

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

MARIA CRISTINA JORGE DE CARVALHO

O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz: contextualização histórica e reflexões para o campo da Saúde do Trabalhador.

Rio de Janeiro
2016

MARIA CRISTINA JORGE DE CARVALHO

O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz: contextualização histórica e reflexões para o campo da Saúde do Trabalhador.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadores: Maria Helena Barros de Oliveira
Renato José Bonfatti

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

C331p Carvalho, Maria Cristina Jorge de
O processo de institucionalização das práticas de
saúde em uma unidade de produção da Fiocruz:
contextualização histórica e reflexões para o campo
da saúde do trabalhador. / Maria Cristina Jorge de
Carvalho. -- 2016.
151 f.
Orientador: Maria Helena Barros de Oliveira
Renato José Bonfatti
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.
1. Saúde do Trabalhador. 2. Promoção da Saúde.
3. Ambiente de Trabalho. 4. Qualidade de Vida. 5.
Processo Saúde-Doença. 6. Institutos
Governamentais de Pesquisa. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

MARIA CRISTINA JORGE DE CARVALHO

O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz: contextualização histórica e reflexões para o campo da Saúde do Trabalhador.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de concentração Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 17/03/2016

Banca Examinadora

Dra Cecília Paiva Neto Cavalcanti – UFRJ

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – DHIS/ENSP/Fiocruz

Dra Maria Helena Barros de Oliveira – Orientadora – DHIS/ENSP/Fiocruz

Dr. Renato José Bonfatti – Co-orientador – CESTE/ENSP/Fiocruz

Dr. José Augusto Vaz Sampaio Bisneto – UFRJ (Suplente)

Dr. Aldo Pacheco Ferreira – CESTE/ENSP/Fiocruz (Suplente)

Rio de Janeiro
2016

Ao meu filho amado e lindo Leonard Carvalho Newbold, pela compreensão, força, cumplicidade e parceria em toda a minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir respirar e me inspirar em busca de meus sonhos, me impulsionando para buscar a força e sabedoria necessária para lidar com os problemas cotidianos.

Aos meus pais amados por terem me educado na simplicidade e humildade, e despertado em mim o desejo em ser bem sucedida nos estudos.

À minha benção maior, meu filho Leonard Carvalho Newbold pelo orgulho que me proporciona e pela cumplicidade de sempre.

Agradeço de coração aos meus amigos da turma, especialmente aos queridos “Salmões” – Luiz Antonio Pires, Luciene Aguiar e Laís Souza - que antes de ingressarmos no mestrado já formamos “uma panelinha” para alcançarmos esse objetivo: sermos Mestres em Saúde Pública! Sem vocês não teria sido tão ousada, pois me fizeram acreditar que era possível!

A todos os professores que participaram desse processo de aprendizado nos movendo em busca do nosso aperfeiçoamento. Em especial ao querido “Mestre Fadel” que desde o início nos inspirou, estimulou, cobrou e comemorou a nossa vitória e disse que não se aposentaria enquanto não nos visse Mestres. Nunca esquecerei aquele e-mail de incentivo... Com muita admiração, obrigada!

“As meninas de Bio”, Eliane Mendes e Ingrid Mattos, mais que colegas de trabalho e de turma. Lutamos juntas pelo mesmo sonho e tivemos a oportunidade de viver esse sonho juntas. Que possamos continuar sonhando em busca das melhores práticas de saúde no trabalho com a nossa expertise adquirida.

As “camaradas” Assistentes Sociais da Fiocruz da Saúde do Trabalhador, em especial Mônica Oliveira e Eliane Santos. Que honra fazer parte desse time!

Aos meus chefes Eder Lobo e Isabela Lira que flexibilizaram a minha carga horária para que eu não perdesse a oportunidade em ampliar minha formação neste momento. Considero-me privilegiada e sou verdadeiramente muito grata a vocês, assim como, a toda a equipe da SEMTR!

Aos atores-chave dessa pesquisa, pela disponibilidade e generosidade em conceder seus depoimentos com tanta riqueza de informações. Conhecer um pouco da história da unidade, atrelada à história de vida e profissional de vocês foi uma experiência marcante e que me emocionou!

Aos meus orientadores Maria Helena B. Oliveira e Renato Bonfatti que me acolheram e acreditaram em mim. Pelo carinho de sempre, pelos *feedbacks*, por me permitir pensar com autonomia e pela dose certa em conduzir a orientação, favorecendo que o trabalho fosse feito com tranquilidade dentro do possível. Foi realmente um privilégio estabelecermos essa parceria. Obrigada aos dois por tudo!

Ao meu generoso, gentil e complexo amor Marcelo Alves, por compartilharmos as alegrias, dores e angústias desse processo. Obrigada pela sua dedicação, carinho e parceria, onde quer que você esteja nesse momento...

Agradeço a todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

Fomentar uma prática na saúde que, implicando assistentes sociais e demais profissionais em equipes multiprofissionais, possa resultar em planejamento, realização e avaliação de uma prática na saúde que contribua para ampliar, facilitar e realizar/radicalizar o acesso aos direitos (VASCONCELOS. A.M, 2006, p.17).

RESUMO

Este trabalho tem como objeto as práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz. Trata-se de um estudo de caso onde se verifica que suas práticas são perpassadas por diferentes abordagens para lidar com as questões da relação trabalho-saúde. O objetivo geral é resgatar o processo histórico de institucionalização das práticas de saúde na unidade, em seus aspectos organizacionais e operacionais. O estudo, de caráter exploratório foi desenvolvido por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. O trabalho se justifica pela importância da compreensão do distanciamento entre as práticas implementadas na instituição e o que é preconizado pelos conceitos do campo da Saúde do Trabalhador. Os dados demonstram que há dificuldades em trabalhar e conceber as formas de regular o trabalho com os princípios conceituais da Saúde do Trabalhador. Constata-se que ao assimilar diferentes expressões da relação trabalho-saúde, surgiram dificuldades na integração de ações e diálogos devido à carência de uniformização técnica e troca de saberes. Apesar de alguns avanços, como a constituição de um trabalho multiprofissional, ainda há muito que se avançar. Conclui-se que um caminho para que as práticas de saúde no trabalho sejam executadas sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador, seja a construção de políticas institucionais não somente abarcando o que a legislação trabalhista menciona, mas avançando em seus princípios, com todos os eixos que o campo preconiza.

Palavras-chave: Práticas de saúde no Trabalho; Relações Trabalho-Saúde; Práticas Organizacionais; Saúde do Trabalhador

.

ABSTRACT

This work has as object the health practices in a production unit of Fiocruz. It is a case study where it is verified that their practices are laden with different approaches to deal with the issues of the the relationship between work and health. The general objective is to rescue the historical process of institutionalization of health practices in the unit, in its organizational and operational aspects. The study, in an exploratory / qualitative character, was developed through documental research and semi-structured interviews. The work is justified by the importance of understanding the gap between the practices implemented in the institution and what is recommended by the concepts of the field. The data shows that there are difficulties in working and conceiving the ways to regulate work with the conceptual principles of Workers Health. Despite some advances, such as the establishment of a multidisciplinary work, there is still a lot to advance. It is concluded that a path in order to health practices at work be performed from the perspective of Workers Health, is the construction of institutional policies not only covering what the labor law mentions, but advancing in its principles, with all axes that the field calls.

