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Dentro dessa perspectiva, os trabalhadores têm um papel ativo, pois são considerados sujeitos e, como tais, devem participar das ações de saúde.

Então, a Saúde do Trabalhador, por abranger dimensões sociais, políticas e técnicas, está vinculada ao sistema produtivo e à geração da riqueza nacional, à formação e ao preparo da força de trabalho, às questões ambientais e à seguridade social. É importante destacar que as ações de Saúde do Trabalhador não podem ser dissociadas das ações de saúde ambiental, porque os processos produtivos podem produzir riscos, não só para o trabalhador, mas também para o meio ambiente e a população em geral.

De conformidade com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, cabe à política governamental, na área da Saúde do Trabalhador, definir as atribuições dos diferentes setores envolvidos, devendo estar incluídas, por exemplo: as políticas de ordem econômica, da indústria e comércio, da agricultura, de ciência e tecnologia, do trabalho, da previdência social, do meio ambiente, de educação e da justiça. Além disso, é importante que esteja articulada com as estruturas organizadas da sociedade civil, buscando a garantia de condições de trabalho digno, seguro e saudável para os trabalhadores.

Apesar de todo o avanço com relação à Saúde do Trabalhador, muito ainda precisa ser feito, principalmente no tocante à articulação das ações, para que estas sejam mais eficazes. Esta articulação envolve diferentes segmentos responsáveis pela Saúde do Trabalhador, seja em nível federal, estadual e municipal, pois mesmo apresentando objetivos complementares, as ações destes setores, em geral, são desarticuladas e improdutivas.

Outro aspecto que precisa ser ressaltado é a carência de ações que envolvam a prevenção de agravos à saúde, porque tanto os agravos quanto os

acidentes de trabalho sejam considerados importantes na estruturação do indivíduo e no desencadeamento de prazer e sofrimento, na prática dos atendimentos clínicos e processos terapêuticos, a categoria trabalho dificilmente é investigada. A ênfase é a doença, sem levar em consideração o contexto do adoecimento e, conseqüentemente, ao desconsiderar a categoria trabalho como critério diagnóstico e de intervenção, ocorre a descaracterização de aspectos importantes do agravo (MENEZES, 2004).

2.4 A INSERÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DOS CERESTS

A atenção à Saúde do Trabalhador atualmente é operacionalizada pela RENAST que tem como eixo estratégico o CEREST, e organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde, por meio de ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, incluindo as linhas de cuidado nos três níveis de atenção, sob o controle social, nos três níveis de gestão. A RENAST vem se consolidando, contrariamente ao estabelecido em lei, cada vez mais como polo assistencial, uma vez que os profissionais da rede tendem a encaminhar os trabalhadores acidentados ou portadores de doenças relacionadas com o trabalho para os CERESTs. Assim, os técnicos dos CERESTs, com a sobrecarga da prática assistencial, não ampliam o redirecionamento de sua prática para as atividades de planejamento, processamento de informações, ensino, pesquisa, vigilância, articulação intrasetorial e, principalmente, com o controle social. Portanto, continua-se enfrentando um problema estrutural da área que é a questão do modelo assistencial, o qual norteia a inserção cotidiana das equipes multiprofissionais nos processos trabalho dos CERESTs. (BRASIL, 2009)

Para falar do processo de trabalho na equipe **multidisciplinar** em saúde, o eixo condutor desta trajetória foi o entendimento de que, como trabalho, o cuidado da saúde humana assume características específicas e particulares desse ramo de atuação, embora assimile a estrutura geral de outros setores nas relações de produção de trabalho. Utilizam-se, como referências iniciais e introdutórias, os estudos de Lunardi Filho e Leopard (1999) que ressaltam a divisão do trabalho em saúde em diferentes ramos de especialidades, onde diferentes grupos de indivíduos

cooperam entre si, o que determina relações entre o objeto, os instrumentos e o produto deste trabalho. As atividades desses profissionais de saúde são autônomas, porém, complementares, estabelecendo uma hierarquia entre os agentes, a partir de diferentes categorias profissionais que participam desse trabalho. Essa forma de organização de trabalho coletivo em saúde apresenta uma divisão técnica com características de manufatura, sendo esse um processo pelo qual o trabalho é desenvolvido pelo esforço humano. As operações são manuais e dependem da habilidade, rapidez, segurança e destreza individual dos trabalhadores; sendo assim, para a construção de um produto, são necessárias numerosas operações executadas pelo mesmo trabalhador (PIRES, 1998).

Para Marx (1994), o trabalho é o fundamento da vida social e assume características determinadas em cada momento histórico dado. Portanto, todos os momentos do trabalho, a finalidade, o objeto e os meios do trabalho são categorias sociais. Nesse sentido, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua por meio instrumental, sendo o produto um valor de uso, como aponta Pitta (1994, p. 50):

Há quem classifique o trabalho em saúde como algo que se limita ao seu eleito útil, a produzir valores de uso estrito, não mercantis. É o trabalho que se consome como atividade útil por si mesmo, devido ao conhecimento e a capacidade técnica que o orientam, dirigindo-se quer a personalidade viva do usuário, quer a algum objeto de sua propriedade.

Dessa forma, o trabalho em saúde está permanentemente sujeito a imprevistos. Há regularidades, padrões que remetem a tendências que podem ser identificadas, porém, por alguma razão, cada caso é um caso e assim deve ser tratado. Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços de saúde constituam uma rede articulada, com ações individuais e coletivas, possibilitando o enfrentamento dos problemas de saúde e qualificando a assistência à saúde (BRASIL, 1988).

Os profissionais de saúde, de forma geral, apesar das adversidades econômicas, financeiras, de provisão de recursos humanos e organizacionais, presentes, por exemplo, no serviço público, ainda existem aspectos que os incentivam na continuidade de seu trabalho. Exemplo disso encontra-se no relato de Somavilla (2001, p. 99-100):

[...] que os profissionais destacam como sendo elemento motivador a questão da obtenção de um resultado final positivo, ou seja, a cura da doença e o reconhecimento por parte dos usuários [...] Outro aspecto que destacamos é que existem novas formas de reconhecimento do trabalho, dos serviços de saúde [...] Julgamos necessário que os profissionais estejam motivados por elementos sólidos tais como trabalho em equipe, propostas de trabalho bem estruturadas, condições para o desenvolvimento destas propostas e possibilidade de participar na elaboração e avaliação das mesmas.

Com todas essas interferências e particularidades no trabalho em saúde, a análise do processo de trabalho torna-se enriquecedora, mas ao mesmo tempo complexa, pois não se pode esquecer o seu objetivo principal que é o ser humano, com toda a riqueza de sua existência e de sua história. Os aspectos conceituais e históricos sobre o processo de trabalho e a organização do trabalho, muitas vezes, podem oferecer diversas interpretações, dessa maneira ao analisá-las conceitualmente faz-se necessário considerar o contexto (MARX, 1994).

Assim, o trabalho como ato concreto, individual ou coletivo é, por definição, uma experiência social. Seu conceito é genérico, pois engloba atividades de produção de bens, serviços e conjunto das condições de exercício dessa atividade. Com o desenvolvimento do capitalismo, a atividade produtiva realiza-se sob a coação de uma relação econômica específica, a relação assalariada (CATTANI, 1996).

Nesse sentido a categoria trabalho implica uma gama diversificada de dimensões, embasadas nas concepções do homem como ator ou como autor de sua própria história. Assim sendo, abordar o processo de trabalho e a organização do trabalho implica contemplar a dimensão tecnológica, a dimensão organizacional e a dimensão da construção dos sujeitos coletivos (COHN; MARSIGLIA, 1993).

Marx (1980) considera que no processo de trabalho os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando os recursos naturais em formas úteis à sua vida.

O modo de operar os serviços de saúde constitui um processo de produção do cuidado, também sendo um processo pedagógico de ensino-aprendizagem. Dessa maneira, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria, mas, pelo contrário, sobre pessoas.

Com base numa interação partilhada entre usuário e o profissional, o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo (MERHY, 2002). Nesse sentido, para Souza et al (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica ao serviço de saúde.

Para o desenvolvimento da Política de Saúde do Trabalhador, o papel da **equipe multiprofissional** é fundamental. A discussão de Saúde do Trabalhador no Brasil, na década 80, norteava a reflexão sobre as possibilidades de integração disciplinar, no processo de trabalho numa área que envolve uma ampla mescla de conhecimentos e práticas em cenários sociais bastante complexos e conflituos. As organizações que se baseiam no trabalho em equipe buscam evitar condições opressivas de trabalho e as substituem por processos e políticas que estimulam as pessoas a trabalharem efetivamente para os objetivos comuns. (MOSCOVICI, 1996)

Nesse sentido, a formação de uma boa equipe consiste em bons resultados; essa tem sido uma busca frequente em qualquer tipo de organização. Para entender o que é uma equipe, e qual a diferença entre os diversos tipos de equipe, buscaram-se conceitos que serão referências para investigação e análise. A colaboração com profissionais caracteriza, no âmbito institucional, a busca do referencial do trabalho em equipe, visto como uma atividade sistematizada e coordenada, intra, extra e multiprofissional.

Peduzzi (1998) desenvolve o conceito de **trabalho em equipe** como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A efetiva interação de uma equipe pode dar-se através da articulação das ações e de uma integração dos saberes dos profissionais envolvidos no serviço.

Nas **equipes multidisciplinares** a atuação é individual e cada profissional desenvolve sua intervenção isoladamente. O nível de integração é superficial, sem que tal interação contribua para modificação e enriquecimento do trabalho.

Em **equipes interdisciplinares**, que atuam de forma integrada, ocorre

cooperação entre os profissionais provocando intercâmbios reais (SANTOMÉ, 1998). A **interdisciplinaridade** é caracterizada como a possibilidade do trabalho em conjunto na busca de soluções, respeitando as bases disciplinares (CUTOLO, 2007).

Pode-se, então, interpretar que a interdisciplinaridade como a intensidade das trocas entre os profissionais de saúde e pelo grau real das profissões no interior de um projeto em comum, assumindo uma corresponsabilidade nas situações problemas. A **interdisciplinaridade** vai além do simples monólogo dos profissionais ou do diálogo paralelo entre dois dentre eles. O espaço interdisciplinar não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. (CUTOLO, 2007)

Evidencia-se que o desenvolvimento de um trabalho em equipe não é fácil, pois são formadas por pessoas, as quais são diferentes umas das outras, cada uma com sua visão de mundo e atitudes individuais. O trabalho em equipe exige uma especificidade de cada profissional e áreas comuns, sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos, respeitando a autonomia de cada profissional. Torna-se necessário que uma equipe possua objetivos comuns, execute ações interdisciplinares em prol do coletivo, objetivando uma integralidade nas ações em Saúde do Trabalhador.

As publicações nacionais sobre os CERESTs citam a preocupação do Estado em estruturar tais centros e disponibilizar procedimentos que abordem a prevenção dos acidentes com material biológico na prática de saúde. Assim como, trazem exemplos que contextualizam o trabalho em equipe, em que os CERESTS, quando da sua habilitação para o pleno funcionamento, tenta parcerias com diversas instâncias, com o serviço de epidemiologia buscando melhorias no sistema de notificação dos acidentes com material biológico, em que se faz necessária uma discussão mais aprofundada para implantação de protocolos e readequação dos fluxos para o atendimento do acidentado (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008).

Alguns autores afirmam que a concepção sistêmica de investigação de caso de acidente de trabalho, realizada pelo CEREST, possibilita a adoção de medidas preventivas. Na investigação sistêmica é utilizada uma metodologia que inclui várias atividades executadas por diferentes profissionais, tais como entrevistas com o trabalhador acidentado, observação e estudo de situação de trabalho e análise de

documentos, a fim de identificar os fatores que deram origem ao acidente (VILELA; MENDES; GONÇALVES, 2007),

Segundo Dias e Hoefel (2005) à medida que a RENAST tem possibilitado dar visibilidade às questões de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde, também é uma política transformadora e de inclusão. Apesar de muitos avanços, ainda se observa a precarização de algumas atividades de assistência, centradas em um só profissional, em detrimento de ações de vigilância, de promoção de saúde formando a abordagem multidisciplinar, integral e intersetorial.

A área da saúde do trabalhador carece do encontro de campos disciplinares nos territórios onde se concretizam as ações e atividades. Os desafios são muitos e complexos, mas vislumbra-se uma crescente valorização e mobilização social para concretizar a Política Nacional da Saúde do Trabalhador.

A equipe multidisciplinar é essencial para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes dos CERESTs, possibilitando nesse sentido a construção de um trabalho interdisciplinar.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

O processo de construção da RENAST representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, reunindo condições para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para a sua execução, articulando a concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

O CEREST tem como atribuição dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, no âmbito de uma determinada região, com a ação de órgãos públicos e diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um plano estadual de Saúde do Trabalhador.

Esta estratégia está sendo implementada por uma rede regionalizada de CERESTs que desempenham uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência e nas ações intra e intersetoriais.

Os CERESTs têm função de retaguarda técnica e polos irradiadores de ações de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica, no âmbito da atenção primária, definida pelo Ministério da Saúde como um dos eixos organizadores das ações do SUS.

Com a finalidade de desvelar de maneira mais ampla saberes e fazeres acerca da inserção de equipes multiprofissionais no processo de trabalho dos CERESTs do RS, tendo em vista a qualificação da atenção às necessidades da população de usuários de tais serviços, estabeleceu-se como problema de pesquisa:

- *Como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul e quais são os desafios para a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador a partir desta inserção?*

Para atender tal problema, a partir do referencial teórico adotado, foram propostas como questões norteadoras do estudo as que seguem:

- *Como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul, no que se refere aos aspectos organizacionais;*
- *Como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul, no que se refere à atenção à saúde dos trabalhadores;*
- *Quais são os avanços e desafios para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, a partir da inserção da equipe multiprofissional, no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul.*

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa voltou-se para um estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório (MINAYO, 1999, p. 21), pois se entende que a realidade social “é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”.

[...] a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas(MINAYO, 1999, p.21).

Para isso, se faz necessária a apropriação de algumas categorias; particularizam-se aqui dois níveis da pesquisa, sendo eles: pesquisa exploratória e pesquisa descritiva. Gil aponta que:

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. (GIL, 2008, p.27)

Dessa maneira, as pesquisas exploratórias são utilizadas para familiarizar-se com o fenômeno que está sendo investigado. Uma pesquisa pode ser considerada de natureza exploratória quando requer levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema a ser pesquisado, visando proporcionar uma visão geral de um determinado fato.

Para Gil (2008) a pesquisa exploratória pode ser realizada com uma pequena amostra, permitindo ao pesquisador escolher as técnicas mais propícias para suas pesquisas e decidir sobre as questões que mais necessitem de atenção e investigação detalhada, podendo também alertar devido a potenciais dificuldades, a sensibilidades e a áreas de resistência.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de uma população, de um fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação, assim esse tipo de pesquisa se aproxima da explicativa. Por outro lado, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 2008).

3.2 CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com Merlo (2004), com as diretrizes de descentralização e regionalização dos serviços de saúde estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, foram projetados onze CERESTs para atendimento integral à Saúde do Trabalhador, cobrindo todo o Estado. Dessa maneira, para a distribuição desses centros, os critérios levados em consideração foram: a densidade demográfica, a população assistida, a área de abrangência, os dados epidemiológicos, os indicadores econômicos e sociais e a situação ambiental. O quadro abaixo permite visualizar a relação dos CERESTs no Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar que, em Porto Alegre, existem dois CERESTs, sendo um regional e um CEREST Estadual, localizado no Centro Estadual de Vigilância em Saúde, que agrega a Coordenação Geral em Saúde do Trabalhador, denominado CEVS.

CEREST REGIONAL	REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO REGIONAL	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
CEREST Região Alto Uruguai Sede: Erechim	11 ^a	230.000	31 Municípios
CEREST Região Metropolitana Sede: Porto Alegre	1 ^a CRS 2 ^a CRS 18 ^a CRS	4.768.000	50 Municípios
CEREST Região Noroeste Sede: Ijuí	9 ^a CRS 12 ^a CRS 14 ^a CRS 17 ^a CRS	980.190	78 Municípios
CEREST Região dos Vales Sede: Santa Cruz	2 ^a e 8 ^a CRS 16 ^a CRS 13 ^a CRS	886.190	13 Municípios
CEREST Região Macro Sul Sede: Pelotas	3 ^a CRS 7 ^a CRS	1.360.000	28 Municípios
CEREST Região Macro Norte Sede: Palmeiras das Missões	15 ^a CRS 19 ^a CRS	358.611	54 Municípios
CEREST Região Serra Sede: Caxias	5 ^a CRS	1.048.000	48 Municípios
CEREST Região Nordeste Sede: Passo Fundo	6 ^a CRS	591.858	58 Municípios
CEREST Região Vale dos Sinos Sede: Canoas	1 ^a CRS	1.504.661	20 Municípios
CEREST Região Fronteira Oeste Sede: Alegrete	10 ^a CRS	582.077	13 Municípios
CEREST Região Centro Sede: Santa Maria	4 ^a CRS	600.000	31 Municípios

Quadro 1: Organização regional da localização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do RS 2011
Fonte: Crespo (2004)

A pesquisa foi desenvolvida com as equipes multiprofissionais dos oito CERESTs do RS. No primeiro momento, foram realizados contatos telefônicos com os onze coordenadores dos CERESTS, quando foram repassadas todas as informações sobre o referido estudo, traçando objetivos e, principalmente, o

interesse da equipe multiprofissional em participar, com o consentimento do coordenador, em que foi estabelecido o envio por e-mail da Carta-Convite (APÊNDICE A) a todos os CERESTs, sendo estas assinadas pelos coordenadores autorizando o referido estudo.

