

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro”

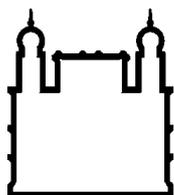
por

Milena Maria Cordeiro de Almeida

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira
Segundo orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Milena Maria Cordeiro de Almeida

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Fátima Sueli Neto Ribeiro

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A447 Almeida, Milena Maria Cordeiro de
Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a
dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro. /
Milena Maria Cordeiro de Almeida. -- 2012.
105 f.

Orientador: Oliveira, Simone Santos Silva
Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Saúde do Trabalhador. 2. Vigilância em Saúde do
Trabalhador. 3. Vigilância da População. 4. Promoção da Saúde.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11098153

A meus pais e irmão, família amada que se fez sempre presente superando a distância, e aos profissionais do NUSAT e representantes sindicais, que compartilharam comigo seus saberes e experiências.

AGRADECIMENTOS

Expresso aqui a minha gratidão a todos que participaram da minha trajetória acadêmica carioca, especialmente:

À minha orientadora Dr^a. Simone Santos Oliveira, pelas novas perspectivas apresentadas e pela confiança depositada;

Ao professor Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, não por acaso, co-orientador deste trabalho, grande exemplo de mestre, com quem aprendi uma das maiores lições dessa trajetória: o pensar compartilhado e a construção solidária do conhecimento científico;

Ao Dr. Marcelo Moreno, pelo novo caminho apresentado, que me levou à FIOCRUZ, me proporcionando assim, grandes encontros e experiências;

À professora Dr^a. Maria Helena Barros de Oliveira, pelo apoio e incentivo constante;

Aos profissionais do NUSAT e representantes sindicais entrevistados, pela confiança e receptividade a mim e ao meu trabalho;

À Ana, Júlia, Luciana, Fernanda, Patrícia, Zaíra e Jacque, amigas proporcionadas pelo mestrado e que já fazem parte da minha vida. Nenhuma palavra seria suficiente para agradecer o afeto, a companhia e o respeito, regados a boas risadas e algumas lamentações, que transformaram o Rio de Janeiro em uma morada tão confortável quanto minha casa baiana;

Aos colegas do Grupo Pistas, pelos encontros e reflexões importantes;

Ao Grupo de Direito Humanos e Saúde (GDHIS), pelo apoio, amizade e experiências compartilhadas

À Renato, o maior amigo de todos, cuja presença física e espiritual transformou até os piores momentos nas melhores risadas;

À meus amigos baianos, em especial Clarissa, Paloma, Daniela, Fernanda, Thais, Daniel, Bruno, Alexandre e Emanuel, que se fizeram presentes em meio à distância física e que, por vezes, se fizeram presentes em visitas divertidíssimas ao Rio de Janeiro;

À Jocely, que além de grande amiga, me deu carinho e colo de mãe;

À minha família, que me ensinou que através do amor e respeito se superam as distâncias e diferenças culturais;

À Cremildes, que além de ajudar na administração da casa e dos ânimos da família, cuidou de mim nas minhas visitas à Salvador;

Aos amigos Nádia, Tia Maria, Tatiana e Aluizio que, em meio às vidas atribuladas, acompanharam e apoiaram minha trajetória em terras cariocas;

Aos amigos pelo mundo afora, que em meio às atribuições de morar longe, compartilham comigo suas melhores notícias, me fazendo uma pessoa mais feliz;

Aos professores e coordenadores da Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, pelo compartilhamento de saberes e apoio em todo o período do mestrado;

Ao CNPQ, pelo período de apoio financeiro para a efetivação do presente trabalho;

Aos professores Dr^a Fátima Sueli Neto Ribeiro, Dr. Jorge Mesquita Huet Machado, Dr^a. Jussara Brito e Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena, pela disponibilidade e generosidade ao aceitarem fazer parte dessa banca, enriquecendo ainda mais a experiência proporcionada por esta dissertação;

A todos, enfim, o meu sincero muito obrigada.

Se os frutos produzidos pela terra
Ainda não são
Tão doces e polpudos quanto as peras
Da tua ilusão
Amarra o teu arado a uma estrela
E os tempos darão
Safras e safras de sonhos
Quilos e quilos de amor
Noutros planetas risonhos
Outras espécies de dor

Se os campos cultivados neste mundo
São duros demais
E os solos assolados pela guerra
Não produzem a paz
Amarra o teu arado a uma estrela
E aí tu serás
O lavrador louco dos astros
O camponês solto nos céus
E quanto mais longe da terra
Tanto mais longe de Deus
(Gilberto Gil)

RESUMO

O conjunto de reflexões do presente trabalho partiu da compreensão da Vigilância em Saúde do Trabalhador como instância privilegiada na transformação das relações saúde, trabalho e ambiente. Dessa forma, optou-se por investigar a dinâmica dos saberes e práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro. Tal interesse se fundamenta na observação de que apesar dos avanços significativos, tanto no campo conceitual, como na ampliação de recursos legais na Saúde do Trabalhador, na prática acontece um afastamento da capacidade de intervenção do Estado e da produção de conhecimento científico. Assim, o produto deste trabalho busca contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de articulação entre os saberes e de uma reavaliação das práticas, promovendo conhecimento e uma aproximação entre o saber e o fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. Para tanto, foi realizado um estudo de campo com abordagem qualitativa na instância de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As informações obtidas neste estudo foram construídas a partir do levantamento documental, da observação participante e principalmente das entrevistas com os atores envolvidos nesse processo: três gestoras, cinco técnicos e três representantes sindicais atuantes neste processo. A análise qualitativa dos dados foi realizada a partir da contextualização sócio-histórica dos momentos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro e as entrevistas tratadas por meio de análise de conteúdo, organizando-se a discussão através das seguintes unidades de análise: papel e o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, estruturação dentro da Vigilância Sanitária, relações intra e intersectoriais, mudanças políticas e o potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Partindo de uma percepção acadêmica de estagnação, a observação prática acabou representada pela atuação da vigilância, de maneira descontínua, instável e aparentemente invisível, mas em movimento. Os resultados apontam para a perspectiva de aproximação da Saúde do Trabalhador às ações da Promoção e Vigilância da Saúde, com práticas contextualizadas e integradas às necessidades do território. Seguindo por esse caminho, a Vigilância em Saúde do Trabalhador enfim se conformaria como um campo de atuação transversal da Saúde do Trabalhador, sob a influência dos contextos social e político da estrutura e território em que sua atuação está inserida e dos atores envolvidos neste processo.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Vigilância da Saúde. Saúde, trabalho e ambiente.

ABSTRACT

This dissertation attempts to understand Worker's Health Surveillance as a service which is an important instance in the transformation of relationships of health, work and the environment. We investigate the dynamics and knowledge of the Worker's Health Surveillance service in Rio de Janeiro. This interest is based on the fact that despite significant advances both in the concept and the widening of the legal resources of Worker's Health, there is in practice a gap in the work of the State and academia. This work outlines the need for articulation between academic developments and a reevaluation of practices through knowledge and proximity between knowledge and the work of the Worker's Health Surveillance. Qualitative field work was carried out at the office of the Worker's Health Service of the Municipal Health Secretary in Rio de Janeiro. The information obtained in this study came from document research, direct observation and interviews with the actors involved in the process: 3 managers, 5 technicians and 3 trade union representatives. The qualitative analysis of the data was carried out according to a socio-historic context of Worker's Health Surveillance in Rio de Janeiro and the interviews underwent content analysis and then were discussed from the following points of analysis: the role and concept of Worker's Health Surveillance, its role in Health Surveillance, intra and intersectorial relations, policy changes and the potential for action/transformation of Worker's Health Surveillance. From an academic perception of stagnation, the work of the service was perceived as intermittent, unstable and invisible but active. The results indicate the need to bring Worker's Health closer to the work of Health Promotion and Surveillance using practices which are contextualized and integrated into the needs of the locality. In this way, Worker's Health Surveillance will finally complement the Worker's Health programmes under the influence of social, political and local contexts where the work is taking place and therefore be influenced by the actors involved.

Keywords: Worker's Health. Worker's Health Surveillance. Health Surveillance. Health, work and environment.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ALERJ - Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AP - Área Programática
BE - Boletim de Emergência
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
CEDAE - Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERER - Centro de Referência para o controle da exposição ao ruído nos locais de trabalho
CESTEH - Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CIAT - Comunicação Interna de Acidente de Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
COMLURB - Companhia Municipal de Limpeza Urbana
CONSEST - Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
COSAT - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
CPE - Coordenação de Programas Especiais
CREA - Conselho Regional de Engenharia e Agronomia
CST - Coordenação da Saúde do Trabalhador
CVA - Centro de Vigilância Ambiental
DIREH - Diretoria de Recursos Humanos
DRT - Delegacia Regional do Trabalho
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FISPQ - Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico
FMS - Fundo Municipal de Saúde

FRI – Ficha de Reclamação Interna

FUNDACENTRO - Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GDHIS - Grupo de Direitos Humanos e Saúde

GVC - Gerência de Controle de Vetores

GST - Gerência de Saúde do Trabalhador

GT - Grupo de Trabalho

HMLJ - Hospital Municipal Lourenço Jorge

HMMC - Hospital Municipal Miguel Couto

HMSA - Hospital Municipal Souza Aguiar

HMSF - Hospital Municipal Salgado Filho

HOSPUB - Sistema integrado de informatização de ambiente hospitalar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPUB - Instituto de Psiquiatria

LOM - Lei Orgânica Municipal

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS - Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e do Emprego

NESC - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

NR - Norma Regulamentadora

NUSAT - Núcleo de Saúde do Trabalhador

PCMAT - Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Programa de Saúde do Trabalhador

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RJ - Rio de Janeiro

SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SES - Secretaria Estadual da Saúde

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMAC - Secretaria Municipal de Meio Ambiente
SMS - Secretaria Municipal da Saúde
SMSDC - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SNVS - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
SRTE - Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
S/SCZ - Superintendência de Controle de Zoonoses e Fiscalização Sanitária
SSC - Superintendência de Saúde Coletiva
ST - Saúde do Trabalhador
SUBASS - Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde
SUBVISA - Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
SUBPAV - Subsecretaria da Promoção, Atenção Primária e Vigilância a Saúde
SUIPA - Sociedade União Internacional Protetora dos Animais
SUS - Sistema Único de Saúde
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
VISA – Vigilância Sanitária
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A PERSPECTIVA DO SABER.....	17
1.1 A Saúde do Trabalhador.....	17
<i>1.1.1 O campo da Saúde do Trabalhador.....</i>	<i>17</i>
<i>1.1.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador.....</i>	<i>26</i>
1.2 A Vigilância Sanitária.....	31
<i>1.2.1 A institucionalização da Vigilância Sanitária.....</i>	<i>32</i>
<i>1.2.2 As especificidades da Vigilância Sanitária.....</i>	<i>35</i>
1.3 A Vigilância da Saúde.....	37
<i>1.3.1 Os limites e possibilidades da integração das vigilâncias.....</i>	<i>38</i>
<i>1.3.2 A Vigilância contextualizada da saúde.....</i>	<i>39</i>
2 A PERSPECTIVA DA INVESTIGAÇÃO.....	42
2.1 Metodologia.....	42
3 A PERSPECTIVA DO FAZER.....	47
3.1 Contextualizando os resultados.....	47
<i>3.1.1 Primeiro momento.....</i>	<i>48</i>
<i>3.1.2 Segundo momento.....</i>	<i>50</i>
<i>3.1.3 Terceiro momento.....</i>	<i>53</i>
3.2 Resultados e discussão.....	55
<i>3.2.1 Papel e conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador.....</i>	<i>56</i>
<i>3.2.2 Estruturação dentro da Vigilância Sanitária.....</i>	<i>61</i>
<i>3.2.3 Relações intra e intersetoriais.....</i>	<i>66</i>
<i>3.2.4 Mudanças políticas.....</i>	<i>74</i>
<i>3.2.5 Potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador.....</i>	<i>78</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS: REFLEXÕES SOBRE O SABER E O FAZER.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES.....	96

INTRODUÇÃO

*"O sonho obriga o homem a pensar."
(Milton Santos, 2001)ⁱ*

O conjunto de reflexões do presente trabalho partiu da compreensão da Vigilância em Saúde do Trabalhador como instância privilegiada na transformação das relações saúde, trabalho e ambiente. Optou-se por investigar a dinâmica dos saberes e práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, tendo como campo da pesquisa o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador deste município.

Tal compreensão parte da idéia da vigilância como campo de ação da Saúde do Trabalhador que abrange os serviços de saúde e a pesquisa e afasta-se da visão que considera a vigilância como prática de saúde independente. A atuação da vigilância no campo da Saúde do Trabalhador deve estar incorporada aos serviços de saúde, à assistência aos trabalhadores, procurando coletivizar um evento individualizado pela abordagem clínica, além de privilegiar o estudo das questões entre saúde e trabalho e tornar públicas essas informações ¹.

O interesse pelo tema Vigilância em Saúde do Trabalhador aconteceu durante minha atuação profissional como fisioterapeuta. A reflexão sobre as relações entre a saúde e o trabalho foi instigada por uma dificuldade de lidar com as queixas dos indivíduos que me procuravam rotineiramente para a reabilitação de problemas de saúde crônicos. A reincidência das queixas e o sofrimento desses, além de provocar uma insatisfação como profissional da área da saúde, gerou uma inquietação sobre as possibilidades de entender o processo de adoecimento e de atuação antes que este estivesse instalado.

Ainda não tinha clareza sobre quais possibilidades, mas decidi mudar de estratégia e iniciar uma nova trajetória. Esse impulso me fez mudar de Salvador, minha cidade natal, para o Rio de Janeiro, inicialmente com a inscrição em um curso de pós-graduação *lato sensu* em Sistemas de Gestão Integrados em Saúde, Meio Ambiente e Segurança do Trabalho na Faculdade do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial no Rio de Janeiro (SENAC/RJ). A princípio não houve uma identificação com o curso e ao conversar sobre minhas intenções com o coordenador, o professor Marcelo Moreno dos Reis, fui orientada a tentar uma aproximação com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

ⁱ Em: "Encontro com Milton Santos: O mundo global visto do lado de cá", documentário do cineasta brasileiro Sílvia Tandler. Documentário conduzido por uma entrevista com o geógrafo e intelectual baiano Milton Santos (1926–2001), gravada quatro meses antes de sua morte.

Assim, no segundo semestre de 2008, fui selecionada como aluna especial da disciplina Saúde e Trabalho - trajetória política a partir de marcos históricos, legais e conceituais, coordenada pelos professores Luiz Carlos Fadel Vasconcellos e Maria Helena Barros de Oliveira do programa da pós-graduação da ENSP. A experiência na disciplina representou a primeira aproximação teórica com o campo da Saúde do Trabalhador, como também uma experiência prática de construção de conhecimento, através de saberes diferentes, de maneira solidária e compartilhada.

Através da disciplina conheci a Vigilância em Saúde do Trabalhador, campo de prática articuladora de ações. Neste momento iniciei uma reflexão crítica sobre um possível distanciamento entre os saberes e as práticas no campo da Saúde do Trabalhador. Principalmente através da compreensão que a trajetória do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil inaugurou uma crise de paradigmas, quando sua inclusão no âmbito do SUS caracterizou o campo como estrutura política e institucional na dimensão do Estado, subordinando as dimensões que tratam das relações saúde-trabalho às bases doutrinárias e diretrizes de ação à política governamental ².

Paralelamente à experiência na disciplina, fui convidada a compor a equipe interdisciplinar do projeto intitulado “Avaliação dos processos e ambientes de trabalho e construção de um modelo de propostas normativas relativas ao adicional de insalubridade na Fundação Oswaldo Cruz”, ligado à Coordenação de Saúde do Trabalhador da Diretoria de Recursos Humanos da FIOCRUZ (CST/DIREH/FIOCRUZ). Nesta inserção tive a oportunidade de participar de avaliações dos ambientes e processos de algumas Unidades dentro da FIOCRUZ através de uma construção coletiva e compartilhada de informações com grupos de trabalhadores da Instituição.

Então, articulando o conhecimento construído com a disciplina e a experiência prática proporcionada pela aproximação a uma proposta de vigilância e promoção em saúde do trabalhador na FIOCRUZ, e incentivada pelo Coordenador do Projeto e professores do Grupo de Direitos Humanos e Saúde (GDHIS/FIOCRUZ), fui estimulada seguir estudando as relações entre saúde e trabalho. Tal fato culminou com minha seleção no Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, na subárea Saúde, Trabalho e Ambiente.

A partir de então, delimito o objeto do presente trabalho como a dinâmica dos saberes e das práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador, indagando o estado atual das práticas desta no Rio de Janeiro e as possibilidades de ação neste contexto. Tal interesse se fundamenta na observação de que apesar dos avanços significativos, tanto no campo conceitual, como na ampliação de recursos legais na Saúde do Trabalhador, na prática

acontece um afastamento da capacidade de intervenção do Estado e da produção de conhecimento científico.

Somados aos desafios do próprio campo, também estão os problemas relacionados ao momento do trabalho contemporâneo. As mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais de produção nos últimos vinte anos constituem uma crise sistêmica atingindo os trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas trabalhistas e as propostas formuladas pela Saúde do Trabalhador, além de sua produção científica³.

Além disso, no levantamento bibliográfico realizado para o presente trabalho em algumas das principais bases brasileiras de pesquisa científica, foi observada a limitada publicação de artigos científicos sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador, principalmente baseados em experiências práticas.

A compreensão do cenário atual da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, seus desafios e perspectivas a partir dos atores envolvidos neste processo, e o compartilhamento destas informações, promoverá uma reflexão sobre os saberes e práticas desse serviço, com a intenção de potencializar essas ações. Neste sentido, o produto deste trabalho busca contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de articulação entre os saberes e de uma reavaliação das práticas, promovendo conhecimento e uma aproximação entre o saber e o fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Para tanto, o objetivo geral foi compreender a dinâmica dos saberes e práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro. E a partir desse, os objetivos específicos: conhecer a estrutura formal da Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do SUS; levantar as principais ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro; verificar as relações intra e intersetoriais, além dos órgãos envolvidos nessas ações; identificar o papel dos distintos atores envolvidos nesse processo, tanto dos especialistas como do movimento sindical e compreender os principais desafios e perspectivas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no contexto atual.

Esta dissertação foi estruturada em três capítulos seguidos das considerações finais. Os três capítulos foram desenvolvidos a partir da perspectiva do conhecimento científico relacionado ao tema e objeto, da metodologia utilizada na investigação e por fim das práticas da Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro.

No primeiro capítulo é apresentado o contexto da Saúde Pública no Brasil através de quatro eixos: a Saúde do Trabalhador, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a Vigilância Sanitária e a Vigilância da Saúde. Na primeira seção apresentamos os marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador, além do processo de consolidação do campo ainda em curso.

Também no desenvolvimento da Saúde do Trabalhador é apresentado o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a sua institucionalização como prática, além de seus princípios, desafios e perspectivas. A segunda seção apresenta a Vigilância Sanitária, por ser esta a instância prática das vigilâncias e por seu atual papel estrutural para a Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro. Na compreensão desta vigilância e suas diferenças com as demais, desenvolve-se sua trajetória, desde sua prática com ações sanitárias através do poder de intervenção do Estado até a institucionalização da mesma. Além de suas características e desafios dentro de uma perspectiva de integração com as demais vigilâncias. A terceira seção apresenta a Vigilância da Saúde como perspectiva mais moderna e integradora de ação, uma vez que se reconhece a complexidade dos problemas de Saúde Pública. Também é desenvolvida sua origem e interface com o conceito da Promoção da Saúde, iniciando uma reflexão sobre a necessidade de redefinição das práticas de vigilância, e especificamente de uma efetiva incorporação das questões da saúde e trabalho nessas práticas.

O segundo capítulo apresenta a trajetória da metodologia utilizada, desde seu planejamento inicial até as adequações realizadas com a aproximação ao campo. A partir de uma abordagem qualitativa realizou-se levantamento de documentos, observação participante e entrevistas. No desenvolvimento desta trajetória é apresentado o método utilizado na análise dos dados e o modo de sua organização.

O terceiro capítulo apresenta a perspectiva do fazer da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, ou seja, os resultados obtidos com a pesquisa de campo e a discussão dos mesmos. Inicialmente é realizada uma contextualização do cenário político institucional da Saúde do Trabalhador, mais especificamente da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro. Tais informações serão importantes para a compreensão contextualizada da discussão dos resultados. Esta discussão acontece na segunda seção deste capítulo, através da apresentação dos depoimentos dos entrevistados e da ponderação destes com o estado da arte do conhecimento científico sobre os temas discutidos.

Na última parte são apresentadas as considerações finais, onde a perspectiva do saber e a perspectiva do fazer entram em debate, explorando os conflitos, os desafios e as perspectivas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro.

1 A PERSPECTIVA DO SABER

*“O mundo é formado não apenas pelo que já existe, mas pelo que pode efetivamente existir.”
(Milton Santos, 2001) ⁱ*

Este capítulo tem como objetivo traçar os marcos teórico-políticos da Saúde Pública no Brasil através de quatro eixos: a Saúde do Trabalhador, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a Vigilância Sanitária e a Vigilância da Saúde. A partir desta apresentação serão explorados os princípios, as concepções, as influências e o desenvolvimento das políticas públicas desses quatro eixos, representando também a trajetória do saber utilizada na reflexão e delimitação do objeto do presente trabalho.

1.1 A Saúde do Trabalhador

Esta seção pretende delinear a trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil, buscando identificar o contexto do seu surgimento, apresentar as suas influências, as principais concepções e princípios e sua relevância, através dos marcos teórico-políticos do campo.

A partir desta trajetória serão desenvolvidos o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, suas estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção.

1.1.1 O Campo da Saúde do Trabalhador

O conceito da Saúde do Trabalhador desponta na década de 1970 como contraposição aos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Desde então, o campo da Saúde do Trabalhador vem tomando corpo através do desenvolvimento de suas teorias, práticas e regulamentação no âmbito da Saúde Pública. No Brasil, a política de atenção à saúde dos trabalhadores vem sendo construída e implementada desde meados dos anos 1980, com sua evolução ainda em curso.

Entre as décadas de 1960 e 1970, as novas políticas sociais mundiais incorporam princípios adquiridos com o avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública. As influências desse avanço científico levaram ao questionamento das

abordagens funcionalistas, ampliando assim, o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho ⁴. Ao citar a Medicina Social e os movimentos sociais classistas deste período, entramos numa reflexão essencial na construção do campo da Saúde do Trabalhador e dos princípios defendidos pela centralidade do trabalho na vida dos indivíduos e ainda da incorporação desse conceito pela saúde.

Segundo Rosen ⁵, os proponentes da medicina como uma ciência social empregavam esta como uma conveniente formulação conceitual sob princípios definidos de forma resumida: a saúde como interesse societário direto e a sociedade com a obrigação de protegê-la e assegurá-la a seus membros; as condições sociais e econômicas impactando sobre a saúde e doença e portanto carecendo de investigação científica e a necessidade de ações sociais e médicas para promover a saúde.

A partir desse reconhecimento da relação dos fatores sociais com as condições de saúde introduzido pela Medicina Social, promoveu-se a consciência pública do impacto da Revolução Industrial na saúde de milhões de pessoas e a necessidade de investigação de questões como habitação precária, ocupações perigosas e excessiva mortalidade e morbidade. Pode-se então afirmar que a referência e a recorrência às questões relativas à temática saúde e trabalho transitaram pelas preocupações da Saúde Pública – Medicina (Preventiva) Social desde o século XVIII, e este vai representar o campo de saberes e práticas que tratará do advento do capitalismo e da Revolução Industrial sobre as populações urbanas ⁶.

É importante salientar que o desenvolvimento da Medicina Social se deu de maneira diferente nos países, de acordo com as características específicas das condições, tradições e problemas de cada país e, especificamente no caso do Brasil, em um contexto marcado por um particular atraso na industrialização do país. Desta maneira, na origem da medicina social brasileira, as ações de controle sobre o meio ambiente eram atribuição desta e objetivavam uma atuação sobre causas sociais das doenças dos trabalhadores, identificando estas doenças como uma morbi-mortalidade relacionada ao meio social ⁶.

Uma vez detectada a necessidade do estudo da saúde-doença enquanto processo social sucedeu-se uma série de tentativas com relação a como transformá-la em objeto científico específico ⁷. Um desafio a ser enfrentado era o de estabelecer um marco interpretativo capaz de superar a mera justaposição dos diferentes corpos de conhecimento e técnicas de investigação dos processos de trabalho e avançar em direção uma rearticulação e uma inovação que permitisse gerar uma compreensão diferente da realidade ⁷.

Para Noriega ⁸, o ponto central para estudar e entender a saúde deveria transformar-se e a tarefa prioritária com esse objetivo seria conseguir um maior controle por parte dos

trabalhadores sobre os elementos que determinam seu perfil de saúde e enfermidade, isto é, que esses tivessem a possibilidade de dirigir seus processos vitais: o trabalho, as formas de consumo, de organização, de cultura, de lazer, ou seja, da maneira de reproduzir-se na sociedade. O fundamento teórico específico nessa análise, utilizada por Laurell e Noriega⁷, foi o uso do processo de trabalho em sua acepção marxista como categoria central na análise da produção social do nexo biopsíquico humano, fundamento este, do campo da Saúde do Trabalhador, utilizado como marco teórico no presente trabalho.

Se para o capital, o processo de trabalho é o meio do processo de valorização, para o trabalho é o âmbito primário da luta contra a exploração⁷. Na prática, este processo leva à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e trabalho. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa⁴, a resposta mais radical nesta luta contra a exploração foi dada pelo Modelo Operário Italiano, que sustentava a classe operária como sujeito principal e indispensável na geração de conhecimentos nesse processo.

O Modelo Operário Italiano foi originalmente formulado por um grupo de operários e profissionais em Turim, Itália, no final dos anos 60 e posteriormente converteu-se no sustentáculo da luta pela saúde desenvolvida pelo Movimento Operário Italiano⁷. Os pressupostos básicos desse modelo foram: a não-delegação, expressa pela recusa em transferir para técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento obtido pelos grupos submetidos às mesmas condições de trabalho – grupos homogêneos – e a validação consensual, resultante da discussão coletiva das avaliações que pautariam os processos reivindicatórios^{9,10}.

Esse movimento social dos trabalhadores introduziu significativas mudanças na legislação do trabalho, ao exemplo da Itália com a implantação do Estatuto dos Trabalhadores, incorporando os princípios fundamentais do movimento dos trabalhadores tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores, o acompanhamento da fiscalização e a melhora das condições e ambientes de trabalho¹¹. O modelo italiano chega a ser sustentado como a proposta metodológica mais provada no terreno da investigação-ação conseguindo uma mudança radical na correlação de forças no terreno da reivindicação e abrindo um ciclo de luta social anticapitalista⁷.

A concepção do Modelo Operário Italiano traz questionamentos em relação ao processo de produção de conhecimento e entre a teoria e a prática, colocando ao centro a subjetividade operária e a não-delegação⁷. É importante salientar que essa premissa metodológica da interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber

emanado da experiência e sujeitos essenciais visando uma ação transformadora, é considerado paradigmático e serve de contraponto a formas hegemônicas de construção de conhecimento e intervenção nos locais de trabalho ⁴.

As premissas defendidas por esse movimento e modelo chegaram ao Brasil na década de 1970, em um momento histórico marcado por um processo de reorganização social, fim da ditadura militar e redemocratização do país ¹². Tais premissas interpretadas em um contexto de influência da Medicina Social Latino Americana, com o apoio da união organizada de entidades e pessoas cujos objetivos e manifestações articuladas no cenário social e político culminaram com a Reforma Sanitária Brasileira e a conformação do campo da Saúde do Trabalhador.