Keywords: health practices at work, Work-Health Affairs, Occupational Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma da unidade.....	20
Quadro 1 – Número de trabalhadores ativos na unidade em 2015.....	21
Figura 2 – Organograma: distanciamento entre SEMTR (Saúde) e AESTM (Segurança).....	23
Figura 3 – Distribuição de equipes do Serviço de Saúde do Trabalhador.....	24
Quadro 2 – Descritores utilizados na Revisão Bibliográfica.....	44
Quadro 3 – Abordagens identificadas no projeto de implantação do serviço.....	45
Quadro 4 – Composição da amostra.....	46
Quadro 5 – Processo de identificação das categorias temáticas.....	50
Quadro 6 – Atividades do PQV oferecidas atualmente no serviço.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESTM	Assessoria de Engenharia e Segurança do Trabalho e Meio-Ambiente
ASFOC- SN	Sindicato dos Servidores da Fiocruz- Sindicato Nacional
BPF	Boas Práticas de Fabricação
CST	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CTV	Complexo Tecnológico de Vacinas
CESTEH	Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
DEREH	Departamento de Recursos Humanos
DEPEM	Departamento de Engenharia e Manutenção
DEPFI	Departamento de Processamento Final
DIPLAN	Diretoria de Planejamento
DIRAC	Diretoria de Administração do Campus
DIHS	Departamento de Direitos Humanos Saúde e Diversidade Cultural
DIREH	Diretoria de Recursos Humanos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Exame Periódico de Saúde
FioSAST	Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador da Fiocruz
MS	Ministério da Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento e Gestão
MOI	Modelo Operário Italiano
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NUST	Núcleo de Saúde do Trabalhador
NR	Normas Regulamentadora
OPAS	Organização Panamericana de Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
PASNI	Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos
PASS	Política de Atenção à Saúde do Servidor
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PINF	Programa de integração do Novo Funcionário
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
POP	Procedimento de Operação Padronizado
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes
PQV	Programa de Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RJU	Regime Jurídico Único
SEDRH	Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos
SEMTR	Seção de Medicina do Trabalho
SEPES	Seção de Administração de Pessoal
SESMT	Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SIASS	Subsistema de Atenção Integral à Saúde do Servidor SUS
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VDTEC	Vice - Diretoria de Desenvolvimento Tecnológico
VGEST	Vice - Diretoria de Gestão
VQUAL	Vice - Diretoria de Qualidade
VPROD	Vice - Diretoria de Produção

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Uma unidade de produção em transformação.....	19
O serviço de atenção à saúde do trabalhador.....	23
Capítulo I – Referencial Teórico.....	27
1.1 – Trabalho, relações trabalho-saúde e práticas organizacionais na conjuntura atual.....	27
1.1.1 – A categoria trabalho e o processo saúde-doença.....	27
1.1.2 – Diferentes abordagens das relações trabalho - saúde.....	29
1.1.3 – Práticas implementadas nas organizações.....	39
Capítulo II – Metodologia e Procedimentos da Pesquisa.....	44
2.1 – Revisão bibliográfica.....	44
2.2 – Pesquisa documental.....	44
2.3 – Entrevistas semi-estruturadas.....	46
2.4 – Processo de análise dos dados.....	48
Capítulo III – A implementação e implantação das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz: um resgate histórico.....	51
3.1 – A atenção à saúde do trabalhador na Fiocruz.....	51
3.2 – Particularidades e características da unidade.....	56
3.3 – Percepções sobre Saúde do Trabalhador.....	63
3.4 – Relações Trabalho e Saúde na unidade.....	69
3.5 – A institucionalização das práticas de saúde.....	83
3.6 – A organização dos serviços.....	93
3.7 – A operacionalização das atividades.....	105
3.8 – Qualidade de Vida no Trabalho: o “ <i>plus</i> ” no bem estar do trabalhador?.....	111
Capítulo IV – Avanços e desafios do serviço: reflexões para o campo da saúde do trabalhador.....	122
4.1 – Pontos positivos do serviço.....	122
4.2 – Desafios e proposições.....	126
Considerações finais.....	138
Referências.....	144
Anexo I.....	148
Anexo II.....	149

Apresentação

O interesse pelo tema da Saúde do Trabalhador foi despertado ainda na graduação ao participar do II curso de Extensão em Saúde do Trabalhador na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2008. Este curso me favoreceu na seleção do estágio acadêmico na área da Saúde do Trabalhador da Fiocruz. Esta oportunidade se desdobrou em minha absorção no campo, logo após o término da formação. Desde então, a compreensão das questões da relação trabalho e saúde tem feito parte do meu cotidiano profissional e acadêmico. Na busca por especialização e capacitação para a prática no campo, realizei alguns cursos de atualização oferecidos pelo DIHS/ENSP, e em 2012 iniciei a especialização em Direito e Saúde na mesma instituição. Nesse momento, o desejo por permanecer na academia e realizar o Mestrado em Saúde Pública foi estimulado por professores e colegas, em que juntos pudemos traçar os caminhos para o alcance desse objetivo.

A opção por delinear um estudo de caso foi fomentada a partir desta vivência profissional enquanto Assistente Social no Serviço de Saúde do Trabalhador da unidade da Fiocruz em estudo. Tal experiência permitiu verificar que as práticas implementadas são perpassadas por abordagens diferentes para lidar com as questões da relação trabalho-saúde. Destacam-se as atribuições da Medicina do Trabalho e da Engenharia e Segurança do Trabalho configurando-se nas práticas da Saúde Ocupacional (SO) preconizadas na legislação trabalhista e, a Saúde do Trabalhador enquanto uma diretriz conceitual e ideológica, inscrita na política pública de Saúde, mas que conforme a sua trajetória, apresentam-se resistências para a sua concretização. Constata-se, que há dificuldades em trabalhar e conceber as formas de regular o trabalho com os princípios conceituais da ST.

Em linhas gerais, demarcados por essas profundas diferenças, os campos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, com suas distintas características, estão estruturados em discursos e métodos refletidos em ações que, por sua vez, geram contradições na condução das formulações políticas e das práticas institucionais (VASCONCELLOS, 2011, p.402).

Além das duas categorias de análise das relações trabalho - saúde, a unidade é marcada pela implementação do Programa de Qualidade de Vida (PQV), acompanhando uma perspectiva geracional que o concebe como instrumento de gestão, visando melhorias no clima organizacional e com um discurso de retenção e valorização para com seus “colaboradores”. Este programa conquistou um espaço considerável nos investimentos da unidade e se destaca como uma ferramenta que visa aliar produtividade e bem-estar no trabalho.

Apesar de ambas as práticas atuarem na perspectiva da promoção e prevenção dos danos à saúde, as abordagens possuem diferenças conceituais, ideológicas e normativas, que delimitam cada campo de atuação e dificultam atividades integralizadoras.

A oportunidade de inserção no Mestrado Acadêmico da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 2014 me moveu a buscar o aprofundamento do conhecimento dessas abordagens e suas influências no cenário organizacional, a partir do resgate histórico do processo de institucionalização das práticas de saúde nos serviços.

Pretende-se com este trabalho, trazer apontamentos sobre os desafios colocados para o aprimoramento da práxis e, como desdobramentos, suscitar reflexões para a uniformização técnica de ações intersetoriais; fortalecer e fomentar a participação dos trabalhadores nas melhorias dos processos, das condições e da organização do trabalho, assim como, favorecer espaços para discussão das situações e necessidades objetivas, valorizando-os enquanto sujeitos de reflexão, discussão e ação sobre suas condições de vida, de saúde e laborativas. Almeja-se assim, contribuir para a construção e fortalecimento de ações sob a perspectiva do campo da ST no contexto organizacional, de modo a impactar na reflexão das práticas deste campo de conhecimento que ainda se diz em construção no âmbito da Saúde Coletiva.