Retornaram por e-mail as cartas de aceite de oito CERESTs do RS que participaram da pesquisa, sendo eles: CEREST Região Metropolitana Porto Alegre, CEREST Região Nordeste Ijuí, CEREST Macro Norte Palmeira das Missões, CEREST Região Serra Caxias, CEREST Alto Uruguai Erechim, CEREST Região Centro Santa Maria, CEREST Região Nordeste Passo Fundo e CEREST Região dos Vales Santa Cruz.

Após a formalização do aceite em participar do estudo, foi enviado para cada um dos coordenadores dos CERESTs participantes um questionário, a fim de obter informações sobre a estrutura do CERESTs, assim como a nominata, e-mail dos componentes da equipe multidisciplinar e a data de designação destes para o cargo. (APÊNDICE B)

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 21 sujeitos pertencentes à equipe de oito CERESTS. Em um primeiro momento, foram contatados por telefone ou e-mail para verificar-se a disponibilidade de participar do estudo. Com os trabalhadores que aceitaram participar foi agendada uma entrevista, que ocorreu na própria sede do CEREST dos sujeitos. Participaram do estudo os componentes da equipe que estão no cargo no mínimo há um ano. Conforme Tabela 1: 1, 67% eram do sexo feminino; os participantes tinham entre 24 a 61 anos, sendo que a maioria, 33,4%, estava na faixa entre 48 a 54 anos. Entre os trabalhadores entrevistados 19% eram Médicos, 14,3% Enfermeiros, 14,3% Fisioterapeutas, 9,5% Técnicos de Enfermagem, 9,5% Psicólogos; 4,7% eram, respectivamente: advogado, assistente social, engenheiro de segurança, fisioterapeuta, fonoaudióloga, jornalista, técnico de segurança do trabalho, e terapeuta ocupacional.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores dos CERESTS participantes do estudo por sexo, idade, faixa etária e formação profissional

SEXO	N = 21	%
Masculino	7	33,0
Feminino	14	67,0
FAIXA ETÁRIA		
24 ___ 30	2	9,5
30 ___ 36	3	14,3
36 ___ 42	4	19,0
42 ___ 48	3	14,3
48 ___ 54	7	33,4
54 ___ 60	1	4,7
60 a mais	1	4,7
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
Advogado	1	4,7
Assistente Social	1	4,7
Enfermeiro	3	14,3
Engenheiro de Segurança	1	4,7
Fisioterapeuta	3	14,3
Fonoaudiólogo	1	4,3
Jornalista	1	4,3
Médico	4	19,0
Psicólogo	2	9,5
Técnico de Enfermagem	2	9,5
Técnico de Segurança do Trabalho	1	4,7
Terapeuta Ocupacional	1	4,7

Fonte: A autora (2011)

No que se refere ao tempo de formação profissional, conforme a Tabela 2, a maioria dos participantes do estudo, 43%, estão formados há mais de 20 anos, sendo que 47,7% trabalham no CEREST entre três e seis anos.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo por tempo de formação profissional e tempo de trabalho no CEREST

TEMPO DE FORMAÇÃO	N = 21	%
2 ___ 8	6	28,0
8 ___ 14	3	14,3
14 ___ 20	3	14,3
20 a mais	9	43,0
TEMPO DE TRABALHO NO CEREST		
1 ___ 3	5	24,0
3 ___ 6	10	47,7
6 ___ 9	5	24,0
9 a mais	1	4,3

Fonte: A autora (2011)

3.4 COLETA DE DADOS

Para a realização do processo de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, conforme consta no Apêndice C. Entende-se como entrevista semiestruturada, conforme Trivinos (1987), aquela que parte de alguns questionamentos básicos, originados do referencial teórico da pesquisa, oportunizando ao entrevistado relatar espontaneamente suas vivências a partir do foco principal colocado pelo pesquisador.

Os cuidados com o planejamento e condução das entrevistas, tais como o esclarecimento do objetivo do estudo, providenciando espaço privativo para a realização desta, estabelecimento de *rapport*, entre outros, foram contemplados de forma a garantir a qualidade dos dados coletados. É importante observar que a entrevista não se restringe à coleta de dados, pois consiste sempre em “[...] uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (MINAYO, 1999, p.114).

As entrevistas foram gravadas e realizadas nos turnos de trabalho de cada profissional. O período das entrevistas ocorreu entre os dias 11 de maio a 08 de julho de 2011 e tiveram uma variação de 40 a 60 minutos.

De forma a estabelecer um clima de empatia, as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em local privativo, de modo que o entrevistado pudesse falar livremente a respeito da temática do estudo.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados pela metodologia da análise de conteúdo, que é utilizada para “[...] descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos” (MORAES, 1999, p. 9). À medida que a análise de conteúdo realizada foi direcionada para as características das mensagens oriundas das entrevistas, seu valor informacional, argumentos e ideias nela expressos, constituíram uma análise de conteúdo do tipo temática.

Dessa forma, preparou-se o material coletado. Após, o material sofreu uma leitura cuidadosa e iniciou-se o processo de “unitarização”, definindo-se cada “unidade de significado” e, após, codificando-a. A codificação engloba a letra “E” e um número já estipulado para cada sujeito (de 1 a 21) (MORAES, 1999).

Em um terceiro momento, as unidades de significados foram agrupadas em categorias iniciais, considerando a semelhança entre elas, utilizando-se o critério semântico. Posteriormente, as categorias iniciais foram agrupadas em categorias intermediárias e finais, atendendo aos critérios de homogeneidade, exclusividade, validade e exaustividade.

As categorias foram definidas a priori a partir da fundamentação teórica do estudo e explicitadas nos objetivos específicos e questões norteadoras da pesquisa (MORAES, 1999).

A descrição constituiu a quarta etapa do processo de análise de conteúdo, em que para cada categoria foi produzido um texto-síntese, expressando-se um conjunto de significados presentes nas diversas unidades incluídas em cada uma delas. E, por último, realizou-se a interpretação com maior profundidade, em que se relacionam os estudos com fundamentação teórica explicitada a priori, sendo realizada mediante a exploração dos significados expressos nas categorias de análise, contrastada com a fundamentação, sendo estas etapas essenciais na análise de conteúdo.

Buscando compor uma melhor compreensão em torno do objeto de estudo a partir das categorias pré-estabelecidas, conforme Quadro 2, emergiram três grandes categorias finais, sendo elas: Aspectos Organizacionais, Atenção à Saúde e Efetivação da Política.

Com esses agrupamentos da análise de conteúdo de dados qualitativos, reunidos no Quadro 2, mostra-se que a análise de conteúdo não constitui uma simples técnica, podendo ser considerada uma metodologia (MORAES, 1999).

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Planejamento Estratégias	GERENCIAMENTO	ASPECTOS ORGANIZACIONAIS
Reuniões Divisão de trabalho Projetos multiprofissionais Competência e habilidades	COMPARTILHAMENTO DE SABERES	
Acolhimento Atendimento Educação em saúde Integralidade	AÇÕES EM SAÚDE	ATENÇÃO À SAÚDE
Mapeamento Indicadores	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
Fatores facilitadores Dificuldades Satisfação Sugestões	AVANÇOS E DESAFIOS	EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA

Quadro 2 – Categorias de análise
Fonte: A Autora (2011)

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à análise para aprovação na Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sendo aprovado pelo ofício CEP-704/11. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias, ficando uma cópia com os entrevistados e outra com a pesquisadora responsável, conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996) Ainda, garantiu-se a não identificação dos participantes nas produções, assim como o compromisso – previsto no Código de Ética do Assistente Social – de devolver os dados da pesquisa, os quais serão socializados para amplos segmentos da sociedade, através de um *banner*, com resultados da pesquisa, a ser afixado no Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Trabalhador CEVE – Porto Alegre. Também será apresentado aos Conselhos Gestores dos CERESTs RS, especificamente à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, com possibilidade de divulgação em diversos informativos dos CERESTs, de publicações em revistas científicas, encontros e demais eventos científicos.

4 ASPECTOS ORGANIZACIONAIS: O GERENCIAMENTO E O COMPARTILHAMENTO DE SABERES

Buscando compor essa realidade, traz-se a análise das falas dos trabalhadores das equipes dos CERESTs do RS. Os depoimentos das entrevistas denotam claramente a percepção sobre o vivido e o sentido de quem diariamente convive com o processo de trabalho nos CERESTs do RS.

Como já mencionado anteriormente, a criação da RENAST, a partir da Portaria Nº 1.679, de 19/09/2002, vem atender a necessidade de garantir a atenção à saúde dos trabalhadores, de acordo com os preceitos Constitucionais e das Leis Orgânicas da Saúde (BRAGA JUNIOR, 2005). A Portaria MS Nº 2.437, de 07/12/05, cria os CERESTs com papel de suporte técnico e científico à Saúde do Trabalhador, assim como *lócus* de articulação inter e intrasetorial das ações de saúde de trabalhador do seu território de abrangência, sendo as atividades articuladas com os demais serviços da rede do SUS, oferecendo retaguarda e favorecendo uma atenção ao trabalhador de forma integral e hierarquizada (BRASIL, 2006).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, previstos na RENAST, devem produzir serviços técnicos assistenciais, sem jamais substituir a rede de serviços do SUS. Não são pontos de entrada no sistema, são retaguardas técnicas e difusoras de ações e de ideias de vigilância em saúde de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2006).

No que concerne aos aspectos organizacionais, as falas dos participantes do estudo foram agrupadas em duas categorias: o gerenciamento e o compartilhamento de saberes, que traduzem a percepção dos entrevistados sobre a concretude de tais aspectos no processo de trabalho dos CEREST do RS.

4.1 GERENCIAMENTO

Conforme Braga Junior (2005), a nova ordem constitucional engendrou uma reordenação administrativa, assim como as práticas metodológicas de organização dos serviços junto à população, desenvolvendo novos conceitos e instrumentos gerenciais e assistenciais. Atualmente, a gestão deve ser orientada pelos resultados

almejados, porém os objetivos e metas devem ser construídos conjuntamente pelos gestores, trabalhadores e cidadão. O planejamento de ações deve considerar a função elementar de garantia dos princípios do SUS.

O novo modelo de organização deve ser “pautado no pressuposto da integralidade¹, das ações com efetiva garantia de acesso da população aos serviços de saúde, resolutivos, legítimos, eficientes e comprometidos com as necessidades coletivas e individuais da população.” O modelo organizacional da atenção à saúde deve “levar em consideração aspectos demográficos, geográficos, epidemiológicos, sociais e culturais” de cada local (BRAGA JUNIOR, 2005, p.24).

4.1.1 Planejamento

Existem vários métodos de planejamento que podem variar de acordo com os objetivos, desde uma simples projeção de tendências a modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Constata-se que não existe um único tipo de planejamento a ser utilizado em todas as instâncias, pois este não seria capaz de dar conta de todos os casos e demandas. Dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento, são utilizados elementos de diferentes métodos (BRASIL, 2006).

O planejamento deve possibilitar o compartilhamento de uma mesma linguagem, sendo capaz de contribuir para o diálogo e para a participação de todos os envolvidos no seu processo de formulação. No planejamento devem estar explicitados os problemas identificados, as prioridades definidas, os objetivos e as estratégias estabelecidas, assim como as intervenções e as ações a serem operacionalizadas, conforme salientam alguns participantes do estudo:

“Nós precisamos ter um planejamento, para que possamos traçar o objeto de intervenção, assim colocar o problema no planejamento, explicando todos os passos”. (E3)

“É preciso sentar com a equipe e discutir o plano de ação, fazer uma seleção daquilo que é mais crítico aqui no CEREST”. (E12)

¹ A integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema, nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário, ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político (PINHO, 2007).

Destaca-se a necessidade de o planejamento estabelecer uma relação com a realidade, portanto “os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser factíveis, do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político” (BRASIL, 2006, p.30), conforme expressam alguns entrevistados:

“Quando não se planeja, não se percebe que muitos problemas aumentam, assim, muitas vezes, não há condições de iniciar o ano já ‘alinhadinho’, todo o esforço é negociar, propor intervenções”. (E7)

“...pensar nas reais possibilidades de viabilizar aquilo que é possível fazer, ter os “pés no chão”. (E20)

A realização do planejamento contribui para a melhoria do nível de saúde da população, à medida que sistematiza as ações e intervenções realizadas a partir de problemas e prioridades estabelecidas na realidade, considerando os recursos disponíveis e viáveis.

Faz-se necessário identificar a disponibilidade e as fontes dos recursos, traçando estratégias capazes de viabilizar o plano de ação em Saúde do Trabalhador. Os CERESTs do RS têm uma abrangência regional e, por estar em um município sede, o ordenador de despesa é o Secretário de Saúde; para tanto, o plano de ação preconiza que esse documento do CEREST é direcionado aos municípios de abrangência, não podendo caracterizar apenas o município sede (BRASIL, 2006).

Nessa esteira, alguns entrevistados destacam a necessidade de o planejamento ser operacionalizado, trazendo melhorias às atividades relacionadas com o atendimento aos trabalhadores:

“A importância de fazer um projeto e realmente concluir as metas é fundamental, não adianta apenas ter um papel escrito com as ações”. (E21)

“...pensar em planejamento e implantar o plano de ação é poder executá-lo, não deixar nas gavetas, isso é levar adiante o projeto, nem sempre conseguimos por em prática nossos projetos de ação”. (E9)

Para tal, ao planejar é necessário designar os responsáveis pelas intervenções e a partir daí, estabelecer prazos para o cumprimento das ações,

monitorar e avaliar as ações propostas no plano de ação, o qual deve ser compatível com a capacidade da equipe. Faz-se necessário, ainda, realizar uma sistematização das informações em Saúde do Trabalhador disponíveis para a avaliação das intervenções realizadas, assim como dar visibilidade de tais informações para a própria equipe. Infere-se, pois, que tal processo poderia ser mais efetivo caso fosse estabelecido um processo de planejamento a partir de grupos de trabalho constituídos por diversos profissionais, evitando-se assim o trabalho centrado no fazer de cada profissional:

“Eu procuro fazer tipo um cronograma do que eu vou fazer e quais metas que eu tenho que atingir. Geralmente, eu também procuro a ajuda dos meus colegas, se eu na sei uma coisa eu solicito que eles me forneçam um apoio”.(E19)

Outros entrevistados apontam a importância da questão ética, bem como as habilidades em exercer a flexibilidade e a interação no ato de planejar:

“Ao planejar a gente tem que ter um pouco de “jogo de cintura”, assim tu tens que pensar nas reais possibilidades conhecer aquilo onde tu vais atuar senão tu não consegues planejar”. (E7)

“Para planejar tu tens que ter uma competência profissional ética, assim como habilidade de interação, para articulações intersetoriais”. (E12)

Diante das falas o planejamento é, sem dúvida, um instrumento de suma importância para a operacionalização das determinações da Portaria Nº 2.437/2005, que regulamenta as atividades dos CERESTs (BRASIL, 2006). O processo de planejar, certamente, oportunizará rever conceitos, assim como intervenções que realmente atendam à necessidade da população, melhorando constantemente a qualidade dos serviços prestados pela equipe dos CERESTs. Salienta-se a importância do plano de ação ser construído pela equipe, priorizando ações a partir das necessidades locais, desmitificando a questão da centralização do planejamento. Nesse aspecto, o planejamento deve ser engendrado por uma análise e discussão coletiva da realidade vivida, na qual todos os integrantes da equipe devem opinar.

Um aspecto que não foi mencionado pelos entrevistados é a participação do controle social, uma vez que este constitui uma das diretrizes do SUS, enquanto modelo que ampliou a participação e o controle da sociedade na gestão das políticas públicas. O Ministério da Saúde estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Em ambos, a comunidade, através de seus representantes, participa da definição das ações de saúde das três esferas de governo, bem como acompanha e fiscaliza a execução. A interlocução dos gestores do sistema com usuários e entidades sociais propicia a formulação conjunta das políticas, condizentes com as reais necessidades da população, ampliando a eficiência na atuação da esfera pública, com isso dando consistência ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (BRASIL, 1988).

Assim, retoma-se outro fator que estabelece que o controle social nos serviços que compõem a RENAST se dê também por intermédio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST. Este documento preconiza o fortalecimento do controle social, sendo componente essencial no processo de ampliação da RENAST e nos CERESTs, em que deverá ser exercido por meio dos conselhos gestores, uma vez que configura função dos CERESTs prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência. Tornam-se essenciais esses espaços de planejamento sobre as atividades desenvolvidas no processo de trabalho da equipe dos CERESTs, ao participarem ativamente das reuniões do conselho gestor e CIST, para traçar planos e buscar parcerias para melhoria da Saúde do Trabalhador local (BRASIL, 2006).

Outro aspecto não citado pelos participantes do estudo é a questão da epidemiologia ser a principal ferramenta utilizada no planejamento local e na definição/identificação dos problemas prioritários, os quais, segundo Ceccim (2005, p.497) “são a base para a articulação das ações e práticas de saúde e a Programação em Saúde é a principal estratégia para organização das práticas de atenção”. Acredita-se que seja necessário instrumentalizar as equipes para o uso da epidemiologia como a principal ferramenta tanto para planejamento como acompanhamento ações em saúde, assim disponibilizando um sistema informatizado para viabilizar tal processo.