Neste contexto de reflexão crítica quanto à limitação dos modelos vigentes, criam-se os alicerces para o surgimento dessa nova forma de compreender a relação trabalho-saúde, de intervir nos ambientes de trabalho e de introduzir na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira ⁴. No Brasil, a Reforma Sanitária é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional, que emergiu como parte da luta pela democracia, alcançando a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹³.

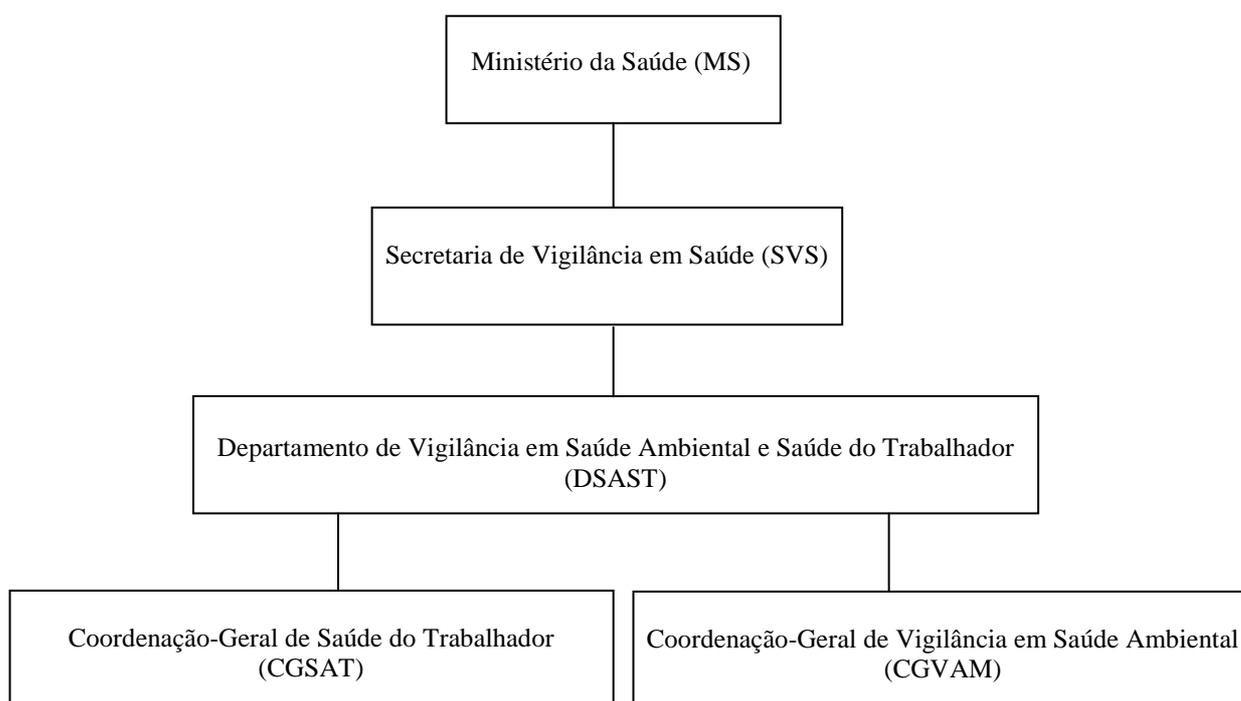
Através da promulgação da Constituição Federal de 1988 e suas legislações regulamentadoras e complementares no Brasil, consolidam-se as propostas de reforma do sistema de saúde. Esta incorpora uma nova lógica de unicidade do sistema e transferência de poder, através da descentralização e desconcentração, da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e da introdução do controle social nas práticas do setor. Assim, também se inaugurou uma política nacional de Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde ¹⁴. Segundo Lacaz ¹⁵, a proposta de políticas públicas influenciadas pelo campo Saúde do Trabalhador conferiu protagonismo aos serviços públicos de saúde no momento que incorporaram a atenção, integrando a assistência e a vigilância à saúde da população trabalhadora.

Para Dias e Hoefel ¹², mesmo com a consolidação das atribuições da Saúde do Trabalhador no plano legal e institucional do SUS, uma difícil trajetória se desenhava a frente para se fazer cumprir a lei e inserir efetivamente essas ações no sistema de saúde brasileiro, uma vez que, tradicionalmente, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência. Além disso, a Saúde do Trabalhador também estava sendo incorporada no organograma e práticas do Ministério da

Saúde (MS) nos níveis estaduais e municipais do SUS, mas a compartimentalização dessas estruturas dificultava a implementação de uma atenção integral à saúde dos trabalhadores¹².

No decorrer dos últimos anos, a Saúde do Trabalhador segue ocupando âmbitos diferentes dentro da estrutura do SUS, podendo fazer parte da estrutura da Vigilância, da Assistência ou de outras instâncias administrativas, dependendo do formato institucional vigente¹². Atualmente, a instância nacional da Saúde do Trabalhador encontra-se organizada no Ministério da Saúde dentro da estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), onde estão reunidas a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) e a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM)¹⁶. Esta organização pode ser visualizada no organograma a seguir, de maneira simplificada, uma vez que estão excluídas as demais secretarias do Ministério da Saúde e unidades da Secretaria de Vigilância em Saúde (FIG. 1).

Figura 1 – Organograma Simplificado da Instância Nacional da Saúde do Trabalhador



Fonte: Elaboração própria

Segundo Dias et al¹⁶, essa organização foi orientada pelo paradigma que correlaciona trabalho, ambiente e saúde e pela pressão de setores dos movimentos sociais, começando, assim, a desenhar possibilidades de ação integrada nesses campos, o que tem sido seguido por estados e municípios no país. Sendo considerada importante, também, para a consolidação das

ações do SUS na Vigilância à Saúde do Trabalhador, abrindo a perspectiva de institucionalização da vigilância dos ambientes do trabalho no SUS e consolidando de fato a incorporação da Saúde do Trabalhador, em sua essência, no sistema público de saúde do país¹⁷.

Além das dificuldades estruturais do próprio SUS e dos conflitos de interesses característicos das relações entre trabalho e saúde, no contexto histórico do Brasil, principalmente a partir dos anos 90, tomavam corpo mudanças radicais na forma de organizar e gerenciar o trabalho e de reorientar as ações do Estado, na perspectiva do chamado Estado mínimo¹². Tal fato, em sintonia com um processo mais global, gerou consequências que se estendem até a atualidade, como o desemprego estrutural, a precarização do trabalho e o crescimento do setor informal, com perda dos direitos trabalhistas e previdenciários¹².

A instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi uma tentativa de reverter este cenário de fragmentação e desarticulação dos saberes e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no SUS. Assim, no final de 2002, uma oportunidade política no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, permitiu a criação da RENAST e, a partir de 2003, esta passa a ser a principal estratégia da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador dentro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS¹².

Através da RENAST, a Saúde do Trabalhador foi pensada como rede, criada no contexto do SUS, com a intenção de unir e criar interações entre os serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade responsáveis e engajados na questão da saúde dos trabalhadores¹⁸. O principal objetivo desta rede é a articulação das ações de Saúde do Trabalhador na perspectiva da intrasetorialidade, voltadas à assistência, à vigilância, e promoção da saúde, garantindo a atenção integral à saúde dos trabalhadores¹⁷.

A RENAST, instituída, tinha o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada e de maneira articulada entre as esferas de governo¹⁹. Também através da RENAST, as ações de Saúde do Trabalhador estariam organizadas e articuladas a partir de três contextos: rede de atenção básica e do Programa Saúde da Família; rede de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e ações na rede assistencial de média e alta complexidade¹⁸.

Em meio às críticas sobre os resultados esperados e à necessidade de efetuar ajustes e incorporar novas formas de atuação, a RENAST foi sendo revista e ampliada por meio de novas normativas, que também dispõem sobre sua estruturação, em 2005 por meio da Portaria nº 2.437 de 07/12/2005, e em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728 de 11/11/2009^{20, 21}. As críticas diziam respeito fundamentalmente ao caráter assistencial que foi assumido pelos CERESTs, e que segundo Vasconcellos²², compromete a capacidade potencial destes de revolucionar a área de Saúde do Trabalhador, seguindo uma linha mais ideológico-utópica e transformadora.

Inclusive, a primeira proposta de RENAST surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador, na época ainda chamados de Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) em sua maioria²². Os PSTs foram importantíssimos e deram visibilidade à área da Saúde do Trabalhador nas décadas 1980 e 1990, mas o isolamento destes dentro da estrutura intrasetorial vinha esgotando a capacidade de contribuição para avanços²².

A RENAST possibilitou a habilitação de Centros de Referência em todo o país, especialmente por meio de incentivos financeiros. Assim também foi instituído o papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como centros de suporte técnico e científico, pólos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças e, ainda, lócus de articulação inter e intra-setorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência²⁰.

Para tanto, foram planejados dois tipos de CERESTs: os Estaduais e os Regionais, cabendo aos Estaduais, elaborar e executar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, acompanhar os planos de ação dos CERESTs Regionais, a participação da pactuação para definição da rede sentinela e a contribuição para as ações de Vigilância em Saúde²⁰. Já aos Regionais, cabe capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas e apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes e agravos à saúde relacionados ao trabalho²⁰.

Mas na prática, o que acontece é que esses Centros acabam por assumir atribuições que deveriam ser da rede de serviços do SUS, especialmente na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para Vasconcellos²², uma nova estruturação como rede inteligente depende dos Centros se livrarem da incumbência assistencial, uma vez que hoje a questão do acolhimento é enfatizada, inclusive de maneira individualizada, sendo insuficiente para atender as necessidades do coletivo de trabalhadores. Para este autor, o papel do CEREST é

estabelecer, com a categoria de trabalhadores, estratégias de acolhimento e demais procedimentos junto à rede. Tarefa árdua, mas resolutiva, inclusive porque o acolhimento individualizado nestes Centros mantém a invisibilidade do processo produtivo causador dos problemas²².

Além disso, o problema não está em si na RENAST, mas na concepção de um SUS sistêmico que estruture devidamente a área da Saúde do Trabalhador de maneira articulada, mesmo que ainda seja necessária uma análise de qual tipo de estruturação poderia dar conta da complexidade da intervenção e da atenção à saúde do trabalhador²¹. Inserções diferenciadas na estrutura do SUS, ora na assistência, ora na vigilância, ora em gerências de planejamento provocam disparidades na utilização dos recursos, problemas de autonomia na decisão, limitação do alcance de ações e baixo nível de interlocução²¹.

A implantação dos CERESTs redesenha o mapa das desigualdades regionais na oferta de serviços em saúde do trabalhador, superando-a, na medida em que atinge uma distribuição adequada, com pequenas diferenças. Não se dispõe de muitos dados sobre a infraestrutura, capacidade instalada e pessoal desses Centros, ou as ações que estão sendo desenvolvidas, mas são reconhecidas as diferenças, o que limita as informações sobre acesso, cobertura, resultados e adequação da oferta para as demandas regionais respectivas¹⁷.

Em uma pesquisa realizada para conhecer a organização e o funcionamento dos CERESTs Regionais em Minas Gerais, no período de 2002 a 2007, contribuindo para a avaliação do desenvolvimento da RENAST neste estado, os resultados mostraram dificuldades na definição do papel do CEREST, dilemas sobre a priorização de ações de assistência ou vigilância, necessidade de capacitação das equipes e dificuldades para articulações intra e intersetoriais²³.

Então, as dificuldades da estruturação da RENAST também representam as dificuldades da implementação das ações da Saúde do Trabalhador como rede dentro do SUS. Leão e Vasconcellos¹⁸ apontam os seguintes pontos de crise: a ausência de uma concepção de integralidade; a ênfase desproporcional no assistencialismo; a ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; a heterogeneidade da inserção institucional dos Centros de Referência; o reconhecimento impróprio dos membros dos CERESTs em relação a seu papel; e a ausência de uma missão estruturante.

Em uma avaliação recente da RENAST coordenada pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSAST), intitulada 1º inventário de Saúde do Trabalhador, foram identificados três grupos de CERESTs com graus distintos de implantação: um que pode ser considerado com implantação adequada, outro em processo de implantação e um terceiro em

fase inicial ²⁴. Recomendando-se a aproximação desses três grupos em um processo de integração em rede, mediado pela RENAST, via contatos regionais e programas de qualificação dos profissionais para exercício da gestão e da melhoria da capacidade de resposta dos próprios serviços. E também a aproximação com outras instâncias das redes de atenção à saúde do SUS e interação com outros setores e movimentos sociais ²⁴.

Segundo Minayo-Gomez ²⁵, para a consolidação da Política de Saúde do Trabalhador é de fundamental importância o fortalecimento e o melhor aproveitamento dos espaços de deliberação do SUS e de suas instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores dos CERESTs, Fóruns de Saúde do Trabalhador, entre outros. Sendo necessário superar o que seria um mero participacionismo, de modo que os agentes do controle social contribuam ativamente na formulação, negociação, implantação e avaliação das políticas de saúde e trabalho ²⁵.

Um fato recente que aponta para essa consolidação é a elaboração e divulgação para consulta pública e discussão, em julho de 2011, de uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Uma iniciativa do DSAST/SVS/MS, que avaliará as proposições apresentadas, elaborando a versão final da PNST. Esta política indica os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados nas três esferas de gestão no que se refere à Saúde do Trabalhador, ampliando a perspectiva de consolidações desses no SUS.

Para Vasconcellos e Machado ²⁶, o desafio de se refletir sobre a formulação de uma PNST coloca a necessidade do resgate de um conceito ideológico e político da Saúde do Trabalhador perdido entre marcos conceituais, em que persistem visões técnico e medicocêntricas, além de resistências corporativas e institucionais ao ingresso do trabalhador como sujeito da construção do campo.

Segundo esses atores, o grande desafio atual parece ser encontrar estratégias de entrada nas políticas de Estado direcionadas para as relações saúde, produção e desenvolvimento, mais condizentes com preocupações assumidas pelo mercado hoje, como o desenvolvimento sustentável ²⁶. E nesse cenário, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é situada como ponto estratégico de avanço, desde que asseguradas a chancela do desenvolvimento sustentável e uma remodelação metodológica necessária para enfrentar novos desafios ²⁶.

1.1.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador

A partir da apresentação do campo da Saúde do Trabalhador, observamos que este é marcado por influências sociais e políticas e, assim, a política de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil vem sendo construída e desenvolvida. Na Vigilância em Saúde do Trabalhador, esse desenvolvimento tem buscado a superação das concepções clássicas da vigilância sanitária e epidemiológica e da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, revisando competências institucionais, incorporando outros atores sociais e avançando em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial ²⁷.

As experiências de desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do sistema de saúde brasileiro, também foram influenciadas pelos princípios do Modelo Operário Italiano e pelo movimento sanitário brasileiro, inicialmente caracterizado por um forte cunho sindical e acadêmico e, posteriormente, generalizado pela Lei Orgânica de Saúde, base do Sistema Único de Saúde – SUS ²⁸.

Através dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs) no Brasil, os serviços de Saúde Pública começam a articular as ações de assistência e vigilância dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional englobando órgãos como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) e a Universidade. Tornando públicas as informações e dados sobre a saúde dos trabalhadores, com uma abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, valorizando o saber dos trabalhadores ²⁹.

A partir dessas experiências e dos saberes implicados nestas, a Vigilância em Saúde do Trabalhador começou a ser desenvolvida como uma estratégia de transformação das relações entre saúde, trabalho e ambiente e, assim, um espaço privilegiado de investigação e intervenção do campo da Saúde do Trabalhador. Também é importante salientar que a introdução da Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS expressou o desejo de desenvolver a capacidade de intervenção do Estado, numa perspectiva distinta da intervenção tradicional, levando em consideração os diversos determinantes sociais envolvidos com a relação da saúde com o consumo, o trabalho, o meio ambiente e até mesmo sobre o desenvolvimento ³⁰.

Embora persistam entendimentos variados, a definição de Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser generalizada e corresponde a um processo de articulação de ações intrasetoriais de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores, com seu objeto específico delimitado na investigação e intervenção na relação

do processo de trabalho com a saúde, na interseção de dois campos de atuação da Saúde Pública: a Vigilância em Saúde e a Saúde do Trabalhador³¹.

Para Machado²⁸, entre a construção da ciência e os processos de vigilância existe uma ação dialética, na qual a ciência busca a verdade do saber e a vigilância busca o saber para agir, e nesse processo é gerado conhecimento através da articulação de saberes específicos. O desenvolvimento das ações de vigilância representa a possibilidade da conexão entre diferentes instâncias executoras pela característica decorrente do objeto da Vigilância em Saúde do Trabalhador, tanto dentro do próprio SUS, em uma perspectiva intrasetorial, quanto entre instituições além do sistema de saúde, configurando pontes intersetoriais²⁸.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador requer pela natureza de suas práticas uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intrasetorial³¹. Assim, componentes básicos da abordagem interdisciplinar da Saúde do Trabalhador como os sociais, técnicos e epidemiológicos, se articulam de maneira que não predominem vieses tecnicistas, sociológicos ou sanitários, quantitativos ou qualitativos³¹.

Dentro desta perspectiva da articulação de diferentes saberes, disciplinas e atores, a construção e o compartilhamento de informações torna-se essencial para o desenvolvimento das ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Segundo Machado²⁸, a informação é elemento deflagrador e de avaliação dessas ações, sendo essencial à vigilância. Para Vasconcellos e Machado³², ter a informação em saúde não necessariamente leva à ação, porém é o primeiro passo para que o Estado e a sociedade organizada, ao exemplo dos sindicatos, possam interromper situações que causam danos à população.

Na produção dessas informações para as ações em vigilância são requeridos diferentes olhares: olhares sobre diversas fontes, olhares intra e intersetoriais, olhares interprofissionais e interdisciplinares³². Como a vigilância é ação em torno de um objeto complexo, que pretende transformar a relação entre processo de trabalho e saúde, faz-se necessária a recorrência a múltiplas fontes, como dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e do Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN), e incorporar múltiplos parceiros, ao exemplo da articulação intersetorial com o Ministério Público, os Ministérios do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social, além de múltiplos saberes, articulando o conhecimento técnico e o dos trabalhadores³².

Vasconcellos e Machado³² reiteram que a Vigilância em Saúde do Trabalhador não tem como existir sem a participação dos trabalhadores, uma vez que a garantia de mudança das condições de trabalho ocorre quando esses demonstram força política exigindo

mecanismos de transformação das situações que agridem a saúde e participação ativa nas ações.

Entretanto, mesmo reconhecida a importância dos princípios da intra e intersectorialidade e da interdisciplinaridade, na prática ocorre uma fragmentação e um pequeno grau de articulação dos componentes envolvidos no processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Apesar de tentativas de integração interministerial em nível nacional, da institucionalização de instâncias articuladoras regionais e mesmo de ações locais²⁸.

Somado a isso, em consequência das profundas mudanças no mundo do trabalho, existe hoje um baixo nível de mobilização das organizações de classe que repercute nas estruturas de controle social, onde a representação dos trabalhadores é pouco efetiva para garantir nos conselhos a inclusão e priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde²⁵.

Em relação à regulamentação, desde a promulgação da Constituição Federal, das constituições estaduais logo a seguir e da Lei Orgânica da Saúde, várias iniciativas foram sendo tomadas para institucionalizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS e um fato relevante neste sentido foi a emissão, em 1 de julho de 1998, da Portaria n.º 3.120, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS³³.

Através desta Portaria, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é conceituada como:

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (Portaria nº3120, 1998, p.2).

O propósito da Instrução Normativa, conforme descrito nesta, é de fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de vigilância e instrumentalizar os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho³³.

A partir da Instrução Normativa são considerados como objetivos da vigilância conhecer a realidade para transformá-la, buscando um aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, com a adoção de metodologias capazes de estabelecer diagnósticos situacionais, dentro do princípio da pesquisa-intervenção, e avaliar de modo permanente os seus resultados no sentido das mudanças pretendidas³³.

Para tal, a Vigilância em Saúde do Trabalhador baseia-se tanto nos princípios do Sistema Único de Saúde, quanto ampliando sua abordagem tendo em vista a complexidade e a abrangência do seu objeto, através dos seguintes princípios: universalidade; integralidade das ações; pluriinstitucionalidade; controle social; hierarquização e descentralização; interdisciplinaridade; pesquisa-intervenção e caráter transformador³³.

Porém, embora esta regulamentação traga um conjunto de informações fundamentais para o desencadeamento de ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador e reconheça a importância da formação dos atores envolvidos nesse processo, não existe uma metodologia consolidada tanto para a realização das ações como para na formação dos atores envolvidos nestas.

Para a compreensão do cenário brasileiro da Vigilância em Saúde do Trabalhador foi realizado um levantamento bibliográfico em duas importantes bases científicas de publicação eletrônica, a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada nas duas bases através do descritor vigilância em saúde do trabalhador, em todos os índices, delimitando-se para publicações referentes ao Brasil, uma vez que o objeto do presente estudo concentra-se no sistema de saúde brasileiro.

Na base SciELO foram encontradas 33 referências, com ano de publicação entre 1991 e 2011, sendo que 27 desses foram publicados entre 2001 e 2011, destacando o ano de 2011 com seis publicações. Desses artigos, 19 são baseados em experiências práticas de serviços de Saúde do Trabalhador, com mais da metade desses referindo-se a experiências da região Sudeste do país, e, dentre esses, cinco referentes a experiências no estado do Rio de Janeiro.

Na base BVS foram encontradas 40 referências, com ano de publicação entre 1980 e 2011, porém com repetição de sete artigos já contabilizados na descrição da base SciELO. As outras 33 publicações são representadas por teses, artigos, monografias e documentos resultantes de congressos e conferências. Dessas, 14 publicações são referentes a experiências práticas de Saúde do Trabalhador, com destaque para as teses. Também se destacam as experiências da região Sudeste, com seis publicações referentes a experiências no Rio de Janeiro.

Considerando a relevância das bases científicas e do período de tempo contemplado no levantamento bibliográfico, pode-se afirmar que a produção referente à Vigilância em Saúde do Trabalhador é limitada, principalmente em relação às publicações baseadas em experiências práticas. Tal fato dificulta a compreensão do cenário atual brasileiro das ações de Saúde do Trabalhador, impedindo também o compartilhamento dos saberes e práticas envolvidos nestas. Porém também é necessário reconhecer que como o levantamento

bibliográfico foi realizado em bases científicas, também existe uma limitação da amplitude do mesmo, uma vez que muitos documentos e textos referentes à Vigilância em Saúde do Trabalhador não alcançam publicação no formato de produção científica.

Dentro de um contexto teórico e político, a implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador tem sido desenvolvida no setor saúde do Brasil por grupos institucionais localizados em vários pontos do país resultando em experiências distintas, em dependência das potencialidades de cada região e relacionadas à qualidade de organização dos trabalhadores, às políticas regionais, à estrutura organizacional, à qualidade dos profissionais envolvidos e às influências advindas das instituições acadêmicas ³¹. Assim, o processo de superação de um cenário institucional é incipiente e permeado por uma série de conflitos, alguns deles corporativos, ainda relacionados às disputas no campo das práticas institucionais, como entre os fiscais do Ministério do Trabalho e os profissionais do SUS ³¹.

Pode-se afirmar inclusive que o cenário ainda é o mesmo de pelo menos vinte anos atrás, quando Minayo-Gomez e Thedim-Costa ⁴ reiteram que apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Os autores ainda afirmam que tal fato já colocava em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação e ainda o fato de que a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho ⁴. Cenário não muito distante do atual, mesmo passados mais de vinte anos de construção de saberes, práticas e regulamentações no campo da Saúde do Trabalhador.

Ainda nessa direção, Facchini ³⁴ afirma que para o avanço na construção do sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador no país, será necessário que os trabalhadores participem ativamente do reconhecimento de acidentes e morbidades prioritárias e de seus principais determinantes, fortalecendo o controle social, familiarizando os trabalhadores com os desafios da formulação e deliberação de políticas de saúde.

Em contrapartida também se reconhece a importância do saber técnico na construção desse processo. O próprio Modelo Operário Italiano reconhecia que os trabalhadores podiam agir como protagonistas do processo, porém não ocupar o espaço com um monólogo, assumindo a importância da participação médica, de outras categorias sanitárias, do Estado, das universidades e dos institutos de pesquisa ⁹.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa ⁴, a garantia de um desfecho favorável na produção de conhecimentos orientados para uma ação/intervenção transformadora nas relações entre saúde e trabalho, condiciona-se à junção do conhecimento técnico com o saber e experiência dos trabalhadores para atingir soluções decisivas quanto aos agravos à saúde destes. Essas soluções não podem limitar-se apenas à obtenção do adicional de insalubridade ou periculosidade, de instalar equipamentos de proteção, de diagnosticar nexos causais entre o trabalho e a saúde com vistas a obter benefícios da previdência social. Embora tais procedimentos possam representar etapas de uma luta maior que é chegar às raízes causadoras dos agravos, à mudança tecnológica ou organizativa que preside os processos de trabalho instaurados ⁴.

Embora a Vigilância em Saúde do Trabalhador delimite como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde, sua perspectiva de integração está calcada no conceito mais amplo e moderno de Vigilância da Saúde ²⁷. Mas o que é observado nas práticas acaba sendo caracterizado por uma grande dificuldade de inserção institucional e articulação intra-institucional, devido a uma estruturação do SUS fortemente sedimentada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

Superando esse cenário em que muitas vigilâncias podem resultar em nenhuma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador poderia ser assumida como um braço técnico-operacional na dinâmica das operações do território político, sintonizada com a revisão do papel do SUS para uma perspectiva sistêmica e parte da Vigilância em Saúde em um dado território transetorial, unido de ações transversais para fora dos equipamentos de saúde e garantido pela transposição da gestão ²⁶.

Seguindo esta lógica de reflexão, a discussão das próximas seções abordará a revisão da concepção da Vigilância Sanitária como prática sanitária vigente no SUS e a perspectiva que a Vigilância da Saúde vem apontando na superação do modelo vigente através da rearticulação das práticas sanitárias.

1.2 A Vigilância Sanitária

A trajetória das ações voltadas ao controle sanitário no Brasil, particularmente no Rio de Janeiro, acontece vinculada à constituição dos serviços sanitários iniciada no começo do século XIX, com a instalação da Corte portuguesa em 1808 ³⁵. No Brasil Colônia ainda não

estava instituída a chamada Vigilância Sanitária, mas a prática da regularidade do controle já aparece na sua articulação com o discurso da medicina e da política do Estado ³⁶.

Segundo Silva e Coroa ³⁶, as relações de poder que se manifestam no espaço da vigilância desse período estão no domínio da política e do saber, uma vez que no domínio político, o Estado disciplina, regula e impõe limites ao particular e à coletividade apropriando-se do saber e no domínio do saber, prevalece o interesse do privilégio da classe. E esses dois domínios se articulam para manter interesses diferentes, mas não conflitantes através do mecanismo do controle ³⁶.

1.2.1 A institucionalização da Vigilância Sanitária

Os recursos normativos e órgãos públicos destinados aos serviços de vigilância são criados em resposta às características de ordem econômica e política, institucional, sócio-sanitária e técnico-científica, nos diversos contextos na trajetória da saúde no país. Mas a singularidade destes serviços somente se consolidou como um saber específico na área da Saúde Coletiva no final do século XX ³⁷.