Introdução

Ao longo da história recente das políticas de saúde brasileiras, a questão da saúde do trabalhador foi afirmada como problema de saúde pública. Tal afirmação foi inscrita constitucionalmente enquanto um campo político e ideológico norteador para as práticas de saúde no trabalho, entretanto sua concretização nessa perspectiva permanece um desafio.

No âmbito empresarial, seja no serviço público ou não, os serviços de saúde no trabalho desenvolvem programas de vigilância à saúde do trabalhador com o cunho gerencialista e pragmático da iniciativa privada. É provável que a obrigatoriedade imposta pelos organismos de fiscalização a cargo do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) seja uma das razões da implantação dos serviços e programas, entretanto, tais razões são calcadas por princípios econômicos e não por princípios genuinamente ancorados na saúde dos que trabalham.

A partir da concepção de que a Fiocruz é *locus* de importantes debates para a Saúde Pública, sendo uma instituição de referência para a capacitação e propagação dos conceitos e práticas em saúde, algumas inquietações foram despertadas na busca da compreensão dos fatores que favorecem o distanciamento entre as práticas de saúde implementadas na unidade e o que é preconizado pelos conceitos do campo. Tais conceitos priorizam o trabalhador como sujeito e agente essencial para as mudanças dos processos e práticas causadores de danos à saúde.

Contrariamente aos marcos da saúde ocupacional, em que os trabalhadores são vistos como pacientes ou como objetos da intervenção profissional, na visão da saúde do trabalhador eles constituem-se sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. A incorporação desse saber é decisiva, tanto no âmbito da produção de conhecimento como no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde (MINAYO-GOMEZ, 2011, p.27).

O objeto desta pesquisa são as práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz e sua relação com o campo da Saúde do Trabalhador (ST). Tendo em vista as características e abordagens distintas das relações trabalho-saúde que se apresentam, em geral, no âmbito das organizações, questiona-se como ocorreu o processo de implementação e implantação do Serviço de Saúde do Trabalhador na unidade de produção escolhida para estudo.

Considerando que trata-se de uma instituição pública, que necessita seguir políticas, normas e procedimentos diversos devido a sua característica fabril e empresarial, a hipótese apresentada é que, no processo de implementação e implantação do serviço assimilou-se diferentes abordagens das relações trabalho-saúde, podendo ter gerado contradições que dificultam a atuação na perspectiva do campo da ST. Pressupõe-se, que ao assimilar essas diferentes expressões, surgiram dificuldades na integração de ações e diálogos devido à carência de uniformização técnica e troca de saberes.

Tal hipótese é originada pela percepção de que os profissionais que compõem as equipes que lidam diretamente com as questões da relação trabalho-saúde, de uma forma geral, possuem experiências e enfoques diferentes na busca da promoção e da prevenção dos danos à saúde. Percebe-se que há uma lacuna na disseminação do conceito do campo da ST, favorecendo ambiguidades que geram enfraquecimento das práticas nesta perspectiva.

Em sua complexidade, a Fiocruz é composta por várias unidades com atividades distintas. Dado as diferentes formas de trabalho que se apresentam, exige-se uma abordagem interdisciplinar para dar conta dos múltiplos e distintos processos e relações de trabalho existentes no universo da instituição. Entretanto, apesar de possuir um programa denominado Fiocruz Saudável em que o eixo da ST fica a cargo da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST¹), verifica-se que permanece o desafio de implementação dessa abordagem.

Levar uma instituição de saúde pública a pensar sua própria práxis enquanto práxis de saúde pública é desafio permanente e importante, pois a provoca a pensar sua prática, os riscos a que estão submetidos seus trabalhadores e como gerir conscientemente as condições de trabalho em um ambiente saudável.[...] E, também, a partir dessa experiência integradora e interdisciplinar, certamente poderemos ter contribuições teóricas e metodológicas para oferecer (MINAYO et al, 1998, p.160).

O programa institucional Fiocruz Saudável originou-se a partir de uma proposta de promover a integração entre saúde e ambiente nas unidades que compõem a instituição, tornando-as um laboratório de práticas que venham a se desenvolver de modo a conjugar interdisciplinarmente as áreas de Saúde do Trabalhador, Biossegurança, Saneamento e Ecologia. Fundamenta-se em reflexões acerca dos pressupostos de qualidade de vida e conforto ambiental que integram hoje o conceito de saúde (MINAYO et al, 1998). De acordo com Pinheiro (2009) recebeu status de Programa Institucional a partir da inclusão no Plano Quadrienal 2005-2008. Desde sua criação, objetiva-se agregar valor através de sua disseminação do conceito de saúde e ambiente no processo de desenvolvimento e nas práticas de trabalho da Fiocruz. A autora destaca que as ações desenvolvidas nas unidades deveriam ser direcionadas pelo programa, contudo, há baixa conexão com as ações existentes.

No universo da Fiocruz as ações de saúde, trabalho e ambiente estão integradas ao Programa Institucional Fiocruz saudável que pretende promover a consciência da relação saúde e ambiente nas dimensões individuais e coletivas e de desenvolver a intervenção nos processos de trabalho (PINHEIRO, 2009, p.22).

¹A Coordenação de Saúde de Trabalhador (CST) foi criada em 1996, sendo uma instância vinculada à Diretoria de Recursos Humanos (DIREH), órgão da Presidência. O escopo de suas responsabilidades são ações de saúde voltadas para o trabalhador da Fiocruz. Entre seus objetivos está o desenvolvimento de ações integradas visando à incorporação e desenvolvimento do conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador proporcionando, assim, a articulação entre as unidades e os mais diversos processos de trabalho na perspectiva interdisciplinar (PINHEIRO, 2009).

Tomando como base algumas das propostas iniciais² do programa Fiocruz Saudável, subentende-se que a CST atuaria enquanto difusor do conceito de ST e capacitação para as unidades que possuem seus próprios serviços de saúde (Os Núcleos de Saúde do Trabalhador descentralizados). Porém, essa competência da CST esbarra na autonomia institucional de cada unidade para definir suas práticas no nicho de cada escopo de atuação.

Cabe salientar que, apesar da proposta do Fiocruz Saudável e da idealização de alguns profissionais em seguir o que preconiza o campo da ST, buscando uma atuação interdisciplinar, as ações institucionais são permeadas, predominantemente, por práticas da Saúde Ocupacional (SO) inerente à regulação técnica e normativa do contrato de trabalho, tais como as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho.

A partir da perspectiva teórica em que o trabalho é compreendido como central, além dos elementos apresentados, é relevante a discussão em torno do processo de trabalho, das circunstâncias em que ele se realiza, a forma como está organizado, o nível de envolvimento do sujeito nos processos decisórios. No que se refere, especificamente, às ações de saúde na unidade, percebe-se a existência de conflitos na execução de ações e observa-se, latentemente, a descaracterização da ST enquanto um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação saúde e trabalho. Dentro das atribuições de cada profissão prevalecem técnicas disciplinares e subordinadoras do trabalhador, não concebendo o trabalhador enquanto agente transformador da realidade que pode lhe causar danos à saúde.

O trabalho se justifica pela importância da compreensão dos fatores determinantes para a ocorrência do hiato entre as ações de saúde no trabalho e o que é estabelecido pelos princípios conceituais do campo da ST. Especialmente, por estarmos inseridos em uma instituição de renome na América Latina e no mundo, pelo seu compromisso na difusão de conhecimento científico e tecnológico. Também, pela sua dimensão em ser referência na construção de políticas e práticas para o campo da saúde, além de ter sido berço para os debates do campo.