Concorda Braga Junior (2005, p.25) ao citar que adequações são necessárias para operacionalizar as ações dos CERESTs em nível local. A organização do CEREST deve ser preparada para o gerenciamento estratégico composto de “objetivos, estratégias e projetos e definir na ordem – estratégias, metodologia e método e depois técnicas e ferramentas (*softwares*, sobretudo) para atuar”. Sugere o autor, ainda, que um portal informatizado para o RENAST permitiria, por parte do CEREST: uma padronização de informações; uma análise eficaz das atividades definidas como estratégicas; e “a implantação de um novo paradigma gerencial na condução de projetos e demandas, geradas no acompanhamento das atividades operacionais” (BRAGA JUNIOR, 2005, p. 25). Assim, todas as atividades desenvolvidas pelo CEREST seriam acompanhadas pelos valores da efetividade e da qualidade.

4.1.2 Estratégias

A atenção integral à Saúde do Trabalhador implica qualificar as práticas de saúde, envolvendo diversas estratégias para a concretude das atribuições da equipe no cotidiano do processo de trabalho.

Dessa forma, a Política Nacional da Saúde do Trabalhador busca a precedência das ações de prevenção sobre as de reparação, principalmente eliminando os riscos e diminuindo os índices de doenças e acidentes de trabalho e melhorando as condições do ambiente; a estruturação da rede integrada de atenção e de informações, assim como a reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador são estratégias apontadas para a efetivação da política (BRASIL, 2006).

Alguns entrevistados destacam como estratégia o estabelecimento do vínculo por meio da detecção de interesses, contatos diretos e visitas às instituições:

“A estratégia é essa, conversar, ver quem realmente tem mais interesse”. (E1)

“É fundamental ter um contato muito direto com a equipe”.(E3)

“Uma estratégia é visita às instituições locais”. (E8)

“Procuro usar estratégia de parceria, de igual para igual, tento conquistá-los, minha estratégia é conquistar para a causa e não impor, não mandar, não dizer que é obrigatório para o município, mas tentar conquistar pela importância, pela causa”. (E21)

Para Gomes e Pinheiro (2005), no campo da política e da gestão, vínculo refere-se à responsabilização da interação entre os sujeitos na organização das práticas de cuidado. Segundo Merhy (1994), a noção de vínculo refere-se à responsabilidade e ao compromisso, implicando relações próximas e claras, na sensibilização com o sofrimento do outro, na possibilidade de uma intervenção não burocrática e nem impessoal.

A partir das falas dos entrevistados, pôde-se inferir que alguns profissionais das equipes dos CERESTs do RS procuram, no cotidiano de seu trabalho, utilizar o vínculo enquanto estratégia na organização do cuidado, tanto nas relações entre os profissionais da equipe, como com as instituições parceiras dos CERESTs, gestores dos municípios de sua área de abrangência, assim como com os usuários do serviço.

Apesar da existência de um conjunto de produções textuais acerca da implantação e implementação da RENAST, constatam-se, ainda, muitas dificuldades na incorporação das ações de Saúde do Trabalhador pelo SUS. O campo da Saúde do Trabalhador ainda é novo e, muitas vezes, desconhecido para alguns profissionais da rede do SUS, sendo assim, torna-se de fundamental importância o trabalho dos CERESTs na divulgação do trabalho da sua própria equipe, conforme apontam alguns participantes do estudo:

“... uma delas é realizar palestras de divulgação do CEREST na atenção básica”. (E5)

As ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS englobam diversos temas, sendo um deles o que vem ao encontro da fala dos sujeitos que participaram da pesquisa, destacando a importância das atividades educativas, em relação à orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo. Para tal, os entrevistados salientam a importância do suporte técnico-científico, tanto dos trabalhadores como dos gestores dos serviços e dos municípios:

“Eu produzo atualmente diversos informativos sobre os agravos relacionados ao trabalho, esse material é usado nos grupos organizados pela equipe de acordo com a temática, servindo como orientação técnica...”. (E11)

“O suporte técnico que nossa equipe faz é assessoria direta com os municípios, se houver o responsável pela Saúde do Trabalhador é muito importante, ou para o gestor sobre a legislação que norteia as ações na gestão municipal, estadual e federal a serem realizadas”. (E16)

Constata-se que o suporte técnico é uma das atribuições dos CERESTs, e vem ao encontro das necessidades dos municípios que necessitam realizar a referência e contrarreferência do trabalhador de forma, integral e hierarquizada, demonstrando traduzir esse suporte técnico pela função de inteligência, acompanhamento e, principalmente, de técnicas conjuntas de intervenção especializada, incluindo as ações de vigilância e formação de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Os CERESTs devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho, saúde, doença em que necessita aprofundar o seu conhecimento no atendimento das demandas epidemiológicas dos municípios de abrangência e, principalmente, suas ações são desenvolvidas em equipe multiprofissional, envolvendo médicos do trabalho, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de segurança, entre outros profissionais.

Os participantes do estudo também citaram utilizar como estratégia a intersectorialidade², que permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre setores de diferentes governos, atuando na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (BRASIL, 2006). Ainda, permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, pois as ações resolutivas em saúde, visando à integralidade do cuidado, requerem parcerias com outros setores.

² A intersectorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997).

Sendo assim, identificam-se, no estudo, relatos que apontam para a importância de iniciativas em prol da criação de parcerias intersetoriais.

“Temos aqui no CEREST a questão intersetorial bem forte, fazemos parcerias com o INSS, esclarecemos dúvidas”. (E3).

“Chama-se um técnico do INSS para palestrar para nossa equipe, ...aqui mesmo no CEREST”. (E7)

Nota-se, diante desse relato, que existem iniciativas para formar parcerias e assim melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população; entretanto, as experiências identificadas são pontuais, desprovidas de um planejamento ou plano de ação local.

“Através da Previdência Social, a assistente social vai fazer parte da nossa reunião....ela veio conhecer o CEREST para começarmos uma parceria”.(E9)

Refletir sobre o papel do setor saúde e os desafios da prática intersetorial remete à necessidade de ampliação da discussão sobre tal temática. Assim, a proposta de articulação em rede de parceiros será compreendida e serão criadas estratégias que viabilizem a sua aplicação. Faz-se necessário a criação e ampliação de espaços comunicativos, nos quais os diferentes setores, serviços e organizacionais sociais possam dialogar, no sentido de construir consensos, identificar os problemas e objetivos comuns, planejando e implantando intervenções efetivas (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Portanto, a Política da Saúde do Trabalhador, especificamente sobre as estratégias a serem realizadas no cotidiano dos CERESTs do RS, constitui um processo que necessita ser ampliado, a fim de garantir a regulação do sistema ³, atendendo assim aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e garantia de acesso aos serviços. (BRAGA JUNIOR, 2005)

A resolutividade e a qualidade da atenção, desenvolvida no cotidiano do processo de trabalho da equipe multidisciplinar dos CEREST e demais serviços da

³ “Regulação do Sistema é o conjunto de medidas e instrumentos desencadeados para corrigir distorções, evitar desperdícios, imprimir equidade na distribuição dos recursos, otimizar o aproveitamento dos serviços ofertados à população, controlar e avaliar o resultado da aplicação dos recursos” (BRAGA JUNIOR, 2005, p.23).

rede do SUS, as estratégias apontadas pelos participantes do estudo vislumbram uma tendência em direção à consolidação das diretrizes e dos princípios do SUS, implicando mudança do modelo de organização do processo de trabalho.

Dias (2011) acrescenta que o CEREST, na organização da efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, deve fazer o matriciamento⁴ das ações relativas à área para os demais serviços que compõem a rede SUS. Salienta-se que as estratégias de estabelecimento de vínculo, divulgação do processo de trabalho do CEREST, suporte técnico e científico, assim com a intersectorialidade, citadas pelos participantes do estudo, não esgotam, mas contribuem para o processo de matriciamento.

Destaca-se que a estruturação da RENAST decorre da organização e implantação de ações na rede de Atenção Básica e no Programa Saúde da Família, na rede assistencial de Média e Alta complexidade do SUS e na rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

Assim, a utilização de um sistema, sob a forma de uma rede universal e regionalizada, vem a constituir ferramenta estratégica para a disseminação das práticas no campo da Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção.

Porém, em nenhum momento foi destacado pelos sujeitos da pesquisa, o fato de existir iniciativas de organização da Rede de Serviço Sentinela⁵, envolvendo os três níveis de atenção, tampouco a participação destes na pactuação do plano de ação de cada município de abrangência. A partir da omissão de tal estratégia pelos sujeitos da pesquisa, pode-se inferir que se estabelece um nó crítico para efetivação do papel e função do CEREST e das atribuições da equipe, referente ao matriciamento e a articulação intra e intersectorialmente no seu território de abrangência.

⁴ Matriciamento é um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, além de também poder ter alcance nos diversos setores e secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física, mas também a psíquica e social (DIMENSTEIN et al, 2009).

⁵ Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação que resultarão em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006).

4.2 COMPARTILHAMENTO DE SABERES

As mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e a prestação de serviços, porém, concomitantemente, exigem dos trabalhadores adequações de conhecimento, habilidades, métodos e, principalmente, de interação com seus pares e com usuários. Tais mudanças, “configurando-se como grandes desafios ao âmbito da gestão, no sentido dos processos e relações cotidianas”(SILVA FILHO, 1997, p.1). Apesar da exigência de uma participação ativa dos trabalhadores, muitas vezes esta é limitada, assim como o compartilhamento dos saberes entre os diversos profissionais da equipe. Tal limitação pode estar associada à falta de autonomia para participar ou a não existência de mecanismos participativos no processo de trabalho.

4.2.1 Reuniões

Deve-se viabilizar que a reunião de equipe possa funcionar como um espaço de análise do funcionamento institucional, diante das dificuldades de se reunir as pessoas que fazem parte do processo de trabalho, para decidir, criar, trocar ideias, falar experiências, apresentar hipóteses, enfim, como contemplam as falas dos sujeitos da pesquisa:

“Existem reuniões pontuais, não há uma sistematização, falta esse espaço para resolver conflitos, trabalhar no coletivo a reflexão, escutar os colegas, organizar o trabalho em equipe. Caso ocorresse sistematicamente, o trabalho iria fluir melhor. Ter reuniões semanais é essencial”. (E11)

“A reunião de equipe faz muita falta para a organização do serviço, e principalmente para a troca de idéias” (E5).

Com base nessas falas, nota-se que as reuniões são bastante esperadas pelas equipes dos CERESTs do RS, principalmente reuniões semanais, vindo ao encontro da organização do processo de trabalho.

Esse é um momento em que o compartilhamento de saberes poderá tornar possível uma maior integração do grupo, contribuindo para amenizar conflitos, escutar os colegas, refletindo e propondo estratégias para a organização do processo de ações a serem desenvolvidas.

Sendo assim, a importância da reflexão sobre a ação, como subsídio para ampliação do conhecimento sobre seu trabalho, facilita a capacidade de entender as situações e possibilidades da prática, resolvendo conflitos e superando esses limites (SCHON, 1992).

Nessa perspectiva, uma das melhores e mais utilizadas ferramenta de gestão é a reunião, esta excelente ferramenta serve para inúmeros fins e aplicações, com ela se pode medir, inserir, determinar, conquistar ou até mesmo perder apoios objetivos, verbas entre outros.

Nota-se que em uma das falas as reuniões são pontuais, não havendo uma sistematização. No que se refere à dinâmica de organização das reuniões, recomenda-se um planejamento das idéias, criando tópicos dos assuntos mais urgentes e após materializando essas idéias. Toda reunião deve gerar uma ata, a qual expresse todos os assuntos tratados, decisões assumidas e tarefas e ações a serem desenvolvidas no processo de trabalho; também se enfatiza que as reuniões sejam realizadas semanalmente ou quinzenal (CABALLERO, 2001).

4.2.2 Divisão do trabalho e projetos multiprofissionais

Lunardi Filho e Leopard (1999) ressaltam a divisão do trabalho em saúde em diferentes ramos de especialidades, onde diferentes grupos de indivíduos cooperam entre si, o que determina relações entre o objeto, os instrumentos e o produto deste trabalho. As atividades destes profissionais de saúde são autônomas, porém, complementares, estabelecendo uma hierarquia entre os agentes, a partir de diferentes categorias profissionais que participam desse trabalho.

Peduzzi (1998) salienta que a expressão “divisão técnica do trabalho em saúde” diz respeito à forma de organização do trabalho coletivo em saúde, na qual ocorre a fragmentação do processo de cuidar, a separação entre concepção e

execução e a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes. Desse modo cabe a alguns o cumprimento de tarefas, independentemente do entendimento e do controle do processo. A hierarquização de atividades atribui diferentes valores à força de trabalho.

Para Souza et al (1993) qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias, que influenciam a produção específica ao serviço de saúde.

Para o desenvolvimento da Política de Saúde do Trabalhador, o papel da equipe multiprofissional é fundamental, pois envolve uma ampla mescla de conhecimentos e práticas em cenários sociais bastante complexos. Peduzzi (1998) entende o trabalho em equipe como coletivo, destacando a interação entre os agentes por meio da articulação das ações e da integração dos saberes. Nas equipes multidisciplinares, apesar de projetos comuns, a atuação é individual e cada profissional desenvolve sua intervenção isoladamente. Evidencia-se que o desenvolvimento de um trabalho em equipe não é fácil, exige uma especificidade de cada profissional, porém objetivos comuns e predisposição para o trabalho integrado. Quanto ao trabalho a partir de projetos multiprofissionais, apenas um entre os participantes do estudo manifestou-se positivamente sobre esta condição, expressando:

“Nossos projetos do CEREST, são multiprofissionais”(E11)

Enquanto outro expressou alguma integração entre profissionais, porém muito incipiente, à medida que consiste apenas na captação de usuários:

“Eu faço uma ligação com o pessoal da psicologia e do serviço social, que fazem esses grupos, e me indicam os nomes a partir daí eu chamo os trabalhadores para o atendimento, conforme a necessidade”. (E1)

Os demais participantes expressam que o processo de trabalho envolve divisão de tarefas e atividades, sendo que alguns profissionais se aproximam por afinidade ou exercem o trabalho, exclusivamente, a partir sua formação profissional específica:

“A divisão de trabalho se dá por afinidades”. (E16)

“O médico é o responsável pelos assuntos referentes ao agrotóxico, então quem tem mais afinidade trabalha junto”. (E17)

“A divisão de trabalho é cada um técnico atuando dentro da sua especificidade”. (E20)

Outro participante destaca a atuação individual de cada profissional, afirmando:

“Na verdade a divisão de trabalho não existe, somos individualizados”. (E19)

Enquanto outros profissionais informam que se organizam em núcleos por temáticas específicas, como por exemplo:

“Estamos trabalhando com a divisão de trabalho através de núcleos de vigilância: em ambientes de trabalho, epidemiologia e sanitária”. (E21)

A divisão de trabalho por núcleos técnicos de atividade é recomendada por Braga Junior (2005) para que o CEREST desenvolva suas atribuições. Para tal recomenda que os CERESTs implantem no mínimo os núcleos relativos às suas atribuições e atividade, tais como: Educação e Capacitação Profissional Permanente; Parcerias e Articulações Interinstitucionais; Organização da Rede Local da Assistência; Regulação da Assistência articulada com as Centrais Locais; entre outras.

Não há um modelo único, não há uniformidade na organização do processo de trabalho, cada CEREST desenvolve uma forma de divisão do trabalho. Percebe-se, então, que, em relação às ações das atividades, a legislação da Política da Saúde do Trabalhador enfatiza a importância do trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, de acordo com as falas dos sujeitos entrevistados, há uma grande diversidade de trabalho, com diferentes propostas. A fragmentação dos saberes, uma vez que os sujeitos não compartilham os saberes, por trabalharem de diversas formas, sendo eles: individualizados, trabalhando núcleos, e projetos multiprofissionais.

É nesta relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que se entende o trabalho dos diversos profissionais, médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnico de segurança, fisioterapeuta, entre outros. Pois, articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que, em todos os espaços possíveis, se possa construir a ideia de equipe/integração – integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, de formação, de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania (TEIXEIRA, 2000).

O desafio está colocado, apontando acima o reconstruir novos espaços de formação sobre uma nova visão de integração no trabalho em equipe, essas mudanças terão reflexo no trabalho na certeza de melhorias no ambiente e, principalmente, para a para a melhoria e a realização de ações para a Saúde do Trabalhador.