Para Costa ³⁸, a Vigilância Sanitária é influenciada pelos três eixos da Medicina Social: da medicina do Estado herda o conceito de polícia médica e a administração das questões de saúde pelo Estado; da medicina urbana traz a noção de salubridade e os conceitos correlacionadas a esta de meio ambiente, higiene e insalubridade; e da medicina do trabalho recebe a estruturação do complexo sistema de controle da população.

Seguindo esta trajetória, por algum tempo a Vigilância Sanitária permaneceu à margem das políticas de saúde, com pouca apreensão social de sua importância sob o ângulo sanitário e econômico ³⁷. Um marco para a mudança dessa perspectiva aconteceu com a promulgação da Lei nº 6.360 em setembro de 1976, a chamada Lei de Vigilância Sanitária. Representando, naquele momento, o processo de conformação da vigilância como parte de um conjunto de medidas de modernização da legislação de saúde implementadas sob influência da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde ³⁷.

A Lei da Vigilância Sanitária, que inclusive continua em vigência até hoje com várias reformulações em resposta às necessidades que foram surgindo ao longo do tempo, constituiu um instrumento regulatório das atividades que envolvem produtos e serviços sob controle sanitário, a partir de uma concepção mais abrangente de Vigilância Sanitária para além do conceito de fiscalização ³⁷.

Além disso, em 1976 também acontece a reorganização administrativa do Ministério da Saúde, com a criação de um novo espaço institucional para a vigilância sanitária, formalizando outro *status* para a área que assumiu a categoria de secretaria ministerial, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)³⁷. A SNVS, na sua criação, já se configurava a partir de algumas características das práticas atuais da Vigilância Sanitária, como a organização dividida por área de atuação (alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, portos, aeroportos e fronteiras) e a estruturação separada das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica como se fossem duas vigilâncias.

Tal institucionalização da Vigilância Sanitária não promoveu transformações efetivas no cotidiano do serviço da vigilância, na medida em que se manteve a separação e o isolamento das demais ações de saúde no plano federal por centralização perante os serviços estaduais³⁷. Além disso, na estrutura de Secretaria, a vigilância ficou mais suscetível às mudanças conjunturais de ordem política, o que implicava na descontinuidade das ações³⁷.

Já nos anos 1980, a partir de uma aproximação de alguns representantes da SNVS com o movimento pela Reforma Sanitária, surge uma perspectiva de discussão e organização de novas propostas, com o intuito de articulação entre a Vigilância Sanitária e a área mais ampla da Saúde Pública³⁷. Mas na prática, a Vigilância Sanitária foi mantida relativamente afastada do processo de Reforma Sanitária, que priorizou atividades de assistência à saúde, aspectos jurídico-legais e reforma do arcabouço institucional³⁹.

Porém, marcos importantes surgem no curso da Reforma Sanitária, principalmente com a Constituição de 1988, através da qual se desenhou para o setor saúde a instituição de competências na execução das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador, dentre outras⁴⁰. A própria definição legal e o reconhecimento do caráter intersetorial da Vigilância Sanitária foram instituídos através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), quando esta foi formalizada como uma vasta área de atuação com a responsabilidade de intervenção sobre riscos e problemas sanitários que decorressem dos processos de produção e consumo de bens, da prestação de serviços de interesse da saúde, ou do ambiente⁴¹.

Mesmo assim, na primeira metade da década de 1990, a ênfase nas ações de controle ainda era evidente e considerada um desvio do objetivo principal da vigilância³⁷. Já na segunda metade dos anos 1990, alguns episódios de mortes evitáveis em serviços de saúde e irregularidades na fabricação e comércio de medicamentos demonstraram suas deficiências, incitando mudanças através de uma reforma institucional³⁷.

Em um contexto de globalização dos mercados, redução do Estado-Provedor e de reforma do aparelho estatal, o governo implanta uma administração gerencial orientada por resultados através das agências regulatórias, instituindo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)³⁷. A criação da Agência Nacional resultou de uma decisão política de governo, não tendo sido objeto de uma discussão mais ampliada na sociedade brasileira, apesar de um consenso já estabelecido a respeito da necessidade de mudança institucional⁴².

Assim, ficavam estabelecidas como competência da ANVISA a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a organização e coordenação de um sistema de informação, a coordenação da rede de laboratórios de controle de qualidade em saúde, dentre outras incumbências, ampliando as atribuições institucionais relacionadas à Vigilância Sanitária⁴². Mas, também na definição destas competências, houve uma restrição da abrangência das ações da vigilância, eliminando-se as atividades relativas ao meio ambiente e à Saúde do Trabalhador⁴².

Desde então, a Vigilância Sanitária vem sendo requisitada para desempenhar funções cruciais na Política Nacional de Medicamentos, na Política Nacional de Sangue, no controle da epidemia de tabagismo, no controle de agrotóxicos e nas relações internacionais. Produzindo, assim, um conjunto de processos de relevância para a dinamização da área através da relação com os demais órgãos de vigilância, da incorporação de serviços nas atividades do espaço federal e de uma aproximação com as Universidades⁴².

Apesar da criação da ANVISA ter promovido uma maior autonomia financeira e administrativa, esta não modificou a realidade da vigilância nos estados e municípios, observando-se ainda hoje uma atuação marcada pela visão parcial do risco, voltada para o controle e fiscalização de produtos e serviços, com uma fragmentação das áreas de atuação e excluindo os campos da Saúde do Trabalhador e do ambiente⁴³.

Além disso, a ANVISA, ao excluir da sua esfera de atuação a Vigilância em Saúde do Trabalhador e as questões ambientais, diferenciou-se da tendência verificada nos serviços estaduais de Vigilância Sanitária desde a década de 90, quando vários destes incorporaram, no mínimo, as questões da Saúde do Trabalhador³⁹. Mas, independente do formato organizacional adotado, devido à importância da Vigilância Sanitária, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária vem se conformando, com avanços e retrocessos, como um arranjo restrito aos serviços de Vigilância Sanitária, com baixo grau de coesão entre os componentes federal e estadual, incipiência do componente municipal e precário controle social³⁹.

1.2.2 As especificidades da Vigilância Sanitária

A partir desta trajetória de institucionalização da Vigilância Sanitária como prática de Saúde Pública, serão desenvolvidos os principais desafios na articulação desta com as demais ações de saúde. Assim, pretende-se refletir sobre a perspectiva da inclusão das práticas da Saúde do Trabalhador dentro da estrutura e planejamento da Vigilância Sanitária.

Nesta reflexão é necessário salientar as especificidades da Vigilância Sanitária que a distingue das demais ações de atenção à saúde. Dentre tais especificidades sobressaem-se sua natureza jurídica, sua função regulatória dirigida ao controle de riscos num determinado local de atuação, a diversidade dos seus objetos de ação e o caráter intercomplementar dos meios de trabalho ou tecnologias de ação ⁴⁴.

A natureza jurídica demarca uma esfera de atuação nas competências do Estado para as quais a Vigilância Sanitária é detentora do poder de polícia, fundamentado no princípio da predominância do interesse público sobre o particular e por uma discussão que esse poder é essencial no cumprimento do dever do Estado de proteger a saúde e preservar os interesses sanitários da coletividade ⁴⁴. A garantia da saúde como um direito da coletividade se coloca como um desafio entre este poder do Estado e os interesses individuais e coletivos, uma vez que o Estado não é neutro e a sociedade não é uniforme ⁴⁴.

Na superação desse desafio torna-se imprescindível a compreensão da Vigilância Sanitária como responsabilidade do Estado e da sociedade civil. Sendo necessária a participação da sociedade na defesa da sua própria saúde, desde a elaboração das normas sanitárias até o controle social das políticas públicas de saúde através do investimento nas práticas de educação em saúde por parte dos serviços ⁴³. Tal idéia da participação da sociedade no controle das questões de interesse coletivo é difundida no discurso atual do controle social, onde essa participação se daria a partir da naturalização, da regularização e da regulação de atividades e comportamentos que têm incidências no âmbito social ³⁶.

Outro desafio é colocado na função regulatória dos riscos exercida pela vigilância, principalmente no que se refere ao gerenciamento dos riscos de produtos, serviços e tecnologias relacionados com a saúde humana e ambiental, quando as práticas de Vigilância Sanitária constituem uma ação de saúde e uma prestação de serviço público aos agentes de atividades submetidas a controle sanitário ⁴⁴. Na dinâmica dessa regulação acontece uma incessante produção normativa, na qual a finalidade e o limitado alcance das normas podem ser questionados se não estiverem conjugados com outros instrumentos de controle de riscos ⁴⁴.

Além da natureza jurídica da Vigilância Sanitária denotar uma dimensão política em sua atuação, o objetivo de controlar riscos de processos resultantes da intervenção humana confere a esta uma função mediadora de um conjunto de interações complexas no universo das relações produção-consumo, em que interesses econômicos e sanitários muitas vezes entram em confronto em meio às forças do mercado ⁴⁴. Fato este, que coloca em questão a capacidade do serviço de vigilância de atuar em defesa da vida e não em resposta às demandas dos interesses econômicos ⁴³.

Esta situação se amplia na discussão de outro desafio da Vigilância Sanitária, que é a complexidade da natureza dos objetos de controle desta. Estes objetos, de acordo com a própria definição legal da Vigilância Sanitária, localizam-se dentro da complexa relação entre a saúde, a produção/trabalho e o ambiente. E a intervenção em meio a essa complexidade exige a articulação de diferentes saberes e competências institucionais.

A Vigilância Sanitária ao ser caracterizada como instituição com a função de controlar riscos, se torna espaço de articulação de discursos do domínio da ordem econômica, da política, do judiciário e dos saberes acadêmicos e práticos, articulação esta determinada por forças que definem inúmeros pontos de conflitos entre estes domínios ³⁶. Assim, fazer prevalecer os interesses da saúde constitui um esforço a mais na construção da intersectorialidade com campos institucionais movidos por outras racionalidades que não a sanitária ⁴⁴.

Segundo Costa ⁴², a reflexão sobre os desafios da Vigilância Sanitária, como componente do SUS, não se limita aos conflitos de interesse pelas forças do mercado, à qualificação profissional, à produção e disponibilidade de informações e saberes atualizados, à demarcação conceitual e doutrinária, ou ainda às tecnologias de gestão. Mas, sobretudo, é preciso romper com a estrutura tradicional de um modelo fragmentado, centrado no cuidado à doença e agravado pela pulverização de ações similares desarticuladas em distintos espaços institucionais ⁴².

Nesse sentido, é estratégico radicalizar a ação comunicativa na mobilização da sociedade, dos profissionais e trabalhadores da saúde, para a implementação de Políticas Públicas intra e intersectoriais que integrem as ações de vigilância no conjunto das ações de saúde com os demais setores responsáveis por preservar os interesses sanitários da coletividade ⁴². Além disso, faz-se necessária uma reflexão sobre como os princípios e diretrizes do SUS devem orientar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que somente a transposição desses não parece ser a melhor escolha devido às especificidades da Vigilância Sanitária e que novos princípios como a transversalidade, a transparência na ação

regulatória e a complementaridade das ações, dentre outros, podem ser incorporados nesse processo ³⁹.

No percurso entre a doutrina e o desejo de mudança e entre o conhecimento científico e a capacidade de intervenção do Estado, discute-se a proposta da Vigilância da Saúde como possibilidade de redefinição dos saberes e práticas na saúde e de transformação das relações entre saúde, trabalho e ambiente.

1.3 A Vigilância da Saúde

Ao iniciar a discussão sobre o conceito da Vigilância da Saúde é necessário um breve esclarecimento sobre a escolha deste conceito em detrimento do conceito da Vigilância em Saúde. Após uma reflexão sobre as referências bibliográficas referentes às Vigilâncias, foi constatado que o termo Vigilância em Saúde tem uma aplicação mais prática, principalmente no que se trata da instituição de políticas públicas. Já o termo Vigilância da Saúde é utilizado em discussões mais teóricas, representando inclusive uma crítica e uma possibilidade mais abrangente à Vigilância em Saúde.

Mesmo assim, reconhece-se a relevância da institucionalização da Vigilância em Saúde, principalmente frente à recente atualização normativa ocorrida através da Portaria nº3252 de 22/12/2009 ⁴⁵. Essa atualização aconteceu através da consideração da importante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando o conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações de determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando o processo de planejamento e de tomada de decisão ⁴⁵. Além disso, considerou-se o processo em curso de integração das vigilâncias nas três esferas de governo, ampliando o escopo da Vigilância em Saúde com a incorporação da Saúde do Trabalhador, das doenças e agravos não transmissíveis e da Promoção da Saúde ⁴⁵.

Através dessa Portaria, a Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária ⁴⁵.

Após o desenvolvimento do conceito e das práticas atuais das vigilâncias, pôde ser observado que mesmo em um contexto marcado por políticas que já instituem um conceito

mais moderno, como o da Vigilância em Saúde, ainda são prevalentes práticas fragmentadas e desarticuladas de vigilância. Assim, a presente seção pretende refletir sobre as possibilidades de redefinição das práticas baseada no modelo da Vigilância da Saúde. Sendo importante salientar que não se exclui nesta reflexão o desenvolvimento do conceito da Vigilância em Saúde, o qual inclusive representa a introdução da redefinição das práticas de vigilância e a aproximação destas da Atenção Primária à Saúde.

Em meio às distintas vertentes do debate em torno da Vigilância, que se expressam na utilização de variações terminológicas como Vigilância da Saúde, Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde, o eixo comum é a abertura para a epidemiologia⁴⁶. Tal abertura aponta tanto para uma contribuição na análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de novas práticas de saúde⁴⁶.

São conhecidos os conceitos de vigilância em que se vem buscando a fusão dos paradigmas da Vigilância Epidemiológica, cuja identidade institucional repousa no complexo das informações, e a Vigilância sanitária, cuja identidade institucional repousa no complexo das intervenções²². Porém, inconsistências nas práticas da vigilância, especialmente pela sua dificuldade em se materializar em ações integradoras consistentes e efetivas, têm estimulado, cada vez mais, a revisão e reflexão dessas²².

1.3.1 Os limites e possibilidades da integração das vigilâncias

A institucionalização dos programas de erradicação e controle e a implantação da vigilância no Brasil, ao longo dos últimos 90 anos, implicaram também na organização centralizada de órgãos e departamentos responsáveis pelas campanhas e programas. Ao tempo em que se cristalizava uma distinção entre a Vigilância Epidemiológica, voltada para o controle de casos e contatos, e a Vigilância Sanitária, voltada para o controle de ambientes, produtos e serviços⁴⁶.

Nos anos 80, dinamizou-se o debate sobre a ampliação do objeto da Vigilância Epidemiológica, ao mesmo tempo em que se desencadeou uma reflexão sobre a Vigilância Sanitária, a partir da constatação da fragilidade dos órgãos responsáveis por suas práticas, gerando a reflexão sobre os limites e possibilidades de integração institucional das vigilâncias⁴⁶. Debate este que se mantém na atualidade, porém com diferentes vertentes conceituais e propostas metodológicas.

O processo de democratização da sociedade brasileira ocorrida nesse período e a atuação do movimento sanitário, institucionalizados pela Constituição de 1988 e a Lei 8.080 de 1990, criaram condições para que esse debate em torno da reorganização do sistema de vigilância na perspectiva do SUS tornasse possível a proposta de ação da Vigilância da Saúde⁴⁷. Considerava-se a perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto de medidas do SUS, articulando ações de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica e de assistência médico-hospitalar, integradas à intervenção social organizada e às políticas públicas transeitoriais⁴⁸.

A proposta da Vigilância da Saúde incorpora e supera os modelos assistenciais vigentes, implicando em uma redefinição dos sujeitos, do objeto, dos métodos e das formas de organizar os processos de trabalho⁴⁶. Nesta proposta, a intervenção extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, incluindo outros saberes e se expandido transeitorialmente⁴⁷. Além disso, a Vigilância da Saúde tem como característica a estratégia de territorialização do sistema municipal de saúde, seguindo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde⁴⁷.

Para Freitas⁴⁷, abordar a complexidade dos problemas de saúde nas estratégias de Vigilância da Saúde implica no reconhecimento que estes englobam fenômenos entre o biológico e o social, os quais encontram múltiplas relações interna e externamente. Pensar saúde nesta perspectiva mais complexa leva em consideração a proposta de construção de conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos e aponta para a construção de discursos e práticas que estabeleçam nova relação com o conhecimento científico⁴⁹.

Porém, por mais que se construam modelos explicativos complexos da realidade, nenhuma ciência seria capaz de dar conta da singularidade, enfatizando-se assim, a necessidade de redimensionar os limites da ciência, valorizando e ampliando outras formas legítimas de apreensão da realidade⁴⁸.

1.3.2 A Vigilância contextualizada da saúde

Reflete-se assim sobre uma Vigilância da Saúde contextualizada, que considere a complexidade dos processos que vão do nível biológico ao das decisões políticas e econômicas globais, territorializada, com a participação das comunidades e populações⁴⁷.

A Vigilância da Saúde aponta para a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas da Vigilância Epidemiológica e Sanitária e as práticas individuais da

assistência ambulatorial e hospitalar ⁵⁰. Tal superação envolve a incorporação da geografia crítica, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e práticas de saúde na esfera local ⁵⁰.

Esta perspectiva aponta para a abordagem interdisciplinar e transetorial como possibilidade criativa de solução para os problemas de saúde complexos das populações ⁵¹. E para alcançar essa abordagem são necessários dois movimentos, um de diferenciação especializada pelas distintas vigilâncias e outro de integração para a globalidade do problema, nos quais a contribuição de cada vigilância para a promoção, prevenção e proteção da saúde é dotada do caráter de transversalidade e de interdependência ⁵¹. Nesse sentido, os modelos de vigilância tradicionais e compartimentados, que se movimentam em sistemas fechados, devem ser profundamente revisados ⁵¹.

A Vigilância da Saúde representa uma possibilidade que deve ser construída coletivamente, e seu caráter transversal impõe sua presença em todas as ações previstas pela Atenção Básica da Saúde, com práticas de saúde que devem adotar um modelo de compreensão da realidade que integre os diversos pontos de vista a respeito de um determinado problema, inclusive considerando o conflito e não excluindo o antagônico ⁵¹. À medida que a perspectiva da complexidade traz a possibilidade de abordar os problemas de saúde de forma contextualizada, a Vigilância da Saúde possibilita operacionalizar a interdisciplinaridade e a transetorialidade ⁵¹.

Através desta abordagem interdisciplinar e transetorial deve ser refletida a integração entre a Vigilância da Saúde e a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Nesta reflexão, a Vigilância em Saúde do Trabalhador não é mais uma vigilância à parte do contexto de Vigilância da Saúde, mas sim componente integrado, com a possibilidade de transcendência garantida através da especificidade do seu objeto na relação saúde-trabalho.

A própria institucionalização da Vigilância em Saúde já aponta para esta perspectiva, através da integralidade do cuidado e da construção das redes de atenção à saúde coordenada pela Atenção Básica. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial na construção desta integralidade no alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo condizente com a realidade local, tendo por diretrizes: compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância nas práticas das equipes de Saúde da Família; planejamento e programação de ações individuais e coletivas; monitoramento e avaliação integrada; dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde; e educação

permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão ⁴⁵.

Partindo desta reflexão sobre o instituído e o estado das práticas, iniciaremos a apresentação das perspectivas da investigação e a discussão dos resultados construídos no presente trabalho, em um movimento que denominamos a dinâmica do saber e fazer da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro.

2 A PERSPECTIVA DA INVESTIGAÇÃO

“Creio que a experiência humana é mais rica do que qualquer uma de suas interpretações, pois nenhuma delas, por mais genial e ‘compreensiva’ que seja, poderia exauri-la. Aqueles que embarcam numa vida de conversação com a experiência humana deveriam abandonar todos os sonhos de um fim tranqüilo de viagem. Essa viagem não tem um final feliz — toda a felicidade se encontra na própria jornada.”

(Zigmunt Bauman, 2004, p.320)ⁱⁱ

Através deste capítulo será exposto como foi organizada a metodologia do presente trabalho, desde a escolha da abordagem e técnicas de pesquisa, passando pelas mudanças no planejamento inicial ocorridas durante a aproximação com o campo e atores envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, além dos aspectos éticos levados em consideração nesta pesquisa.

2.1 Metodologia

O presente trabalho foi realizado através de um estudo de campo com abordagem qualitativa na instância de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, representada pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT) e por seus dois Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais (CERESTs).

A escolha do método qualitativo partiu da compreensão de que as abordagens qualitativas se conformam melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores e para análises de discursos e de documentos⁵². Segundo Minayo⁵², o método qualitativo além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos de grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

O projeto original previa a realização da pesquisa também na instância estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro. Porém, após a aproximação inicial realizada com o CEREST Estadual, foi constatado que não estavam sendo realizadas ações de vigilância, apesar da intenção da atual coordenação de retomar essas ações. Por isso, o campo e os

ⁱⁱ Bauman, Z. In: Pallares-Burke MLG. Entrevista com Zigmunt Bauman. Tempo Social: USP 2004: 301-325.

sujeitos da pesquisa foram delimitados a partir da aproximação com o NUSAT e seus dois CERESTs Regionais.

A Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, representada pelo NUSAT e seus dois CERESTs – CEREST 1 e CEREST 2 - está localizada dentro da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), especificamente na Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA). Sendo que os CERESTs, por representarem uma estratégia dentro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), também possuem atribuições relacionadas a esta estrutura dentro do Ministério da Saúde. A escolha do local foi baseada no entendimento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como estruturas estratégicas dentro da RENAST, responsáveis por prestar apoio técnico, estrutural e logístico à operacionalização das ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A pesquisa de campo foi realizada através do levantamento e sistematização dos documentos referentes às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, da observação participante e de entrevistas individuais semi-estruturadas aplicadas aos atores envolvidos nestas ações.

O levantamento documental foi realizado no CEREST 1, uma vez que este foi identificado como base operacional das ações de vigilância dentro do município. Este aconteceu no mês de julho de 2011 em um total de oito visitas, cada uma com duração de aproximadamente três horas, seguindo um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A). Foram sistematizadas todas as ações registradas em posse do CEREST 1, perfazendo um total de cinquenta e oito ações. Porém este número não representa a totalidade das ações realizadas pelo NUSAT, uma vez que não foram encontrados documentos relacionados a algumas ações referidas pelos técnicos tanto nas entrevistas como em conversas informais e também porque algumas ações estavam em andamento durante a fase do levantamento documental. A identificação dessas ações também foi realizada através da indicação dos atores institucionais envolvidos nas mesmas. Para a sistematização foram levados em consideração critérios como o tipo de demanda, os recursos legais, a metodologia empregada, os atores e instituições envolvidas e o encaminhamento das ações.

Simultaneamente às visitas realizadas para o levantamento documental foi observada a rotina dos técnicos do NUSAT nos diferentes dias da semana, na qual se pôde presenciar a execução de outras atividades relacionadas direta ou indiretamente com as ações de vigilância, como o acolhimento dos trabalhadores e o processamento das informações do SINAN. Além disso, foram realizadas conversas informais com os mesmos para

complementação das informações obtidas nos documentos e para o direcionamento do roteiro das entrevistas.

Este segundo momento de aproximação com o campo, representado pela interação com este, e as informações construídas neste período documentadas em um diário de campo, caracterizaram a observação participante. Principalmente porque esta aproximação foi utilizada também como estratégia na contextualização e encaminhamento das outras etapas da pesquisa.

A técnica da observação participante foi escolhida devido à compreensão da importância desta ao trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Segundo Minayo⁵², alguns estudiosos a consideram além de uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método para a compreensão da realidade. Para tanto, se utiliza a definição desta autora, da observação participante como um processo onde o observador está presente numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, como parte do contexto sob observação, modificando e sendo modificado por este⁵².

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2011, através de um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B), perfazendo um total de onze entrevistas. A escolha da organização semi-estruturada para a entrevista ocorreu por esta oferecer a possibilidade do entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender somente à indagação formulada⁵².

O estudo foi constituído por uma amostra de conveniência onde foram incluídos todos os profissionais da equipe do NUSAT e CERESTs municipais que estavam ou estiveram envolvidos em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e que estavam presentes nas unidades durante esta etapa da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os profissionais com os quais o acesso foi dificultado por licenças de trabalho ou afastamento das funções relacionadas à Saúde do Trabalhador no município.

O planejamento inicial das entrevistas envolvia além da participação dos coordenadores e técnicos institucionais, os demais atores indicados por estes que tivessem participado de ações conjuntas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro. Prevendo-se, por exemplo, a realização de entrevistas com profissionais da Vigilância Sanitária e profissionais de outros órgãos e instituições ligadas às ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador, como a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) e o Ministério Público do Trabalho (MPT). Porém, após o levantamento documental e da observação participante, foi constatado que a maioria das ações de vigilância

tinha participação mais efetiva dos atores institucionais do NUSAT e de representantes sindicais, optando-se por esses atores como sujeitos entrevistados.

Nessa delimitação também foi considerado o fato que desde sua implantação, a instância de Saúde do Trabalhador do município passou por mudanças estruturais dentro da SMS e por diferentes gerências, às quais vamos nos referir no presente trabalho como gestões. À medida que nos aproximamos do campo de pesquisa e dos atores institucionais, foi observado que em meio a essas diferentes gestões, as ações de vigilância aconteceram efetivamente em três delas, além dessas terem acontecido em períodos de tempo relativamente maiores. Assim, foram entrevistados: três gestoras, cinco técnicos envolvidos neste processo que se mantinham em exercício durante o período da pesquisa e três representantes sindicais mais atuantes neste processo.

As entrevistas foram registradas na forma de áudio e posteriormente transcritas. O material gravado está sob a guarda da própria pesquisadora, que se compromete a garantir a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não sejam a pesquisadora e a orientadora. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo do conteúdo da participação dos entrevistados. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos atores. As gestoras entrevistadas serão referidas como “gest”, os técnicos como “téc” e os representantes sindicais como “sind”, sendo numerados a partir da consideração apenas da ordem na realização das entrevistas, no intuito de resguardar-se a identidade dos mesmos.

A instituição e os indivíduos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), através do qual tiveram informações sobre a natureza da pesquisa e garantia dos aspectos éticos da mesma, respeitando os princípios: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. O sigilo das informações prestadas, a possibilidade de abandono do processo a qualquer momento e os benefícios decorrentes para os participantes, para o campo da Saúde do Trabalhador de forma geral e para o conhecimento científico, também foram esclarecidos.

A análise qualitativa dos dados foi realizada a partir da contextualização sócio-histórica dos momentos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro e as entrevistas tratadas por meio de análise de conteúdo proposto por Bardin⁵³ e Gomes⁵⁴. Os textos transcritos foram classificados em unidades de registro, segundo pressupostos estabelecidos a partir do roteiro da entrevista e outros novos que surgiram durante a transcrição das entrevistas e análise dessas.

Em torno dessas unidades foram sendo agrupados os temas, fazendo-se uma classificação dos mais relevantes, englobando os temas comuns entre os entrevistados, porém observando-se as diferentes perspectivas desses dentro do contexto da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Chegou-se no final em cinco grandes unidades de análise: papel e o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, estruturação dentro da Vigilância Sanitária, relações intra e intersectoriais, mudanças políticas e o potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Este projeto foi encaminhado aos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz – e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro e somente após aprovação destes foram desenvolvidas as atividades de campo. As atividades realizadas em campo estiveram de acordo com as determinações desses Comitês, garantindo-se, desta forma, a consonância com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Reitera-se que todas as etapas do estudo foram realizadas pela autora do estudo com os resultados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, seguindo o cronograma pré-estabelecido (APÊNDICE D). A pesquisa não contou com financiamento, portanto os eventuais custos ocorreram por conta da pesquisadora. As Instituições envolvidas e os entrevistados não tiveram nenhuma participação nos custos da pesquisa.