Torna-se relevante a compreensão da aproximação entre a CST e a equipes dos serviços descentralizados. Pressupõe-se, que a carência de interlocução dificulta a articulação e fragiliza

² a) Estabelecer uma linha de atuação conjunta [...] com as diferentes unidades através de articulação intra-institucional atingindo o conjunto dos trabalhadores com a pretensão de aprofundamento de diagnósticos e propostas de ação em cada uma das unidades; b) Combinar várias formas de ação [...] em um processo de aproximação contínuo, no sentido de sua integração ao projeto; c) desenvolver um processo de formação de recursos humanos de forma a atingir todos os funcionários das unidades da Fiocruz seja diretamente seja através de pessoas chaves nos departamentos e divisões; d) Desenvolver atividades conjuntas de avaliação, acompanhamento e orientação dos projetos de construção, ampliação, reforma, ou qualquer tipo de intervenção nos campi com relação ao impacto sobre a saúde e o ambiente (MINAYO, 1998, p.160).

a integração entre os setores responsáveis na efetivação de ações de assistência, promoção, prevenção, vigilância, gerenciamento de riscos e outras.

Além disso, é necessário também compreender a influência da gestão no processo, o nível de participação dos trabalhadores; as dificuldades da equipe técnica multiprofissional em realizar ações baseadas nos princípios norteadores da ST.

É importante destacar que as discussões fomentadas não pretendem diminuir a importância de cada atuação das distintas abordagens sobre as relações trabalho-saúde, e sim, suscitar reflexões que possam favorecer a ampliação do olhar sob a ótica da ST, com a expectativa da construção de uma política institucional que busque efetivar o desenvolvimento de ações democráticas e participativas.

Tais reflexões poderão contribuir para evitar retrocessos quanto à disseminação dos conceitos do campo da ST e a efetividade das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) do Ministério da Saúde (MS).³ Compreende-se que a ST enquanto política pública referenciada na Constituição Federal de 1988 nos convoca a transcender os direitos limitantes por efeitos específicos de contrato, pois invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito de cidadania plena (VASCONCELLOS, 2011).

Tendo em vista as especificidades e características da unidade de produção, o objetivo geral do trabalho é realizar um resgate do processo histórico de institucionalização das práticas de saúde no trabalho, em seus aspectos organizacionais e operacionais buscando a compreensão das influências das distintas abordagens na implantação do Serviço de Saúde do Trabalhador.

Os objetivos específicos que orientaram o trabalho se compuseram da seguinte forma: 1) Contextualizar o processo de implementação e implantação do Serviço de Saúde do Trabalhador em uma unidade de produção da Fiocruz; 2) Descrever as práticas implementadas à luz das diferenças conceituais entre Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador e Qualidade de Vida no Trabalho; 3) Analisar os avanços e desafios na implementação de práticas de saúde na unidade; 4) Propor ações sob a perspectiva do campo da ST; 5) Contribuir para as reflexões do campo da ST no âmbito organizacional.

³ Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora dever-se-á considerar a articulação entre: I – as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, **de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores**; II – as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e III – **o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais**. Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na **atuação multiprofissional e interdisciplinar**, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde (BRASIL, 2012. Grifos nossos).

Após este primeiro momento de problematização, o trabalho seguirá com a descrição do cenário do estudo, em seguida será apresentado o primeiro capítulo, onde se discorre sobre o referencial teórico utilizado para balizar a discussão, abordando brevemente sobre a categoria trabalho e o processo saúde e doença. Também serão discutidas as diferentes abordagens das relações trabalho e saúde, incluindo as práticas organizacionais na atual conjuntura. No segundo capítulo será explicitado o caminho metodológico e o processo de análise dos dados levantados. Por fim, no terceiro e quarto capítulo serão apresentados os resultados e a discussão a partir das categorias temáticas identificadas.

Uma unidade de produção em transformação.

A Fundação Oswaldo Cruz é uma organização de Ciência e Tecnologia em Saúde, responsável pela realização de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, educação no campo da saúde, serviços de saúde, além da produção de insumos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS). É composta por unidades técnico-científicas, que foram incorporadas à Fiocruz desde a década de 1970 e que compõem atualmente uma única organização, complexa, múltipla, diversa e singular no campo da saúde (OLIVAR, 2013).

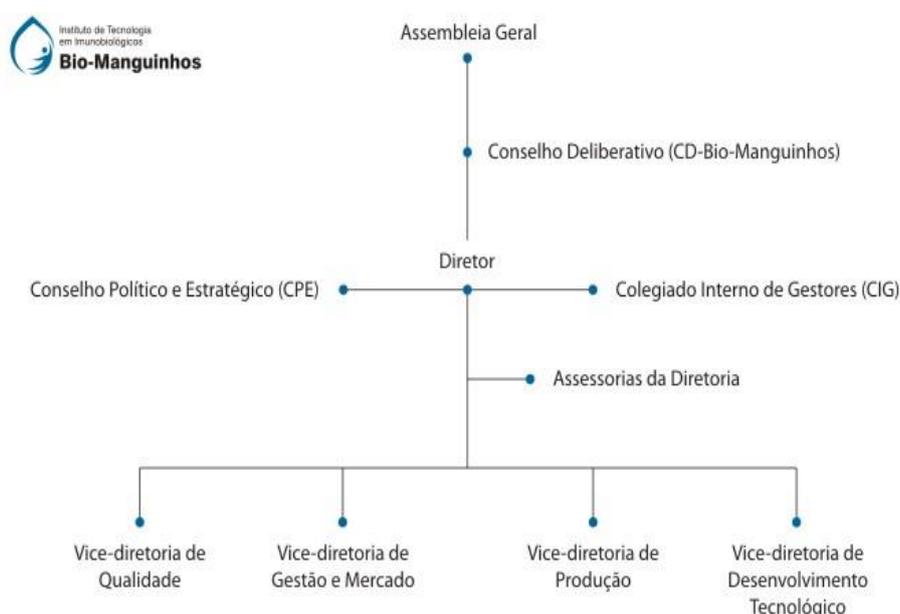
A unidade em estudo está situada no âmbito do Complexo Industrial da Saúde⁴ com particularidades específicas. Tem papel estratégico de extrema importância para a Saúde Pública. Sua principal atividade é a produção de vacinas para o uso humano, visando atender prioritariamente a demanda nacional por meio do Ministério da Saúde.

Criada em 1976, a unidade passou a ter papel estratégico a partir da década de 1990 na busca da autossuficiência na produção de imunobiológicos. Em 2001, foi qualificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como fornecedora internacional da vacina contra a febre amarela e tem incrementado a produção de reativos para diagnóstico de doenças infecto-parasitárias como a AIDS, leishmaniose, doença de Chagas, dengue, hepatite e rubéola, entre outras. Somente em 2014, foram entregues aos programas do governo federal, mais de 96 milhões de doses de vacinas, seis milhões de reativos para diagnóstico e 10 milhões de frascos de biofármacos. Atualmente possui um total de 27 produtos em seu portfólio.

⁴ A noção de complexo industrial da saúde constitui uma tentativa de fornecer um referencial teórico que permita articular duas lógicas distintas, a sanitária e a do desenvolvimento econômico. Isso porque a saúde, simultaneamente, constitui um direito de cidadania e uma frente de desenvolvimento e de inovação estratégica na sociedade de conhecimento (GADELHA, 2006, p. 11).

Se configura em uma unidade técnico científica de uma instituição estatal com uma estrutura organizacional complexa⁵. É dividida em um organograma que compreende a representação da diretoria, seguida por quatro Vice-Diretorias e três Assessorias. Cada Vice possui Departamentos, Divisões, Laboratórios e as Seções respectivas às áreas específicas e as diversas fases da produção. Somente a Vice- Diretoria de Desenvolvimento Tecnológico (que realiza as pesquisas) possui um organograma diferenciado; tendo somente Laboratórios.