4.2.3 Competências e habilidades

No que tange ao quesito sobre competências e habilidades, segundo Guerra (2000), deve-se ter clareza sobre instrumental e instrumentalidade, pois instrumental é o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitam a operacionalização da ação profissional. Enquanto a instrumentalidade é, por excelência, uma categoria relacional, uma instância de passagem que permite que se realize a trajetória que vai da concepção da ação e sua operacionalidade até a sua avaliação, conforme se constata das falas dos participantes:

Ao falar sobre competências e habilidades, para atender às ações dos CERESTs, alguns dos sujeitos da pesquisa expõem o que segue:

“Para atender as ações do CEREST, as minhas competências e habilidades são entender as dificuldades de cada um da equipe, e pensar no trabalho coletivo, para que juntos alcançamos os nos objetivos para melhor desempenho de nossas ações, tendo boa vontade se aprende”. (E2)

“A busca de constante de informação do conhecimento teórico é fundamental ter uma especialização maior nessa área, porque a saúde do trabalhador é extremamente complexa”. (E4)

Sendo assim, questões abrangentes, como traçar planos de intervenção requerendo, progressivamente, esforços também no trabalho coletivo, têm provocado o surgimento de novas habilidades e competências. Estas vão se agregando, constituindo uma nova visão no âmbito da especialidade que envolve a gestão e o planejamento em saúde. No bojo das demandas da sociedade por cuidados à saúde, evidenciam-se desafios que nem sempre o profissional de saúde encontra-se preparado para enfrentar, tendo como referência as competências e habilidades inerentes à sua prática, necessitando ter um conhecimento específico na área, na busca de um aprofundamento teórico, conciliando com a prática a ser desenvolvida. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2003).

Evidencia-se nesta fala:

“Em primeiro lugar é amor a camiseta, boa vontade, gostar de trabalhar com na Saúde do Trabalhador, estar aberto para novos desafios, não ficar só no restrito do que é a minha área, na construção do trabalho coletivo, é ser criativo nas questões que estamos com dificuldades, assim vamos dando continuidade em nossas ações”. (E6)

“Habilidade é ter um perfil de valorizar o saber do trabalhador, às vezes é uma coisa muito subjetiva do profissional, por isso é preciso ter um perfil que abrace a causa, ter os pés no chão”. (E2)

Diante dessa fala constata-se que o profissional de saúde, na atualidade, necessita cada vez mais pensar sobre problemas coletivos, ou seja, que não estão no âmbito da saúde de um único indivíduo, exemplo como é mencionado acima no que diz respeito a pensar no coletivo.

Outro aspecto que se destaca nas falas dos sujeitos é estar comprometido com a causa, no sentido de que para realizar as atividades no CEREST, é fundamental ter um perfil, gostar do trabalho que se faz, é estar envolvido com a Saúde do Trabalhador, ser um profissional proativo, aquele que não faz o estritamente o designado dentro da sua especificidade e sim aquele capaz de tomar

iniciativas, aquele que se interessa, que veste a camiseta, que torce pelo sucesso do grupo; nesse sentido, é ter responsabilidade, capacidade ou habilidade de reagir, de responder para dar resposta àquilo que vem ao encontro das necessidades das ações em Saúde do Trabalhador.

Nessa perspectiva, segundo Martinelli (1994, p. 138):

A instrumentalidade é, por excelência, uma categoria relacional que tem eixo operacional que abrange instrumentos, técnicas, habilidades, conhecimentos e criatividade. É, portanto, uma categoria que se constrói a cada momento, a partir da finalidade da ação que vai desenvolver dos determinantes políticos sociais e institucionais a ela referidos.

Percebe-se, com o transcorrer das entrevistas, com os depoimentos dos trabalhadores das equipes multiprofissionais dos CERESTS do RS, que muitas das atribuições formalmente prescritas, não coincidem com os relatos das atividades desenvolvidas pelos participantes do estudo em seu trabalho, denotando uma realidade em descompasso entre o que está determinado e o que efetivamente está sendo realizado pela equipe do CEREST. O realizado é o que o trabalhador entende de fato, o que ele tem para utilizar em suas tarefas, configurando a forma de operacionalizar, com os recursos que possui em seu trabalho.

Então, entre a organização do trabalho prescrito e quem trabalha existe um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, o uso da criatividade e ações de modo de operar, que constitui uma forma de intervenção do trabalhador sobre o trabalho, em que há ajuste de desejos e possibilidades (PITTA, 1994).

É nesse contexto que o processo de trabalho tem que ser apreciado e conduzido, com estratégias apropriadas a um agir profissional coerente, refletindo sua ação e identificando a instrumentalidade mais adequada à sua concretização. Desse modo, entende-se que o compartilhamento de saberes, no que diz respeito aos aspectos organizações do processo de trabalho da equipe dos CERESTS do RS, no cotidiano é fundamental.

5 ATENÇÃO À SAÚDE: AÇÕES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O processo saúde-doença dos trabalhadores como e por que adoecem e morrem e como são organizadas e atendidas as suas necessidades de saúde pode ser considerado uma construção social diferenciada no tempo, lugar e dependente da organização das sociedades (DIAS, 2000).

Os agravos à saúde dos trabalhadores englobam, além dos acidentes de trabalho, as doenças profissionais e as doenças relacionadas ao trabalho. As doenças profissionais são aquelas que apresentam relação nítida com o trabalho, ou seja, a atividade produtiva é a causa inequívoca da doença; enquanto que nas doenças relacionadas ao trabalho, a atividade produtiva é cofator da etiologia da doença (WÜNCH FILHO, 1995).

A dinâmica social do trabalho está intrinsecamente relacionada ao processo saúde-doença das sociedades humanas. No mundo contemporâneo, a automação e a renovação dos equipamentos (microeletrônica, informatização, robotização), a modernização das plantas industriais, a redefinição organizacional da empresa, as novas técnicas de gestão, o trabalho informal e o desemprego repercutem sobre os acidentes, as doenças do trabalho e os estilos de vida da população, evidenciando novas relações entre a política econômica e a saúde (WÜNCH FILHO, 1995).

Atualmente, o perfil epidemiológico dos trabalhadores caracteriza-se pela mistura de padrões heterogêneos de adoecimento e morte, em que os novos problemas de saúde-doença superpõem-se aos antigos e a morbidade dita ocupacional mescla-se com a morbidade não ocupacional, resultando num perfil epidemiológico do tipo mosaico. (DIAS, 2000).

Num momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros têm se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços de saúde, em consonância com os princípios do SUS: descentralização dos serviços, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade da assistência, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, entre outros. Nesse cenário, a municipalização e a distritalização, como espaços

descentralizados de construção do SUS, são consideradas territórios estratégicos para estruturação das ações de Saúde do Trabalhador (BERKOW, 1990). Incorporar as diretrizes da atenção primária à saúde e integrá-la concretamente ao SUS são alguns dos desafios impostos para o campo da Saúde do Trabalhador 22 anos após a promulgação da Constituição (BRASIL, 2001).

5.1 AÇÕES EM SAÚDE

Dias (2000) observa que as intervenções na área de Saúde do Trabalhador exigem a combinação de diversas abordagens inovadoras e criativas, considerando: o processo de reestruturação na globalização da economia; as mudanças urbanas; as transformações organizacionais; os fatores de risco industriais e ambientais e os aspectos da saúde psicofísica do trabalhador.

Sendo assim, as ações de intervenção à Saúde do Trabalhador devem buscar a compreensão das relações (de nexos) entre o trabalho, a saúde e a doença dos trabalhadores, para fins de promoção e prevenção da saúde e da assistência, incluindo o diagnóstico, o tratamento, e a reabilitação. A partir desta contextualização é possível entender as dificuldades que se apresentam na atualidade, para lidar com as consequências do desgaste e da sobrecarga de trabalho, em seus aspectos da assistência e da prevenção (DIAS, 2000).

5.1.1 Acolhimento

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. Para Merhy (1994), o modelo atual de atenção à saúde tem sido responsável pela construção de uma postura dos trabalhadores de saúde médico-centrado, que trata o usuário de forma impessoal e descompromissada, além de enquadrar o que são ou não necessidades do usuário e determinar como estas deverão ser abordadas, tratadas e solucionadas.

Diante do exposto, para Merhy (1994), o acolhimento é como um momento de encontro de possíveis interações entre os que buscam o serviço, usuários e os trabalhadores em saúde, na produção de ações em saúde, nas decisões e uma estratégia para responder à reconstrução do modelo assistencial, e ainda seria responsável pela organização da demanda e pela modificação no processo de trabalho.

Sendo assim, o acolhimento teria potencialidades para organizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional dos CERESTs do RS; o acolhimento aparece como uma estratégia importante na organização dos CERESTs, permitindo uma relação trabalhador-usuário mais humanizado, que possibilite a cidadania, conforme citam alguns participantes do estudo:

“Eu tento ver no acolhimento o que o trabalhador necessita, como eu poderia ajudá-lo, depois se for o caso eu encaminho para o doutor”. (E17)

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da saúde tenham uma visão mais holística do ser humano e principalmente da necessidade de uma atenção individualizada a ser prestada a cada trabalhador, entendido como ser humano especial – único na sua diversidade – e que, naquele momento, precisa do auxílio de alguém. Faz-se necessário uma análise referente a esta fala. O ato de fazer o acolhimento não necessariamente deverá ser realizado apenas por um profissional das equipes de trabalho dos CERESTs, e sim por mais de um. O que faz a diferença de realizar o acolhimento ao trabalhador, de forma integral, escutá-lo para além daquilo que ele veio em busca. Essa é uma das atribuições das equipes dos CERESTs: fazer o acolhimento de forma integral e que a equipe possa participar de todo o processo que compreende o acolhimento ao trabalhador, e que possa assim haver uma integração e discussão de casos, elevando a qualidade no atendimento prestado pela equipe do CEREST de forma planejada. Isso exige mudanças na formação dos profissionais, com a incorporação da visão, da sensibilidade e da compreensão do objeto de seu trabalho, melhorando o processo de trabalho da equipe, revertendo de forma significativa para o trabalhador frente às demandas que lhe são apresentadas.

Em outra entrevista, aparece a seguinte fala:

“O mais importante para mim, é que eu faço todo o processo de grupos terapêuticos de atendimento de acolhimento, os trabalhadores expressam esse momento de satisfação no acolhimento no próprio grupo, e muito bom ver os resultados desse acolhimento em grupos”. (E1)

O acolhimento relatado no decorrer da entrevista demonstra que a humanização é uma política de saúde, cujo dispositivo acolhimento representa uma atitude relacionada ao componente ético do cuidado que se produz ou não no campo da saúde. É, assim, uma atitude da ordem das práticas e das relações que se estabelecem entre os serviços, os trabalhadores e os usuários. É, portanto, um espaço de encontro e de escuta entre seres humanos, na sua dimensão mais ampla, como a finalidade do grupo terapêutico.

5.1.2 Atendimento integral

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. A integralidade, como definição legal institucional, é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituído como ato em saúde, nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, têm germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2005).

Com a institucionalização do SUS, mediante a Lei 8.080-90, deflagrou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil. Com a descentralização novos atores incorporam-se ao cenário nacional e esse fato, junto à universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na integralidade (MATTOS, 2005).

“Eu acredito que nós somos um dos poucos, senão únicos CERESTs que fazemos um atendimento especializado: trabalhamos com a referência e contrarreferência”. (E2)

“Eu atendo os trabalhadores que são encaminhados para mim, quando tem alguma necessidade na garantia dos direitos sociais”. (E6)

“Eu faço o atendimento dos trabalhadores acometidos com as doenças relacionadas ao trabalho, através do atendimento da assistente social e da psicologia, porque elas realizam os grupos, a parti daí vamos priorizando os nomes de acordo com a necessidade”. (E1)

Diante das falas dos sujeitos percebe-se a oferta de cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema, nesse sentido, a integralidade das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo, realizado por indivíduos em defesa da vida.

Cabe destacar que a integralidade, com o fim na produção de uma cidadania do cuidado, se dá pelo modo de atuar democrático do saber integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade (PINHEIRO, 2005).

Outro participante do estudo declara que não recebe os trabalhadores a partir do sistema e referência dos serviços da rede, assim não favorecendo a concretização da rede local, pois atende por livre demanda, o que contraria a atribuição de suporte técnico especializado a ser exercida pelos CERESTs:

“Faço o atendimento a qualquer usuário do serviço que chega aqui no CEREST, livre demanda”. (E18)

Convém ressaltar que a atuação dos CERESTs se dá por meio da promoção do bem-estar do trabalhador, com ênfase nas ações preventivas, bem como prestando assistência e orientando os trabalhadores acometidos por doenças relacionadas ao trabalho ou não. Nessa perspectiva, de acordo com a Portaria Nº 2.437, os CERESTs não são a porta de entrada do sistema, pois se evidencia que alguns CERESTs do RS fazem atendimento de livre demanda, o que vem de

encontro a uma das ações que são atribuídas aos CERESTs; por outro lado há a fala de outro sujeito que expressa a importância de a rede estar organizada para prestar o primeiro atendimento ao trabalhador, para depois encaminhá-lo ao CEREST, o que procede dentro daquilo do que é previsto na legislação – uma rede organizada de atenção integral à Saúde dos Trabalhadores.

5.1.3 Educação em saúde

Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou do indivíduo. No entanto, a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas.

A simples informação, divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai assegurar que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população. São diversas as ações educativas realizadas pelos trabalhadores dos CERESTs:

“Produzo todo o material... de educação em saúde, e realizo palestra junto com a equipe, sobre o processo saúde-doença, para mim isso é educação em saúde, que repassamos não só o nosso conhecimento como também produzimos sentidos em cada palestra a se realizada”. (E3)

“Nós temos que trabalhar mesmo é com a prevenção e com a promoção nas unidades básicas, saber que em cada município da nossa abrangência vamos ter um público diferenciado, em função das particularidades de cada município; sendo assim nossas palestras precisam ser ajustadas de acordo com o público que estará presente”. (E5)

Evidencia-se que os sujeitos entrevistados na pesquisa, realizam a educação em saúde, tendo como foco a importância do trabalho na determinação do processo saúde-doença do indivíduo e do coletivo de trabalhadores; enfatizam a abordagem

cooperativa em equipe, buscando contemplar a diversidade e especificidades de cada município.

Através dos relatos, nota-se que a educação em saúde baseia-se no pressuposto da aprendizagem, que produz sentidos, propondo que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que o processo educativo, como o que se esboça acima, supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam, competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social.

5.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Na Portaria MS/GM N° 3.120, de 1º de julho de 1998, o Ministério da Saúde define a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como a ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, para detectar, conhecer, pesquisar e analisar fatores tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, determinando e condicionando os agravos à Saúde do Trabalhador, tendo como finalidade planejar, executar e avaliar intervenções, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BAHIA, 1996).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas suprasetorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho. Subsidia o planejamento e a atenção em saúde para a melhoria das condições de vida e saúde da população trabalhadora. Ela não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo, mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações e estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde (BRASIL, 2002).

5.2.1 Vigilância no ambiente de trabalho

Ao falar sobre as suas atividades para atender as atribuições dos CERESTs, alguns dos sujeitos da pesquisa expõem as seguintes falas:

“Eu faço vigilância em ambientes de trabalho, junto com assistente social, enfermeira e a psicóloga, depois fazemos um relatório único, com diferentes olhares, que possam contribuir para a melhoria no ambiente de trabalho, mesmo com algumas dificuldades que encontramos em relação às empresas”.
(E14)

Diante desta fala, observa-se que tal ação tem se estruturado em alguns CERESTs e tem se caracterizado pela presença de equipes multidisciplinares, que viabilizam a integração de olhares de várias disciplinas e instituições, mesmo enfrentando alguns obstáculos para a vigilância de ambientes de trabalho, habitualmente se deparando com o filtro de informações imposto por empresas. A equipe do CEREST, que participou do referido estudo, enfatizou que esse é um processo muito interessante, uma vez que é realizado um único laudo onde todos que participaram da vigilância assinam, dando maior visibilidade do trabalho realizado e, principalmente, respondendo aos anseios dos trabalhadores de forma integral, na diversidade de vários olhares técnicos e conhecimentos específicos de cada área, o que não é comum nos demais CERESTs do RS.

Contrariamente ao declarado por alguns participantes do estudo, no sentido de realização as ações de vigilância dos ambientes de trabalho, outros entrevistados salientam:

“Nossa equipe não está fazendo vigilância em ambientes de trabalho, falta um conhecimento maior, ao fazer visita técnica nos municípios, vamos até uma arrozeira para fazer uma abordagem educativa sobre o uso de equipamento de proteção e percebemos a nossa dificuldade”. (E17)

As dificuldades talvez estejam relacionadas ao fato de que as ações de Saúde do Trabalhador iniciam pelo estabelecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho, do qual decorrem as ações de atenção à Saúde do Trabalhador de várias ordens, tanto as preventivas, como as curativas e também de promoção da

saúde (MENDES; DIAS, 1999). Portanto, a fala que expressa a falta de conhecimento da equipe para exercer tal análise é preocupante, à medida que impossibilita o estabelecimento adequado de tal nexos e, conseqüentemente, o planejamento de intervenções adequadas.

Nesse sentido, com base nesta fala, conhecer uma situação de trabalho em toda sua complexidade pode exigir um projeto específico que ultrapasse a ação cotidiana da vigilância de ambientes de trabalho, levando em consideração a falta de um conhecimento específico na área, o que deverá ser discutido com a equipe nos espaços de trabalho.

Outros entrevistados acrescentam:

“Percebemos que o controle social deveria exigir mais sobre a vigilância em Saúde do Trabalhador aqui no CEREST, de fato nós ainda não fazemos a vigilância em ambientes de trabalho”. (E12)

“É muito difícil fazermos vigilância em ambientes de trabalho, o nosso CEREST não faz, o gestor não tem interesse nisso, Saúde do Trabalhador não é vista como prioridade, principalmente vigilância em ambiente de trabalho”. (E21)

Por fim, deve-se ressaltar que conforme a questão do controle social, a participação dos trabalhadores nas instâncias de gestão do SUS não tem sido suficientemente valorizada. Percebe-se que existe grande resistência por parte dos gestores em admitir como legítima a participação dos trabalhadores, dada a natureza política, complexa e conflituosa da relação capital-trabalho e suas implicações no processo saúde-doença. A tendência é a recusa em admitir essa complexidade e situações de conflito, imputando as reivindicações dos trabalhadores a interesses específicos de classe (NOBRE, 1999).