3 A PERSPECTIVA DO FAZER

“Parto também com a necessidade dum princípio de conhecimento que não só respeite, mas também reconheça o não idealizável, o não racionalizável, o fora-da-norma, o enorme. Precisamos dum princípio de conhecimento que não só respeite, mas também revele o mistério das coisas”. (Edgar Morin, 2003, p.25)ⁱⁱⁱ

Neste capítulo, será apresentada a perspectiva do fazer da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, desde 1993, início das ações do então Programa de Saúde do Trabalhador do município, até o período da pesquisa de campo do presente trabalho, realizada entre julho e outubro de 2011. Esta perspectiva será explorada através da contextualização e discussão dos resultados construídos no desenvolvimento desta dissertação.

3.1 Contextualizando os resultados

O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do município do Rio de Janeiro foi criado na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 1993, através da Gerência de Saúde do Trabalhador (GST), vinculada à Superintendência de Saúde Coletiva (SSC), por meio da Coordenação de Programas Especiais (CPE). Como descrito anteriormente na metodologia, desde sua implantação, a instância de Saúde do Trabalhador do município passou por mudanças estruturais dentro da SMS e por diferentes gerências, às quais nos referimos no presente trabalho como gestões.

Desde sua implantação em 1993, a Saúde do Trabalhador do município passou por cinco gestões diferentes, além de um período sem gestão. Neste trabalho vamos considerar apenas três dessas gestões, que aconteceram respectivamente nos seguintes momentos: 1994-2000; 2001-2009 e de 2009 até o presente momento. Esses três momentos foram caracterizados por estruturas diferentes dentro da Secretaria Municipal de Saúde, inicialmente com a Saúde do Trabalhador vinculada à Superintendência de Saúde Coletiva (SSC), por meio da Coordenação de Programas Especiais (CPE), no segundo momento acontecendo a mudança para a Superintendência de Vigilância em Saúde e no terceiro para a Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA).

ⁱⁱⁱ Morin E. O Método 1 - a natureza da natureza. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2003.

3.1.1 Primeiro momento

Na primeira gestão, de 1994 a 2000, a Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro estava institucionalizada através do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) e sua respectiva Gerência em Saúde do Trabalhador (GST). Segundo informações do relatório institucional elaborado pela gestora do PST deste período, inicialmente os esforços foram centrados na definição da proposta para o PST. E, depois, na discussão e divulgação desta, internamente com os diversos níveis da SMS – nível central e Unidades de Saúde – e externamente com instituições diversas, em reuniões do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador e em eventos, técnicos e/ou políticos, organizados por instâncias da sociedade civil ⁵⁵.

Segundo informações deste relatório, a definição e a discussão da proposta do PST do município foram realizadas com a participação do PST da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), principalmente no que se tratou de aportes para pensar e definir as ações de vigilância dos ambientes de trabalho ⁵⁵. Nesse período o PST estava estruturado com ações de assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e educação em saúde no trabalho, já constando no planejamento a descentralização da Saúde do Trabalhador. A descentralização estava prevista através do planejamento de criação de quatro Núcleos de Referência em Saúde do Trabalhador, a serem implantados agrupando-se as Áreas Programáticas (AP's) do município ⁵⁵.

Porém neste momento, dentro da estrutura da Gerência em Saúde do Trabalhador que representava o nível central, foram implantados, em 1997, apenas o Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador (NUSAT 1) e o Centro de Referência para o controle da exposição ao ruído nos locais de trabalho (CERER). A equipe do PST era formada no nível central por uma assistente social, um médico do trabalho, uma sanitarista e um enfermeiro ⁵⁵. A equipe do NUSAT 1 era formada por uma médica do trabalho, três enfermeiras e uma assistente social e a do CERER por um médico do trabalho, uma fonoaudióloga e uma assistente social, todos com formação em Saúde do Trabalhador ⁵⁵. Então, neste período, a equipe com um perfil multiprofissional, era representada por aproximadamente doze profissionais, incluindo a gestora, médicos, assistentes sociais, enfermeiras e fonoaudióloga.

Ainda segundo informações do relatório, as relações interinstitucionais eram realizadas através da articulação de referência com a rede de saúde municipal e as redes terciárias como o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/FIOCRUZ), o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e o Instituto de

Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) ⁵⁵. Além disso, já é referida uma articulação interna com a então Superintendência de Controle de Zoonoses e Fiscalização Sanitária (S/SCZ) devido às ações de fiscalização dos ambientes de trabalho ⁵⁵.

Embora o modelo de estruturação da Gerência de Saúde do Trabalhador neste momento, suas relações interinstitucionais e o depoimento dos atores entrevistados demonstrarem que esta teve ações mais relacionadas à assistência, nesse período aconteceram algumas ações emblemáticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município. Uma das estratégias no fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador neste momento foi a realização de reuniões com os Núcleos de Epidemiologia dos hospitais, nas quais eram discutidas a questão dos acidentes de trabalho e a devida notificação para o PST, tendo em vista o início à vigilância destes agravos ⁵⁵.

A gestora desse período cita como fontes de dados neste processo: a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); a Comunicação Interna de Acidente de Trabalho da SMS (CIAT); o Boletim de Emergência (BE) utilizado nos hospitais de emergência da rede; a Autorização de Internação Hospitalar (AIH); o Sistema de Informação Hospitalar (HOSPUB), já implantado então nos Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) e Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF) e a CAT da FIOCRUZ ⁵⁵. Esta gestora ainda afirma no relatório que a vigilância dos ambientes de trabalho pelo SUS estava sendo a ação de mais difícil realização entre as ações do PST do SUS municipal, relacionando tal dificuldade a questões legais, referindo-se a explicações e atos da SMS ⁵⁵.

Mas mesmo em meio a essas dificuldades algumas ações foram realizadas, tanto em conjunto com o PST/SES-RJ e alguns sindicatos, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST), como em atuação isolada da própria equipe da GST. A exemplo das atuações em conjunto com o CONSEST, podem ser citadas as ações da Casa da Moeda em 1993 e a Refinaria de Manguinhos em 1997. A maioria das ações tinha a participação de representantes dos trabalhadores, como o exemplo das ações do Arquivo Nacional em 1994 e da Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (CEDAE) em 1995.

Uma ação que pode ser considerada emblemática neste período foi realizada em uma empresa de indústria e comércio de aves em 1997, após um acidente grave, através de demanda oficial da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e com a participação da Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária (S/SCZ) e do Sindicato de Trabalhadores de Laticínios, Carnes e Derivados, dentre outros atores.

Após essa ação, segundo o depoimento dos atores entrevistados, aconteceu a suspensão das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro por solicitação da SMS, fato descrito pelos entrevistados como uma questão política. Essas ações só seriam retomadas, mesmo após algumas tentativas de reversão da situação pela GST na primeira gestão, em 2007, já na ocasião da segunda gestão.

3.1.2 Segundo momento

No período de transição do que vamos considerar como primeira e segunda gestão, o PST passou por duas gestões curtas e um período sem gestor, até que em 2001 assume a segunda gestora. Esta transição aconteceu em um período de instabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, quando o então Secretário Municipal de Saúde Sérgio Arouca, após desentendimentos com o prefeito da ocasião, César Maia, acabou exonerado por e-mail. A segunda gestora relata que ao assumir o PST estava fragilizado e apenas as ações da assistência ao trabalhador estavam acontecendo.

Segundo informações obtidas no depoimento desta, quando ela assume a GST, o NUSAT tinha deficiências, o CERER estava fechado por problemas na cabine audiométrica e problemas de saúde de alguns profissionais. A equipe total do PST era composta por dezesseis pessoas e estava formada por cinco médicos, seis enfermeiros, uma assistente social, um fonoaudiólogo afastado para tratamento de saúde, um assistente administrativo e uma copeira/recepcionista, além da gestora.

Em relação à estrutura, o GST manteve-se dentro da Coordenação de Programas Especiais (CPE) até o ano de 2003, quando a Gerência passa a estar vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS). Em janeiro de 2009, ainda durante a segunda gestão, ela é reorganizada na Subsecretaria da Promoção, Atenção Primária e Vigilância a Saúde (SUBPAV), onde se manteve até o momento da terceira gestão.

O planejamento dessa gestão mantinha a estratégia de descentralização do período anterior, também através da aproximação com as APs, o que inclusive culminou com a criação do NUSAT 2. Paralelamente à descentralização se planejava a retomada das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, o que foi iniciado a partir de informações epidemiológicas, com o fortalecimento do papel das Unidades de Saúde nas notificações através do projeto de Atenção de Saúde do Trabalhador nas Emergências.

Esta gestão também foi marcada pela publicação da Portaria n.º 1679 de 19/09/2002, que instituiu a RENAST, permitindo o credenciamento do PST como Centro de Referência de Saúde do Trabalhador em 2004. Porém, segundo o depoimento da gestora desse momento, foi através do fortalecimento das notificações alcançado com a Portaria 777 de 28/04/2004⁵⁶ que se conseguiu dar visibilidade para a necessidade da retomada da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Assim, em 2007, em um contexto político e estrutural favorável que superava as dificuldades, as ações de vigilância foram retomadas através da ação emblemática do Engenhão (Estádio Olímpico João Havelange). A ação do Engenhão, assim como as outras ações desenvolvidas pela gestão anterior, também foi iniciada a partir de uma demanda relacionada a um acidente de trabalho e teve a particularidade de marcar uma aproximação da GST ao Ministério Público do Trabalho (MPT). Tal aproximação ao MPT, além de promover a maior visibilidade da GST dentro da SMS, iniciou uma série de demandas de ações de vigilância para avaliações de processos e ambientes de trabalho, demanda diferente da gerada por acidente de trabalho.

Após a ação do Engenhão, que segundo a gestora, envolveu um conjunto maior de trabalhadores e que gerou além das melhorias do processo de trabalho um envolvimento maior da SMS, a Saúde do Trabalhador viveu entre 2007 e 2009 o período mais ativo em relação a ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador de seu histórico. No levantamento documental foram contabilizadas 38 ações nesse período, sendo que existe a possibilidade de terem acontecidos mais ações, porque não foram encontrados documentos de algumas das ações referidas pelos entrevistados.

Também foi observado no levantamento documental e na sistematização das ações (APÊNDICE E) que estas apresentam muitas características em comum, inclusive as ações ocorridas em gestões diferentes. Tal fato pode estar relacionado com a presença de alguns técnicos atuantes na Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro desde a primeira gestão, além do compartilhamento das experiências desses com os profissionais que foram incorporados durante esta trajetória. No decorrer da pesquisa de campo foi observado que as características das ações de vigilância, a partir dos documentos encontrados e do depoimento dos entrevistados, eram semelhantes em relação à metodologia, apesar de não existir um padrão, podendo variar dependendo do tipo de demanda que o processo ou ambiente de trabalho exigisse.

Segundo a gestora, a equipe elegeu algumas prioridades de ação caracterizadas pelos acidentes graves e fatais, acidentes com crianças e adolescentes e acidentes com substâncias

químicas. Grande parte das ações aconteceu após demanda gerada por acidente de trabalho grave ou fatal, sendo que esta podia chegar através de notícias da mídia, da notificação de Unidades de Saúde, do trabalhador acidentado e dos familiares deste e até da busca ativa de casos em emergências de grandes hospitais. Porém existe também a ocorrência de demandas geradas por Sindicatos, pela Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), pela SUBVISA, pela SMS e pelo MPT.

Em relação aos recursos legais citados pelos autores, justificando a competência da Saúde do Trabalhador no município para a realização das ações de vigilância nos ambientes de trabalho e encaminhamento dessas, também existe um padrão nessa citação, com a incorporação de novos recursos pela própria evolução da legislação do campo e com modificações à medida que alguns desses recursos legais são revogados. Na segunda gestão especificamente, eram citados o Artigo 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ⁵⁷, o artigo 293 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro de 1989 ⁵⁸, o Artigo 360 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro de 1990 ⁵⁹, os Artigos 5º e 6º da Lei 8080 de 1990 ⁴¹, a Portaria 3120 de 1998 ³³, a Portaria 777 de 2004 ⁵⁶ e o anexo III da Portaria 2437 de 2005 ²⁰.

Na primeira gestão também eram citadas a Resolução SMS nº500 de 1994 que dispunha sobre a carteira de fiscalização e inspeção sanitária e a Lei 2702 de 1997, que dispunha sobre a política estadual de qualidade ambiental ocupacional e de proteção da saúde do trabalhador, revogadas ainda durante esta gestão. E em 2009, durante a segunda gestão, foi incorporada a Portaria 2728 de 2009 ²¹, que dispõe sobre a RENAST e dá outras providências.

Explorando um pouco mais a metodologia utilizada nessas ações, pode-se afirmar que independente da demanda e do tipo de recurso legal utilizado, a vigilância aconteceu seguindo as etapas preconizadas, desde o recebimento da demanda e levantamento prévio de informações sobre o caso, passando pelo planejamento da intervenção, até a intervenção propriamente dita, seus desdobramentos e encaminhamento. Tudo indica que o grande obstáculo desse processo não estava representado pelo possível impedimento da intervenção dos responsáveis pelas empresas, inclusive porque os entrevistados referem poucos exemplos onde este impedimento aconteceu efetivamente.

Parece que o obstáculo deste processo, quando nos referimos às questões de metodologia, acontecia na finalização do processo, quando os técnicos do NUSAT solicitavam os documentos e realizavam os encaminhamentos, requerendo avaliações de órgãos com competências diversas às da Saúde do Trabalhador e até da intervenção do MPT. Dessa maneira, ou dependia-se da boa vontade do empresariado de providenciar os documentos e

mudanças solicitados pelo NUSAT ou se transferia a competência da intervenção para outra instituição. Somado a esses fatos, a equipe do NUSAT também referiu nas entrevistas, uma dificuldade no acompanhamento dessas ações devido à grande demanda de ações que chegavam e ao quantitativo da equipe para realizar tanto o acolhimento de novas demandas quanto o acompanhamento das ações em andamento.

3.1.3 Terceiro momento

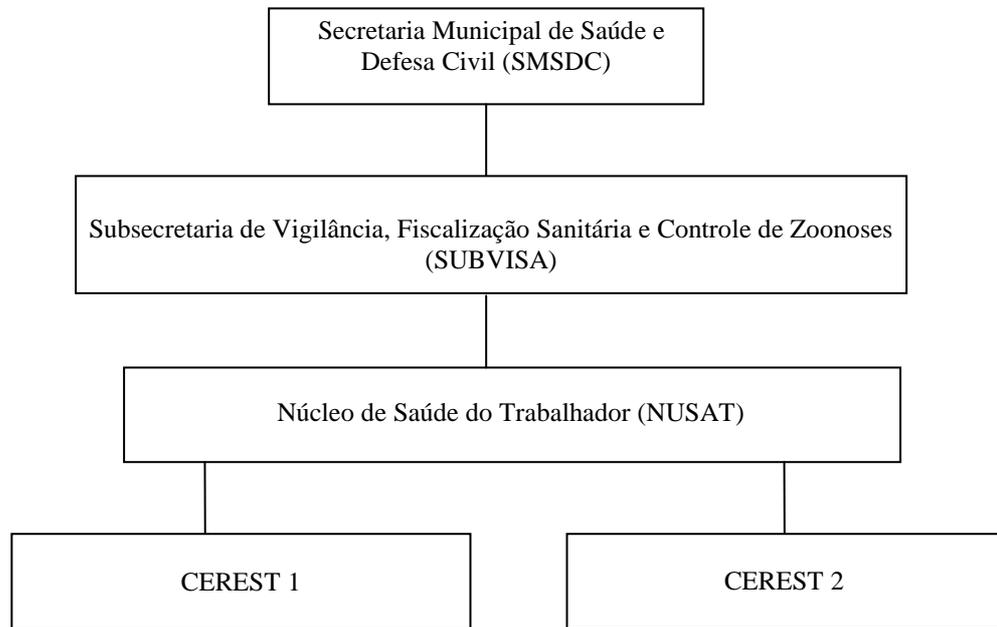
A transição da segunda para a terceira gestão foi marcada por uma estratégia para superar o obstáculo relacionado aos desdobramentos das ações, principalmente em relação à ampliação do poder de intervenção da Saúde do Trabalhador no município. Estratégia esta que culminou com mais uma mudança estrutural dentro da SMS, com a saída do Núcleo da Saúde do Trabalhador da SUBPAV e incorporação deste na SUBVISA. Esta mudança aconteceu oficialmente em janeiro de 2011 através do Decreto Nº 33.360 de 17 de janeiro de 2011 ⁶⁰, que dispõe sobre a estrutura organizacional da SMSDC, porém já estava em curso desde o início da última gestão, entre o final de 2009 e início de 2010.

Esta transição foi marcada por um período de interrupção das ações do NUSAT, que para os entrevistados foi representado por um momento de incerteza, com o planejamento da retomada das ações acontecendo paralelamente à pesquisa de campo deste trabalho.

As ações foram retomadas no segundo semestre de 2011, já sob a estrutura da SUBVISA, e a primeira ação considerada por um dos entrevistados como marco dessa nova etapa foi realizada em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e Ambiental, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Vigilância Sanitária na Sociedade União Internacional Protetora dos Animais (SUIPA). Esta ação foi gerada por uma demanda da própria SUBVISA após a notificação do óbito de trabalhadores nesta instituição. Segundo o depoimento dos entrevistados, o fluxo dessas ações ainda não estava consolidado na estrutura da SUBVISA, mas estavam sendo estudados procedimentos para operacionalizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro dessa nova estrutura.

A princípio, o NUSAT permanece como o nível central da Saúde do Trabalhador dentro da estrutura da SUBVISA, com os seus dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como instâncias executoras (FIG. 2). Segundo a gestora atual do NUSAT, a Saúde do Trabalhador no município tem duas identidades, uma identidade municipal, para a Prefeitura e para a Secretaria Municipal de Saúde no cumprimento do Plano Municipal de Saúde, e outra relacionada aos CERESTs, no cumprimento das atribuições relacionadas à RENAST.

Figura 2 – Organograma Simplificado da Saúde do Trabalhador no município



Fonte: Elaboração própria

Na execução das atribuições relacionadas a essas duas identidades, a equipe do NUSAT foi dividida em cinco Grupos de Trabalho (GTs), que são os GTs de Atendimento (Assistência e Acolhimento), Capacitação, Informação, Projetos e Pesquisa e de Vigilância. A equipe do NUSAT atual é formada por dezoito profissionais, entre estes, assistentes sociais, enfermeiras, fonoaudióloga, psicólogos, médicos, socióloga e assistentes administrativos, divididos entre os dois CERESTs e entre os cinco GTs.

O GT de Vigilância atualmente é composto por cinco pessoas com formação em enfermagem, medicina e fonoaudiologia. Especificamente na presente pesquisa foram entrevistados os cinco técnicos que até então tinham participado de ações de vigilância, porém como a equipe também estava passando por mudanças, não necessariamente todos esses cinco técnicos continuariam fazendo parte do GT de vigilância.

Os técnicos entrevistados tinham entre 34 e 61 anos, com formação em áreas como enfermagem, psicologia, fonoaudiologia e serviço social, além de um tempo de atuação na Vigilância em Saúde do Trabalhador variando entre 4 a 18 anos. Todos entrevistados possuem título de especialistas em áreas afins à Saúde Pública, sendo que três possuem o título de especialista em Saúde do Trabalhador e uma dessas com mestrado em Saúde Coletiva.

As gestoras entrevistadas tinham entre 45 e 65 anos, com formação nas áreas de Serviço Social e Ciências Sociais, todas especialistas em Saúde do Trabalhador. Todas possuem título

de mestre, nas áreas de Serviço Social, Saúde Pública e Ecologia Social, além de um tempo de atuação na Saúde do Trabalhador variando entre 20 e 25 anos.

Os representantes sindicais entrevistados, que inclusive participaram de toda a trajetória da Vigilância em Saúde do Trabalhador e continuam com a perspectiva de atuação na presente gestão, têm entre 52 e 56 anos. Todos concluíram o ensino secundário e possuem um tempo de atuação na Saúde do Trabalhador através de seus sindicatos que varia entre 14 a 24 anos.

A partir da incorporação na estrutura da SUBVISA, segundo a gestora atual, as demandas da Vigilância em Saúde do Trabalhador podem surgir a partir da ficha de reclamação interna (FRI), da ouvidoria da Vigilância Sanitária e do controle social através da CIST. Mas segundo o depoimento dos entrevistados, como esse fluxo está em processo de consolidação, a equipe ainda tem a expectativa de atender as demandas externas à SUBVISA. Além disso, devido ao recente processo de mudança estrutural, à não consolidação dos fluxos e ao andamento ainda em curso das primeiras ações sob a nova estrutura, o processo de encaminhamento e desdobramento destas também não está consolidado.

É através da contextualização da Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, principalmente nesse processo de transição e das incertezas geradas por ele, que se pretende discutir no próximo capítulo, a dinâmica entre os saberes e as práticas dos diferentes atores e instituições envolvidos nas ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador neste município.

3.2 Resultados e discussão

O processo de tratamento dos dados foi iniciado através da classificação dos textos transcritos em unidades de registro, segundo parâmetros estabelecidos no roteiro da entrevista e os que surgiram durante o processo de análise. Em torno delas foram agrupados os temas, fazendo-se uma classificação dos mais relevantes, levando em consideração os temas comuns entre os entrevistados e observando-se as diferentes perspectivas dentro do contexto da vigilância, chegando-se nas cinco unidades de análise a seguir:

- Papel e conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Estruturação dentro da Vigilância Sanitária;
- Relações intra e intersetoriais;
- Mudanças políticas;
- Potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A seguir, as unidades de análise serão apresentadas e caracterizadas e os resultados e a discussão desenvolvidos a partir das mesmas.

3.2.1 Papel e conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador

A discussão desta unidade de análise partiu da necessidade de conhecer a compreensão dos atores envolvidos na Vigilância em Saúde do Trabalhador sobre o papel desta para o campo da Saúde do Trabalhador. Perpassando tal questionamento, foi observada a discussão de conceitos que nos levou à reflexão sobre o que esses atores entendiam por Vigilância em Saúde do Trabalhador. Assim, optou-se por discutir em conjunto o papel e o conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, por acreditar que essa discussão invariavelmente acontece articuladamente e que mesmo o papel desta podendo estar reconhecido dentro do conceito, este pode ampliar a compreensão do papel da mesma.

É onde a Saúde do Trabalhador acontece

Logo no início da análise foi observado, por todos os entrevistados, o reconhecimento da relevância do papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do campo da Saúde do Trabalhador e, principalmente, do papel fundamental desta dentro de um serviço de Saúde do Trabalhador. Um dos relatos contém a afirmação de que não seria possível fazer Saúde do Trabalhador sem vigilância, destacando-se o peso desta dentro do serviço: “É vital entendeu. Não dá para se fazer Saúde do Trabalhador sem vigilância. A VISAT, dentro dos vários GTs, é aquela que tem o maior peso. É onde a Saúde do Trabalhador acontece.” (téc1).

Um dos entrevistados relata algumas experiências em que as ações de vigilância nortearam e forçaram a estruturação de serviços de referência em Saúde do Trabalhador no estado do Rio de Janeiro, mesmo não sendo este o caso do município. Seguindo a mesma perspectiva, unânime entre os entrevistados, e referindo a importância da ação, ou seja, do fazer no desenvolvimento dos saberes envolvidos pela vigilância, a gestora (2) desenvolve um pouco mais a compreensão sobre esse papel:

Você só tem condição de se reavaliar e entender o seu papel, de construir, consolidar, legitimar, escrever e documentar o seu papel, à medida que você não pára as ações. É o território da ação da vigilância, é o confronto, a dificuldade, a facilidade, de você estar lá, se colocar no local de trabalho, olhar, sentir o cheiro, perceber as coisas, que vai te forçar a fazer outras coisas. Se você não faz isso... vai ficar pensando a vida inteira. Vai ficar elucubrando, vai trabalhar isso como uma categoria de análise meramente acadêmica. Eu acho que a gente tem uma crítica à dicotomia. (gest2).

A dicotomia a que a gestora se refere pode ser caracterizada pelo afastamento da capacidade de intervenção do Estado da produção dos saberes no campo conceitual e da ampliação de recursos legais na Saúde do Trabalhador, percepção esta que também foi utilizada para justificar o desenvolvimento do presente trabalho.

Além dessa possível oposição apresentada, também é importante salientar que tal unanimidade no reconhecimento da importância do papel central da Vigilância em Saúde do Trabalhador não necessariamente indica a efetividade das ações destas, mas justifica a resistência e persistência dessas dentro das atribuições do NUSAT, mesmo frente aos desafios impostos pelas mudanças estruturais e de gestão.

Em um panorama defendido por Vasconcellos e Pignati⁶¹, em que a RENAST, por intermédio de seus CERESTs, ainda considera a Vigilância em Saúde do Trabalhador como uma atividade secundária, o exemplo do CEREST no município do Rio de Janeiro, através dos seus atores, pode representar uma resistência a essa tendência e até uma nova perspectiva.

Na avaliação da RENAST coordenada pelo CGSAT, através de uma perspectiva mais quantitativa, observou-se que a 58,4% dos CERESTS referiu realizar inspeções para avaliação de ambientes de trabalho²⁴. Fato que não necessariamente caracteriza ações sistemáticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, mas demonstra uma perspectiva de atuação desses Centros.

Perpassando a discussão do papel da vigilância, mesmo que os entrevistados não tenham sido questionados especificamente sobre conceitos, surgiram declarações sobre o que estes entendiam como Vigilância em Saúde do Trabalhador. Segundo Machado²⁸, o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador dimensiona a abrangência de sua intervenção na articulação de ações no campo da Saúde Pública em torno da relação trabalho e saúde, individualmente e coletivamente.

No sentido de entender a abrangência do papel e da intervenção da vigilância, optou-se também por discutir estes conceitos defendidos pelos entrevistados. Foi observado que todos entendiam as relações entre o trabalho e a saúde como objetos específicos das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e nessa lógica, a informação foi citada tanto como estratégia já utilizada, quanto como desafio e perspectiva na implementação dessas ações.

Esta observação encontra-se em concordância com o conceito defendido por Machado²⁸, quando afirma que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é ação em torno de objetos que alteram positivamente a relação entre processo de trabalho e saúde, sendo a informação elemento essencial na deflagração e avaliação dessa ação

O conceito se constrói com o tempo

Mesmo com essas concordâncias, na reflexão sobre os conceitos não houve homogeneidade na definição, podendo-se até afirmar que durante os discursos ocorreram algumas contradições. Porém, sem comprometer os conceitos definidos pelos marcos teórico-políticos do campo da Saúde do Trabalhador, demonstrando possivelmente uma não consolidação dos conceitos no grupo desses atores.

Tal fato pode ser explicitado na fala da técnica (3), quando questionada sobre as dificuldades e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador:

Eu tenho a impressão que a gente tem uma fragilidade do que a gente entende por Saúde do Trabalhador. Pode parecer bobeira, mas você tem que estar com isso muito consolidado, senão você não sabe para onde vai. Estou falando de gestão e técnicos. Mas no fundo, a gente ainda não está bem consolidado no conceito. O conceito nos falta. O conceito de Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Mas isso se constrói com o tempo, batendo perna lá, estudando. (téc3).

A partir desta fala propõe-se uma reflexão sobre a complexidade do objeto da vigilância, representada pelas relações entre trabalho e saúde, além dos múltiplos saberes e olhares envolvidos na compreensão deste objeto, para os quais a homogeneidade do conceito não representa necessariamente um aspecto positivo. Além disso, ainda na fala da entrevistada, é reconhecido que esse mesmo conceito que falta pode ser alcançado através do aprofundamento da teoria e através das próprias práticas de vigilância.