Figura 1: Organograma da Unidade



Fonte: Portal Fiocruz – Bio-Manguinhos

Disponível em: https://www.bio.fiocruz.br/images/stories/organograma/novo_organograma-bio.jpg

Segundo dados do Departamento de Recursos Humanos (Dereh), ao final do ano de 2015, a força de trabalho era constituída por, aproximadamente, 1900 trabalhadores aos quais em torno de 1600 são vinculados à unidade e aproximadamente 300 são cooperativados. Dentro

⁵ O organograma é composto pela Diretoria, que por sua vez é subdividida em quatro Vice-Diretorias, a saber: Vice-Diretoria de Produção, Vice-Diretoria de Qualidade, Vice-Diretoria de Gestão e Mercado, e Vice-Diretoria de Desenvolvimento. As competências da Diretoria e das Vice-Diretorias estão descritas no Regimento Interno da unidade. Compõem ainda o organograma da unidade as Assessorias da Diretoria que eventualmente podem exercer atividades de caráter executivo, mas que, em geral, constituem subunidades de assessoramento da Diretoria. As instâncias colegiadas que figuram no organograma têm suas atribuições e o seu modo de funcionamento descritos no Regimento Interno da organização. São instâncias colegiadas: a Assembleia Geral, o Colegiado Interno de Gestores, o Conselho Deliberativo e o Conselho Superior de Assessoramento Político e Estratégico. Somente o Conselho Deliberativo e a Assembleia Geral constituem instâncias deliberativas, sendo as demais instâncias de caráter consultivo. Além destas instâncias há ainda a Comissão Interna de Biossegurança (CIBio/BM) e a Comissão de Coleta Seletiva, que se valem da estrutura organizacional da Unidade.

desses números, 14% são servidores públicos federais e os demais 86% estão divididos entre terceirizados, bolsistas, cedidos, estagiários (nível médio e superior) e trabalhadores associados a projetos especiais (aprendizes e inclusão de pessoa com deficiência).

Quadro 1: Número de trabalhadores ativos por tipos de vínculo na unidade em 2015

Tipos de vínculos	Terceirizados	Servidores	Bolsistas	Cooperativados	Projetos sociais	Total
Nº absoluto	1274	262	32	296	37	1901
Percentual	67%	13%	2%	16%	2%	100%

Fonte: Departamento de Recursos Humanos (Dereh).

No que se refere aos processos de produção, a unidade convive com características e formas de organização do processo de trabalho em que se verifica na linha de produção aspectos do taylorismo/fordismo como: a esteira, os fluxos contínuos, o trabalho repetitivo e monótono, a fragmentação dos processos, ao mesmo tempo em que investe em tecnologias novas, característico do toyotismo em que a máquina se responsabiliza por processos complexos favorecendo a diminuição dos postos de trabalho.⁶

Dentre suas particularidades, acompanhando as tendências atuais do “mundo do trabalho”, constata-se aspectos como o uso da força de trabalho terceirizada, a diminuição dos efetivos, a intensificação e a precarização do trabalho. Caracteriza-se em uma indústria com gestão pública no contexto da reestruturação produtiva, que utiliza formas de gestão empresarial tais como: a multifuncionalidade, a redução de pessoal, a multiplicidade de vínculos, a intensificação do ritmo de trabalho, as estratégias para o cumprimento de metas e adequação de indicadores, a ênfase no espírito de equipe e do discurso do trabalhador “colaborador”, o controle de frequência por meio de ponto eletrônico e a utilização de banco de horas, além da implementação de PQV já citado, entre outras.

Desse modo foi sendo ditada uma nova cultura e ações políticas de inspiração neoliberal no mundo do trabalho, que buscam flexibilizar ao máximo não somente as estratégias de produção e racionalização, através de novas tecnologias, políticas, processos de trabalho [...], como também as condições de trabalho, os direitos e os compromissos do Estado para com a população [...] (FREIRE, 2006, p.32).

⁶ Conforme Antunes (2008) Taylorismo, Fordismo e Toyotismo são modelos de organização da produção industrial. O Fordismo e o Taylorismo foram aplicados desde o início do século XX até a década de 1970. A partir daí o Toyotismo começa a ganhar espaço nos modelos de produção industrial. Em suma, são expressões particulares de um mesmo fenômeno: o controle do processo de trabalho pela dinâmica capitalista.

Atualmente a unidade vivencia um momento histórico especial. O Congresso Interno realizado em maio de 2012 aprovou a abertura de entendimentos no âmbito do executivo federal - Ministério da Saúde (MS), Ministério do Planejamento e Gestão (MPOG) e Casa Civil - a elaboração de Projeto de Lei para constituição de empresa pública para a área de produção da Fiocruz.

Neste sentido, encontra-se em tramitação o projeto de lei que cria a empresa pública denominada de Companhia Brasileira de Biotecnologia em Saúde (Bio-Manguinhos/Fiocruz), trazendo mudanças significativas com a transformação da unidade em subsidiária da Fiocruz. A principal mudança será o modelo jurídico em que os trabalhadores se tornarão empregados públicos celetistas.

Tal transformação tem sido debatida e acompanhada pelos trabalhadores, chamados de “agentes da mudança”, através de diversos canais fomentando uma “participação” na elaboração de novos processos e na identificação de oportunidades de melhorias nos diversos setores e serviços da unidade. Neste contexto, é pertinente o debate sobre os avanços e desafios do serviço de saúde na unidade, a fim de evitar a não ocorrência de retrocessos quanto aos princípios da ST.

Esse processo de transformação está sendo sustentado por projetos estratégicos, que preveem novas práticas e consideram a expansão multicampi, que possibilitará o aumento da capacidade produtiva do Instituto.⁷

Cabe salientar, que nesse contexto apresentam-se questionamentos sobre as expectativas dessa mudança para um novo modelo jurídico. O debate fomenta a discussão sobre o papel do Estado e questiona-se o significado dessa transformação, os impactos para os trabalhadores e para a Saúde Pública.

Uma vez que as instituições públicas são instrumentos de política (Estado/Governo), tal debate explicita que a questão pode estar vinculada à necessidade de adequação do Estado ao modelo produtivo, considerando que é uma instituição pública no bojo dos processos de desregulamentação do Estado.

São diversos elementos a serem considerados e o fetiche de que o setor privado atua com mais seriedade e compromisso, garante maior qualidade, se limita ao discurso, posto que vai para além da questão de retrocesso dos direitos, do trabalho em busca

⁷ A unidade está se expandindo para além do campus Manguinhos. Recentemente foram finalizadas as obras do Centro Integrado de Protótipos, Biofármacos e Reativos para diagnóstico (CIPBR) e está em fase de implementação o Novo Centro de Processamento Final (NCPFI) denominado de Complexo Industrial de Biotecnologia em Saúde, em Santa Cruz na Zona Oeste do Rio de Janeiro e também o Campus no município de Eusébio no Ceará, onde será criado o Centro Tecnológico de Plataformas Vegetais de Bio-Manguinhos, para desenvolvimento e produção de imunobiológicos e outros produtos biofarmacêuticos. Com essa estratégia a unidade dará mais um salto tecnológico com plantas multipropósitos e prédios de desenvolvimento tecnológico.