Por outro lado, há as dificuldades inerentes ao próprio processo histórico das lutas e conquistas sindicais; a persistência de práticas assistencialistas; o peso na resolução de problemas básicos e individuais, como, por exemplo, conseguir a emissão de uma comunicação de acidente de trabalho – CAT; a desestruturação dos sindicatos frente às mudanças no mundo do trabalho; as práticas de terceirização, precarização e flexibilização das relações e condições de trabalho.

Aliás, o entendimento e enfrentamento das recentes mudanças no mundo do trabalho colocam-se como desafios não só para os sindicatos e trabalhadores, como também para os próprios técnicos da área da saúde (BRASIL, 2002).

Nessa esteira, são evidentes os sinais de deterioração do ambiente em escala planetária. A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como: a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia (BARCELOS, 2002).

O setor saúde tem sido instigado a participar mais ativamente dessa agenda, seja pela sua atuação tradicional no cuidado de pessoas e populações atingidas pelos riscos ambientais, seja pela valorização das ações de prevenção e promoção da saúde. Essa tendência tem apontado a necessidade de superação do modelo de vigilância à saúde, baseado em agravos e a incorporação da temática ambiental, nas práticas de saúde pública (BERLINGUER, 1983).

As relações entre saúde e ambiente e as possibilidades de uma aproximação teórica e prática entre os campos disciplinares da Saúde Ambiental e da Saúde dos Trabalhadores constituem uma das categorias do presente estudo, uma vez que a identificação dos agravos à saúde relacionados ao meio ambiente e as dificuldades no estabelecimento destas relações são desafios a serem conquistados dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes dos CERESTs do RS.

No ambiente de trabalho, novas tecnologias e novas relações de trabalho trazem novos valores, novos hábitos e introduzem novos riscos tecnológicos, de natureza física, química, biológica, mecânica, ergonômica e psíquica, os quais, de forma simplificada, podem causar acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho (TAMBELLINE, 1998).

Em algumas entrevistas evidencia-se a preocupação da equipe do CEREST com o meio ambiente, assim como as consequências da manipulação inadequada deste espaço na Saúde do Trabalhador e da população em geral:

“Temos o projeto com agrotóxicos, precisamos ir a campo; isso significa dizer que precisamos estar compreendendo sobre os impactos da Saúde do Trabalhador com o meio ambiente”. (E7)

“O trabalhador da zona rural não tem idéia dos problemas que causam à saúde, os venenos que são manipulados por eles, e ficam durante muitas horas expostos a essa atividade”. (E17)

De acordo com a fala dos sujeitos da pesquisa, nota-se que já existem projetos desenvolvidos nos CERESTs relacionados ao meio ambiente. Nesse sentido, existe uma relação direta ao atendimento ao trabalhador acometido com doenças relacionadas ao trabalho. Nesse caso, o meio ambiente em que o trabalhador está exposto, em que o acidente de trabalho tem o caráter de um evento agudo, que causa lesão corporal ou perturbação funcional, como seria o caso de uma amputação de dedos ou de uma intoxicação aguda por agrotóxico, ou mesmo dos acidentes ocorridos no trajeto do trabalhador entre sua residência e o local de trabalho.

As doenças relacionadas ao trabalho manifestam-se de modo insidioso, tais como: as intoxicações por substâncias químicas, a perda da audição, as dermatoses, as lesões por esforços repetitivos; e incluem ainda sofrimento psíquico, desgaste, doenças crônico-degenerativas e alterações genéticas que podem se manifestar em câncer ou alterações da reprodução (BRASIL, 1999).

Portanto, as políticas de desenvolvimento devem estar permeadas pela preocupação com o trabalho, o ambiente e a saúde, de forma a gerar melhorias para a qualidade devida da população como um todo, o que não é simples, por envolver grandes interesses econômicos e fortes grupos de poder muitas vezes internacionalizados (AUGUSTO, 2002).

5.2.2 Sistemas de informação

O Brasil ainda é um recordista mundial de acidentes de trabalho, com três mortes a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada um minuto; oficialmente, são registrados 390 mil acidentes de trabalho por ano no Brasil, com

cerca de três mil mortes. Mas o Ministério da Previdência Social calcula que esse número chegue a 1,5 milhão/ano, considerando todas as ocorrências que deveriam ser cadastradas e não são (ILO, 2005; BRASIL, 2003; CUT, 2004). Nesse sentido, a informação em saúde é produto e ao mesmo tempo insumo essencial para os sistemas de vigilância em saúde e, sem informações completas e confiáveis, é difícil avaliar a realidade e tomar decisões em favor dos mais necessitados (FACCHINI et al, 2005).

No ano de 2000, o Decreto Estadual 40.222, de 02 de agosto, institui o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) no Rio Grande do Sul, tornando de notificação compulsória todos os agravos relacionados ao trabalho, suspeitos ou confirmados.

Sendo assim, de acordo com as entrevistas realizadas, constatam-se as seguintes falas:

“Eu trabalho basicamente com o sistema de informação, o que torna muito difícil o meu trabalho é quando não tem uma pessoa responsável pela Saúde do Trabalhador nos municípios de abrangência, nesse sentido as notificações não são realizadas, ou por muitas vezes eu acabo treinando uma pessoa que é de contrato emergencial, que está quase indo embora”. (E9)

“Eu realizo capacitações nas unidades básicas de saúde, somente no que diz respeito ao SIST, sem esses dados não podemos evidenciar nenhum agravo”. (E12)

“O SIST ainda está muito lento nos municípios de nossa abrangência, falta vontade política de priorizar essa ferramenta que vai dar um norte para que a gente possa alavancar as ações do CEREST”. (E15)

Apesar do desenvolvimento e da sofisticação dos sistemas de informação em Saúde do Trabalhador, evidencia-se, através das falas dos sujeitos, que não há, efetivamente, um sistema de informação em Saúde do Trabalhador que colete, analise e interprete, sistematicamente, dados sobre as condições de saúde dos trabalhadores, o que sem dúvida traçaria de fato um perfil dos maiores agravos relacionados à Saúde do Trabalhador.

Também é importante considerar que o sistema de informação é um recurso valioso no aprofundamento teórico-metodológico, uma vez que é a partir desses dados relevantes para a qualificação das políticas de saúde do trabalhador, contribuindo, assim, para a melhoria dos cuidados de saúde e para o controle de exposições de risco ocupacionais aos trabalhadores.

Considera-se que a notificação⁶ é o principal instrumento de coleta dados para os sistemas de informação e concretização da prática de vigilância. Porém, na área de Saúde do Trabalhador somente uma pequena parte de atendimentos é registrada nos serviços de saúde, como fruto de acidente de trabalho, seja por desinformação dos acidentados ou dos profissionais que tratam deles, gerando a subnotificação, conforme informa um entrevistado:

“Existe uma grande subnotificação”. (E9)

Na área de Saúde do Trabalhador as informações são escassas com estimativas, principalmente, a partir de dados da Previdência Social, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo pouco abrangentes, não conseguindo apreender dados precisos da questão, pois têm o caráter de seguridade, especialmente para trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. Mesmo nestes, há subnotificação, principalmente em doenças relacionadas ao trabalho que acabam não sendo diagnosticadas como tal. Outro agravante da subnotificação é o trabalho informal que oculta acidentes, morte e invalidez.

A estimativa é de que a subnotificação dos acidentes de trabalho nos serviços de saúde chegue a 95% no país, ou seja, só 5% dos casos são registrados como tal, o que, muitas vezes, dificulta o estabelecimento do nexos causal da doença ou agravo e o planejamento de intervenções efetivas na prevenção destes. Portanto, a subnotificação constitui um nó crítico para a efetivação das ações de vigilância em Saúde na área de Saúde do Trabalhador. Aos trabalhadores deve-se informar sobre os seus direitos em relação à saúde, entre eles que a notificação de agravos

⁶“Notificação é a comunicação da ocorrência de terminada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes”. (TEIXEIRA; RISI JUNIOR, 1999)

relacionados ao trabalho proporcionará melhorias relativas às condições e ao ambiente de trabalho.

5.2.3 Indicadores

Os indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidos através dos Sistemas de Informação, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente, e, por meio deste conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos (CARVALHO, 1998).

O desenho de um Sistema de Informação em saúde começa pela definição dos indicadores mais apropriados para se mensurar ou conhecer o que se quer avaliar ou monitorar. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário, ao proceder a avaliações em saúde, um número mínimo básico de indicadores, a fim de conhecer os principais aspectos da situação, da população e das práticas de saúde.

Esses indicadores propostos, utilizados na avaliação de eficácia e efeitos dos serviços, foram agrupados em relação à política sanitária, às condições socioeconômicas, ao estado da prestação de atenção à saúde e ao estado de saúde da população. Os indicadores de política sanitária e da prestação de atenção à saúde são voltados à análise de eficácia dos serviços. Os indicadores sociais e econômicos e do estado de saúde devem ser utilizados nos estudos de efeitos ou resultados (CARVALHO, 1998).

Tal aspecto se evidencia na fala dos entrevistados, conforme segue:

“Com os dados mensurados conseguimos identificar o problema mais agravante em determinado município da nossa abrangência, a partir daí colocamos em prática nosso conhecimento, para a melhoria, ou eliminação do problema”. (E11)

“Temos um boletim de indicadores das doenças que estão no Sistema de Informação, é pouco, mas alguma coisa tem”. (E15)

Então, torna-se essencial que os Sistemas de Informação organizados nos CERESTs do RS estejam articulados com a rede de saúde na integralidade dos serviços, uma vez que as informações utilizadas nos cálculos de diversos indicadores retratam a Política da Saúde do Trabalhador nas suas diferentes localidades. Esses indicadores são ferramentas de análise que expressam uma realidade de forma resumida e delimitada, sem com isso esgotá-la em toda a sua complexidade. Nenhum indicador é neutro, devendo ser analisado no contexto em que os dados foram produzidos. Por isso, os indicadores devem estar apoiados por um plano de avaliação – é a investigação sistemática de uma intervenção, projeto, programa ou estratégia – fornecendo subsídios para que os gestores tomem decisões sobre que caminhos seguir.

6 EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS CERESTS DO RS

A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil começa a ser desenhada após a promulgação da Constituição Federal de 1988 que, no artigo 196, institui:

Art. 196 - A saúde é um direito de todos, e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde Nº. 8080/90 também estabelece, no artigo 6º, § 3º:

(...) a saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990).

No final de 1990, em cumprimento à Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b), que delega ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, foi editada a nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999). Ressalta-se que, ao estabelecer a relação entre doenças e trabalho, num conceito mais amplo, e prever a sua revisão anualmente com vistas à inclusão de novas doenças, propiciou-se um avanço para novas práticas e políticas no campo Saúde do Trabalhador. Outro aspecto positivo, possibilitado pela edição da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, é o fato de ter sido adotada também pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, regulamentando o conceito de Doença Profissional e de Doença Adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado (DIAS, 2001).

Em 2002, com a publicação da Portaria Nº. 1.679, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com a articulação entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde e cria os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que têm como

objeto o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde; e como objetivo realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que a RENAST trouxe significativos avanços para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. A implantação de 198 CERESTs entre 2002 e 2009, em todas as unidades de Federação, ampliou a visibilidade da área e facilitou a interlocução com os gestores (DIAS, 2010).

6.1 AVANÇOS E DESAFIOS

6.1.1 Fatores facilitadores

A Portaria GM/MS Nº 2.437 estabeleceu que os recursos para a Saúde do Trabalhador deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde; seu funcionamento é regulado pela Constituição Federal (art.167, inciso IX), Constituições Estaduais, Códigos Estaduais de Saúde e Leis Orgânicas Municipais 8080/80 e 8142/90 (BRASIL, 2006). A disponibilização de verbas para área é considerada, por alguns participantes do estudo, como um aspecto facilitador da efetivação da política, conforme se verifica na seguinte fala:

“O que facilita o nosso trabalho é termos recurso próprio, ter uma rede nacional; ser uma Política Nacional é um grande avanço para os CERESTs”.
(E3)

“Sem dúvida, o que facilita para nós do CEREST é ter recurso próprio, Federal e Estadual, e a verba não pode ser utilizada para outro fim, é para investir na Saúde do Trabalhador na área de abrangência, isso é muito bom, ter a verba própria”. (E6)

Torna-se clara a constatação dos entrevistados sobre o repasse do recurso financeiro específico da esfera Federal e Estadual para a Política Nacional em Saúde do Trabalhador, o que torna fácil poder investir nessa política, desde que haja

o entendimento do gestor em relação ao município sede, sendo ele o gestor para a liberação do recurso financeiro para os demais municípios de abrangência.

Constata-se, ainda, nas falas dos sujeitos, sobre relações de parceria:

“O que facilita o nosso trabalho é formação com as parcerias, com as universidades, Delegacia Regional do Trabalho, Previdência Social entre outros”. (E12)

“A facilidade que eu vejo no trabalho do CEREST é ter uma relação boa com uma equipe multiprofissional, e com os trabalhadores que procuram o serviço”. (E17)

Diante da fala dos sujeitos, denota-se que relações estabelecidas com a equipe do CEREST, com os trabalhadores que procuram o serviço e a formação de parcerias propiciam a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador.

6.1.2 Dificuldades

As ações de Saúde do Trabalhador contam como sujeitos os próprios trabalhadores, uma vez que estes são os principais protagonistas das mudanças necessárias para prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para a melhoria das condições de vida e ambientes no trabalho (BRASIL, 2006). As dificuldades encontradas para a realização das ações a serem desenvolvidas pelas equipes dos CERESTs do RS sinalizam um grande entrave, por parte do gestor, de acordo com as entrevistas realizadas:

Demonstram em suas falas alguns sujeitos que participaram da pesquisa:

“Apesar de termos verba específica, quem ordena o recurso financeiro específico da Saúde do Trabalhador é o gestor da saúde, então há uma grande dificuldade nossa, desde que o nosso CEREST existe, a liberação de verba para realização de qualquer evento, visita aos municípios, pagamento de diárias, entre outros”. (E5)

“A falta de entendimento que o gestor municipal tem com a utilização do recurso que é específico para investir em ações para a Saúde do Trabalhador,

e a dificuldade de entender que somos regionais, então precisamos investir em ações nos municípios de abrangência”. (E15)

“Complementação da equipe, é um fator muito importante, pois dificulta as nossas ações a falta de profissionais, e temos o recurso para o pagamento de pessoal com a verba do estado”. (E16)

No que se refere a financiamento, existe a verba específica oriunda de recurso federal e estadual, canalizada para a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador que, segundo as falas dos sujeitos, não estão sendo realizadas, dificultando o processo de trabalho das equipes dos CERESTs para as diversas atividades somam-se a elas: deslocamento para municípios da área de abrangência, em que há atraso ou o não pagamento de diárias da equipe para realizações de capacitações; compra de veículo para o deslocamento da equipe, uma vez que existe a verba específica; ainda, a complementação da equipe no que poderá ser utilizado o recurso estadual para o pagamento, não onerando a folha de pagamento da prefeitura.

A esse propósito, trazem-se as falas dos sujeitos:

“A dificuldade do gestor não nomear um responsável pela Saúde do Trabalhador no município tanto sede, que deveria ser a referência, quanto nos demais da nossa área de abrangência”. (E21)

“Uma das grandes dificuldades é não termos uma portaria de nomeação específica para o quadro do CERESTs. Recebemos cursos específicos principalmente do estado, somos retaguarda técnica para os demais municípios de abrangência, e quando troca o governo muitas vezes somos mandados para outras unidades. E todo o investimento que foi repassado para mim? Isso nos deixa desmotivado”. (E18)

“É sempre uma grande dificuldade quando troca o gestor. Quando estamos tentando organizar o processo de trabalho, muda tudo, começamos da estaca zero”. (E18)

Cabe ressaltar que a importância de um responsável técnico pela Saúde do Trabalhador, nos municípios de abrangência, torna as ações planejadas principalmente devendo este ter uma nomeação com a indicação do profissional;

soma-se a isso uma portaria com a nomeação dos profissionais das equipes dos CERESTs, com isso os cursos de capacitação e outros só seriam disponibilizados para aqueles técnicos do CERESTS com cargos efetivos, não havendo troca de pessoal da equipe, de acordo com uma legislação da esfera municipal.

Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador, mesmo com a proposta de regionalização e dos instrumentos de organização dos CERESTs, ainda não foi efetivada no RS; o atraso na implementação da política passa por questões referentes à ausência de comprometimento político. Cabe também salientar que outros entraves dizem respeito ao financiamento, principalmente pela ausência de traçar as prioridades na proteção à vida dos trabalhadores, somada à mobilização do controle social – universidades, sindicatos, dos profissionais da saúde –, assim poderá ter continuidade nos avanços necessários nesta área, comprometidos com a luta dos trabalhadores (CORRÊA, 2007).

A inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias e metas precisas, de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover em todas as instâncias a Saúde do Trabalhador e, principalmente, prevenir os agravos e atender a essa política, é um dos grandes papéis do controle social, como é o caso da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), juntamente com os movimentos sociais, de trazer para o debate essa temática (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Constata-se que muito ainda preciso ser feito em relação à Saúde do Trabalhador diante das falas dos sujeitos, somando-se a elas o que diz respeito à verba específica da esfera Federal para investir nessas ações, no município sede e nos de abrangência. Mesmo tendo recurso próprio ao investimento para promover a Saúde do Trabalhador de forma integral, faz-se necessário uma maior gerência da parte de coordenação dos CERESTs, para que este possa de fato investir em ações concretas, dando visibilidade ao processo de trabalho da equipe e, principalmente, na efetivação da Política da Saúde do Trabalhador, na certeza de que esse é o grande desafio das equipes dos CERESTs.

Como afirma Laurell (1989, p.19), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, apreender as dimensões tecnológica, organizacional e

política daquela prática social. Isso requer pensar a saúde como uma política social pública, que se materializa como um serviço, cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho merecem conceituações de natureza teórica e histórica.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não supera algumas contradições existentes, dentre as quais constam: a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

Dessa forma, pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que, para tanto, o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação.

6.1.3 Satisfação

Cada pessoa é um mundo à parte que possui um mundo próprio, integrado de pensar, sentir e agir, que se desenvolve através do efeito do estímulo sobre as potencialidades humanas, como a inteligência, as aptidões, os sentimentos e as necessidades básicas. Devido às potencialidades e diferenças pessoais, ocorre o aprendizado da utilização da paciência e da habilidade para interagir em diferentes mundos e completar o universo organizado e produtivo, principalmente no trabalho (MARIANI, 2002).

A esse respeito, destacam-se as falas dos sujeitos da pesquisa:

“Eu adoro o meu trabalho aqui CEREST, realmente me realizo com o que eu venho aprendendo no longo dos anos, principalmente aprendi a ter paciência e aprendi a interagir com outras profissões”. (E4)

Partindo, portanto, dessas falas nota-se que a satisfação em realizar as atividades no CERESTs é muito significativa, revertendo essa satisfação na realização das ações em prol do trabalhador, e vindo ao encontro do trabalho em equipe, pois a maior contribuição no campo da Saúde do Trabalhador é poder trabalhar com uma equipe multiprofissional, compartilhando saberes e produzindo um novo, que se transformará na efetivação de uma política em prol do trabalhador de forma organizada e compartilhada.

A qualidade de vida no trabalho é importante, pois atualmente, no mundo todo, as organizações buscam melhorar sua eficiência e é importante visar à qualidade junto com a equipe com quem se desenvolve as ações.

“Eu me sinto satisfeito aqui no CEREST, primeiro porque eu sou uma pessoa realizada com essa temática da Saúde do Trabalhador, segundo por ter crescido profissionalmente, estou adquirindo experiência nessa área tão complexa e tão apaixonante”. (E9)

A atualização permanente de conhecimentos da equipe técnica dos CERESTs também faz parte da diretriz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, bem como a participação dos trabalhadores, considerada essencial para o diagnóstico dos riscos e, concomitantemente, para intervenção e mudança. Portanto, as ações devem ser socializadas e integradas a quem mais interessa melhorar as condições de saúde: os próprios trabalhadores. A satisfação está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato (FRASER, 1983).

“Sair de manhã e vir para o CEREST é encontrar um desafio quando o trabalhador chega até nós, eu adoro o meu trabalho, mesmo com as dificuldades que encontramos com o gestor!” (E12)

6.1.4 Sugestões

Neste contexto, cresce de importância a adoção, por parte dos gestores públicos, de políticas e ações em comunicação com o propósito de informar, sensibilizar e envolver a população brasileira nas discussões centrais ligadas à

Saúde do Trabalhador e orientadas pelas especificidades e realidades locais e regionais.

Tais ações, à medida que legitimamente prestam contas de ações de caráter público, visam preservar a dignidade de seus mandatos. Em outras palavras, enquanto responsáveis pela operacionalização de uma política pública, é fundamental que adotem ações que prestem contas à população de seus compromissos de gerenciar e dar respostas concretas às questões que lhes cabem cuidar e atender (CARMO; MAENO, 2005).

Destacam-se, sobre isso, as falas dos sujeitos da pesquisa:

“Certamente concurso público para a complementação da equipe”. (E2)

“Dedicação exclusiva, uma vez que para nos deslocarmos para outro município passamos o dia fora ou mais de um dia, isso gera um banco de horas para folgas, imagina se todos tiram folga no mesmo dia”. (E9)

“Minha sugestão é 40 horas para todos da equipe, certamente melhoraria a nossa integração, nossas ações”. (E18)

Sendo assim, os CERESTs devem desenvolver suas atividades no município sede e nos municípios de abrangência, conforme preconizado pela Portaria Nº 2.437, dando suporte técnico e científico, o que denota uma carga horária excedente para tais atividades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAS

Neste estudo, objetivou-se analisar como ocorre a inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul, descrevendo os desafios para a efetivação da Política da Saúde do Trabalhador a partir desta inserção. Para tanto, foram discutidas as transformações no mundo do trabalho, as quais vêm modificando profundamente as relações sociais nos países de sistema capitalista e nas formas de organização e gestão do trabalho.

A contemporaneidade é demarcada pelo desemprego, pela instabilidade no trabalho e sua precarização e submissão à ordem do mercado, pelo desmantelamento do sistema de proteção social e pelo questionamento da intervenção estatal no setor produtivo, desestabilizando a vida social como um todo, porque ressalta os processos de globalização e reestruturação produtiva, em detrimento das políticas públicas e dos direitos sociais. Evidencia-se que a presença dessas mudanças está associada diretamente à Saúde do Trabalhador, consolidando novos processos de trabalho; o reaparecimento e surgimento de doenças e risco no trabalho; e a construção do campo Saúde do Trabalhador e sua vertente pragmática – Política de Saúde do Trabalhador – especificamente os avanços e os desafios para a efetivação desta, a partir da inserção da equipe multiprofissional no processo de trabalho dos CERESTs do Rio Grande do Sul, cuja análise ocorreu num esforço em articular a realidade singular com a universal, já reconhecendo os limites inerentes, mas, como pesquisadora, vendo-os como desafios a serem enfrentados.

Nesse sentido, a Política de Saúde do Trabalhador no SUS é uma resultante da correlação de forças entre as classes sociais desencadeadas a partir da década de 1970, que, como demonstrado, consubstanciou o campo Saúde do Trabalhador. Dessa maneira, esta Política é uma expressão daquele campo, à medida que tem como orientação e sustentação as suas diretrizes, quais sejam: multidisciplinaridade, participação dos trabalhadores e reconhecimento do seu saber, bem como análises da relação trabalho-saúde, a partir das categorias organização e processos de trabalho. Esta Política foi sendo incorporada gradativamente como uma política pública de saúde, especialmente com a promulgação da Constituição Federal, em

1988. Dessa forma, os princípios constitucionais do SUS, calcados no atendimento universal, na descentralização e na democracia participativa se estendem à política de Saúde do Trabalhador. A Constituição de 1988, como demonstrado, oferece parâmetros legais para efetivar a atenção à saúde dos trabalhadores e como tal impõe alterações no paradigma até então vigente, o qual privilegia as ações a partir da assistência e não da atenção à saúde. Portanto, neste estudo, tratou-se de pensar a política de Saúde do Trabalhador a partir dos marcos das políticas sociais públicas que, no contexto da sociedade capitalista, é uma maneira de preservar a “ordem” do sistema, mas é também resultado das reivindicações da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e de acesso à riqueza socialmente produzida.

A política social está sujeita às mudanças postas pela correlação de forças entre as classes sociais. Na esteira dos acontecimentos, verificou-se que, em fins da década de 1980, houve avanços quanto à efetivação do campo Saúde do Trabalhador, mas, a partir da década de 1990, paradoxalmente, as políticas públicas passaram a enfrentar dificuldades em decorrência da adoção da orientação pelo Estado, a qual se sustenta na redução dos investimentos e financiamentos das políticas públicas, num processo de transferência daquelas responsabilidades para a sociedade civil. Pelo lado do mundo do trabalho, como evidenciado ao longo deste estudo, avolumam-se a precariedade das relações sociais de trabalho e salarial e, ainda, as condições ambientais e de organização do trabalho que agridem a saúde. Pelo lado da gestão da coisa pública verifica-se a diminuição do papel do Estado nas políticas sociais e sua ampliação frente ao capital. Enfim, essas mudanças confluíram para a instauração de barreiras diversas que, na Saúde do Trabalhador, se resumem no mínimo em dois pontos básicos: o crescimento das condições e situações agressoras à saúde e as dificuldades para a operacionalização da Saúde do Trabalhador como política pública. Apreender a realidade de saúde e trabalho impõe a necessidade de compreender o movimento das contradições inerentes às transformações, postas na sociedade contemporânea, em especial, a partir da contradição capital/trabalho e o papel do Estado; as demandas de trabalho tanto na produção quanto nos serviços impõem novos ritmos.

Na atualidade, além do trabalho doméstico e informal, no geral, as pessoas estão sempre trabalhando seja na hora do almoço ou nos horários de descanso:

atendendo ao telefone, enviando e-mails, vendendo produtos, entre outros – a coerência da vida passa a se dar em torno do assalariamento. A economia está mais dinâmica, o trabalho se realizou e as inovações tecnológicas desempregam sem compaixão aqueles que vivem do trabalho. A opressão imposta pelo capital tem, cada vez mais, corroído os laços de solidariedade entre a classe trabalhadora. Então, a Saúde do Trabalhador deve ser planejada também com vistas a abranger o trabalho domiciliar e informal. Desse modo, ao situar os agravos à saúde dos trabalhadores como expressão da questão social, se quis reforçar que estes não se referem à má sorte, ou ainda que seja um risco intrínseco a determinadas atividades funcionais; na realidade, estes agravos configuram indicadores de inserção social no mundo do trabalho, de condição de classe e também de gênero – é resultante da desigualdade social. Os males do trabalho na contemporaneidade já não se limitam aos fatores de risco tóxicos, ruidosos, desconfortáveis e suscetíveis a sucumbir fatalmente à vida dos trabalhadores. Os problemas estão mais relacionados ao aumento do ritmo, organização e gestão do trabalho, que podem incidir mais lentamente sobre a saúde e vida de quem trabalha. Mas é preciso ter dados sobre essa incidência, não apenas estatísticos, mas também qualitativos, como, por exemplo: entrevistas, documentários, histórias de vida, entre outras formas reveladoras da relação trabalho- saúde.

A Política de Saúde do Trabalhador não pode ser vista monoliticamente a partir do agravo já instalado, restando-lhe a assistência e a busca da reabilitação, isso é importante, mas não é tudo. Do ponto de vista da determinação social da doença, deve ser considerada a historicidade dos agravos e a visão epidemiológica, ou a relação de determinadas profissões com determinados problemas. Acredita-se que este é um ponto fundamental, pois a partir deste conhecimento se poderá lograr ações de prevenção e promoção da saúde, sociais, educativas e políticas, frente aos problemas diagnosticados. Constatou-se que, ainda, prevalece o entendimento de doenças individuais, talvez pouco divulgado.

Assim, em relação à ausência de dados acerca do questionamento sobre como adoecem e morrem os trabalhadores, verificou-se que os profissionais da saúde estão presos às demandas que chegam aos serviços, aos problemas já instalados e têm pouca disponibilidade de tempo e também institucional para as atividades extramuros. Assim, o quadro é caótico: a pressão no trabalho, a

intensidade dos ritmos, a exploração, a precarização e o desemprego conformam as condições para o adoecimento. Pode-se dizer que ainda não havia uma consonância prática desse novo campo, no interior do SUS, quando houve a disseminação dos Centros de Referência, por isso, no RS, a gestão municipal teve dúvidas em assumir o novo modelo – Saúde do Trabalhador – deparando-se com inúmeras questões ao estruturar o serviço como caráter regional: equipe interdisciplinar; autonomia dos profissionais; poder de fiscalizador para que a equipe do CEREST faça inspeções. Então, a expansão deste novo campo no SUS, no RS, acabou ocorrendo de modo parcial, sem um discurso ideológico que garantisse a Saúde do Trabalhador como parte do cotidiano dos serviços de saúde e que contemplasse a perspectiva regional, interdisciplinar, intersetorial e ainda de controle social.

Observa-se que, num primeiro momento, houve a possibilidade de ser dado o salto qualitativo, quando da inauguração dos CERESTs no RS, num total de 1 centro estadual e doze centros regionais, ocorrido dentro das proposições da RENAST. Outro fator relevante para essa adesão foi o fato de existir uma verba específica: o repasse financeiro, atualmente, trinta mil reais mensais do MS para o município sede do repasse Estadual de quarenta e cinco mil reais/mês, é um atrativo significativo para a administração pública assumir tal política. Porém, verificou-se que como a verba é gerida pelo município sede, conforme convênio entre Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde e Secretaria do Estado, não há uma homogeneidade das ações nos municípios da região frente à relação trabalho-saúde; e, mesmo os CERESTs do RS, demonstrado pelos depoimentos, deixa muito a desejar, ou seja, está muito aquém do previsto pelas normatizações do SUS. O município, enquanto gestor da política (regional) deve apresentar um Plano de Ação, entre outros documentos para a sua habilitação como município sede do Centro de Referência. É preciso também ter infraestrutura e uma Equipe Técnica devidamente preparada para não apenas operacionalizar tal Plano, mas avaliá-lo e propor mudanças. A documentação legal prevê ainda o acompanhamento e o controle dessa Política pela sociedade, no caso, por meio do Conselho Gestor do CEREST, que não foi mencionado nas entrevistas, mas essa adesão em assumir um CEREST Regional se deu sem muitas preparações técnicas, políticas e de infraestrutura.

Atrela-se ao não reconhecimento desta Política, como um eixo importante da agenda de governo, o modelo assistencialista do CEREST, configurando, pois, dois

grandes limites. A ausência de planejamento definido no seu processo de implantação demonstra que esta Política foi implantada sem metas. Não se verificou mudança na condução das ações dos CERESTs do RS. Isso, somado ao caráter assistencialista, obscureceu as funções social, educativa e política da Saúde do Trabalhador. Ainda, o fato de a equipe ser constituída por várias profissões não quer dizer que suas ações sejam multiprofissionais, tampouco que existam horizontalidade nas respectivas ações. Ademais, nos CERESTs do RS, a proposta de ser constituído por uma equipe mínima de dez profissionais, conforme relato dos sujeitos, não está sendo respeitada. Além disso, o caráter multiprofissional tem se limitado e que, razão de a equipe ser reduzida em alguns CERESTs, com apenas 3 profissionais, em consequência, provoque mudanças no modelo de atuação adotado. O caráter assistencialista assumido por vários CERESTs do RS, como ferramenta essencial da Saúde do Trabalhador, esbarra claramente nas diretrizes da RENAST. Como visto anteriormente, o modelo de Atenção à Saúde é mais amplo, uma vez que envolve ações coordenadas com outras áreas e, apesar de definir o fluxo para o atendimento individual, não se restringe à assistência à demanda que busca pelo serviço. Na realidade a assistência é apenas uma ação da Atenção à Saúde, que preza pela intersetorialidade e pelas ações de prevenção e promoção da saúde. Já as ações assistenciais são mecanismos caros, necessários, mas não efetivos frente à interrupção dos problemas.

Nesse sentido, constatou-se que as ações nos CERESTs do RS ainda se limitam às assistenciais. Alguns depoimentos, na temática Vigilância em Saúde, descrevem bem a falta de resolutividade desse modelo e a agonia dos profissionais, que, como referido anteriormente, se sentem enclausurados. As ações intersetoriais, conforme demonstraram a trajetória e os depoimentos, também não conseguiram se efetivar. Pelo lado da relação entre CEREST e rede SUS, verificou-se que o seu intercâmbio com as unidades de saúde é feito mais no sentido de estimular o preenchimento da SIST; porém, a metodologia adotada não permitiu o envolvimento e a devida compreensão dos objetivos da notificação, a qual chegou aos serviços de saúde, como um papel a mais a ser feito, já que estes têm uma demanda excessiva.

Sendo assim, da relação com as organizações de trabalhadores também não foi verificado qualquer tipo de relação ou trabalho articulado entre os sindicatos e o Centro de Referência. Em contrapartida há depoimentos enfatizando as parcerias

articuladas com as universidades, previdência social, entre outros, deixando uma lacuna em relação a trabalhos de pesquisa, no sentido de apreender o que mais acomete a saúde dos trabalhadores, na articulação de estudos acerca do funcionamento e integração da Saúde do Trabalhador na rede SUS, considerando as demandas apresentadas, reprimidas, (aquelas que não conseguem acesso) e as invisíveis ou que estão na invisibilidade social. O que apontou a pesquisa é que a demanda selecionada, ou seja, encaminhada ao CEREST, não representa a totalidade da problemática que os trabalhadores vivenciam. É necessário realizar estudos acerca do que não chega até os CERESTs, mas, na melhor das hipóteses, se fossem realizados estudos sérios seria amplamente favorável, mas, como se viu nos depoimentos, a rotina de atividades desse importante órgão está presa à aparência e, portanto, o desencadeamento das ações segue esse prisma: oferecer respostas à realidade imediata mesmo com alguns vínculos com outros órgãos da sociedade.