A heterogeneidade do conceito, a partir da lógica da complexidade e da interdisciplinaridade, seguindo Morin⁶², significa pensar na direção do não reducionismo: "É o problema da dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito". A lógica da complexidade, neste caso, pode ser pensada na valorização das diferentes dimensões apresentadas pelos atores entrevistados, nas quais não necessariamente existe uma ordenação dessas informações e saberes, mas sim um processo em movimento para dar conta da produção de um conhecimento.

E, ainda, dentro dessa discussão da complexidade, desenvolve-se a necessidade da interdisciplinaridade. Segundo Almeida Filho⁶³, o objeto complexo é multifacetado e alvo de diversos olhares, além de fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência. Segundo esse autor, a interdisciplinaridade exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma sentença básica teórica ou política, além de uma base de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos e, gerando assim, uma

aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de todos esses elementos ⁶³.

Assim, apesar do discurso da entrevistada apontar para uma não consolidação dos conceitos, indica também uma perspectiva de construção destes através da prática cotidiana, da combinação de elementos como tempo, experiência e conhecimento científico. Neste sentido, as definições utilizadas pelos entrevistados variam desde conceitos como promoção e prevenção, passando pela educação e proteção em saúde, perpassando também ações de investigação e intervenção, onde em cada fala esses elementos são citados isoladamente ou até de maneira conjunta.

Promoção seria muito mais do que simplesmente evitar o processo do adoecimento

Algumas divergências na discussão do conceito foram observadas, nesta perspectiva heterogênea. Divergências menos relacionadas aos marcos teórico-políticos do campo da Saúde do Trabalhador e mais relacionadas à abrangência de intervenção das ações da vigilância presentes no discurso dos entrevistados, como pode ser observado na seguinte reflexão:

[...] uma coisa que eu penso e que não necessariamente se faz, é que eu acho que o papel da vigilância seria proteger a vida, a saúde desse trabalhador. Necessariamente nem sei se hoje a gente consegue fazer a Promoção. Porque a Promoção seria muito mais do que simplesmente evitar o processo do adoecimento ou pensar em risco. Porque hoje do jeito que é a lógica, se você pensa em vigilância pautada na lógica de risco, ela não vai te dar nada mais e nada menos de você evitar o adoecimento ou evitar grandes acidentes, mas você mantém o processo de desgaste do trabalhador [...] (téc3).

Assim como nesse caso, muitas dessas dissonâncias podem estar representadas pelos conflitos entre o que se defende na teoria, o que é vivenciado nas práticas e as possibilidades da aplicação da teoria no contexto atual das práticas. Para Buss ⁶⁴, existe um ponto crítico em torno do debate sobre Promoção da Saúde, representado pela linha divisória entre esta e a prevenção de doenças. A promoção e a prevenção são enfoques complementares ao processo saúde-doença e, com frequência, o conteúdo teórico entre esses dois enfoques se diferencia com mais precisão do que as suas práticas ⁶⁴.

Outro exemplo de conflito nesse debate, onde se defendem ações de promoção e a prevenção dos acidentes acaba aparecendo como mais relevância, pode ser visto na seguinte fala:

[...] eu acho que a questão da vigilância, como o próprio nome diz, é realmente de a gente estar atuando pensando em ações de prevenção, de promoção, de proteção, com o olhar mais de evitar a questão dos acidentes, dos agravos, como uma questão de investigar. Porque assim, a gente procura não só estar atuando naquela questão daquele acidente ou no caso de investigação de doença. Porque já teve alguns casos de investigação de doença, que é uma questão pontual, de tentar fazer com que a empresa tenha aquele cuidado em termos de proteção, prevenção, com relação dos acidentes e das doenças. (téc2).

Esta constatação está em consonância com a observação de Nobre ⁶⁵, quando afirma que mesmo em experiências ricas de vigilância produzidas em alguns serviços e lugares, ainda há a necessidade de definir melhor conceitos e concepções, especialmente aquelas de vigilância, educação e Promoção em Saúde. Segundo a autora, essas concepções ainda são diversas, podendo representar níveis diferenciados de práticas e conhecimentos, além de diferentes realidades locais ⁶⁵.

Por isso é importante destacar as características e as diferenças entre esses dois enfoques abordados neste debate. O enfoque da Promoção da Saúde é mais amplo e abrangente, uma vez que procura identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los positivamente na direção da saúde ⁶⁴. Já a prevenção se orienta mais para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores causais das doenças, buscando que os indivíduos fiquem livres das mesmas ⁶⁴.

Ou seja, para a prevenção evitar a enfermidade seria o objetivo final e para a promoção o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e saúde ⁶⁴. Além disso, independente das diferenças filosóficas, teóricas e políticas envolvidas nestes enfoques, surgem dificuldades de operacionalização nos projetos em Promoção da Saúde quando não se distinguem claramente estes das práticas preventivas tradicionais ⁴⁹.

Apesar de algumas dissonâncias na discussão dos conceitos, a perspectiva da Promoção da Saúde aparece na quase totalidade dos discursos, quando os entrevistados apresentam como planejamento do serviço a implementação da aproximação com as Áreas Programáticas de Saúde do município e suas respectivas equipes da Estratégia da Saúde da Família. Um exemplo desta perspectiva aparece na seguinte fala:

Como perspectiva essa questão dos Fóruns de Saúde do Trabalhador, porque não são exclusivos de vigilância, mas fazemos uma discussão de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas e a gente tem como objetivo a representatividade tanto da área da saúde como da região. Então isso é um bom lugar para essa discussão tanto da Saúde do Trabalhador como da Vigilância. E aí quando a gente começar a identificar, mapear, a gente tem que pensar em ações de Promoção. (téc2).

Este depoimento aponta para uma perspectiva progressista da Promoção da Saúde, com uma abrangência maior do que a do campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, local e globalmente, e incorporando elementos físicos, psicológicos e sociais ⁴⁹. Perspectiva em concordância com outras estratégias de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no país que, segundo Machado e Porto ⁶⁶, têm contribuído para uma reflexão crítica através de discussões conceituais e das práticas de saúde, principalmente no que tange às ações intersetoriais e coletivas de Promoção da Saúde voltadas às estratégias de transformação dos processos e ambientes de trabalho, por meio da construção de redes sociais e institucionais que dêem suporte às ações de vigilância.

3.2.2 Estruturação dentro da Vigilância Sanitária

Outras divergências em relação aos conceitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador e sua aplicação na prática são observadas quando discutida a recente incorporação do NUSAT à SUBVISA. A recente mudança estrutural ocorrida na instância municipal da Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro gerou algumas incertezas para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, segundo a perspectiva dos atores nela envolvidos.

O processo de mudança estrutural provocou uma interrupção nas ações de vigilância e a retomada dessas coincidiu com o início da pesquisa de campo deste trabalho. Assim, na etapa da realização das entrevistas, as ações sob nova estrutura ainda estavam em andamento e os atores em exercício no GT de vigilância do NUSAT estavam se adaptando ao processo. Fato que caracterizou as falas desses com mais suposições e incertezas, em virtude dessa transição, apesar de algumas apresentarem pontos de vista bem marcantes a favor ou contra essa mudança.

Na trajetória da Saúde do Trabalhador no município, segundo as informações dos entrevistados, já tinham sido realizadas tentativas de aproximação com a Vigilância Sanitária, desde a reestruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município, iniciada aproximadamente em 2007, inclusive com um curso de capacitação em vigilância realizado em conjunto com as duas equipes.

Tentativas essas frustradas, segundo o discurso dos entrevistados, por uma relação intrasetorial já caracterizada pela desarticulação, como descrito a seguir:

E com toda a vontade da equipe aqui em articular com a equipe da vigilância, para que a gente pudesse estar fazendo ações integradas, a gente teve muita dificuldade. A falta de interesse da própria prefeitura e dos trabalhadores da saúde, o desconhecimento da legislação, porque seria mais uma coisa a executar. Essa era a grande dificuldade. (téc5).

Tal desarticulação parece não ser particularidade da realidade do NUSAT dentro da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro. Inclusive, as relações intrasetoriais são apontadas por Lacaz, Machado e Porto ²⁷, no “Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil” como o maior entrave a ser superado na área da Saúde do Trabalhador.

Neste mesmo estudo, estes autores ainda afirmam que embora a Vigilância em Saúde do Trabalhador tenha perspectiva inovadora de integração, aproximando-se mais da visão moderna de Vigilância em Saúde, observa-se uma grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intra-institucional, uma vez que a estrutura do SUS ainda encontra-se fortemente sedimentada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária ²⁷.

Nesta discussão também é importante salientar que não há uma recomendação específica para a vinculação administrativa dos CERESTs ao SUS, sendo esta influenciada pelos contextos institucionais respectivos e pelo modo de inserção de programas específicos voltados para campos temáticos, como o da Saúde do Trabalhador. Na avaliação da RENAST coordenada pela CGSAT, apenas 18,5% de todos os CERESTS estavam vinculados às instâncias administrativas de Assistência à Saúde do SUS, enquanto 61,5% se vinculavam à Vigilância em Saúde e 20% a outras ²⁴.

Tem prós e contras

A mudança estrutural da Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, em um contexto de desarticulação, tem acontecido em meio a contradições e, nesta unidade de análise, optou-se por abordar dois pontos discutidos em quase todas as entrevistas: o poder de intervenção como agente do Estado e a perda de autonomia da Saúde do Trabalhador dentro da SMSDC.

Segundo Lucchese ⁶⁷, a Vigilância Sanitária representa uma dessas instâncias da administração pública com poder de polícia, demarcada por um ordenamento jurídico de cunho sanitário, com a tarefa de mediar, técnica e politicamente, os interesses dos diversos segmentos sociais na definição dos regulamentos e, sendo assim, usar de poder coercivo para

fazer cumpri-los é intransferível. Embora a Vigilância Sanitária ainda represente uma visão fragmentada quando comparada ao conceito moderno de Vigilância em Saúde, a sua característica mais próxima ao aparelho do Estado, poderia proporcionar à Vigilância em Saúde do Trabalhador um maior poder de intervenção, transformando os atores do NUSAT em agentes do Estado.

Um dos entrevistados quando questionado sobre sua percepção em relação a então recente mudança estrutural, respondeu:

[...] tem prós e contras. Tem um ressentimento da equipe com medo, acho que de afunilamento. Pode ser que sim, pode ser que não. Acho que dependeria muito mais da gente, da nossa capacidade de gestão e encaminhamento desse processo. Porque há uma incompatibilidade clara do *modus operandi* deles e do nosso. O positivo é que efetivamente é necessário não o poder de polícia, não tô falando disso. Tô falando de que você tem uma estrutura, que você é um agente do Estado, com um arcabouço e ferramentas para fazer uma intervenção no processo produtivo daquele município. (téc3).

E mesmo quando se trata da defesa da importância do poder de intervenção como agente do Estado, existem alguns conflitos:

O que eu vejo com a ida para lá é que a gente não foi bem aceito. Eu acho que para trabalhar articulado você não precisa estar dentro. Porque a gente trabalhou com essas duas vigilâncias. Porque senão a gente teria que estar com a perna dentro de tudo. Eu particularmente acho que não. Todas as minhas experiências de vigilância foram com a equipe aqui. A gente ficou foi mais subalterno do que a gente já era. No meu olhar ficou pior. E o poder de intervenção não fez nenhuma diferença. (téc5).

Esse último ponto de vista foi também compartilhado por alguns atores que entenderam a mudança para a estrutura da Vigilância Sanitária como um retrocesso por uma possível perda de autonomia e até uma perda conceitual, em detrimento do poder de intervenção. Tal ponto de vista é defendido por um entendimento de que a permanência na Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde estaria mais de acordo com o conceito e estratégias da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município. Isso porque o referencial teórico e metodológico da Vigilância da Saúde busca superar as concepções que se restringem às clássicas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, implicando na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais e no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial²⁷.

O que é que empodera?

Para alguns entrevistados, essa mudança de estrutura pode até promover o enfraquecimento da Saúde do Trabalhador por conta de um histórico da Vigilância Sanitária de fragmentação e desarticulação:

Essa dificuldade eu acho que é por conflito de interesses, por achar que tem um poder que não pode ser compartilhado. Porque na verdade não é a Saúde do Trabalhador indo para a Vigilância Sanitária que você vai fortalecê-la, é o contrário. Foi um momento que a gente tinha tudo para se fortalecer e se constituir enquanto Vigilância em Saúde de uma maneira mais ampla. E esse argumento do poder de intervenção, eu uso justamente como argumento contrário, porque eu acho que na questão da Saúde do Trabalhador, o poder de intervenção não está na fiscalização sanitária. (gest2)

A mudança é inclusive considerada como um retrocesso no ponto de vista da mesma entrevistada, justificando que a ampliação do poder poderia ser obtida com uma articulação efetiva dos atores das vigilâncias e não necessariamente com a incorporação dentro da estrutura:

Eu acho um retrocesso primeiro porque você perde muito da visão conceitual do que é Saúde do Trabalhador. O que é que empodera? Porque esse poder de intervenção poderia ser ampliado, inclusive alguns locais já fazem isso. É exatamente você ter esse poder de ação lá dentro, você dar continuidade em uma ação para de fato reduzir os impactos ali. Agora com uma equipe que tivesse um olhar completo. O grande ganho seria trazer a Vigilância Sanitária para essa discussão. (gest2).

Para Vasconcellos ²² uma das causas da fragmentação no nível dessas estruturas administrativas são os requerimentos utilizados para dar conta de suas especificidades, a exemplo da divisão entre as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, em que as ações se confinam ou ao tratamento e análise de informações no caso da Epidemiológica, ou à fiscalização/inspeção e controle dos determinantes dos riscos à saúde no caso da Vigilância Sanitária. Para este autor, o desafio de superar essa fragmentação e a desarticulação intrasetorial é o de fundir os tempos operacionais, quando possível, e fundir sempre os planos de ação, mesmo que isso seja aparentemente impossível na atual conjuntura ²².

Segundo um dos entrevistados, a operacionalização da VISAT dentro da estrutura da VISA já está sendo estudada e construída através da seguinte estratégia:

Nós estamos construindo um procedimento operacional padrão (POP) que vai definir as nossas ações. Isso eu acho legal deles. Tudo é muito bem definido e amarrado. Então você faz essas ações com um respaldo legal. Coisa que nós não tínhamos antes. Primeiro por conta da organização do trabalho que nós não tínhamos. A gente trabalhava muito e nunca apareceu o nosso trabalho. E quando a gente fala do poder de polícia, não é pelo poder, mas é nos facilitar numa ação que a gente não tinha respaldo. E nesse momento acho muito bom a gente estar na VISA porque isso vai fazer parte de um POP, isso vai estar documentado, vai sair no Diário Oficial, vai dar publicidade a nossos atos. Nós vamos estar respaldados legalmente por isso. Nós já temos o poder de fiscalização. Nós já somos agentes fiscalizadores e agentes sanitários. (téc4).

Desenvolvendo um pouco essa reflexão sobre a operacionalização, chegamos a dois aspectos dentro da definição dos mecanismos de intervenção da vigilância, a fiscalização e a inspeção, que talvez possam esclarecer o conflito entre a perspectiva de poder de intervenção como agente do Estado e da perda de autonomia nesse processo. A fiscalização remete à ação da autoridade com poder de polícia e é um ato normativo específico, institucional e público que depende de pessoas com tal credencial e a inspeção, por sua vez, é um ato de intervenção técnica que fornece subsídios para a fiscalização, mas não precisa ser exercida especificamente pelo fiscal ³².

Para Vasconcellos ²², a fusão das vigilâncias, mais do que um ato administrativo, representa um ato de inteligência sanitária estratégica, sendo a fiscalização o ato que garante que isso ocorra. Porém, em meio a esses conflitos, esta fusão não acontecendo, podem se estabelecer situações em que a equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador realiza ações dentro dos ambientes de trabalho de empresas, sem o poder de neles intervir, gerando uma desautorização e desmoralização do poder público ou até certa tendência quase que invariável de se criar espaços de Saúde do Trabalhador independentes da Vigilância Sanitária habitual, cristalizando-se a fragmentação institucional e a dicotomia das ações ²².

Tem uma certa resistência a mudanças

Em meio a essa trajetória de mudança, observa-se um percurso ainda com muitas incertezas, existindo algumas possibilidades de configuração. No discurso dos entrevistados percebe-se uma perspectiva de ampliação de potencial de ação, resolutividade e visibilidade da Saúde do Trabalhador dentro da estrutura do município.

Tal perspectiva pode ser exemplificada pelo seguinte depoimento:

A gente tem muitas incertezas. A gente não vê isso azeitado com os protocolos, com as etapas do princípio, meio e fim. Tem uma certa resistência a mudanças. A Saúde do Trabalhador não se constituiu enquanto capacidade de ser incorporada pela Vigilância Sanitária. E ao estar na Vigilância Sanitária tem que entrar na máquina do Estado. O facilitador é o acesso. Que antes a gente não tinha resolutividade. Não tinha visibilidade. Então a Saúde do Trabalhador ficava como uma coisa muito tênue, muito solta, muito volátil assim, dentro de uma ação de Vigilância em Saúde. Nem todas as pessoas perceberam ainda que isso tem o poder de transformação. (gest3).

Principalmente neste contexto de incertezas, é importante reiterar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador não deve se constituir em ações isoladas e específicas, dentro ou fora do âmbito da Vigilância Sanitária, configurando-se como estratégico que todos os agentes públicos de vigilância ampliem o olhar para a relação saúde, trabalho e ambiente, aprimorando o seu comportamento de ação ²².

Nesta estratégia, torna-se imprescindível o fortalecimento das relações intra e intersetoriais, relações essas que seguiremos discutindo na próxima unidade de análise.

3.2.3 Relações intra e intersetoriais

A opção de investigar e analisar o estado atual das relações intra e intersetoriais da Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro baseou-se no entendimento que a atuação em um objeto complexo como as relações saúde e trabalho exige a integração e a articulação de múltiplos saberes.

Para tanto consideraremos esses dois componentes, as relações intrasetoriais quando são consideradas as relações para dentro dos serviços de saúde, próprios da estrutura, e a as relações intersetoriais quando consideradas as de fora da estrutura, apesar desses conceitos acabarem se misturando na própria fala dos entrevistados.

Segundo Machado ⁶⁸, embora a ação transversal seja consensual e princípio do governo, não existem elementos estruturais, institucionais ou acadêmicos, com a amplitude necessária para a execução de tal estratégia. A consequência de tal fato para a Saúde do Trabalhador, em termos gerais, são serviços com um alto grau de instabilidade e com dificuldades de articulação intrasetorial.

No levantamento documental sobre as informações das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador realizadas pela equipe do NUSAT, constatou-se uma articulação interinstitucional instável dependendo do período. Há mais casos de colaboração durante o planejamento das ações do que intervenções realizadas efetivamente em conjunto. O Ministério Público do Trabalho, alguns sindicatos, instituições acadêmicas como a FIOCRUZ, a UERJ, a UFRJ e as Vigilâncias Sanitárias do estado e do município do Rio de Janeiro são alguns exemplos de instituições que participaram de ações de vigilância, com atuação variada. Esta atuação pode estar representada apenas pela solicitação da demanda, pelo planejamento e intervenção, ou mesmo somente nos encaminhamentos.

Desde o início da trajetória do NUSAT, existe um histórico de relações diferentes, que aparentemente estão mais fortalecidas ou mais enfraquecidas em períodos específicos, caracterizando em muitos casos, relações instáveis e não consolidadas. Através da análise das entrevistas observou-se que uma possível causa para esta característica de instabilidade poderia estar representada por relações interpessoais, favoráveis ou não, existentes nos contatos interinstitucionais. Ou seja, as relações eram estabelecidas pela presença de

determinadas pessoas com facilidade de contato e conseqüentemente, a ausência dessas pessoas determinava o fim da relação interinstitucional.

A relação é muito pessoal, não é institucional

Uma das relações intersetoriais que parece estar mais consolidada é a com o Ministério Público do Trabalho, que foi citada pela maioria dos atores como uma relação que ocorre na prática, principalmente na solicitação de demandas, no encaminhamento e nos desdobramentos.

Um dos entrevistados quando questionado sobre as relações interinstitucionais que aconteciam na atualidade foi bem pontual em relação ao Ministério Público do Trabalho:

É com o Ministério Público do Trabalho só e internamente dentro da Prefeitura. As pessoas não deixam de falar com a gente, mas a gente não está estruturado. Talvez se fulano morrer, aquela pessoa que tem mais acesso por trabalhar na prefeitura, você perde o contato. A relação é muito pessoal, não é institucional. (téc3).

Para Lacaz, Machado e Porto ²⁷, nesta parceria com o Ministério Público existe um risco dos serviços tornarem-se braços técnicos deste, empobrecendo a dinâmica de ação dos serviços do SUS, cuja lógica de intervenção é outra e deve ser pautada pelo método epidemiológico e não pela noção de direito individual, no embate entre trabalhador “lesado” versus empresa “infratora”. Esta parceria pode indicar que o poder de intervenção dos serviços de Vigilância em Saúde do Trabalhador ainda é fraco e necessita de maior amparo para sua efetivação, mas também pode indicar um acolhimento institucional e reconhecimento de competência técnica em função da reconhecida deficiência de quadros técnicos do Ministério Público ²⁷.

Outra questão também citada pelo mesmo entrevistado é que a mudança estrutural também atuou de forma a provocar mudanças nessas relações:

Isso é muito frágil. Porque elas têm que ser construídas na vigilância. Antes a gente tinha, era muito pessoal. E hoje ela tem que se dar dentro da Vigilância Sanitária. E como a vigilância é muito hierarquizada, muito estruturada, isso tem que ser por convênio, com órgão tal, bem verticalizado. Porque a vigilância é verticalizada. A gente está levantando. A gente tem que articular com algumas estruturas ... (téc3).

Os sindicatos são os atores que mais participam

Um exemplo citado pela maioria dos entrevistados foi a relação com os representantes sindicais, especialmente com os que têm histórico de participação efetiva desde a implantação do programa. Sendo que esta participação se dá desde o planejamento até os desdobramentos das ações.

A fala a seguir descreve o papel dos sindicatos segundo o ponto de vista de um ator institucional:

Os sindicatos são os atores que mais participam e é muito importante. Porque eles têm o olhar do saber que a gente não tem. Eles apontam onde a gente deve intervir, apontam na ferida, embora a gente identifique outros, mas o que está mais gritante para eles é aquele lugar. Às vezes poderia até passar despercebido para a gente, mas para eles não. Então é muito importante o Sindicato, primordial. (téc4).

Para Machado e Porto ⁶⁶, a intersectorialidade inclui a participação dos trabalhadores e suas representações sindicais como fundamental na garantia da qualidade técnica e política das ações em Saúde do Trabalhador. Inclusive, a ação de vigilância tem um papel de processo pedagógico, promovendo conhecimento tanto para técnicos como trabalhadores, e também empregadores ⁶⁹. A manutenção de um canal de comunicação entre a vigilância e os trabalhadores é essencial para a efetividade das ações e deve acontecer tanto nas fases de diagnóstico e de discussão das intervenções, quanto nas fases de negociação da implantação das medidas e do acompanhamento de seu cumprimento ⁶⁹.

Alguns dos atores do movimento sindical entrevistados assinalam a reciprocidade desta relação e o reconhecimento do papel do NUSAT para a Saúde do Trabalhador do município:

[...] a gente trabalha em consonância. Porque bateu lá um trabalhador que tem qualquer problema eles encaminham para a gente. Elas mandam sabendo que vai ser atendido. E também quando a gente recebe aqui um problema que a gente tem que encaminhar para lá, a gente encaminha e é bem atendido. Acho que é importante porque ajuda, facilita e orienta a gente. Eu principalmente aprendi muito com eles. E também a questão de buscar apoio pra intervenção em empresa. Até para dar subsídio para a gente e isso nunca nos faltou. Eu tenho tido um apoio muito bom do pessoal. (sind1).

Porém, inclusive na relação com os sindicatos, também existe a influência das mudanças políticas ou estruturais, como pode ser observado na fala do mesmo entrevistado:

Quando a coisa deu uma brecada é quando o pessoal do sindicato começou a se afastar. Porque tinha em todas as categorias uma atuação bacana. A gente sempre pediu, mandava um ofício e era atendido. Isso acontecia bastante, mas infelizmente mudou o governo muda tudo. Cada vez que muda, piora. Esse ano ainda não teve nenhuma atuação conjunta. A administração municipal interfere bastante. (sind1)

A participação dos sindicatos na vigilância adquire maior relevância quando esta pode representar uma das únicas possibilidades de incorporação do saber do trabalhador nas intervenções do Estado relacionadas às questões e direitos dos trabalhadores:

O Ministério Público não aceita a presença de representante sindical nas ações deles. É igual ao Ministério do Trabalho, quando você pede alguma fiscalização, eles geralmente não gostam de levar o sindicato. (sind1).

Segundo Vasconcellos e Machado ³², a Vigilância em Saúde do Trabalhador não tem como existir sem a participação dos trabalhadores, uma vez que a garantia de mudança das condições de trabalho ocorre de fato quando estes demonstram força política e passam a exigir mecanismos de transformação das situações que agredem sua saúde e a participar ativamente das ações. Os próprios representantes sindicais respaldam a importância da sua representação neste processo:

A importância da representação sindical demonstra uma credibilidade para o trabalhador. Se não tiver representante sindical, o trabalhador vai se omitir. Porque o trabalhador tem medo de perder o emprego. Então o trabalhador fica com medo de falar o que acontece dentro da empresa. Eles [a empresa] têm uma estratégia, quando tem uma fiscalização eles mandam os trabalhadores saírem para o almoço, então quer dizer, a fiscalização só vê o setor parado. O problema todo da fiscalização da outra vez foi esse. Se eu não estivesse, eles não teriam visto isso. (sind3).

Na consolidação da participação e do controle social por parte dos trabalhadores, é necessária a atenção para as ingerências políticas ou interesses de grupos locais ou político-partidários e garantir a legitimidade de participação desses frente a resistências de empregadores, gestores e técnicos ⁶⁹.

Paralelamente a este reconhecimento da importância da participação dos trabalhadores, as relações entre o NUSAT e representantes sindicais acabam sofrendo a influência das mudanças políticas e institucionais, além do mesmo relacionamento interpessoal que também caracteriza as demais relações:

E eu vou te dizer francamente, o que eu comecei a perceber quando eu ainda estava lá. Eu acho que é muito importante para os Programas [de Saúde do Trabalhador] irem para a frente, o movimento dos trabalhadores brigar junto. Porque foi aí que eu percebi, que do ponto de vista político e ideológico, o movimento dos trabalhadores devia estar junto. E eu percebi que esse movimento estava tão enfraquecido que nem conseguia perceber que a gente era um aliado. (gest1).

Assim, coexiste atualmente uma discussão sobre o enfraquecimento dessa participação através de um movimento organizado, influenciado tanto pelo contexto do mundo do trabalho marcado pela terceirização e precarização das relações de trabalho, como pelas disputas políticas e de interesse dentro dos próprios sindicatos.

A CIST ainda está num processo desacreditado

Também foi observado através da fala dos entrevistados que a relação com o movimento sindical é realizada diretamente com os sindicatos, com pouca influência da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST).