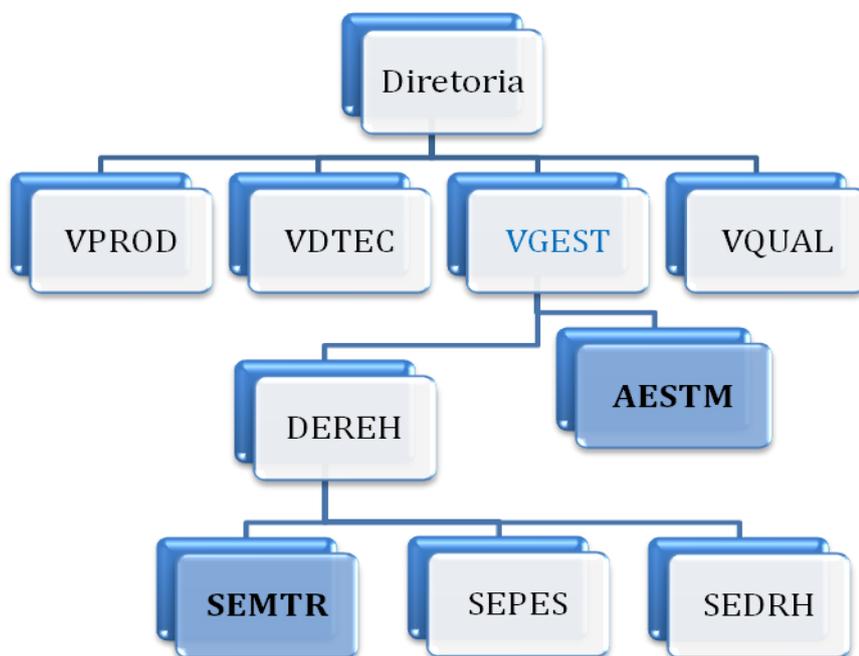
de resultados e impossibilidade de um trabalho qualificado pelos profissionais de saúde, mas deflagra a inserção da lógica do lucro (capitalista) dentro das unidades públicas na saúde[...] (OLIVAR, 2013, p. 2).

O Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador da Unidade.

O Serviço de Saúde do Trabalhador é subordinado ao Departamento de Recursos Humanos (Dereh). Possui oficialmente a denominação de Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR), porém é conhecido no âmbito da Fiocruz como o Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nust-Bio). Entretanto, na placa de inauguração afixada na entrada do setor recebe o nome de “Centro de Saúde do Trabalhador”. Esta variedade de nomenclatura traz algumas questões do ponto de vista conceitual e prático. Essas diferentes formas de denominar o serviço suscitou as primeiras indagações sobre qual perspectiva de atuação o serviço se propõe.

Atua estrutural e organizacionalmente separado do setor de Engenharia de Segurança do Trabalho e Meio-Ambiente, que funcionaria como Assessoria da Vice-Diretoria de Gestão, conforme visualizado no organograma abaixo:

Figura 2: Organograma que retrata o distanciamento entre a SEMTR (área da Saúde) e AESTM (área da Segurança do Trabalho).



Fonte: Adaptado pela autora

Apesar dessa separação, entende-se que as práticas devem ser pautadas de acordo com as diretrizes institucionais da Fiocruz. Incluem-se aqui as diretrizes do Programa Institucional

Fiocruz Saudável onde estão integradas as ações de Saúde, Trabalho e Ambiente subordinadas à Presidência da Fiocruz.

De acordo com documentos institucionais, o Serviço de Saúde do Trabalhador foi inaugurado no ano de 2008 a fim de subsidiar as determinações legais das NR's do MTE e para atender as regras do Controle de Qualidade para as auditorias, principalmente de órgãos regulatórios como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de prestar pronto-atendimento médico ao total de trabalhadores da unidade em seus diversos vínculos (servidores, terceirizados, cooperativados e bolsistas).

Atualmente o Serviço de Saúde do Trabalhador é composto por 17 profissionais. É estruturado por equipes de acordo com a especificidade de cada serviço: os médicos do trabalho compõem a equipe de ST; os médicos clínicos compõem a equipe de pronto atendimento médico; a equipe de enfermagem é composta por enfermeira e técnicos de enfermagem; assistentes sociais e psicólogos compõem a equipe Apoiar; a nutricionista a área de Nutrição; as atividades do PQV são coordenadas por uma profissional e a parte administrativa é composta por uma profissional e 2 jovens aprendizes, além do gestor da área.

Na figura abaixo é possível observar, que somente a equipe de médicos do trabalho, leva o nome de Saúde do Trabalhador. Não é concebido que toda a equipe de saúde compõe a Saúde do Trabalhador. Curiosamente e contraditoriamente, o nome da área onde estão alocadas todas as equipes possui o nome oficial de Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR), como já sinalizamos.

Figura 3: Distribuição de equipes do Serviço de Saúde do Trabalhador



Fonte: Departamento de Recursos Humanos (Dereh).

Norteados a partir de legislação voltada para servidores - Regime Jurídico Único (RJU) e prestadores de serviços - Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o serviço executa ações em consonância com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO⁸) e o Programa de Prevenção de Riscos de Acidentes (PPRA⁹). Realiza-se levantamento de dados referentes ao exame clínico dos trabalhadores nos Exames Periódicos de Saúde (EPS) com o objetivo de obter o perfil das morbidades. Entretanto, há uma fragilidade no planejamento de ações pautadas nesses dados devido à insuficiência de registros e pouca articulação e discussão para executar ações e programas de forma integrada.

Além da coordenação do PCMSO, dentre outras atribuições, a principal função da Medicina do Trabalho é a realização dos exames ocupacionais de servidores e bolsistas. Também busca fornecer subsídios às empresas prestadoras de serviços.

Na mesma perspectiva, a equipe de enfermagem faz o controle de vacinação e da realização dos exames ocupacionais tanto de servidores, quanto dos terceirizados.

A equipe de saúde promove outros programas como o Programa da Gestante Trabalhadora¹⁰ e de Medicina de Viajantes¹¹ e atua também no acompanhamento e monitoramento dos afastamentos por motivo de saúde.

Desse modo, a atenção à saúde dos trabalhadores é exercida com uma predominância em práticas influenciadas pela SO no esforço do cumprimento do que preconiza as regras trabalhistas e ênfase na implementação de ações de pronto atendimento médico e de promoção à saúde voltadas para as grandes campanhas do MS¹².

⁸ O objetivo do PCMSO é de estabelecer um sistema de detecção precoce de doenças relacionadas ao trabalho. Como parte integrante do PCMSO, são realizados os exames médicos ocupacionais: Pré-Admissionais; Periódicos; Retorno ao Trabalho; Mudança de Função e Demissionais.

⁹ O PPRA visa “à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (Portaria SSST n.º24, de 29 de dezembro de 1994).

¹⁰ O Programa da Gestante Trabalhadora é uma ação multidisciplinar voltada para as mulheres grávidas, buscando a prevenção da exposição dos riscos no ambiente de trabalho que prejudiquem a sua saúde e a do bebê na gravidez. É realizado pela Medicina do Trabalho, Enfermagem; Nutrição e Serviço Social.

¹¹ Este programa tem por objetivo atuar especificamente junto aos trabalhadores em viagens internacionais ou nacionais. Realizado pela medicina do trabalho que após a avaliação, se necessário é encaminhado para realizar a imunização indicada no Centro de Referência para Imunobiológico Especiais/ Fiocruz

¹² Campanhas como: Outubro Rosa, Novembro Azul, Dezembro Vermelho,

Destaca-se e evidencia-se o PQV que faz parte das ações do Serviço de Saúde do Trabalhador e oferece atividades¹³ com objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida aos “colaboradores” em ações voltadas para o combate ao estresse, sedentarismo, melhorar a ergonomia e promover a integração. Esse programa ganha bastante notoriedade dentro da unidade e há um considerável investimento.