Nessa esteira, a coordenação do serviço é uma questão política, envolvendo o sujeito nas propostas, estruturando-as de modo que as pessoas possam desenvolver as atividades com afinco e dedicação, mas não se verificou que a coordenação do CEREST caminhe nessa direção. Assim, os CERESTs do RS ainda não conseguiram de fato ultrapassar o plano da assistência. A observação é que este acabou se tornando uma unidade receptora da demanda advinda das demais unidades de saúde, isso quando o existe o conhecimento dos CERESTs em algumas unidades. O atendimento em alguns CERESTs se dá por meio da demanda espontânea, em outros de referência e contrarreferência. Também cabe salientar que a procura pelo CEREST, na maioria das vezes, não se trata apenas de preencher documentações, há o acompanhamento médico e também fisioterapêutico, psicológico e social. Contudo, essa é a maior demanda, uma vez que a CAT ainda é um documento que instrumentaliza o trabalhador, vítima de acidente ou doença, na garantia de alguns direitos trabalhistas e previdenciários.

Assim, a partir deste modelo de atendimento, cabe reforçar o caráter passivo dos CERESTs, que aguarda os trabalhadores encaminhados. O caráter de referência se resumiu às ações pontuais que a demanda encaminhada àquele serviço requer. Sem dúvida, algumas incursões na realidade foram tentadas como atividades voltadas para a capacitação da rede básica e secundária, implantação do

SIST, digitação dos dados, organização do fluxo da saúde do trabalhador na rede de saúde, nomeação de um responsável pela Saúde do Trabalhador em cada município de abrangência.

Dentre as atividades realizadas pelos CERESTs, sinaliza-se que atividades sofreram rupturas e, diante da sua fragilidade, não se mantiveram como um fluxo normal de ações do serviço, configurando-se como dependente da apreciação do gestor e não da análise de prioridades erguida a partir das reais necessidades, sob a intervenção do controle social e, portanto, metas de uma política pública. Daí que a configuração dessas ações constituiu um fim em si mesmo. A falta de fortalecimento e preparação da rede SUS, para absorver os usuários vítimas de agravos relacionados ao trabalho, faz com que os CERESTs não logrem resultados positivos e, atualmente, tudo indica que a história se repita. Cortar o atendimento assistencial dos CERESTs implica pensar no complexo funcionamento do sistema e na sua preparação para que o trabalhador não fique “perdido” ou “jogado” de um serviço a outro. Transferir a assistência para a rede é o ideal e abre espaço para inúmeras possibilidades de ações da Equipe dos CERESTs do RS, que contemplem as características de “polo irradiador da nova cultura de saúde do trabalhador”. Entretanto, do modo como está sendo realizado, trata-se mais de uma “não política”, na medida em que a transferência vertical do atendimento para a rede não se fez a partir da adequada preparação, ou seja, da intenção de uma Política.

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador não pode chegar como um “serviço a mais”, a rede deve estar preparada para acolher o trabalhador, prestar atendimento e, sobretudo, relacioná-lo com o trabalho. Então, para que isso ocorra é preciso uma política de fortalecimento da atenção básica e que haja a sua conexão com os CERESTs, o que também não foi verificada na realidade ora estudada.

Em relação à notificação dos agravos à saúde, esta vem sendo feita parcialmente pelo SIST. Para tanto, existe na realidade uma subnotificação desses agravos, por desconhecimento da Política da Saúde do Trabalhador, o que deverá ser mais concreto nas ações dos CERESTs – envolver a sociedade e, em especial, os trabalhadores da saúde. Porém, observa-se que a estratégia adotada, que deveriam ser as reuniões em equipe dos CERESTs, diante das falas dos sujeitos isso de fato não acontece, prejudicando as ações a serem traçadas pela equipe. O

que está em jogo é a formação dos trabalhadores do SUS, para que não apenas atendam e encaminhem a demanda espontânea, mas que consigam diagnosticar o trabalho como causa necessária de muitos problemas de saúde, inclusive atentando para a demanda reprimida. Não se trata, portanto, da ação de um grupo de trabalhadores que esperam em uma reunião, diga-se de passagem, apenas ser suficiente o preenchimento do SIST, como isso já implicasse a efetivação da política de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde. Obviamente, se trata de um passo importante, mas o SIST, que é um instrumento epidemiológico necessário para a possível estruturação de ações mais amplas, que favoreçam a ruptura com o modelo de atendimento calcado nas ações assistenciais e burocráticas, em prol das ações voltadas para as atividades preventivas, multiprofissionais, intersetoriais, privilegiando a definição de um fluxo adequado e resolutivo e, ainda, a formação dos trabalhadores da saúde, inclusive para que estes possam fazer o diagnóstico e notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Observe-se, pois, que o SIST tem a dimensão social de envolver os profissionais para notificar aqueles problemas de saúde subjacentes ao trabalho e, a partir destes registros, demonstrar o que mais ocorre. Trata-se de subsídios imprescindíveis às ações interventivas, educativas, individuais e coletivas e de envolvimento da sociedade, que viabilizem a intervenção e a mudança de determinada realidade de trabalho de modo mais amplo e articulado. Acredita-se que é a partir da disponibilização dos dados e do desenvolvimento social e político com a questão, que serão construídas as estratégias políticas de ação e transformação da realidade verificada. Saber de que adoecem e morrem os trabalhadores é essencial para o conhecimento da realidade, o planejamento das ações e o envolvimento com outros serviços, em especial, os sindicatos das categorias profissionais. Porém, verificou-se que nos CERESTS do RS, estas informações não estão sendo socializadas. Acredita-se que a quem mais interessa estas informações são os trabalhadores, que, organizados, podem ser os sujeitos significativos dos processos de mudanças qualitativas da organização do trabalho.

Em outras palavras, o referencial epidemiológico é um importante instrumento para as ações do CEREST, inclusive para o embasamento do Plano de Ação, discutido durante este estudo. Derivam daí as justificativas para a alocação dos recursos e também para que outras ações possam ser brotadas, independente deste

órgão (CEREST). Desse modo, não se justifica criar um instrumento de notificação para uso restrito do Centro de Referência, isso é um desperdício de tempo e de recursos, à medida que a efetividade da Saúde do Trabalhador está dependente de ações mais amplas e políticas. Ademais, os dados epidemiológicos são de interesse público, então necessitam ser disponibilizados à sociedade, inclusive aos Sindicatos para que esta Política seja realmente efetivada. O CEREST não é uma ilha autônoma capaz de abarcar toda a problemática, bem como de resolvê-la. A resolução dos problemas verificados depende de ações conjuntas com outros órgãos – intersetoriais. Ainda em relação ao SIST, verificou-se que os serviços de saúde não têm a tradição em notificar e, quando o faz, faz pela metade, ou seja, deixa campos importantíssimos em branco – não preenchem adequadamente.

Outra questão a ser pensada é o descompromisso de profissionais que não consideram a historicidade do trabalho no momento do diagnóstico clínico ou nos atendimentos e nos acompanhamentos; desse modo, acabam não fazendo a relação de muitos problemas de saúde com a atividade funcional. Há uma precariedade dos serviços de saúde tanto em relação à preparação dos trabalhadores para a relação do problema de saúde com o trabalho, quanto de apoio ao diagnóstico, de tecnologia e de funcionários – há insuficiência de recursos humanos.

Cabe reforçar a importância da notificação dos agravos e do pensar-fazer Saúde do Trabalhador em rede, pois toda vez que for feito um atendimento à vítima de acidente ou doença relacionada ao trabalho, se for registrado ou notificado como proveniente do trabalho, já é o início para construir informações epidemiológicas necessárias à coletivização dos problemas e para a construção de ações que os interrompam, evitando, assim, que outros trabalhadores se acidentem ou adoçam. Isso inclui, indubitavelmente, um sistema normativo dotado de organização, de relacionamento entre os serviços e deve contar com a responsabilidade do Estado, mantendo a devida autonomia dos municípios, mas inserindo a Saúde do Trabalhador como uma política pública a ser assumida de modo integrado e articulado entre os serviços de saúde que congregam os Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho.

Ressalta-se a discussão em torno dos males que o trabalho possa provocar à saúde, gerando discussões e conflitos entre o que é ou não do trabalho, o que dificulta o seu registro e a conseqüente alteração do quadro atual. A determinação da categoria trabalho no processo dos agravos à saúde foi sendo construída historicamente, com a classe trabalhadora assumindo esta questão na sua pauta de reivindicação.

Contudo, a partir das mudanças do mundo do trabalho, houve o afastamento da classe trabalhadora da luta pelo trabalho de qualidade e ainda do acompanhamento das políticas públicas. O desemprego e a terceirização afetaram a estrutura sindical, pois, a partir da crise esta tenta se preservar como corporação social. Este comportamento defensivo, assumido pelas Centrais e Sindicatos na década de 1980, se tornou no decênio posterior a nova práxis da classe trabalhadora, uma vez que a ideologia praticada era a do não confronto e perda de referência de classe antagônica diante do capital. Então, há de se reforçar a perda de capacidade estratégica dos trabalhadores organizados em garantir direitos e melhorias salariais e de trabalho.

Assim, o que se observa nos CERESTs do RS é o aumento da terceirização, em especial na equipe de trabalho, o que é evidenciado pelos sujeitos da pesquisa: a falta de estrutura para e o serviço possa de manter, sem interrupções dos gestores; que sejam respeitadas as ações da equipe, que demonstra estarem satisfeitos com o serviço que realizam é usam os termos “visto a camiseta”, “abraço a causa” demonstram o comprometimento com a Política da Saúde do Trabalhador. O que se denota é uma legislação mais eficaz para que os trabalhadores da equipe do CEREST possam de fato ser respeitados em todas as instâncias. Entende-se que a Saúde do Trabalhador é um problema de saúde coletiva e não específico deste ou daquele órgão, especialmente aqueles de ações correlatas, os quais precisam conversar entre si, desenvolver ações conjuntas, somar esforços e não dividir forças. Os depoimentos apontaram também para as dificuldades de integração do gestor com os CERESTs o que provoca estranheza entre os técnicos, especialmente por que para eles o importante é trabalhar com a prevenção e não com o dano estabelecido, o que vai onerar significativamente o SUS.

Outro fator muito significativo que diz respeito a como ocorre a inserção da equipe no processo de trabalho dos CERESTs do RS, se relaciona à ausência de trabalho de equipe, sobretudo intersetorial, como uma diretriz perseguida pelo Estado na efetivação das políticas públicas. Verifica-se que nos CERESTs as ações ainda se baseiam no modelo de ações focais, o que dificulta o profissional estar participando ativamente, a partir de discussões e estudos acerca da organização e processo de trabalho em determinada situação, ainda existem profissionais, conforme relato do estudo, que preferem trabalhar individualmente, dificultando uma integração de interação de saberes compartilhados em prol do coletivo. Destaca-se também a importância da vigilância em ambientes de trabalho, com uma equipe multidisciplinar e articulada: o que resultou no estudo é o desconhecimento de como é realizado o trabalho de vigilância. Em outro CEREST, evidencia-se que a satisfação é a realização do trabalho em equipe, inclusive o preenchimento de laudos com diversos apontamentos na melhoria da vigilância, aspecto significativo, dando visibilidade deste documento a instâncias do poder público.

Assim, mesmo as ações focais, feitas a partir de denúncias, não contam com o envolvimento e tampouco socialização da realidade constatada e das medidas tomadas, isso nem mesmo entre os profissionais que compõem a Equipe do referido órgão regional. Por isso os depoimentos indicaram a falta de conhecimento acerca do que o CEREST faz – é como se esse estivesse na invisibilidade social, ou seja, não apenas as doenças relacionadas ao trabalho, devido a sua subnotificação, mas o próprio Centro de Referência é invisível, à medida que não têm autonomia, não realiza ações amplas, mas se prende às ações assistenciais em detrimento da atenção à saúde, sem uma diretriz. E, ainda, alguns centros contam com uma equipe diminuta, em termos quantitativos e qualitativos. Estes problemas necessitam não apenas de visita a uma fábrica ou a um ambiente de trabalho específico, mas de estudos aprofundados que envolvam a categoria, o setor econômico e os vários órgãos públicos de ações correlatas.

Contudo, o que se verificou na realidade ora estudada é a reprodução da segmentação de responsabilidades e de poder, assim, se reproduz o histórico desenvolvimento das ações focais e pontuais com forte prejuízo para a Saúde do Trabalhador como um todo. Reforça-se que os CERESTs do RS têm se limitado às ações segmentadas, pontuais e individuais. A Política está voltada para dentro dos

serviços e marcada pela falta de diálogo e trabalho em equipe no estabelecimento e efetivação das diretrizes, das normas e legislações da área. Soma-se a esse problema o Plano de Ação do CEREST, que poderia servir de base para os representantes dos municípios da região, pois, segundo as entrevistas, é um dos fatores como sugestão de que possa ser indicado pelo Secretário de Saúde do município de abrangência e também do município sede.

Nesse sentido, um dos grandes desafios para a efetivação da política de Saúde do Trabalhador nos CERESTS do RS é a mobilização dos movimentos sociais, dos sindicatos, dos profissionais da saúde e das universidades comprometidos com a luta dos trabalhadores, no sentido de oferecer ações educativas que instrumentalizem a sociedade, os conselheiros acerca do que é o controle social e também a política de Saúde do Trabalhador. Mas para isso é necessário que existam as possibilidades práticas de participação, ou seja, conforme preconizado pela portaria do CEREST, que o Conselho Gestor deve contar com uma gestão democrática, inclusive no momento da sua formação, uma vez que as deliberações do referido Conselho devem ser respeitadas. O Conselho Gestor é um importante mecanismo para o envolvimento social, enfim, para a democracia; não se pode permitir que este seja veículo de manobra política e, ainda, que funcione apenas como uma exigência burocrática para o recebimento dos recursos.

Ademais, deve ser frisado que embora se acredite no potencial da participação da classe trabalhadora, reconhece-se que o pragmatismo e o viés econômico dos sindicatos vêm frustrando a organização coletiva e a construção da cultura participativa nas políticas públicas. A Saúde do Trabalhador tem como principais características, que a difere dos modelos (MT e SO), a ampla participação dos trabalhadores, a atuação de disciplinas diversas além da área biológica ou da engenharia, ou seja, a atuação é multiprofissional, interinstitucional e sua efetivação se dá a partir das políticas públicas; contudo, os CERESTs do RS vêm se mantendo. As principais dificuldades podem ser expressas: na carência de recursos humanos das equipes; na dedicação de infraestrutura inadequada ao funcionamento deste serviço; na indisposição da administração para a formação continuada da equipe, sendo inclusive vetados cursos importantes; na coordenação do serviço a cargo de profissionais indicados com pouca disponibilidade de tempo para se envolver com a Política nos moldes da RENAST e da atenção à saúde; na incorporação de ações de

vigilância em saúde do trabalhador fragmentada e desconexa da Política em si; na ausência de uma estrutura articuladora dos serviços públicos, ficando “cada um no seu canto”, desqualificando as diretrizes dos CERESTs; a concepção da Política a ser desenvolvida; a falta de estrutura dos serviços de saúde públicos para desenvolver o olhar epidemiológico frente à Saúde do Trabalhador, bem como na perspectiva prevencionista; as dificuldades para ações intersetoriais, regionais, entre outros limites para o embate que o controle social poderia ensejar.

Resta, notadamente, claro que as dimensões social, educativa e política da Saúde do Trabalhador no RS são pouco desenvolvidas. Então, a rede de saúde pública precisa se adequar, se reorganizar para fazer saúde e não apenas tratar de doentes e doenças; com isso não se está negando os avanços trazidos pelo SUS, somente quer-se registrar que ainda há um enfoque sobre a lesão apresentada ou o indivíduo que a apresenta, deixando as causas, especialmente àquelas relacionadas ao trabalho para um plano posterior, ou, o que é pior, não se pensa no processo social dessas enfermidades – é preciso investir em ações de educação permanente em saúde. Fica registrada a necessária atuação do CEREST na formação dos profissionais da saúde, para que estes possam desenvolver os instrumentos de registros dos agravos à Saúde dos Trabalhadores e o seu fluxo resolutivo tanto no nível primário (rede básica), secundário (especialidades), terciário (atendimento hospitalar) quanto nos serviços de urgência e emergência.

Este estudo possibilitou perceber muitos limites no processo de implantação e efetivação da política de Saúde do Trabalhador no RS, mas não se pode perder de vista que também existem avanços. Ao fechar este estudo verifica-se que, embora os resultados das ações dos CERESTs sejam demasiadamente modestos para superar ou intervir nos ambientes e processos de agravos à saúde dos trabalhadores, considera-se que este serviço iniciou uma nova cultura. Apesar de no momento estar estagnada, não deixa de ser um avanço, como referido pelos entrevistados o simples fato de já existir um setor dentro do SUS, específico para a Saúde do Trabalhador já é um avanço.

Acredita-se, pois, que a evolução, o desenvolvimento e o sucesso desta Política podem estar dependentes de maiores envolvimento da sociedade civil, especificamente por meio do controle social, que precisa acompanhar e questionar

mais os gestores acerca das questões da política de Saúde do Trabalhador. A universidade pode encabeçar e estimular maiores pesquisas acerca da relação trabalho-saúde e também da efetividade das políticas públicas. O MS, ao fazer uma auditoria, como do CEREST, necessita dar continuidade ao acompanhamento e verificar se as mudanças propostas realmente foram efetivadas. Ora, o mesmo deve ocorrer por parte do Estado e dos municípios da região. O que não pode continuar a acontecer é esta Política ser tratada como uma problemática apenas do município sede, sem envolvimento da parte dos munícipes da região. Como discutido, a classe trabalhadora também precisa se articular para defender e efetivar a referida Política, cuja participação no Conselho Gestor pode ser um dos mecanismos.