Apesar da CIST não ter feito parte de uma indagação específica da entrevista, alguns pontos de vistas em relação a esta Comissão foram compartilhados:

A CIST ainda está num processo muito desacreditado, no sentido da resolutividade e do engajamento em ações diretas ligadas à Saúde do Trabalhador. A CIST fica meio que atuando paralelamente, sabendo das nossas ações e a gente sabendo das ações que eles programam pra executar. Mas eu acho que isso tá dentro de todo um processo de desarticulação dos sindicatos, que estão trabalhando muito nas Centrais e muito isoladamente. A gente está sempre convidando, mas as próprias Centrais estão cada uma fazendo uma coisa. Parece que a CIST fica meio como uma coisa pequena, uma coisa menor. (gest3)

Esta atuação paralela da CIST, na visão da gestora (3), acontece mesmo com a importância desta articulação e o reconhecimento das atribuições dos CERESTs e da própria CIST instituídas e regulamentadas:

Até porque a RENAST coloca que a gente tem que apoiar a CIST, a gente tem que apoiar o controle social... E também a gente tem que colocar agora a capacitação da CIST para acompanhar as ações de vigilância... (gest3).

O depoimento dos representantes sindicais, além de apresentar outro ponto de vista, aponta para os possíveis problemas e impedimentos para o fortalecimento da CIST neste processo:

Acabaram com o CONSEST e virou CIST. E essa CIST ficou ruim para a gente. Porque no CONSEST a representação sindical se fazia muito mais presente, muito mais forte. Porque a CIST tá na mão do Conselho de Saúde dos municípios e estes são muito voltados para a questão de melhoria dos Postos de Saúde, para saber onde falta remédio, maca, cadeira de rodas. E quem faz Saúde do Trabalhador fica agoniado com isso. E com isso fez com que o movimento sindical fosse se afastando. Eu não tenho nada contra o Conselho de Saúde. Mas não dá para deixar a questão da Saúde do Trabalhador com quem não faz Saúde do Trabalhador (sind1).

Então, mais uma vez, o contexto de mudanças estruturais e políticas que acontecem na trajetória da Saúde do Trabalhador contribuem, não só para a fragilização das articulações entre estes atores, como pode levar a uma relação desacreditada entre estes:

Eu faço parte da CIST, ou fazia, nem sei se já mudou a diretoria. Mas as ações pararam muito. Aí então eu achei que estava cansada já, o que a gente tem começa a se perder e o trabalhador sofrendo. Aí também, como eu sofro com isso, eu não vou acompanhar as coisas que eu não estou conseguindo. Eu achei que teve uma freada muito grande. Eu não estava tendo eco. E são pessoas que eu conheço e quando a gente conhece, eu acho que isso é negativo, porque eu não acredito em fogo amigo. Fica ruim quando você tem uma proximidade e você tem que falar que tá ruim, que não tá funcionando. (sind2).

A partir do depoimento dos entrevistados, foi observado que estas mudanças e as relações pessoais marcaram a trajetória da Saúde do Trabalhador no município, podendo representar as possíveis causas da não consolidação e a instabilidade dessas relações nos momentos diferentes desta trajetória.

Antes era outra história, tinha brigas, conflitos, mas tinha ação junto.

Embora a Saúde do Trabalhador apresente interfaces explícitas com outras áreas como trabalho, previdência, meio ambiente, agricultura, justiça, promotoria pública, entre outras, a intersectorialidade tem sido difícil e sem resultados mensuráveis por diferentes motivos: discrepâncias de objetivos, deficiência de planejamento das instituições, execução de ações pontuais, aplicação de métodos e técnicas diversificadas, o não acompanhamento e avaliação dos resultados e a saúde como setor à margem das macro-políticas de desenvolvimento ⁶⁵.

Na tentativa de compreender esse contexto na realidade específica do Rio de Janeiro, serão abordadas as perspectivas dos atores da vigilância acerca de algumas dessas relações intra e intersectoriais na Saúde do Trabalhador do município.

A gestora (2) faz um panorama geral, de maneira resumida, sobre essas relações, em consonância com a maioria das falas:

Vamos começar com os de fora: o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ com o ambulatório de toxicologia clínica ambiental e ocupacional, o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ com o trabalho infantil, o Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ, que no último tempinho tivemos um afastamento, mas era uma referência importante para saúde mental e trabalho. O CESTEJ com a dermatose, saúde mental e pneumologia e também o curso de especialização que a gente tinha uma parceria para a questão da formação, o Ministério Público do Trabalho. O INSS a gente tinha umas parcerias pequenas, pontuais, mas não avançou. DRT nem pensar, externos acho que eram esses. (gest2).

A mesma gestora segue explorando as relações, agora dentro de uma lógica intrasetorial e caracterizando algumas destas:

Com a Vigilância Sanitária Estadual. Com a Coordenação de Saúde do Trabalhador Estadual não tinha, não avançou. Nem rolava conflito, porque era tão... A gente participava das reuniões de municipalização e a gente nunca conseguiu ver o CEREST Estadual. Mas não foi sempre assim no município, foi na última gestão. Antes era outra história, tinha brigas, conflitos, mas tinha ação junto. Os Fóruns de Saúde do Trabalhador das APs começaram a fortalecer mais ainda isso, porque eles davam visibilidade para mostrar que aquilo tinha que acontecer. (gest2).

A parceria com as instituições acadêmicas acontecem, também seguindo o mesmo perfil de relacionamentos e numa perspectiva de necessidade de maior aproximação:

A academia deveria ter uma aproximação e um intercâmbio, celebrar um convênio, para transformar tudo aquilo que é transformado em conhecimento como subsídio, informação dos técnicos. Mas a academia tá muito afastada. A gente percebe aqui uma certa reclamação que ela comparece, levanta dados e depois se afasta. Isso enfraquece o SUS, porque vem, cria uma expectativa, cumpre lá o que tem que se cumprir e não dá um retorno. Porque aí de repente, vem outra pessoa e encontra uma resistência (téc1).

Perspectiva essa também compartilhada por um representante do movimento sindical quando afirma:

Tem esse lado do interesse do que a academia quer. Então se você chegar naquela hora, dependendo do momento, você consegue algumas coisas. Mas as nossas necessidades eu sinto falta. Se você integrasse o seu interesse com o do sindicato. Uma coisa que eu queria ter é poder de sugestão para a academia de alguns temas para estudo em relação à Saúde do Trabalhador. Que os sindicatos também fossem escutados nas propostas de estudos. Uma das coisas também é a questão da formação dos trabalhadores, junto com os sindicatos, para que o trabalhador aprenda como trabalhar sem adoecer, respeitando seus limites. (sind3).

Segundo Machado ⁶⁸, do lado acadêmico a perplexidade é visível pela falta de uma base conceitual que harmonize ações transversais, sendo esse um dos elementos para a superação dessa crise de formulação, de resistência e representatividade, superando uma construção conceitual pautada em hierarquizações que não correspondem aos papéis de serem desempenhados pelas instituições isoladamente. Por outro lado, as instituições acadêmicas e de ensino têm colaborado na estabilização de experiências mediante suporte técnico-científico, divulgação e apoio interdisciplinar em casos de maior complexidade e também na formação de novos profissionais e na legitimação técnica, em contraposição ao saber empresarial ⁶⁶.

Dentre as relações abordadas pelos entrevistados, a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) e as instâncias relacionadas à Previdência Social e Assistência Social são as mais distantes e, segundo a perspectiva desses, com as quais a aproximação seria imprescindível. A situação dessas relações na atualidade foi descrita por um dos técnicos:

Com a SRTE é muito distante. Não é só a tentativa não, mas uma resistência muito grande. Porque é como se a gente tivesse roubando o trabalho deles, olha que interessante. Porque se eles deixam de fazer isso, se perderem a exclusividade, eles entendem que podem perder também o salário, o poder. Eu acho que isso tende a mudar por força de pressão e necessidade e eles vão ter que se articular. A Previdência não libera informação para a gente de jeito nenhum. Por medidas de segurança. Mas a gente tentou conversar de novo com uma figura. Tem umas pessoas novas na Previdência muito interessantes e ela ficou de me dar uma resposta. Mas isso seria assim, o Subsecretário, tentar com o Superintendente do município. Porque tem um negócio que a aproximação requer esse tipo de coisa, não muito pequenininho sabe? (téc3).

No âmbito do Ministério do Trabalho, o marco teórico-político de atuação interdisciplinar da Saúde do Trabalhador acaba reduzindo-se à submissão das disciplinas, à possibilidade de negociação no âmbito das relações de trabalho e ao engessamento de sua prática por um conjunto inacabado de referenciais normativos ³¹. Já a Previdência representa um paradoxo porque, por um lado, aumenta a capacidade de intervenção com políticas de racionalização e utilização das informações previdenciárias e, por outro, aumenta a tradição de exclusão e de autoritarismo institucional centrado no saber médico, promovendo um

acolhimento ao segurado em bases arcaicas e sem escala diante das demandas sociais do campo ⁶⁸.

Além disso, a dificuldade de realização de nexos entre as doenças e o trabalho é constante, gerando um conflito no qual os CERESTs das prefeituras legitimam e concentram práticas, tornando-se aliados dos trabalhadores na disputa do nexo epidemiológico com a previdência, estabelecendo conflitos entre essas duas instâncias dentro do mesmo governo ⁶⁸.

A relação com a instância estadual da Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro não foi citada ou abordada por nenhum dos entrevistados a partir da questão sobre as relações intra e intersetoriais. Porém foi aproveitada a oportunidade de incluir esta relação como questão nas entrevistas, em uma tentativa de entender a não referência ao assunto e o porquê desse fato.

Assim, foram expostos pontos de vista que demonstravam o afastamento das instâncias municipal e estadual, embora os motivos não tenham ficado explícitos. Segundo um dos entrevistados:

Do período que eu participei não teve nenhuma relação. Nem de solicitação deles, nem da gente solicitar. Tem alguns casos que a gente até encaminha para eles, porque são de competência da Vigilância Estadual. Acho que já teve um período que teve ações até conjuntas, anterior a 2003. Mas do período que eu comecei para agora não vejo tanta proximidade não. A gente tinha que ter uma proximidade maior com o CEREST Estadual. Quando eu falo a gente, a equipe, porque os gestores participam periodicamente de reuniões, mas ações em conjunto, reunião com atuação dos técnicos a gente não tem. (téc2).

Atualmente faz parte do projeto do NUSAT, segundo os entrevistados, a implementação da articulação com a Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família, em um processo que esses atores denominam de capilarização das ações de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas de Saúde do município.

A estratégia utilizada nessa articulação tem sido a realização de Fóruns de Saúde do Trabalhador:

Nesses Fóruns é onde esquematizamos, que a gente pode estar pegando todas as Unidades e todas as outras políticas e toda essa articulação interinstitucional, em cada território, em toda Área Programática. Por que? Porque a gente está articulando com o Conselho Distrital de Saúde, articulando com as Unidades, com a coordenação de área da saúde, com a coordenação de assistência social da área, e eles têm um papel fundamental para nós da área da Saúde do Trabalhador. (téc5).

Para Machado e Porto ⁶⁶, os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde tendem a desconsiderar problemas de saúde da população que não associados ao modelo baseado na moradia e por isso, considera-se importante a articulação com esses programas, levando em consideração o território como base operacional e de planejamento, incorporando problemas de ordem ambiental ou relacionados às atividades produtivas do território.

Debates acadêmicos nas instâncias de controle social ou entre técnicos demonstram que o primeiro passo para a efetiva implementação das ações de Saúde do Trabalhador e de Saúde Ambiental no SUS está na inserção dessas na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia Saúde da Família, portas de entrada do sistema e ponto-chave de encontro do SUS com o cotidiano da população ⁷⁰.

Segundo Machado e Porto ⁶⁶, poderia se afirmar na atualidade, em termos gerais, que o modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador brasileiro possui caráter híbrido, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas, repletas de ações voluntaristas e de personalismo, em um contexto institucional instável. Ainda segundo esses autores, os limites constatados nessas ações regionais de vigilância refletem fragmentação e descontinuidade políticas e nesse contexto de disputas de poder nos diferentes níveis de governo, em função de mudanças na sua condução, as instituições ficam vulneráveis pela descontinuidade das políticas setoriais em curso e tendem a traçar ações identificadas com o gestor da ocasião ⁶⁶.

Tal realidade do modelo da Vigilância em Saúde do Trabalhador também é reproduzida na realidade deste município, segundo a perspectiva dos atores, e será discutida a seguir.

3.2.4 Mudanças políticas

A trajetória da Saúde do Trabalhador no município, segundo os atores entrevistados, é influenciada pelos diferentes momentos políticos vividos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Estes momentos políticos, por sua vez, tiveram influência das mudanças relacionadas às gestões do município e do Estado.

Principalmente no que se refere às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tal fato pode ser exemplificado pelos períodos de interrupção destas em momentos diferentes, desde a discussão da competência das instâncias envolvidas no início desta trajetória, passando pelas mudanças de gestão, até a última interrupção ocorrida com a mudança estrutural para a SUBVISA. Essas interrupções acontecem desde o início da estruturação do NUSAT em 1993, ainda no formato de PST.

Segundo o relato da gestora (2), que acompanhou essa trajetória desde o início, essas interrupções são perpassadas todo o tempo por questões políticas:

Nesse meio tempo aí, houve uma interrupção nas ações de vigilância por ordem do próprio gabinete do prefeito, da procuradoria, enfim. Eles julgavam as ações inconstitucionais por conta de problemas políticos. Mais por uma questão política, que acho que o tempo todo perpassa aí, de não querer fazer e não querer deixar acontecer, do que na verdade por um imbróglio legal. O município tinha uma história de ter feito várias ações junto com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério Público do Trabalho. E isso foi interrompido bruscamente acho que em 1998, se não me engano. (gest2).

Falta de vontade política e compromisso ético

Segundo as informações obtidas no levantamento documental e nas entrevistas, tudo indica que as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador foram interrompidas em 1998. Estas foram retomadas em 2007, já durante a segunda grande gestão do NUSAT e dentro da estrutura da Vigilância em Saúde da SMS, a partir das notificações de acidentes de trabalho:

A gente passou por essa transição toda tentando reconstruir o que tinha e retomar as ações de vigilância. E a gente retomou pela vigilância epidemiológica. Começamos a reforçar e resgatar o papel das Unidades nas notificações. E aí a gente começou a aparecer, a dar visibilidade para o que estava acontecendo. Eu acho que a interrupção das ações foi falta de vontade política e compromisso ético. E até hoje a vigilância do município não avança por falta de interesse mesmo, e é uma coisa deliberada, dita, verbalizada quando se pode, aquela coisa de não deixar acontecer. (gest2).

A “falta de vontade política ou de compromisso ético” referida pelo entrevistado pode ser interpretada à luz da afirmação de Minayo-Gomez e Thedim-Costa ⁴, de que esses conflitos revelam a trajetória caótica do Estado em sua função de promover a saúde do cidadão que trabalha, na qual a atuação dos PSTs e CERESTs é marcada repetidamente pela descontinuidade, ou por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo ou pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos.

Em consonância com essa afirmação, um dos entrevistados relaciona as descontinuidades tanto às questões de ordem política como ao planejamento dos gestores em exercício: “Dentre os maiores obstáculos que nós do CEREST temos que enfrentar estão as questões de ordem política, as mudanças de gestão. Realmente alguns gestores priorizarem algumas coisas transitórias, deixando de lado questões mais relevantes e interessantes.” (téc1).

Desenvolvendo um pouco mais essa afirmação, segundo Nobre ⁶⁵, vários serviços de referência em Saúde do Trabalhador, apesar de perseguir a integralidade e de ter experiências inovadoras, enfrentaram dificuldades para se articularem com os demais níveis do sistema e as demais instâncias do SUS. Isso porque não incorporaram a Saúde do Trabalhador em sua concepção do processo saúde-doença e em suas práticas, desconsiderando o trabalho como

determinante desse processo saúde-doença ⁶⁵. Tal fato resultou em serviços que eram mais referência para as instituições externas ao setor saúde, aos sindicatos e mesmo às empresas, podendo-se falar da existência de guetos, dada a dificuldade de articulação intrasetorial ⁶⁵.

A técnica em relação estreita com a política

Assim, somada à questão relacionada ao contexto político, existe o fato de conceitualmente a Saúde do Trabalhador ser permeada, desde sua origem, pela crítica das relações entre capital e trabalho, como expresso na fala de um dos entrevistados:

[...] é um campo muito novo, um campo ousado, um campo que você tem que romper com a idéia de que a técnica não tem uma relação estreita com a política. É um campo que destrói com a idéia de que você é uma pessoa neutra neste espaço. E que o trabalhador é central e que se você não tiver isso na sua cabeça você não vai fazer Saúde do Trabalhador. E que isso é um desafio, uma luta, que você tem situações econômicas, toda uma lógica de processo de adoecimento. Você tem que ter estratégia de ação de acordo com o que você tem, como você está e o momento político que você está vivendo. (téc3).

Segundo a gestora (3), existe inclusive uma dificuldade de incorporação do conceito Saúde do Trabalhador pelo Estado:

[...] porque a realidade coloca a visibilidade da necessidade das ações da Saúde do Trabalhador, mas a máquina do Estado não tem o poder de absorção dessa demanda social, né? A gente ainda tá numa fase de se fazer conhecer, a gente está sempre repetindo nosso papel, nossa missão, nossa importância, nossas bases legais, mas do ponto de vista da máquina do Estado, a gente ainda não foi absorvido. Aí nós, enquanto Saúde do Trabalhador, ainda somos entendidos como uma coisa duvidosa, uma ameaça. Porque chega muito perto e atua concretamente com a relação capital-trabalho. (gest3).

Embora as ações de Saúde do Trabalhador no SUS tenham um grande potencial de universalização, estas são diretamente dependentes das políticas públicas e de apoios institucionais de outras instâncias e impulsionadas por demandas pontuais, com alto grau de sazonalidade, ou mesmo não devidamente organizadas, demonstrando uma fraqueza política dos municípios diante dos poderes de grupos empresariais dominantes em suas respectivas regiões ⁶⁸.

Ainda, segundo um dos entrevistados, a Saúde do Trabalhador está num campo político e ideológico contrário ao sistema capitalista, e dentro desse sistema, as Secretarias de Saúde também representam campos de poder influenciados por interesses políticos e econômicos, muitas vezes partidários ou pessoais:

As SMS e SES representam um campo de poder. O Secretário e os cargos maiores são escolhas políticas. Quais os interesses de quem elege e apóia essas pessoas? Porque eu não acho que o fato de ser só técnico resolve o problema, porque não existe neutralidade. A Saúde do Trabalhador está num campo ideológico e político que é contrário a um sistema capitalista que explora, adoce e mata as pessoas. Não há interesse. O trabalho da Saúde do Trabalhador é trabalho de formiga. E a maior parte do que nós fizemos foi porque tinha uma Secretaria que apoiava. (gest1).

As mudanças são feitas de uma forma que abatem muito

Os conflitos políticos e ideológicos do próprio campo somados às mudanças políticas e de estrutura da saúde no município geram um descontentamento e uma fragilização dos atores envolvidos nesse processo, podendo representar inclusive a perda da credibilidade do serviço. Esse fato fica explícito a partir do discurso de um dos entrevistados:

É ruim para qualquer parte do serviço, mas muito ruim para vigilância. Essas interferências que acontecem ou institucionais ou por questões políticas. Mudança de governo, mudança de gestão. Quando o gestor está comprometido com a Saúde do Trabalhador as coisas fluem mais. Nem sempre o gestor tem esse olhar, até por que a gestão é por indicação política. Porque assim, quando quem está coordenando a Saúde do Trabalhador tem esse comprometimento com a vigilância, a gente consegue avançar. Deveria ter alguma cláusula lá para ser de competência dos técnicos decidirem [risos] o que fazer. Porque a gente constrói e daqui a pouco cai e a gente tenta levantar de novo. Aí cria uma angústia. Perde a gente e os trabalhadores. (téc2).

Outro ator expõe, inclusive, a impressão sobre o sentimento da equipe em relação à última mudança de gestão que culminou com a mudança estrutural para a SUBVISA:

Embora nossa equipe esteja bastante deprimida nesse sentido hoje, por várias razões. Mas eu acho que a gente pode. A porta não está fechada não. Mas tá sendo um exercício muito forte de cada um. A gente muda muito. Mandam a gente para aqui, para lá. As mudanças são feitas de forma que abatem muito. Mas a gente tem que se consolidar para que essas questões não abalem tanto. A nossa fragilidade é tal que isso é capaz de matar a gente. Porque é verdade que ficamos oito meses sem fazer nenhuma ação de vigilância. (téc3).

Para Vasconcellos e Silva ⁷¹, a questão da Vigilância em Saúde do Trabalhador talvez se constitua no maior desafio do campo, pela geração de conflitos interinstitucionais dentro do âmbito do próprio governo e também pela ação concreta de intervenção da sua própria característica operacional, explicitando contradições entre a defesa da saúde pelo Estado e a dificuldade dos setores empresariais em promover transformações nos ambientes e processos de trabalho, o que demanda investimentos e custos adicionais.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador se insere nas práticas de um Estado que pode ser modificado a qualquer momento pela sociedade, dependendo da correlação de forças entre o capital e o trabalho, assim, quanto mais ela avança no sentido da intervenção nos ambientes de trabalho, mais conflito trará a tona ⁷².

Nesta mesma linha de reflexão, um dos entrevistados discute a estruturação dentro da Vigilância Sanitária, ou seja, a realidade atual da Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, como perspectiva de inserção no que ele chama de máquina do Estado:

[...] dentro da Vigilância Sanitária ela tem um poder de reconhecimento na área da Saúde. Mostrando que a gente agrega valor ao trabalho, ao desenvolvimento da cidade, à cidadania dos moradores e trabalhadores do município. Foi uma área com um discurso muito polêmico e contestador. E isso é difícil, não acho que tenha que perder, mas tem que colocar o lado técnico no sentido do que a área é um campo que congrega teoria, prática, serviço, educação e pesquisa. (gest3).

Segundo Machado e Porto ⁶⁶, a melhor saída para a instabilidade e descontinuidade de ações é a construção de redes de Vigilância em Saúde do Trabalhador, formadas com uma ampla participação institucional e popular, permitindo a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, em consonância com a construção da democracia, da cidadania e da justiça social no Brasil.

3.2.5 Potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A partir de um questionamento sobre a capacidade atual de atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, os atores além de reconhecerem a realidade atual, foram levados a discutir as possibilidades da atuação sobre uma perspectiva de ampliação do potencial de ação/transformação desta neste contexto. É importante salientar que durante o levantamento documental e a realização das entrevistas não foram encontrados indicadores de avaliação de impacto dessas ações, sendo inclusive percebida uma fragilidade no acompanhamento dos resultados e desdobramentos dessas.

A ausência desses indicadores no serviço de Saúde do Trabalhador no município está em consonância com o resultado encontrado no trabalho de Lacaz, Machado e Porto ²⁷, quando referem em seu relatório que pouco mais de 28% dos serviços avaliados por eles apresentaram algum indicador de avaliação de impacto. Sendo este inclusive um ponto de ênfase na discussão e recomendação desses autores, no sentido de criação de tais instrumentos, conforme o nível de complexidade da ação, incorporando técnicas de outras áreas científicas ²⁷. Para tal, os autores reforçam a importância do estreitamento e aprofundamento das relações entre serviços e academia e da troca de experiências entre os próprios serviços ²⁷.

Impacto é impacto

De maneira geral, os atores reconheceram que as ações de vigilância têm pequeno impacto ou até relatam que não existe impacto, principalmente em relação ao tamanho e complexidade do município do Rio de Janeiro. Mas apontam nesta discussão o que entendem como principais dificuldades e perspectivas, e nesta linha de pensamento, será realizada a discussão da presente unidade de análise.

Um dos entrevistados desenvolve seu ponto de vista dentro dessa discussão:

Das ações que eu participei, eu acho que o impacto para mudar o processo é pouco. Eu acho que a gente consegue mais a questão da orientação em relação aos direitos trabalhistas e sociais do trabalhador que se acidentou. Agora de aquelas ações repercutirem para a questão do objetivo da vigilância, a gente ainda está muito aquém. Talvez agora com a questão da Vigilância Sanitária, da gente ter esse poder de solicitar aquelas mudanças para um determinado prazo e depois voltar, talvez a gente consiga mais. Só que a gente fica sempre na preocupação que não somos uma SRTE, a gente não está fiscalizando para multar. Tem toda uma questão de olhar de transformação, então a gente tem um pouco de dificuldade. (téc2).

Percebe-se através deste discurso que existe expectativa de que a incorporação na Vigilância Sanitária possa ampliar o potencial de transformação das ações. Porém tal fato ainda não pode ser mensurado, pois a incorporação ainda está em implementação. Mas, dependendo da compreensão do entrevistado sobre impacto e do contexto vivenciado por este, o raciocínio pode ser desenvolvido de outra maneira:

Olha, eu acho que gente fez milagre, sem falsa modéstia. A gente avançou muito para o que se tinha e para o que a gente conseguiu construir. E pelo o que eu via que acontecia nos locais em que a RENAST estava muito mais forte do que aqui, com mais gente, podendo usar o dinheiro. Mas é claro que para um município como o Rio a gente não fazia nem um milésimo do que precisava fazer, entendeu? Criamos uma resistência que foi fundamental. Mas também não conseguiu dar a visibilidade que a gente gostaria. (gest2).

Já outro entrevistado se posiciona de maneira mais incisiva sobre sua compreensão da situação atual e exemplificando o que ele entenderia como impacto:

Hoje a gente não tem. A gente tem uma perspectiva de... Mas qual o impacto nosso? Ir a um lugar conseguir que o cara assine carteira do cara? Para aquele trabalhador não foi um impacto. Fazer com que ele emita a CAT, ah legal. Legal?! Agora impacto é como reduzir os acidentes na construção civil no Rio de Janeiro. Ta aí um impacto. Como retirar a fibra do amianto da área de produção, isso é um impacto. Como você intervém no trabalho infantil no município, isso é impacto. Impacto é impacto. Não é impactinho. E isso aí a gente não tem. (téc3).

A discussão sobre o impacto das ações de vigilância também foi desenvolvida a partir do ponto de vista dos atores sobre o encaminhamento e o desdobramento das ações.

No discurso a seguir pode-se observar este ponto de vista dentro da possibilidade do desenvolvimento de indicadores:

Antes na Vigilância em Saúde a gente não tinha intervenção com nada, respaldo nenhum. E a gente fazia um relatório do que a gente fazia mensalmente e aquilo ficava engavetado. Não tinha nenhum retorno. Então a gente tem que criar instrumentos que mostrem e que dêem visibilidade a nosso trabalho. Indicadores. Isso é uma das dificuldades que nós temos. A gente está construindo esses indicadores. Na vigilância a gente tem que construir os indicadores de reunião, de elaboração de roteiro, de elaboração de relatório. A gente está tentando criar um fluxo. (téc4).

Outra questão marcante na discussão do impacto das ações foi a associação com a questão da visibilidade, o que inclusive já pôde ser observado nos depoimentos anteriores e

segue a mesma linha na seguinte fala: “A gente não consegue ainda, pelo tamanho da equipe e pela pouca visibilidade que a Saúde do Trabalhador tem, ter aquele gás, aquele gás de você se sobrepôr a essas demandas de denúncias e cair nas ações de promoção.” (gest3).