Nesse escopo de ações, os princípios que informam o campo da ST acabam ficando em plano secundário, tendo em vista que seu objetivo é a relação da saúde com o processo de trabalho, tendo como principal princípio a participação do trabalhador como sujeito ativo co-participante do gerenciamento dos riscos aos quais está exposto.

O oferecimento de um catálogo de atividades sob o discurso da QVT possui o pressuposto da valorização do trabalhador, pretendendo ser um benefício atrativo e compreendido como uma forma de retenção da força de trabalho. Sobretudo, é preciso refletir sobre tais ações, pois podem ser caracterizadas em atividades assistenciais paliativas se não atuarem nas causas da fadiga ocupacional especificamente, restringindo-se apenas a seus efeitos (FERREIRA, 2006).

São introduzidas, também, ações do Serviço Social e da Psicologia, com interface com outros setores do Dereg A partir da assimilação do conceito ampliado de saúde que inclui os determinantes sociais como condicionantes do processo saúde-doença, busca-se a intervenção na questão social expressa na relação saúde e trabalho e nas condições de vida.

Na atuação profissional, são cotidianamente apresentadas questões de ordem objetiva e subjetiva e da organização do trabalho que repercutem na saúde, sendo necessário buscar uma maior compreensão sobre as questões geradoras do adoecimento decorrente das relações e condições de trabalho e pensar, em conjunto com os trabalhadores, alternativas para o seu enfrentamento. A participação dos trabalhadores nesses processos possibilita um espaço de apreensão de tais questões, além de favorecer maior controle dos riscos dos ambientes de trabalho, incluindo o risco psicológico, que a legislação trabalhista¹⁴ não menciona.

Realizam-se entrevistas individuais na perspectiva de coletivizar por meio de relatório, a sistematização dos aspectos relacionados a condições gerais de vida, questões familiares, carga de trabalho, motivação, insatisfação, questões subjetivas ou latentes que possam ocasionar níveis de desgaste. Configura-se em um espaço para os trabalhadores se expressarem e apresentarem sugestões, além de receberem orientações funcionais e sobre direitos sociais. Mesmo que

¹³ Oferece atividades como: tai chi chuan, yoga, shiatsu, pilates, acupuntura, drenagem linfática, origami, equipe de corrida e caminhada, ginástica laboral, futsal, além de programas nutricionais e antitabagismo.

¹⁴ Norma Regulamentadora nº 09 do Ministério do Trabalho - dispõe sobre os riscos nos ambientes de trabalho.

timidamente, considera-se essa ação um momento de participação do trabalhador, o que se aproxima ao que o campo da ST preconiza.

Capítulo I – Referencial teórico

1.1 – Trabalho; Relações Trabalho - Saúde e Práticas Organizacionais na conjuntura atual.

Este capítulo pretende discutir brevemente a categoria trabalho buscando uma compreensão do processo saúde e doença, em seguida abordaremos sobre as diferentes abordagens das relações trabalho-saúde e explanam-se alguns elementos de práticas organizacionais na conjuntura atual que se relacionam com a saúde dos trabalhadores.

1.1.1 – A categoria trabalho e o processo saúde-doença.

Marx (1983) apresenta a relação do ser humano com o trabalho afirmando que

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza (MARX, 1983, p.202).

Portanto, o conceito de trabalho apresentado caracteriza-se como uma atividade pela qual o homem altera a matéria prima, transformando-a para satisfazer suas necessidades. À medida que ocorre essa transformação, ele também se transforma, pois é através do trabalho que o homem desenvolve suas potencialidades e sua capacidade criadora guiada pela razão, pela sua capacidade teleológica, sendo essa característica racional que difere o trabalho humano das atividades realizadas por animais (MARX, 1983).

De acordo com Antunes (2011) esse é o primeiro traço central para identificação quando se procura compreender o sentido mais profundo da noção de trabalho. O mesmo autor explicita que ao longo da história o trabalho tem sido uma expressão de subordinação e alienação. Em diferentes povos e períodos apresentam contradições quanto ao significado da expressão, podendo ser sinônimo de fadiga e martírio, punição e sofrimento e ao mesmo tempo de honra e respeito, a depender da vertente do período histórico.

A síntese dialética elaborada por Marx demonstra a unilateralidade do trabalho: se ele é, por um lado, uma necessidade imprescindível para manter o metabolismo social entre humanidade e natureza, por outro, sob o império e o fetiche da mercadoria, ele metamorfoseou-se, assumindo a forma de uma atividade imposta, extrínseca exterior, forçada e compulsória (ANTUNES, 2011, p.433).

Nessa concepção, o trabalho torna-se primordial para o processo de humanização, presente em todas as sociedades ao se criar o valor de uso das mercadorias como utilidades para sua existência. Porém, o capitalismo transformou o trabalho em uma mercadoria, passando a ser um meio de subsistência como força de trabalho geradora não só de valor de uso, mas de troca também, com a finalidade de valorizar o capital por meio da extração da mais-valia.

Nesse sentido, o trabalho enquanto fator determinante e condicionante do processo saúde-doença pode ser compreendido pela forma em que o capitalismo se caracteriza. Neste modo de produção, ao se ter como objetivo principal a geração de lucro por meio da extração da mais-valia, ou seja, da exploração da força de trabalho, o trabalho passou a gerar um estranhamento em forma de alienação, pois o homem não se reconhece no produto, resultado da atividade produtiva e não se satisfaz na realização deste trabalho, este passou a se caracterizar como algo que degrada e que desumaniza o trabalhador.

A mais - valia é compreendida como todo valor gerado superior ao custo investido para a produção, sendo esse valor excedente apropriado pelo capital. Trata-se de um mecanismo de geração de valor que pode ser extraído de duas formas: a forma absoluta, em que a exploração da força de trabalho se dá por meio do aumento da jornada de trabalho e/ou a redução salarial, como também da forma relativa, caracterizada pelo aumento da produtividade com o desenvolvimento tecnológico e a intensificação do trabalho.

Na concepção de Marx, o processo de trabalho é compreendido como o “resultado da combinação do objeto, dos meios de produção, da força de trabalho e do produto final”. O objeto diz respeito à matéria prima; os meios de produção são os instrumentos que são utilizados para a transformação da matéria prima; força de trabalho é a energia humana empregada no processo de transformação; o produto corresponde ao objeto produzido para satisfazer uma necessidade humana (MARX, 1983).

Assim, o processo de trabalho se organiza de forma funcional ao processo de valorização, pois visa atender os objetivos do lucro e não da satisfação e necessidades humanas, escamoteando a exploração do trabalho e suas consequências à saúde, promovendo uma visão conformista do significado do trabalho.

Na ideologia dominante, a exploração do trabalho humano jamais é abordada. Em casos excepcionais, com base na “gerência científica”, consideram-se os problemas decorrentes de insalubridade do trabalho, do equilíbrio na correlação de forças e/ou do caráter repetitivo e fastidioso de algumas tarefas, propondo medidas corretivas e paliativas. Prevalece a ideia de que todas as conotações negativas que o trabalho pode assumir constituem o preço a se pagar pelo conforto e pelo consumo fruídos após o trabalho (CATTANI, 2011, p. 265).

A compreensão do processo de trabalho possibilita a identificação dos riscos que repercutem na saúde dos trabalhadores. Ao analisar os processos de trabalho, Laurell e Noriega (1989) recomendam a necessidade de analisar a forma de extração da mais valia e o grau de controle sobre os trabalhadores.