Lembra-se que nos Conselhos de Saúde, a polarização de interesses pode estar representada entre gestores administradores públicos, prestadores de serviços indústria da saúde, trabalhadores da saúde e usuários. Daí se acredita que a participação dos usuários e trabalhadores nos Conselhos de Saúde representa uma possibilidade da correlação de forças entre as classes e implica, talvez, dar visibilidade às demandas populares, bem como introduzi-las no interior do Estado. O controle social, especificamente por meio do Conselho Gestor, precisa estar mais articulado com os CERESTs do RS, pois é a partir deste órgão que ocorre a fiscalização frequente de onde e como estão sendo gastos os recursos públicos, se determinado serviço se encontra em dificuldades, quais as prioridades a serem seguidas, enfim, é a democratização dos gastos públicos e a forma de se fazer política, conquistada a duras penas.

Considera-se a potencialidade deste Centro frente à contenção dos agravos, a organização da rede para absorver os trabalhadores lesionados e reabilitá-los, notificar os problemas, na interlocução com as instituições de ensino para a realização de estudos de grande amplitude; nas ações intersetoriais com DRT, INSS e vigilâncias e, ainda, nas ações educativas. Mas, há que se considerar, todavia, que, para alcançar essas intencionalidades é necessário que ocorram mudanças significativas na gestão do CEREST, do sistema de saúde como um todo, especificamente em relação a sua integração.

Para finalizar, muito se tem falado em Saúde do Trabalhador, mas efetivamente as ações ainda deixam muito a desejar. Pois, evidenciou-se um grande

descompasso entre o que a legislação propõe e o que é realizado pelos CERESTs do RS. Deve ser frisado que se faz necessária a realização de estudos que se proponham a diagnosticar e avaliar o processo de efetivação da política de Saúde do Trabalhador, bem como estudos setoriais acerca dos processos de trabalho e dos agravos que acometem os trabalhadores.

Acredita-se que a composição das equipes dos CERESTs do RS, os quais têm um papel no processo de produção e reprodução material e social da força de trabalho, têm muito a contribuir no campo Saúde do Trabalhador. Enseja-se sejam realizadas análises profundas sobre o papel do Estado, Sindicatos e empresas nessa questão, quem sabe, assim, se construam as possibilidades reais para dar substância às ações do CEREST e que seja assegurado um trabalho honrado, digno e cidadão. Encerra-se então esta discussão com a citação: “Cada vez que se faz um trabalho sem subir um degrau, não se aposta em si. E para subir um degrau é preciso arriscar”. (Suzana Amaral)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

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

ALVES, Giovane. **Dimensões da reestruturação produtiva**. Ensaios de Sociologia do Trabalho. Bauru: Práxis, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6 ed. São Paulo: Boitempo, 2003.

AUGUSTO, L. G. S; FREITAS, C. M. de. O princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. 1995, v.3, n.2, p. 85-95. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231998000200008>. Acesso em: 31 out. 2011.

AUGUSTO, L. G. S. A construção de indicadores em saúde ambiental: desafios conceituais. In: MINAYO, M. C. C.; MIRANDA, A. C. (Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Departamento de Vigilância da Saúde. Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância da saúde do trabalhador**. Salvador: EGBA, 1996.

BARCELOS, C. A construção de um sistema de indicadores socioambientais. In: MINAYO, M. C. C; MIRANDA, A. C. (Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 313-29.

BARROS, Aidil Jesus da Silva; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARROS, F. S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A (Orgs.) **Trabalho em equipe sobre o eixo integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS, 2007.

BERKOW, Roberto (ED). **Manual Merck de medicina**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 1990.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CETESB Hucitec, 1983.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRAGA JÚNIOR, David. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. PNSST**. Saúde, pela efetivação das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, entre elas, a Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005, capítulo 1, 2005.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, (1998) Portaria Federal MS nº 3.908, de 30.10.1998. Aprova a Instituição Normativa de Vigilância em saúde do Trabalhador.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Brasília, 2006.

BRASIL, **Constituição** (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: >http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 set. 2011.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B - Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá

outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 dez. 2005. Disponível em: ><http://www.saúde.gov.br/dab/legislação.php>. Acesso em: 18 out. 2010.

BRASIL. Portaria Nº 2437/GM, de 07 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n 236, 9 de dez. de 2005. Seção I, p.78-80.

BRASIL. Portaria nº 1679/GM, de 19 de Setembro de 2002. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.183, 20 set. 2002.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CABALLERO, Martin M. et al. Prevalence and factors associated with burnout in a health area. **Atención Primaria**, n. 27(5), p. 313-317, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando saúde**. São Paulo: Hucitec. 1992.

CAMPOS, G. W. S; BARROS, R. B; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2003.

CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo, v. 6, 1998. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Série Saúde & Cidadania)

CARVALHO, A. I. Política de saúde e organização setorial do país. Escola Nacional de Saúde de Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CARVALHO-FREITAS, M. N. **A Inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras**. Um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho. 2007. 316f. Tese (Doutorado em Administração) – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e autonomia**. 2 ed. Ver. amp. Petrópolis: Vozes, 1996. 292 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online], 2005, v.9, n.16, p.161-168. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Acesso em: 21 out. 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1981.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o programa saúde da família. **Rev.Bras. Enferm.**, v.53, n. esp., p.143-7, 2000.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do Trabalho. In: ROCHA, E.et al. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

CORRÊA. **Desafios para o controle social:** subsídios para a capacitação de conselheiro saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CORTES, S. M. V. Balanço da experiência de controle social, para além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. 11. In: Conferência Nacional de Saúde, Cadernos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CUTOLO, L. R. A. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R.; WENDAUSEN. A.L.P. (Orgs.) **Interdisciplinaridade e saúde.** Itajaí: Universidade Itajaí, 2007.

CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEJOURS, C. A. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 54, v. 14, abr./jun.1986.

DIAS, Elisabeth Costa. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde:** aspectos históricos, conceituais normativos e diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

DIAS, E. C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, p. 61-85, 1995.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS) no Brasil:** realidade, fantasia ou utopia? Campinas, 1994. (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. 1994. 335 p.

DIAS, E. C; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações em saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

DIAS, E. C. (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Série A – Normas e manuais técnicos).

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo assistencialista. **Estudos de Psicologia Pública e Saúde**, v.1, 2007.

FACCHINI, L. A. et al . Sistema de Informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857-67, 2005.

FRASER, T. M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach.** Germany: International Labour Office; 1983.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.17 (3), p. 607-616, maio/jun. 2001.

GOMES, R. A. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2005, v.10, n.4, p. 797-807. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>. Acesso em: 17 set. 2011.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acogida y vínculo: prácticas de integralidad en la gestión de los cuidados en salud en grandes centros urbanos. **Interface - Comunic. Saúde**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. 2005.

GUERRA, Iolanda. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social.** São Paulo: Cortez, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária.** São Paulo: FUNDAP, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. A intersectorialidade da ação social. **Boletim de Conjuntura Política Social.** São Paulo: FUNDAP, nov./dez.1994.

LACAZ, F. A. C. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, F. S. da; JARDIM, S. (Orgs.) **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Te Corá, p. 19-63, 1997.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5(1), p.151-161. Rio de Janeiro, 2000.

LACAZ, F. A. C. Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(supl), p. 489-490, 2000.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LEOPARDI, Maria Tereza. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral.** Rio Grande: Ed. GRAFurg, 1999.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS**: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.21-34, set/dez. 2000.

MARIANI, E. J. Relações humanas nas empresas hoje. **Revista Científica Eletrônica de Administração**, ano I, n. 3, jun. 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia; KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MARTINS, D. A. **Estresse ocupacional e qualidade de vida em trabalhadores de manutenção de aeronaves de uma instituição militar brasileira**. 2005. 232 p Dissertação (Mestrado) Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande- MS, 2005.

MARX, Karl. **O capital**. Crítica da economia política. Tradução de Reginaldo Sant' Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

MATTOS, R. A (Org.) **Trabalho em equipe sobre o eixo integralidade**: valores saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS, 2005.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde do SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1996.

MENDES, J. M. R.; WUNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n.115, p.153-163, 2007.

MENDES, René; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, n. 5, São Paulo, 1991.

MENEZES, I. V. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In: CODO, W. (Org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004.

MERHY, E. E. ; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Saúde**, Rio de Janeiro, 1991.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 6, p. 109-116, 2000.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em S (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). CEBES. Rio de Janeiro, 2002.

MERLO, A. R. C. **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul**. Realidade, pesquisa e intervenção. Porto alegre: Ed. UFRGS, 2004.

MINAYO, C. Gomez. Saúde do trabalhador: novas – velhas questões. **Saúde coletiva**, v. 10, n. 4, Rio de Janeiro, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 13 (supl. 2), p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S. M. F. 2003. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8(1), p.125-13, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução da III Conferência Nacional do Trabalhador – RENAST. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Coletânea de Textos. Brasília: 2005, p.83-89.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Educação. Porto Alegre: PUCRS, nº 37, p.7-32, mar. 1999.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 5 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

MOTA, Ana Elizabete. **O serviço social na contemporaneidade**: a “questão social” e as perspectivas ético-políticas. Disponível em: <www.cfess.org.br/Frentes_XXIX_EncNac_CFESSCRESS_Anexo2.htm>. Acesso em: 17 nov. 2011.

MOTTA, J. I. J. O processo saúde/doença. In: TEIXEIRA, P. (Org.) **Curso de aperfeiçoamento em biossegurança on-line**. Rio de Janeiro: Educação a Distância EAD/ENSP, 2000. Unidade II. Módulo 7.

MOURA, R. M. F. O processo de trabalho da equipe multiprofissional em centro de saúde: (vi) vendo e indagando. **Anais**. Congresso da ABRASCO, 1994. Olinda/PE.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A. R. C. (Org.). **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

NOBRE, L. C. C. A prática atual de saúde do trabalhador: nós críticos. In: ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Anais (Mesa Redonda) Brasília, 16 a 18 de jun. de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995, p.95-113.

OLIVEIRA, S. G. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 2 ed. São Paulo: LTr, 1998.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** (Tese). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2005.

PINHO, O. S; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, n.15(3), p. 329-336, 2007.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 50 p.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequência para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, n.53, p. 251-63, 2000.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

RODRIGUES, R. M; RAIMUNDO, C. B; SILVA, K. C. Satisfação dos usuários dos serviços privados de fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. **Rev Perspectivas Online**, n. 4(14), p.163-180. 2010.

SANCHEZ, Mariana de Oliveira et al. **Atuação do CEREST nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro**. 2009, v.18, suppl.1, p. 37-43. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500006>. Acesso em: 15 set. 2011.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

SELIGMAN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SELIGMAN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA FILHO, F. S da. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, F. S. da; JARDIM, S. (Orgs.) **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p. 19-63.

SOMAVILLA, Vera da Costa. **Comunicação em saúde**: entre as expectativas de saúde das mulheres do meio rural e a prática dos profissionais da rede pública. 2001. 123 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional), UNISC, Santa Cruz; 2001.

SOUTO, Dalphnis. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: SENAC, 2003.

SOUZA, A. M. A; SANTOS, I. **Processo educativo nos serviços de saúde**. OPAS, Brasília, 1993. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1)

SOUZA, Luis Carlos de (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SPAGNUOLO, Regina Stella; BALDO, Renata Cristina Silva; GUERRIN, Ivan Amaral. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; VILELA, R. A. G. (Org.). A saúde do trabalhador e a saúde ambiental. Piracicaba: CRST. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, n. 119, p. 143-151, 2003.

TAMBELLINI, A. M. T; CÂMARA, V. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1998.

TEIXEIRA, Maria da Gloria; RISI JUNIOR, João Baptista. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAIOL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda., 1999.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnossemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2000.

THÉBAUD-MONY, A. Relações sociais e instituições de prevenção na França frente à intensificação do trabalho. In: MERLO, A. R. C.(Org.) **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul**: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

TORREIRA, Raúl Peragallo. **Manual de segurança industrial**. São Paulo: MCT Produções Gráficas, 1999.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; MENDES, Renato Wey Berti; GONÇALVES, Carmem Aparecida H. Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.32, (115): 29-40, 2007.

WUNSCH FILHO, V. Câncer em sua relação com o trabalho. In: MENDES R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

WÜNCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 1995.

APÊNDICE A – Carta-convite

Porto Alegre, de janeiro de 2011.

Prezado Senhores:

Eu, _____, coordenador (a) do Centro de Referência em Saúde do trabalhador da Região _____, conheço o protocolo de Pesquisa “A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO RIO GRANDE DO SUL: PROCESSO DE TRABALHO E OS DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A pesquisa será desenvolvida por MARISTELA COSTA IRAZOQUI, Assistente Social do CEREST Macro Sul, sob Orientação da Profª. Drª Beatriz Regina Lara dos Santos.

O início desta pesquisa, com profissionais dos CERESTs do RS, só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social/PUCRS e, posteriormente, da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,

Coordenador do CEREST

Carta do Chefe de Serviço

**APÊNDICE B – Formulário dirigido aos coordenadores dos CEREST do RS
para subsidiar a captação dos sujeitos da pesquisa**

APÊNDICE C – Formulário utilizado na entrevista

1. Entrevista nº _____
2. Sexo _____
3. Data de Nascimento _____ Idade _____
4. Email _____
5. Formação profissional _____
6. Tempo de formação _____
7. Especialização: (Sim) (Não) _____
8. Cargo no CEREST _____
9. Tempo do cargo no CEREST _____
10. Carga Horária no CEREST _____
11. Outra atividade além do CEREST? Em caso de positivo, qual?
12. Como se desenvolve teu trabalho no CEREST?
13. Quais as atividades que desenvolves?
14. Na tua opinião, quais das funções estabelecidas para o CEREST são atendidas?
15. Em que locais desenvolves tuas atividades?
16. Na tua opinião, quais as competências/habilidades são necessárias para desenvolveres tuas atividades?
17. Quais as estratégias que utilizas para realizar as ações e atividades?
18. Como ocorre a divisão do trabalho da equipe no CEREST?
19. Como ocorre a comunicação entre os trabalhadores da equipe e destas com os usuários, gestores e controle social?

20. Como ocorre a relação da equipe do CEREST com os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento?
21. Na tua opinião, há compartilhamento de saberes e práticas entre os profissionais da equipe?
22. Existem projetos multiprofissionais?
23. Na tua opinião, quais os fatores que facilitam e os que dificultam a realização das atividades para atender as funções do CEREST?
24. Na tua opinião, qual a satisfação dos profissionais do CEREST com o trabalho desenvolvido?
25. Quais são as tuas sugestões para a melhoria do processo de trabalho da equipe a qual pertence?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Título da Pesquisa

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO RIO GRANDE DO SUL: PROCESSO DE TRABALHO E OS DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

II. Justificativa, Objetivos e Metodologia

A presente pesquisa é coordenada pela aluna do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, **Maristela Costa Irazoqui**, sob orientação da **Professora Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos**, cujo objetivo é conhecer como se desenvolve o processo de trabalho da equipe multiprofissional dos CEREST do RS, a fim de qualificar as ações em Saúde do Trabalhador. A metodologia a ser utilizada envolve sua participação no preenchimento de questionário e entrevista, coordenado pela Assistente Social Maristela Costa Irazoqui. O tempo de duração aproximado para responder as perguntas e entrevista será de 1 hora e 30min. O teor das suas respostas será analisado pela pesquisadora de forma agregada às respostas dos demais participantes.

III. Desconfortos

Os participantes que não quiserem responder ou sentirem qualquer desconforto durante a pesquisa terão liberdade de desistência. E, ainda, aqueles que participarem da pesquisa, mesmo não sentindo qualquer desconforto, poderão desistir e se retirar a qualquer momento.

IV. Benefícios

Os resultados deste estudo buscam contribuir com subsídios para a qualificação das ações em Saúde do Trabalhador e efetivação da Política de Saúde

do Trabalhador. Sendo assim, a pesquisa não oferece nenhum benefício direto ou particular aos sujeitos entrevistados.

V. Liberdade na Participação e Contrato de Sigilo

Fica estabelecido que todas as informações que decorram da entrevista ficarão armazenadas na Faculdade de Serviço Social da PUCRS pelo período de 5 anos. Estas informações somente serão utilizadas para fins de análise na composição do artigo da pesquisa e publicações científicas. Todas as publicações e relatórios que vierem a ser realizadas não permitirão a identificação dos sujeitos participantes de pesquisa, sendo resguardado o sigilo sobre esta participação.

Eu, _____ (participante) fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora da equipe Maristela Costa Irazoqui certificou-me de que todos os meus dados de identificação nesta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa.

Caso tiver qualquer pergunta sobre este estudo, sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso contatar a pesquisadora pelo telefone 51-3320-3646. Esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação pelo Comitê de Ética da PUCRS, fone 3320-3345 e e-mail: cep@pucrs.br.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____	_____
Participante	Nome
_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome

Este formulário foi lido para _____
 (nome do participante) em ____/____/____ (data) pelo _____
 (pesquisador) enquanto eu estava presente.