A gente tem que capilarizar

Através do discurso dos atores, também foi observado que a descentralização das ações com o desenvolvimento da atuação na Atenção Básica e na Promoção da Saúde é uma perspectiva na ampliação do impacto e da visibilidade das ações do serviço:

Entender que a ação pontual é importante, mas não tem impacto coletivo. Porque a Saúde do Trabalhador é uma ação coletiva. Mas isso tem que ter um planejamento com articulação, por exemplo, eu posso usar Estratégia da Família na vigilância para mapear a área produtiva daquela região. Dos trabalhadores do trabalho informal, eu não vou conseguir isso na Previdência ou na Secretaria da Fazenda, porque é informal e eu tenho um indivíduo que conhece essa comunidade. Ele já preenche um papel da Estratégia da Saúde da Família e o que é que tem ali da Saúde do Trabalhador que é importante? Naquela região o que eu vou eleger para atuar, qual vai ser meu foco ali e aqueles trabalhadores envolvidos no processo? Planejamento é fundamental para coordenar as ações de grande impacto. (téc3).

As investigações em Saúde do Trabalhador desenvolvem a compreensão da relação saúde e trabalho como resultante das relações sociais de produção e não sob o enfoque individual, e estas deveriam ser apoiadas devido à sua importância no estabelecimento de prioridades nas intervenções e avaliações ⁷³. Nesta discussão é apresentada a perspectiva do território e a estratégia da territorialização.

A territorialização é um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, uma vez que as ações são desenvolvidas sobre uma base territorial com uma delimitação espacial previamente determinada ⁷⁴. Esse instrumento já vem sendo utilizado por iniciativas como a ESF e a Vigilância em Saúde Ambiental através da proposta dos municípios saudáveis e da própria descentralização prevista pela Constituição Federal ⁷⁴.

Mas assumir a categoria território implica desafios adicionais à vigilância, ao exemplo da compreensão da complexidade dos processos sociais, econômicos e políticos dos territórios, da dinâmica com os fluxos migratórios, da configuração das cadeias de produção e a existência de grupos de maior vulnerabilidade ⁶⁵. Além do desafio relacionado à articulação das políticas públicas intra e intersetoriais no mesmo território. Na Saúde do Trabalhador é importante a compreensão do território vivo, dinâmico, como expressão ou resultado de relações sociais influenciadas e influenciando decisões políticas e modelos de desenvolvimento ⁶⁵.

Na mesma linha de raciocínio e apresentando a questão da informação, também bastante abordada como perspectiva de ampliação desse impacto, o mesmo entrevistado desenvolve seu discurso:

A idéia é usar as informações para ajudar na estratégia. A gente precisa construir essa informação. Acho que georreferenciamento. Na verdade não é nada novo, o SUS trabalha com isso. Mapear as produções de suas áreas. Descentralizar as ações é fundamental. Hoje a gente está vivendo ações centralizadas, mas tem que entender que isso é uma situação momentânea, não tem gente. Então a gente tem que capilarizar. Acho que seria muito legal se a gente pudesse se inserir na questão do controle social nas ações distritais. Apresentar os problemas, discutir isso lá. Isso é uma forma também de divulgar o seu trabalho. (téc3).

O enfoque da Promoção da Saúde e a proposta da Vigilância da Saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso de integração para a Saúde do Trabalhador. Possibilitando assim, a inserção da Saúde do Trabalhador por meio da proposição de políticas públicas saudáveis, através da compreensão de que os problemas de saúde apresentados por essa área não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo, considerando as condições de moradia e de saneamento, acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras coisas ⁷⁵.

A informação para a ação

A informação é discutida pelos entrevistados como estratégia de visibilidade e como estratégia dentro da promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador:

É importante trabalhar as informações de Saúde do Trabalhador, divulgar e devolver para o trabalhador. Porque na concepção de alguns, eu estou trabalhando e produzo dados para aquele programa aparecer. Não! Eu estou construindo dados na realidade para a promoção e prevenção da Saúde do Trabalhador. Eu acho que a gente ainda peca porque não sabe qual é a área produtiva dessa cidade e a gente não consegue fazer a vigilância para a promoção. Se eu sei que aqui a gente tem indústrias o que eu posso estar fazendo, que propostas de mudanças? Porque aí tem a questão social, a tecnológica e a própria epidemiológica. Acompanhar essas mudanças e isso a gente não faz. (téc5).

O desafio que se coloca em relação a essas informações em Saúde do Trabalhador é que estas também se encontram fragmentadas, dispersas em um mosaico de dados, sistemas e programas, longe de representar um Sistema de Informações em rede que retrate o quadro de risco e agravos à saúde relacionados ao trabalho ⁷⁶. Situação que dificulta as ações de intervenção e prevenção e contribui para a manutenção das estatísticas de morbi-mortalidade evidenciadas no cenário nacional ⁷⁶.

O caminho para a superação desse desafio aponta para iniciativas já em curso, como as disposições sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS, através das Portarias

Nº 777 de 28/04/2004 ⁵⁶ e Nº 104 de 25/01/2011 ⁷⁷, o que não exclui a possibilidade da subnotificação, mas evolui no estabelecimento de fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

Ainda sob a perspectiva da importância da informação e da descentralização das ações nesse processo de ampliação do impacto, o seguinte entrevistado fez uma relação entre as estratégias que já eram utilizadas e as que se planejam utilizar:

A gente tinha a questão para aumentar as notificações, a questão da sensibilização, vendo que a questão da informação gera vigilância. A informação para a ação. A gente ia frequentemente nas Unidades de Saúde, principalmente nos hospitais de emergência, trabalhar e capacitar aqueles profissionais para o olhar da Saúde do Trabalhador. E eu acho que agora também essa estruturação dessa questão da informação, tentar trabalhar esses dados que chegam para a gente do SINAN, tentar outras bases de dados, o próprio SIM, para fazer esse mapeamento e subsidiar a vigilância. (téc2).

Uma estratégia citada por todos entrevistados, que já havia sido planejada e utilizada no período da primeira gestão da Saúde do Trabalhador do município, e que continua fazendo parte do planejamento atual é representada pelos Fóruns de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas do município:

Era um objetivo ter um Fórum de Saúde do Trabalhador por cada AP, chegamos ter quatro APs, mas hoje só temos uma. Onde convidamos todos os atores da região, as Universidades, os profissionais de saúde, as escolas, o INSS, as associações de moradores e trabalhadores. (téc2).

Como discutido na unidade de análise sobre as relações intra e intersetoriais, a concretização dessas relações representa um dos importantes desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, mantendo a mesma proporção quando discutido sob o enfoque da Promoção da Saúde.

Sob esse enfoque, a intersetorialidade não diz respeito apenas à ação conjunta de esferas governamentais, mas também à busca de parceria com outros setores não governamentais, fazendo-se necessário o aprofundamento da integração com as organizações dos trabalhadores e outras organizações da sociedade civil ⁷⁵. Afinal, as questões de saúde dos trabalhadores não dizem respeito apenas ao grupo de trabalhadores em si, mas a todo o conjunto da população ⁷⁵.

Uma equipe que seja qualificada do ponto de vista técnico, ético e político

Dentro dessa mesma discussão, o tamanho da equipe também foi uma questão abordada, mas seguindo o padrão das últimas discussões, também com alguns conflitos de opiniões. Todos os entrevistados reconhecem uma equipe de tamanho reduzido em relação ao tamanho do território e à solicitação de demandas, sendo que alguns defendem este como um

problema principal e outros o citam, porém reconhecendo a existência de desafios mais complexos. A própria perspectiva da descentralização com a qualificação dos profissionais da Atenção Básica e Promoção da Saúde já é apresentada em detrimento do aumento do quadro de profissionais do NUSAT.

Neste sentido, introduz-se a questão do quantitativo da equipe a partir da fala a seguir:

Porque a mesma equipe que faz a intervenção é que vai fazer o acompanhamento, e é muita coisa. Agora com a incorporação na VISA, eu espero que eles percebam que precisa de mais gente. A gente vai se ramificar para as pontas. Não dá para concentrar tudo num único lugar. É desumano para a gente e para o trabalhador que quer ser amparado e não consegue. E se a gente conseguir essa capilarização, essa informação vai chegar para a gente. Mas se a gente fizer isso com o quantitativo de hoje, vamos ser engolidos. E a gente vai se sentir mais frustrados do que já nos sentimos hoje. Por não poder dar conta de uma situação gigantesca e catastrófica. (téc4).

Já, segundo outro ponto de vista, o aumento da equipe não necessariamente está relacionado à ampliação do potencial de ação:

Eu acho que tem coisas que não é o número de pessoas que impede a ação. Mas quem é hoje no município do Rio de Janeiro que pensa vigilância? Não tem cabeça. São os próprios técnicos que estão fazendo isso. Isso poderia ser muito legal numa situação de auto-gestão, não em uma situação verticalizadora, onde isso e nada é a mesma coisa. Não é o modelo de gestão da nossa prefeitura. (téc3).

Atualmente, essa discussão em relação ao quantitativo e à qualificação da equipe também é realizada levando em consideração a nova estruturação da Saúde do Trabalhador dentro da Vigilância Sanitária:

Hoje quem faz Saúde do Trabalhador é a Vigilância Sanitária. Mas ela incluiu da forma que ela inclui tudo, incluiu em gaveta. A forma de atuação é pouco eficaz, mas não só para a Saúde do Trabalhador, ela é pouco eficaz para o alimento, para a saúde, para muita coisa. Porque a forma vertical como ela trabalha, o método não ajuda. Agora quem está dando a cara são os técnicos. E é a cara do grupo, tem gente com experiência, gente sem experiência. Hoje pelo menos tem um nível de conversa nessa estrutura vertical. Mas temos que criar o corpo, o bendito do corpo. (téc3).

O mesmo ponto de vista relacionado à qualificação da equipe, agora como um contraponto ao crescimento desta, é discutido na afirmação seguinte sobre a perspectiva da descentralização e ampliação do potencial de ação do NUSAT:

A outra questão é descentralizar o NUSAT, não criar equipes, porque às vezes aumenta as pessoas, aumenta os problemas. Mas assim, você ter equipes nessas áreas, pelo menos em mais duas ou três APs com um NUSAT com estrutura mínima de equipe para trabalhar naquele território, isso basta. Uma equipe que seja qualificada do ponto de vista técnico e do ponto de vista ético e político para coordenar a Saúde do Trabalhador e ajudar a equipe que está na ponta, ajudar o PSF, ajudar as Emergências, fortalecer essas ações lá. (gest2).

Para Nobre ⁶⁵, o investimento em recursos humanos, com capacitação, habilitação e conhecimentos necessários no reconhecimento e entendimento da relação entre trabalho e saúde representa um ponto crucial para as práticas atuais de Saúde do Trabalhador. E além da

formação e competência técnica específica, é necessária a compreensão da Saúde do Trabalhador como processo social, político e de constituição histórica de sujeito ⁷⁸. Estabelecendo nesse processo, a interlocução com os trabalhadores e com a realidade do mundo do trabalho, a capacidade de enfrentar conflitos e a negociação ética de melhores condições e relações de trabalho ⁷⁸.

O reconhecimento da importância do investimento em capacitação, como estratégia de fortalecimento do campo da Saúde do Trabalhador, alcança ainda maior relevância devido à heterogeneidade do perfil de formação dos recursos humanos que atuam nesse campo. Riqueza que pode ser vista como uma característica a ser valorizada quando levado em consideração o componente ideológico da prática da Saúde do Trabalhador, que implica em um grau mais elevado de compromisso com o trabalho que esses atores realizam ⁷⁹.

Em consonância com muitas das questões discutidas anteriormente nessa unidade de análise, mas não esgotando as possibilidades de discussão, o seguinte discurso pode ser representativo dos desafios e perspectivas atuais da Saúde do Trabalhador no município:

Para ampliar, basicamente, a gente tem que fortalecer a equipe do ponto de vista técnico. Estar dentro da Vigilância Sanitária e executar Vigilância de Saúde do Trabalhador requerem um aprimoramento, para conjugar o que é Vigilância Sanitária enquanto normas, legislações e o que isso tem a ver com Saúde do Trabalhador. Fortalecer e capacitar a própria equipe. Ela precisa passar por essa capacitação, para primeiro ela se fortalecer e depois consequentemente ampliar as nossas parcerias. Aumentar essas notificações, isso também é um reflexo do fortalecimento da Saúde do Trabalhador, de ter essa relação com a rede. Se inserir em cada área no Rio de Janeiro, criar um grupo de trabalho. Ir à área capacitar as lideranças, trabalhar com a Saúde da Família e depois dar visibilidade à Saúde do Trabalhador naquela área. E isso é outro desafio. Não é entrar numa empresa. É estar em uma área de comunidade e trabalhar com a educação. Mas é uma coisa bonita, porque sai um pouco da punição, da multa, da coisa mais dura e enrijecida do que é o processo do capital-trabalho. Você vai para a comunidade, trabalhar com as famílias, você vai ver as formas de relações sociais aí dentro. (gest3).

Segundo Vasconcellos e Silva ⁷¹, em uma síntese sobre a primeira década da Saúde do Trabalhador no setor saúde, os entraves para a incorporação da área na rede de serviços com capacidade efetiva e resolutividade das ações poderiam ser ultrapassados, naquele contexto, com um programa de capacitação maciça, voltado especialmente para Atenção Básica e Saúde da Família, para os setores de vigilância e os serviços de urgência e emergência da rede.

Além disso, a desarticulação e a fragmentação dos bancos de informações em Saúde do Trabalhador já demandavam a inclusão e a compatibilização das diversas linguagens, com a necessidade de consideração das formas de adoecimento e mortes relacionadas ao trabalho fora do sistema oficial de informações, ao exemplo do trabalho informal ⁷¹.

Mais de uma década depois, fazendo essa correlação com a dinâmica da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município, observa-se que a conformação do modelo, seus entraves e suas perspectivas, continuam apontando para as mesmas necessidades. Mesmo assim, na conclusão dessa discussão específica, reconhecendo que devido ao seu caráter multifatorial e multisetorial, esta seria uma discussão com muito mais possibilidades, observou-se através do depoimento dos diversos atores, que as estratégias distintas, porém não destoantes, apontam para ampliação do potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro com a descentralização das ações e incorporação de novos atores no nível municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – REFLEXÕES SOBRE O SABER E O FAZER

“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.”
(António Machado)^{iv}

Antes da aproximação ao campo, ainda no que poderíamos chamar de fase teórica da pesquisa, surgiu um questionamento sobre a estagnação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro. Contudo, a aproximação com o campo empírico propiciou outra perspectiva, inclusive discutida pelos atores envolvidos nesse processo, a invisibilidade.

A partir desta aproximação, constatou-se que as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador continuam acontecendo no Rio de Janeiro, em detrimento da invisibilidade, muito pelo trabalho dos atores envolvidos nestas ações. Partindo de uma percepção acadêmica de estagnação, a observação da prática acabou representada pela atuação da vigilância. Uma atuação descontínua, instável e aparentemente invisível, mas demonstrativa de um processo instituinte em movimento.

Assim, esta dissertação buscou tornar visível a dinâmica dos saberes e práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro, encetando uma reflexão sobre o saber e o fazer no contexto analisado.

Uma vez reconhecida a importância da Vigilância da Saúde do Trabalhador como “território onde a Saúde do Trabalhador acontece”, partiu-se para a compreensão dos principais desafios e perspectivas para que os seus saberes possam ser efetivamente aplicados em suas práticas. Uma consideração importante nesta compreensão, discutida pela totalidade dos atores entrevistados e também pelos principais autores do campo, é o reconhecimento do afastamento da capacidade de intervenção do Estado da produção dos saberes no campo conceitual e da ampliação de recursos legais na Saúde do Trabalhador.

Partindo-se deste cenário geral, iniciam-se as considerações contextualizadas sob o olhar dos atores envolvidos nas ações de vigilância do município e o olhar da autora do presente trabalho. Também é importante salientar que muitas dessas considerações foram unanimidades, com características já reconhecidas pelo meio acadêmico e compartilhadas com outros serviços de Saúde do Trabalhador. O que não as desmerecem, mas, ao contrário, apontam para a necessidade de reavaliação e redefinição das práticas em busca de alternativas de ação na consolidação da Vigilância em Saúde do Trabalhador neste município.

^{iv} António Machado, poeta sevilhano.

A primeira reflexão se dá sobre a consolidação do conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que se faz necessária frente ao reconhecimento da complexidade das relações saúde e trabalho. Consolidação aqui expressa no sentido de fortalecimento e não no sentido de solidificação ou imutabilidade.

Devido ao caráter complexo do seu objeto, a vigilância exige a dinâmica de princípios como a interdisciplinaridade e a transetorialidade. Dinâmica que tem relevância primordial em momentos de reestruturação, como as mudanças ocorridas dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde desde a criação do NUSAT. Uma dinâmica que também assume papel importante na discussão atual de integração das vigilâncias, na qual uma Vigilância da Saúde única terá que considerar diferentes objetos nas suas ações, integrando e não desagregando as especificidades.

Inclusive, a consolidação do conceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador aponta para a sua integração ao conceito da Vigilância da Saúde, onde as questões de saúde estão colocadas de forma integral, contextualizadas, e os desafios devem ser enfrentados a partir dos problemas e não das especificidades das vigilâncias.

Apesar de a perspectiva moderna levar à Vigilância da Saúde como possibilidade de integração das vigilâncias, muito ainda se discute sobre a estruturação ideal para a Saúde do Trabalhador. No município do Rio de Janeiro, esta estruturação tem acontecido mais relacionada aos momentos diferentes das gestões e talvez menos ao planejamento das ações. Assim, percebe-se uma adaptação das ações de vigilância às diferentes estruturas, o que acaba por caracterizá-las pela descontinuidade e instabilidade, uma vez que estruturas diferentes exigem estratégias de operacionalização diferentes, principalmente em relação à estrutura burocrática das Subsecretarias.

Um exemplo desse fato é a recente inclusão da Saúde do Trabalhador na estrutura burocrática da Vigilância Sanitária, como estratégia de aumento do poder de intervenção e impacto das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, a despeito de que o planejamento das ações aponte para uma aproximação com a Atenção Básica.

Outra consideração importante é que a aproximação com a Atenção Básica, inicialmente através dos Fóruns de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas do Rio de Janeiro, já fazia parte do planejamento desde a criação da Gerência em Saúde do Trabalhador em 1993. O fato remete a uma reflexão sobre as reais possibilidades dessa aproximação que, mesmo em 18 anos de prática, não aconteceu de maneira efetiva, ou pelo menos de maneira a produzir um impacto reconhecido pelos atores envolvidos. Mas que de qualquer maneira

demonstra um planejamento para ações com impacto coletivo, superando as iniciativas demandadas por denúncias e baseadas nos direitos sociais dos trabalhadores já acidentados.

Assim, as informações seriam utilizadas como instrumento da vigilância, tanto no planejamento das ações de impacto, como para a construção de indicadores de avaliação das ações. Refletindo-se inclusive sobre a construção de informações e indicadores a partir de dados já disponibilizados pelo SUS, Previdência Social, Ministério da Fazenda e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outros. Além disso, essas também dariam visibilidade ao serviço e às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Para tanto, os atores envolvidos nesse processo, precisam de competências técnicas e administrativas. Porque além da necessidade de um agir político, que rompe com uma posição neutra dentro do campo, existe uma necessidade de congregação de saberes, tecnologia, práticas, serviço e pesquisa. Além da necessidade da participação dos trabalhadores nesse processo, mobilizando as necessidades e saberes destes na construção de informações e na atuação articulada. Ou seja, ultrapassando um discurso de ampliação do número de atores na Vigilância em Saúde do Trabalhador, reflete-se sobre a qualificação e capilarização desses atores e das informações produzidas por estes.

O depoimento desses atores demonstra que em meio às mudanças políticas do estado e município e as respectivas mudanças de gestão, ocorreu uma fragilização das relações pessoais e profissionais e desestabilização do planejamento e continuidade das ações. Tal fragilidade e instabilidade também caracterizaram as relações intra e intersetoriais, que não superando a dependência das relações interpessoais são realizadas sem a consolidação necessária para sua efetivação na perspectiva da integralidade, interdisciplinaridade e transversalidade.

Ainda sobre as relações intra e intersetoriais, reflete-se sobre a necessidade da articulação mais próxima entre as instâncias municipal, estadual e federal da Saúde do Trabalhador. Previstas na estrutura de rede da RENAST, a articulação, a integração e a atuação cooperada fortalecem as iniciativas da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A própria perspectiva de atuação na Atenção Básica e através dos Fóruns de Saúde do Trabalhador nas Áreas Programáticas, em territórios delimitados, apontam para práticas de saúde por meio da construção de redes sociais e institucionais, incentivando o fortalecimento de relações transetoriais e do controle social, contextualizando-as e integrando-as às necessidades do território.

Tal perspectiva realmente não representa inovação em relação ao estado atual do conhecimento científico e ao desenvolvimento de políticas públicas, assim como os desafios

também não são novidade em meio às outras impossibilidades proporcionadas pela estrutura governamental: as mudanças políticas, as dificuldades burocráticas no repasse dos recursos financeiros, as limitações de estrutura física e de recursos materiais, os problemas de comunicação entre instituições, a não consolidação e publicização de um sistema de informação, além do quadro profissional prejudicado em relação ao quantitativo e à falta de vínculo institucional.

Também é importante salientar a dificuldade apresentada pela própria característica do campo da Saúde do Trabalhador que o coloca no meio de uma relação complexa entre o capital e o trabalho. Se por um lado, essa característica aproxima do campo atores envolvidos e ligados através do componente ideológico e do agir político, por outro lado, distancia as questões de saúde dos assuntos prioritários, em virtude de lidar com questões que mexem com interesses econômicos e, por isso, são alvo de pressões políticas para que se mantenha o *status quo*.

Muitos saberes estão consolidados no campo da Saúde do Trabalhador e são as práticas que orientam a dinâmica de integração e articulação destes, dependendo do contexto e do território em que elas acontecem. Assim, são as perspectivas e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador apresentados no contexto do Rio de Janeiro, através dos atores envolvidos, que mantêm ativa a dinâmica dos saberes e práticas da Saúde do Trabalhador neste município. Com um destaque para os indivíduos envolvidos nessas práticas, que não somente existem como resistem, em meio às mudanças políticas, mantendo a Vigilância em Saúde do Trabalhador em movimento, com um papel central dentro do NUSAT.

Reconhecidas as limitações do presente trabalho, como a sua amplitude, uma vez que foi excluída a experiência estadual, além dos demais atores que ocasionalmente participaram das ações de vigilância do município, caso do Ministério Público do Trabalho e da Vigilância Sanitária, considera-se a importância da realização de mais iniciativas de aproximação entre os serviços e a academia. Promovendo, assim, o compartilhamento de saberes e experiências, aquecendo as discussões e estimulando as práticas em diferentes territórios.

Em síntese, a Vigilância em Saúde do Trabalhador se conforma como um campo de atuação transversal da Saúde do Trabalhador, caracterizado pela dinâmica de saberes e práticas permeada por informações e partindo de um conceito ideológico e político, ora avançando, ora retrocedendo, sob a influência do contexto da estrutura e território em que sua atuação está inserida e dos atores envolvidos neste processo.

REFERÊNCIAS

- 1 Lacaz FAC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 1994. Cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 2 Vasconcellos LCF. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM; 2011. p. 401-422
- 3 Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 797-807.
- 4 Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13 (Supl. 2): 21-32.
- 5 Rosen G. A evolução da Medicina Social. In: *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Editora Global; 1983. p. 27-82.
- 6 Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do Movimento Sindical [Tese de Doutorado]. Campinas: Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas; 1986.
- 7 Laurell AC, Noriega M. O estudo do processo de trabalho e saúde: análise crítica de quatro propostas metodológicas. In: *Processo de saúde e produção e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1987.
- 8 Noriega M. Organización laboral, exigências y enfermedad. In: Laurell, AC, organizador. *Para a investigación de la salud de los trabajadores*. Série Paltex. Washington: OPS; 1983.
- 9 Berlinguer G. A saúde nas fábricas. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1983.
- 10 Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiatella M, Re A. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1986.
- 11 Mendes R, Dias EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev. Saúde Pública* 1991; 25(5): 341-9.
- 12 Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 817-828.
- 13 Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(3): 743-752.
- 14 Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate* 2000; 24 (55): 92-103.
- 15 Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(4): 757-766.

16 Dias EC et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(6): 2061-2070.

17 Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

18 Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; Brasília, 20(1): 85-100.

19 Portaria n.º 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 20 set.

20 Portaria n.º 2437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast- no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 9 dez.

21 Portaria n.º 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 12 nov.

22 Vasconcellos LCF. Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma Política de Estado [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

23 Dias EC et al. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Rev. méd. Minas Gerais* 2010; 20 (2,supl.2): S66-S74.

24 Ministério da Saúde. 1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009 - Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011.

25 Minayo-Gomez C. Organização do controle social: avanços e entraves. In: Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.17-31.

26 Vasconcellos LCF, Machado JHM. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: Minayo-Gomez C, Machado JHM, Pena, PGL, organizadores. Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 37-66.

27 Lacaz FAC, Machado JHM, Porto MFS. Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS) 2002. Relatório Final. <http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/Arquivos/Sala187.pdf> (acesso em 18 Jan de 2011).

- 28 Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública 1997; 13(Supl. 2): 33-45.
- 29 Lacaz FAC. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. Cad. Saúde Pública 1997; 13 (Supl. 2): 7-19.
- 30 Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. Trab. Educ. Saúde 2009/2010; 7(3): 445-462.
- 31 Machado JMH. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(4): 987-992.
- 32 Vasconcellos LCF, Machado JHM. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.87-116.
- 33 Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União 1998; 2 jul.
- 34 Facchini LA. Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma aproximação prática. Boletim da Saúde 2006; 20(1): 49-56.
- 35 Pimenta TS. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. Hist. Ciênc. Saúde 2004; 11(Supl1): 67-92.
- 36 Silva ZP, Coroa ML. Vigilância Sanitária: um histórico discursivo. REVISIA 2005; 1(1): 3-15.
- 37 Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(3): 995-1004.
- 38 Costa EA. Vigilância Sanitária proteção e defesa da Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
- 39 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Grupo Temático de Vigilância Sanitária. Relatório da oficina: subsídios para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Recife; 2004.
- 40 De Seta MH, Dain S. Construção do sistema brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl. 3): 3307-3317.
- 41 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
- 42 Costa EA. Políticas de vigilância sanitária: balanço e perspectivas. In: Costa EA, organizador. Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008.

- 43 Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5): 1043-1051.
- 44 Costa EA. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizador. *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA; 2008.
- 45 Portaria n ° 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez.
- 46 Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. SUS* 1998; 7: 7-28.
- 47 Freitas CM. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p.145-164.
- 48 Paim JS. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e promoção da saúde. In: ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes, 2001. Brasília, 2001.
- 49 Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 43-57.
- 50 Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 165-181.
- 51 Augusto LGS. O desafio da integração das vigilâncias no Brasil. *REVISA*, 2005; 1(1): 75-78.
- 52 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 12ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 53 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70; 1977.
- 54 Gomes R. *Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29ª Edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010. p.79-107.
- 55 Martins DM. *A Atenção à Saúde do Trabalhador na Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro. Relatório referente à gestão de março de 1994 a janeiro de 2000 do Programa de Saúde do Trabalhador – SMS/RJ*. Rio de Janeiro: 2000.
- 56 Portaria n° 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica SUS. *Diário Oficial da União* 2004; 29 abr.

- 57 Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União 1988; 5 out.
- 58 Constituição do Estado do Rio de Janeiro, de 5 de outubro de 1989. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro 1989; 5 out.
- 59 Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, de 5 de abril de 1990. Diário Oficial do Poder Legislativo da Câmara Municipal do Rio de Janeiro 1990; 5 abr.
- 60 Decreto Nº 33.360, de 17 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro 2011; 17 jan.
- 61 Vasconcellos LCF, Pignati WA. Panorama atual e algumas perspectivas da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: Minayo-Gomez C, Vasconcellos LCF, organizadores. Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.131-144.
- 62 Morin E. O problema epistemológico da complexidade, Portugal: Publicações Europa-América, 1991.
- 63 Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 1997; 2(1/2): 5-20.
- 64 Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 19-42.
- 65 Nobre LCC. A prática atual de Saúde do Trabalhador: nós críticos. In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da construção de um modelo estratégico 1999*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n10; 2001. p. 111-114
- 66 Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(3): 121-130.
- 67 Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- 68 Machado JMH. Ação transversal intersetorial – entre o racional e o conjuntural. Texto contribuição da ABRASCO para o encontro preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Brasília; 2005.
- 69 Nobre LCC et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – Práticas e desafios. In: Nobre LCC, Pena PGL, Baptista R, organizadores. *A Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios*. Salvador: EDUFBA, SESAB, CESAT; 2011. p. 277-314.

- 70 Santos AL, Rigotto RM. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde* nov.2010/fev.2011; 8(3): 387-406.
- 71 Vasconcellos LCF, Silva JFS. Uma década de saúde do trabalhador no setor saúde: tempo de construção, avanços e desafios. *Saúde em Debate* 2004; 28(68): 191-205.
- 72 Ribeiro FSN et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador: o que está por vir... In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um modelo estratégico 1999*; Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n10; 2001. p. 134-141
- 73 Rêgo MA et al. Investigação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador. In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico 1999*; Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n10; 2001. p. 154-158.
- 74 Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3): 898-906.
- 75 Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 319-322.
- 76 Silva JM et al. Informação e comunicação em Saúde do Trabalhador. In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico 1999*; Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n10; 2001. p. 142-145.
- 77 Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 26 jan.
- 78 Nobre LCC. A Política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: Nobre LCC, Pena PGL, Baptista R, organizadores. *A Saúde do Trabalhador na Bahia – História, conquistas e desafios*. Salvador: EDUFBA, SESAB, CESAT; 2011. p. 25-92.
- 79 Rigotto R et al. Capacitação em serviço, graduação e pós-graduação em Saúde do Trabalhador. In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador – Desafio da Construção de um Modelo Estratégico 1999*; Brasília: Ministério da Saúde, Série D. n10; 2001. p. 146-153.

APÊNDICE A. FICHA PARA LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

1) Identificação do Documento

Título do Documento: _____

Órgão detentor: _____ Data de Emissão: _____

2) Síntese do Documento

Características da demanda: _____

Recursos Legais citados: _____

Atores ou Órgãos envolvidos: _____

Descrição de etapas: _____

Problemas/ Dificuldades: _____

Propostas: _____

Acompanhamento das propostas ou resultados: _____

3) Síntese do documento quanto à participação e contribuição dos diferentes atores sociais envolvidos no processo:

Data do Preenchimento:

Preenchido por:

APÊNDICE B. ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação da pessoa entrevistada - Entrevista nº _____ - Data: _____

Nome:

Ano de Nascimento:

Escolaridade:

Formação:

Profissão/ Ocupação atual:

Tempo de atuação na Saúde do Trabalhador/na Vigilância em Saúde do Trabalhador: _____

1- Em sua opinião, qual o papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador para o campo da Saúde do Trabalhador?

2- Qual a sua percepção sobre a recente mudança ocorrida com a incorporação da Vigilância em Saúde do Trabalhador na Vigilância Sanitária? Qual o impacto dessa mudança sobre as ações?

3- Existe uma metodologia que é empregada nas ações da vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro? A escolha desta é baseada em algum critério ou estratégia específica ou é uma metodologia padrão? Como esta metodologia poderia ser descrita?

4- O desenvolvimento da abordagem da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município do Rio de Janeiro é subsidiada e/ou instrumentalizada por algum dispositivo normativo?

5- Qual a sua compreensão sobre a capacidade de atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador hoje no município do Rio de Janeiro? Segundo seu ponto de vista, qual o potencial de resolutividade e o impacto dessa atuação?

6- Como se dão as relações de intra e intersetorialidade nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro? Quais as relações mais frequentes e qual a importância destas?

7- Existe alguma articulação intra e intersetorial que ainda não acontece e caso existisse aumentaria o potencial de resolutividade ou o impacto das ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro? Qual seria esta e qual o argumento dessa não articulação?

8- Segundo sua percepção de que forma a abordagem multiprofissional em Saúde do Trabalhador incorpora os diferentes saberes, de diferentes áreas de conhecimento e dos trabalhadores, envolvidos na abordagem da Vigilância em Saúde do Trabalhador? Quais os pontos fortes e as dificuldades desta incorporação?

9- Com base na sua experiência vivida dentro das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e de um Serviço de Saúde do Trabalhador, qual seriam mudanças fundamentais para a ampliação do potencial de ação/transformação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro no contexto atual? Quais as principais dificuldades, desafios e perspectivas?

10- Então, já estamos terminando a entrevista, mas gostaria de saber se teria alguma outra informação sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador que por acaso não tenha sido explorada por essa entrevista, mas sobre a qual você gostaria de falar.

APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A realização do presente trabalho foi baseada na compreensão da Vigilância em Saúde do Trabalhador como instância privilegiada na transformação das relações saúde, trabalho e ambiente, optando-se assim por refletir sobre as práticas desta no Rio de Janeiro.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Um olhar sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro.

O objetivo deste trabalho é compreender a dinâmica dos saberes e práticas da Vigilância em Saúde do Trabalhador no município. Para tanto, serão realizados o levantamento documental dessas ações e entrevistas com os distintos atores envolvidos neste processo. Você foi convidado a participar da entrevista, mas sua participação não é obrigatória. Sua participação consistirá em responder a perguntas de uma entrevista que seguirá um roteiro semi-estruturado, apresentado ao entrevistado com antecedência.

Garantimos que a Instituição e o entrevistado não terão nenhuma participação nos custos da pesquisa, preservando a identidade do entrevistado e excluindo a possibilidade de riscos a sua saúde. Todas as etapas do estudo serão realizadas pela autora do estudo com os resultados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. Nestes termos, lhe é garantido o direito de recusa ou retirada deste consentimento, assim como, o de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa informações que já tenham sido dadas. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

As entrevistas serão registradas na forma de áudio e posteriormente transcritas. O material gravado ficará sob a guarda da própria pesquisadora, que se compromete a garantir a inacessibilidade do conteúdo a pessoas que não sejam a pesquisadora e a orientadora.

O produto deste trabalho possibilitará uma reflexão sobre a necessidade da articulação entre as intervenções e pesquisas, através de uma reavaliação das práticas, além de uma apropriação recíproca dos saberes, promovendo conhecimento e uma aproximação entre o saber e o fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Milena Maria Cordeiro de Almeida
ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (21) 98732870
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (21) 25982863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Entrevistado

APÊNDICE D. CRONOGRAMA

Período de abril de 2010 a março de 2012.

Atividades	2010									2011											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição do Tema	x	x	x	x																	
Pesquisa Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de Plano						x	x														
Visita inicial a Cerest/RJ								x													
Elaboração do Projeto							x	x	x	x											
Qualificação												x									
Levantamento Documental																x					
Realização de Entrevistas																	x	x	x		
Análise e Discussão																			x	x	
Elaboração da 1ª Versão																		x	x	x	x
Entrega da Dissertação																					
Defesa da Dissertação																					

Atividades	2012					
	1	2	3	4	5	6
Elaboração da 1ª Versão	x					
Entrega da Dissertação		x				
Defesa da Dissertação			x			

**APÊNDICE E. QUADRO COM A SISTEMATIZAÇÃO DAS AÇÕES DA VISAT NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Nº	Empresa Ano	Características (Demanda // Recursos Legais // Metodologia // Atores // Encaminhamento)
1	Panamericana 1992	Acordo para Mudança de Tecnologia e Defesa do Meio Ambiente e Controle do Mercúrio e Acordo para Melhoria Ambiental.
2	Usinagem Eurobrás 1994	Demanda Sindicato com denúncia de condições insatisfatórias para exercício de atividade laboral // Inspeção // PST- SES, PST-SMS, Sindicato Metalúrgicos e VISA-SES.
3	Arquivo Nacional 1994	Demanda Associação Servidores Arquivo Nacional // Inspeções 1994 e 1998 // Representante Arquivo Nacional, Sindicato trabalhadores Serviço Federal, PST-SMS e VISA-SMS // 2ª inspeção 1998 atendendo demanda Procuradoria da República Estado RJ.
4	General Eletric 1994	Acidente de trabalho // Art 293 Constituição Estado RJ/89, Art 6º e Art 18º, inciso IV Lei 8080/90 e LOM RJ/90 // Inspeção // Técnicos FIOCRUZ, Engenheiro e médico da empresa e Sindicato Metalúrgicos, PST-SMS // Termo de Visita Sanitária.
5	Torre do Rio Sul 1995	Acidente de trabalho fatal notificado pelo Núcleo de Epidemiologia Hospital Rocha Maia// Inspeção realizada pelo PST-SMS // Termo de Visita Sanitária.
6	CEDAE 1995	Acidente de trabalho com óbito de três trabalhadores // Inspeção // Diretor de esgotos CEDAE, técnicos da Petrobrás e PST-SMS// Termo de Visita Sanitária
7	Refinaria Manguinhos 1997	Demanda relacionada à denúncia de possível exposição de trabalhadores a benzeno // Inspeção // PST-SMS, SINDIPETRO, CIPA e médico da Refinaria // Termo de Visita Sanitária.
8	RICA 1997	Demanda da ALERJ e Subsecretaria de Assuntos Especiais da Prefeitura do RJ após acidente de trabalho grave // Art. 200 da Constituição de 1988, Art. 5º e 6º da Lei 8080/90, Portaria 1565/94 (SNVS), Art. 293 da Constituição do Estado do RJ, Lei 2702/97, Art. 360 da LOM-RJ/90, Lei 1583/90 (FMS), Resolução SMS nº500/94 (Carteira de Fiscalização e Inspeção Sanitária) e Portaria 1722/94 // Inspeções // VISA-SMS, PST-SMS, Sindicato dos Trabalhadores da Carne, ALERJ, DRT, CESTE/ FIOCRUZ, Conselho Municipal de Saúde e MPT // Encaminhamentos para MPT (relatório técnico com data de 2000).
9	HAZAFER 2004	Demanda do Centro de Vigilância Sanitária-SES, após denúncias de moradores à ALERJ // Inspeção/ Centro de Vigilância Sanitária-SES e NUSAT // Termo de Visita Sanitária.
10	RUFINO 2007	Acidente de trabalho fatal com adolescente notificado pelo Setor de Epidemiologia do HMMC // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05 (anexo III, item 6), Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeções (03) // NUSAT e Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ // Orientação a familiares quanto direitos sociais e encaminhamento de relatório: MPT, Fórum Nacional de Erradicação de Trabalho Infantil, DRT, SES, COSAT, CIST e VISA.
11	Linha Vermelha – Usina de Lixo Caju 2007	Informações imprensa sobre óbito de trabalhadores do mercado informal (catadores de material reciclável), acidente de trajeto // NUSAT // Orientações a familiares quanto direitos sociais.

12	EISA 2007	Demanda Sindicato dos Metalúrgicos na CIST após acidente de trabalho fatal // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Três reuniões na empresa, uma vez que a inspeção foi impedida // Representantes da empresa, CIPA, dirigentes sindicais, representantes da Comissão da Fábrica, técnico de enfermagem da empresa, NUSAT e trabalhador envolvido no acidente // Entrega de CAT à família do acidentado, registro de acidente na Delegacia Polícia pela família, encaminhamento de relatório na tentativa de articular uma ação conjunta: MPT, DRT, CEREST Estadual, COSAT, VISA, Conselhos Regionais de Enfermagem, Medicina e Engenharia e Sindicato dos Metalúrgicos.
13	Cemitério São Francisco de Assis - Santa Casa 2007	Demanda VISA gerada por Procuradoria do Trabalho para verificação das condições de trabalho dos coveiros // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeções// Representantes do cemitério, encarregado dos coveiros e NUSAT // Sugestão de melhorias e encaminhamento: MPT, VISA-SMS, DRT, CEREST Estadual, COSAT e Conselhos Regionais de Medicina e Engenharia. Termo de Ajuste de Conduta assinado quatro meses depois da primeira inspeção (MPT).
14	Ferrovários 2007	Demanda sindicato dos trabalhadores por processo de formação de maquinistas que poderia colocar em risco trabalhadores e usuários // Reunião com a presença de sindicato de trabalhadores e NUSAT.
15	Estaleiro Rio Nave 2007	Demanda Sindicato dos Metalúrgicos na CIST após denúncia acidente de trabalho fatal // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90, Portaria 3214/78 // Reuniões com sindicato e inspeções (02) // Representantes empresa, SESMT empresa, encarregado e presidente CIPA, representantes terceirizada que contratava trabalhador, NUSAT e representantes sindicais // Encaminhamento relatório objetivando intervenção articulada nos principais estaleiros do Rio de Janeiro: MPT, VISA-SMS, DRT, CEREST Estadual, COSAT e Conselhos Regionais de Medicina e Engenharia e Sindicato dos Metalúrgicos.
16	Condomínio Península Smart 2007	Demanda gerada pela SMS após acidente de trabalho grave envolvendo trabalhadores terceirizados // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeção // Técnico de segurança empresa, mestre de obras, representante empresa e NUSAT // Caso arquivado devido falta de interesse de trabalhadores para dar prosseguimento ao processo.
17	NET Rio 2008	Demanda gerada pelo MPT para vigilância do processo de trabalho no setor de Call Center da empresa // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeção // Procuradoras Regionais Trabalho, Tecnologista Fundacentro, Analista de Rh empresa, supervisora de teleatendimento empresa e NUSAT.
18	Norte Shopping 2008	Acidente de trabalho grave // Lei 8080/90, Portaria 777/04 e LOM-RJ/90 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT, Ata da CIPA, PPRA e PCMSO e relatório de providências pós-acidente). Sem relatório, apenas Termo de Visita Sanitária.
19	Moinho Cruzeiro do Sul 2008	Acidente de trabalho fatal // Lei 8080/90, Portaria 777/04 e LOM-RJ/90 // Inspeção // NUSAT // Termo de Visita com solicitação de documentos à empresa (CAT, Ata da CIPA, relatório de desdobramentos acidente, cópia de ocorrência policial, PPRA e PCMSO, CAT's dos últimos dois anos e afastamentos). Planejamento de discussão de medidas de segurança para trabalho em altura com a empresa e articulação com MPT
20	Casas Bahia 2008	Demanda gerada por acolhimento de trabalhadores da empresa desde 2005 com queixas de problemas psíquicos e osteomusculares. Trabalhadores não assistidos pela empresa. Verificou-se necessidade de análise coletiva do processo e organização do trabalho com os trabalhadores // Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90, Portaria 2437/05 e Portaria 777/04 // Mapa de Risco: dois grupos de dez trabalhadores // NUSAT e ETAL (Equipe de teatro e atividades lúdicas da Superintendência de Vigilância em Saúde) // Encaminhamento de relatório à Procuradoria do MPT.

21	RN Marcinho Recuperação de Rodas 2008	Demanda através de denúncia anônima sobre condições de trabalho da empresa, onde trabalhariam menores de idade em contato com ácido sulfúrico // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (PPRA, PCMSO e nomes e idade de trabalhadores).
22	Body Planet – Empresa Fitness e Camp 2008	Informações imprensa sobre acidente de trabalho grave e fatal vitimando dois trabalhadores (sem vínculo empregatício) // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT's, cópias de laudos de Bombeiros e Delegacia de Defesa Civil).
23	Tele Soluções 2008	Demanda de visita para investigação de exposição de trabalhadores a substâncias químicas // Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 777/04 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de CAT's; cópia de reunião da CIPA; cópias de laudos CREA, Vigilância Sanitária, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros; Análise Preliminar do Risco SESMT e descrição da atividade laboral // Encaminhamento do documento técnico de investigação do acidente de trabalho à Procuradoria do MPT.
24	Fratelli – Indústria e Comércio de Alimentos 2009	Informações imprensa sobre acidente de trabalho // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Visita à empresa // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT's, PCMSO e PPRA).
25	Cemitério São João Batista-Santa Casa 2009	Demanda gerada por solicitação da Procuradoria do Trabalho para a verificação das condições de trabalho dos coveiros // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeção// Administrador cemitério, encarregado dos coveiros, trabalhadores e NUSAT // Recomendações de aplicação imediata, curto prazo e médio prazo
26	Empresa de transporte Paranapanuan 2009	Informações imprensa sobre óbito de trabalhador durante jornada de trabalho // Parágrafo 3º do art. 6º da Lei 8080/90, Inciso XIV do artigo 360 da LOM RJ/90 e Portaria 777/04 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT, Ata CIPA, relatório desdobramentos).
27	Guarda Municipal 2009	Informações imprensa sobre óbito de trabalhador- atropelamento // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Visita técnica // NUSAT, Serviço Social e engenheiro do trabalho da empresa // Emissão de SINAN e solicitação de PPRA e PCMSO.
28	Ouro Mar Restaurante 2009	Demanda gerada por notificação de acidente de trabalho grave pelo HMMC envolvendo adolescente // Portaria 777/04, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT's, PPRA e PCMSO) e encaminhamento à MPT e SUBVISA.
29	Retifica Parada 896 de Motores e Comércio de Peças 2009	Acidente de trabalho grave // NUSAT // Orientação previdenciária e emissão de SINAN.
30	Sislex Serralheria e Reformas Ltda 2009	Demanda acidente de trabalho fatal // Informações obtidas através de contato telefônico com a família do trabalhador // Empresa emitiu CAT e o NUSAT emitiu o SINAN. Caso arquivado no CEREST 2
31	Igreja Santana 2009	Demanda denúncia anônima sobre risco de acidente em obra na Igreja // Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 777/04 // Inspeção // NUSAT // Termo de visita com solicitação de aplicação de medidas de segurança e encaminhamento de denúncia à SRTE.
32	Is Peibraz Ltda (Eaton) 2009	Demanda Sindicato dos Metalúrgicos acidente de trabalho grave ocorrido em 2007 // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90 e LOM-RJ/90 // Inspeções (03) e análise prontuários médicos // Representantes empresa, representantes sindicais e NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (CAT, Ata da CIPA, PPRA e PCMSO e relatório de desdobramentos), além da solicitação de participação de SESMT nas reuniões-inspeções.

33	CEDAE 2009	Demanda notificação do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital do Andaraí sobre acidente de trabalho grave // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Duas visitas à empresa, sendo preenchido Termo de Visita e solicitada reunião com Comissão de Investigação do Acidente // NUSAT // Empresa não enviou documentos e não agendou reunião solicitada.
34	Casa Daros 2009	Demanda notificação de acidente de trabalho fatal HMMC // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Inspeção // NUSAT // Encaminhamento de relatório ao Sindicato dos Trabalhadores da Indústria e Construção Civil do RJ e DRT.
35	Arplan Plásticos 2009	Demanda acidente de trabalho grave notificada no Posto de Saúde Nascimento Gurgel // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Inspeção // Técnico de segurança e advogado empresa e NUSAT // Solicitados documentos à empresa (CAT, Ata CIPA, PPRA e PCMSO e relatório de desdobramentos) e verificação da necessidade de contato com vítima.
36	Circuito 360° Café 2009	Acidente de trabalho // Visita técnica // NUSAT.
37	D.S Cabral Ind. E Comércio de Produtos 2009	Acidente de trabalho // Orientações ao trabalhador para encaminhamento à Previdência.
38	Bar Caldeirão 2009	Acidente de trabalho com trabalhador menor de idade.
39	Plantare Jardins Comércio e Serviços 2009	Acidente de trabalho grave // Emissão de CAT e orientações aos familiares.
40	Transporte Della Volpe 2009	Demanda busca ativa de acidentes no HMSA // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Inspeção interrompida porque a empresa estava fechada por problemas técnicos // NUSAT // Solicitação de documentos (CAT's, Ata CIPA, relatório com providências pós-acidente). Emissão de SINAN e encerramento de caso por falta de informações.
41	Socicam Terminal Rodoviário e Representações 2009	Demanda gerada após inspeção da VISA no local identificando irregularidades nas obras do Terminal Rodoviário // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Reunião Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Defesa Civil e Gerência de Controle de Vetores para planejar ação e Inspeção// SUBVISA, GCV, CVA, SMAC, NUSAT, CIEVS // Solicitação de documentos (PCMAT, PCMSO, PPRA, CAT's) e de fornecimento de EPI, regularização de contratos, sinalização da obra, adequação de instalações elétricas, redução de ruídos, limpeza e higiene de vestiários e refeitórios. Medidas de aplicação imediata e prazo de dois dias para documentos.
42	Vasconcelos Engenharia 2009	Demanda Serviço Social HMSA por acidente de trabalho grave // Empresa não localizada por contato telefônico. Sede localizada no Rio Grande do Sul. O contato telefônico com trabalhador também foi impossibilitado porque número do prontuário hospitalar também não foi localizado // NUSAT // Caso arquivado no CEREST 2 por falta de informações.
43	Viação Oeste Occidental SA 2009	Informações imprensa acidente de trânsito com acidente de trabalho grave e fatal na Av. Brasil // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT, gerente de Rh empresa, chefe departamento pessoal e encarregada de manutenção empresa // Termo de Visita Sanitária não foi cumprido. Ação suspensa porque a empresa foi fechada por ordem judicial, frota recolhida e retirada de circulação. Emissão de SINAN.
44	Camilo Engenharia 2009	Acidente de trabalho fatal// Inspeção // NUSAT // Contato com familiares para orientações trabalhistas e previdenciárias e solicitação de documentos à empresa (PCMSO, PPRA e CAT's).

45	Victor Carioca Ind. e Com. de Produtos de Limpeza 2009	Demanda Sindicato dos Químicos, acidente de trabalho típico ocorrido com seis trabalhadores da empresa (queda de laje e queimadura por produtos químicos) // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Portaria 2437/05, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Visita a domicílio do trabalhador para coletar informações e dar orientações cabíveis e inspeção na empresa // NUSAT // Solicitação de documentos (CAT's, ata CIPA, relatório de providências pós- acidente, CAT's e afastamentos com motivo e setor dos últimos dois anos, PPRA, PCMSO, relação de produtos químicos e FISPQ's) e encaminhamento de avaliação para a Divisão de Vigilância e Fiscalização de Insumos, Medicamentos e Produtos. Após essa avaliação foi requerida a ação da VISA Estadual por se tratar de Indústria de Saneantes.
46	TMKT Serviços de Marketing 2009-2010	Demanda Sindicato dos Telefônicos (SINTTEL) sobre intoxicação de trabalhadores por produto químico nas salas de operação // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeções (02) // NUSAT, Representante sindical, coordenador de relações trabalhistas e advogado empresa // Solicitação de documentos (PPRA, PCMSO, CAT's e medidas de prevenção contra incêndio da empresa). Realizada uma segunda visita à empresa para avaliação dos equipamentos de combate a incêndio, sendo solicitadas as medidas de segurança cabíveis e encaminhado ofício ao Corpo de Bombeiros para avaliação do local.
47	Rio Luz 2009-2010	Notificação acidente de trabalho grave e fatal pelo HMLJ // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Visita ao HMLJ, inspeções, reunião com a empresa terceirizada no CEREST 1// NUSAT, representantes empresa e membros da Comissão de Investigação do Acidente // Solicitação de documentos (PPRA, PCMSO, ata CIPA e documentos de inspeção de veículos utilizados por trabalhadores). Realizada segunda visita à empresa para verificar o cumprimento das condutas de segurança seis meses após a primeira visita e nova solicitação de documentos com prazo de 30 dias. Acompanhamento do processo realizado com novo encaminhamento de solicitação de informações sobre medidas de segurança da empresa.
48	Xonirem Ind Técnica e Com Ltda e Eficaz Serviço de Manutenção de Imóveis 2009-2010	Acidente de trabalho grave (sem relatório, apenas termo de visita) // Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 // Inspeções (02) // NUSAT // Segunda inspeção ocorre três meses depois da primeira para verificar cumprimento de recomendações. Após verificação de manutenção de situações de risco à saúde e segurança do trabalhador, o relatório foi encaminhado ao MPT.
49	Recnov-Record 2010	Acidente de trabalho fatal // NUSAT // Solicitação de documentos à empresa (PCMSO, PPRA e CAT) e emissão de CAT e SINAN.
50	Editora O Dia 2010	Demanda MPT solicitando investigação do processo de trabalho // Lei 8080/90, Inciso XIV do artigo 360 da LOM RJ/90 e Portaria 777/04 // Inspeção// Engenheiro de Segurança empresa e NUSAT.
51	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – Complexo de Benfica 2010	Demanda SUBVISA por denúncia de representante da CIPA sobre problemas com a qualidade do ar do ambiente do trabalho // Lei 8080/90, LOM-RJ/90, Portaria 1679/02, Portaria 2437/05 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos (PCMSO, PPRA, CAT's e afastamentos). Sem previsão de retorno à empresa e solicitação de avaliações dos Bombeiros por extintores vencidos e da COMLURB por infestação de pombos e caramujos.
52	Servomatic 2010	Demanda ouvidoria da SUBVISA referente às condições de trabalho da empresa referindo manuseio de produtos químicos sem EPI // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção e reunião com técnicos do CESTEHE-FIOCRUZ e NUSAT // Solicitação de documentos (PCMSO, PPRA, CAT's e afastamentos dos últimos dois anos, envio mensal ao NUSAT de CAT's emitidas pela empresa, relação de produtos químicos e as fichas técnicas destes e processo de renovação ambiental. Reunião com CESTEHE/FIOCRUZ para discussão do caso e avaliação toxicológica do ambiente.

53	Condomínio Edifício Senamar 2010	Demanda ouvidoria da SUBVISA referente às condições de trabalho do condomínio // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de PCMSO, PPRA, CAT's, afastamentos dos últimos dois anos, certificados recentes de dedetização, desratização, limpeza de reservatórios e potabilidade da água, envio mensal ao NUSAT de CAT's e solicitação de melhorias no ambiente. Encaminhamento de relatório à SUBVISA para procedimentos cabíveis.
54	Condomínio Parque Residencial Marechal Rondon 2010	Demanda ouvidoria da SUBVISA referente às condições de trabalho do condomínio // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT // Não foram observadas condições condizentes com a denúncia. Boa condição do ambiente de trabalho. Relatório encaminhado à SUBVISA para procedimentos cabíveis.
55	Condomínio Edifício Biarritz 2010	Demanda ouvidoria da SUBVISA referente às condições de trabalho do condomínio // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de PCMSO, PPRA, CAT's, afastamentos dos últimos dois anos, certificados recentes de dedetização, desratização, limpeza de reservatórios e potabilidade da água, envio mensal ao NUSAT de CAT's e solicitação de melhorias no ambiente. Encaminhamento de relatório à SUBVISA para procedimentos cabíveis.
56	Ministério da Fazenda 2010	Informações veiculadas pela Imprensa sobre óbito de trabalhador – acidente com elevador do local de trabalho // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT.
57	Nader Couri Construção e Consultoria 2010	Demanda notificação de acidente de trabalho fatal pelo HMMC // Portaria 3120/98, Portaria 777/04, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09 // Inspeção // NUSAT // Solicitação de documentos (PCMSO, PPRA, CAT's, afastamentos dos últimos dois anos, envio mensal ao NUSAT de CAT's emitidas pela empresa e medidas de prevenção a acidentes tomadas após ocorrido).
58	SUIPA 2011	Demanda da própria SUBVISA após a notificação do óbito de trabalhadores nesta instituição // Portaria 3120/98, Lei 8080/90, LOM-RJ/90 e Portaria 2728/09, Portaria 104/11 // Inspeção// NUSAT, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e a VISA – SMS.