Compreendendo que o trabalho é determinante nas condições de vida da população, ao se conceber o processo saúde-doença, não se pode dissociar das condições que se relacionam com o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, o qual vai determinar o acesso a bens e serviços como a moradia, o saneamento, a educação, o lazer, a alimentação, o emprego, o transporte, a assistência médica, o salário etc.

Laurell e Noriega (1989) trazem uma contribuição para o entendimento e aprofundamento do adoecimento que agrega elementos para a concepção da Saúde do Trabalhador. Elucidam uma visão abrangente dos impactos do trabalho sob a forma de dominação ao incorporar categorias analíticas como cargas de trabalho e processo de desgaste.

Em relação às cargas de trabalho, Laurell e Noriega (1989), distinguem vários tipos. De um lado, agrupam-se as do tipo físico, químico, biológico e mecânico e, de outro, fisiológico e psíquico. Sendo o tipo de carga que determina a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador.

Os mesmos autores definem desgaste como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica, não se referindo a um processo isolado, e sim, ao conjunto de processos biopsíquicos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador (LAURELL E NORIEGA, 1989). O processo de desgaste inclui as cargas físicas e mental às quais os trabalhadores estariam sujeitos, levando-se em conta o processo de trabalho não como riscos isolados presente no ambiente de trabalho.

Considerando que a relação saúde-trabalho-doença se origina a partir da exposição dos trabalhadores a diversos fatores relacionados ao processo, ambiente e relações de trabalho, somados com as condições gerais de vida, como alimentação e o acesso a bens e serviços, determina-se o grau de desgaste da saúde dos trabalhadores.

A partir dessa concepção torna-se evidente as múltiplas determinações que perpassam a categoria trabalho, não limitando apenas aos riscos ambientais inseridos na concepção da Saúde Ocupacional. Entre essas determinações estão inseridas as tensões geradas pela adoção de práticas organizacionais que foram surgindo pela conjuntura atual, as quais contribuem para o aumento do quadro de adoecimento dos trabalhadores.

1.1.2 Diferentes abordagens das relações trabalho – saúde.

Do ponto de vista histórico, a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, passou a ser motivo de atenção e intervenção, a partir da consolidação do sistema capitalista e da intensificação do confronto entre capital e trabalho, pós-revolução industrial, na passagem do século XVIII para o XIX.

A exploração da força de trabalho, a degradação das condições de trabalho e do modo de vida do operário sinalizava a necessidade de intervenção por parte do capital para a viabilidade da sobrevivência e da reprodução do trabalho, buscando-se alternativas para evitar o adoecimento. Sendo assim, as preocupações que fizeram suscitar as discussões da saúde dos trabalhadores são concomitantes com o processo de acumulação capitalista e são perpassadas, inicialmente, pela Medicina do Trabalho, que surge enquanto especialidade médica na Inglaterra, no princípio do século XIX (MENDES; DIAS, 1991).

Na concepção da Medicina do Trabalho, tinha-se o pressuposto da unicausalidade, pois concebia-se que para cada doença havia um fator de risco correspondente, um agente etiológico distinto. O médico tinha a missão de identificar no processo de trabalho, os riscos que traziam danos à saúde. Possuía a tarefa de “contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores”, e na recuperação da capacidade laborativa, objetivando o retorno imediato do trabalhador à produção (MENDES; DIAS, 1991, p.342-343). A atuação médica tinha o caráter de controlar as faltas e licenças decorrentes de doenças e acidentes, exercer o controle da doença, detectar os processos danosos à saúde no esforço pela rápida recuperação do trabalhador. Atuava como um elemento filtrante para manter o controle do capital sobre a força de trabalho, restringindo sua atuação a um enfoque meramente curativo e biológico no enfrentamento do adoecimento no trabalho, não relacionado ao processo de trabalho e às condições do ambiente de trabalho. A intervenção da Medicina do Trabalho se foca restritamente nos agentes patogênicos sob o trabalhador e no tratamento de doenças. Compreende-se, portanto que a Medicina do Trabalho tinha a intencionalidade de minimizar as tensões sociais, vivenciadas pelos trabalhadores, e amenizar os impactos da Revolução Industrial sobre os corpos dos operários.

Após a II Guerra Mundial, na década de 1940, a Medicina do Trabalho mostrou-se insuficiente na intervenção da saúde relacionada ao processo de trabalho, dando pouca atenção às enfermidades desenvolvidas no trabalho e ocasionadas pela evolução do complexo tecnológico industrial, com os novos equipamentos e produtos químicos. Havia a necessidade de intervir sobre os problemas de saúde causados pela linha de produção. A demanda necessitava de

uma ampliação na intervenção dos processos de trabalho e sobre o ambiente, surgindo a Saúde Ocupacional.

De acordo com Mendes e Dias (1991), em sua concepção, a Saúde Ocupacional surge inicialmente com a proposta da multi e da interdisciplinaridade, com a estratégia de intervir nos ambientes de trabalho e, assim, controlar os riscos ambientais, atuando com um olhar epidemiológico influenciado pelas escolas de Saúde Pública norte-americanas. Ela busca dar atenção à questão da segurança, do risco e da doença desenvolvida no trabalho, contudo, o foco estará no indivíduo e no ambiente de trabalho, não buscando a erradicação dos riscos, mas, o controle dos mesmos.

Os traços de interdisciplinaridade e a organização de equipe multiprofissional enfocam a troca de saberes de diferentes formações profissionais. O cruzamento dos conhecimentos específicos possibilita ampliar a visão para a percepção de diversos problemas existentes, entre eles o ambiente de trabalho.

Nesse sentido, de acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a Saúde Ocupacional trouxe um avanço ao incorporar a concepção da multicausalidade das doenças. No entanto, apesar da Saúde Ocupacional superar a Medicina do Trabalho em relação às análises do ambiente de trabalho, na intervenção permanece-se com a visão do trabalhador como um objeto das ações de saúde, além de transferir para o trabalhador a responsabilidade de proteção contra os riscos com a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e mantendo a concepção positivista da prática médica, não atendendo à concepção de interdisciplinaridade. Dar-se-á atenção à questão da segurança, do risco e da doença desenvolvida no trabalho. Verifica-se que a análise da questão saúde e trabalho na Saúde Ocupacional se assentam em práticas tecnicistas, de caráter limitador, percebendo as doenças meramente originárias das condições ambientais do trabalho ou individuais do trabalhador. Compreende-se o trabalhador como um simples meio de produção, desprezando as suas possibilidades de compreensão e intervenção no processo.

No final da década de 1960, no bojo dos movimentos sociais que se espraiava pelo mundo, começa a haver um questionamento sobre as práticas de saúde voltadas para a dimensão biomédica e individual. É nesse contexto de discussões teóricas e práticas alternativas que a determinação social do processo saúde/doença passa a ser considerada. Percebe-se que a exposição aos agentes etiológicos causadores das doenças é determinada pelas condições de vida e de trabalho. Essa concepção surge no âmbito da Saúde Coletiva, tendo sua origem na Medicina

Social Latino-Americana. Conforme Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997), nessa perspectiva, incorporam-se referenciais dos pensamentos das Ciências Sociais e, em especial, o pensamento da teoria-crítica social-marxista, compreendendo a dimensão de classe, a centralidade do trabalho e em busca de uma teoria que visasse questionar e alterar a forma de se produzir e não os trabalhadores que necessitariam se adaptar aos processo produtivo.

Tambellini, Almeida e Câmara (2013) ao realizarem um resgate do percurso histórico da Saúde do trabalhador registram:

Essa fase culminou com a tentativa de integralização e reconstrução de campos do conhecimento anteriormente limitados pela Saúde Pública e Medicina Preventiva, em um campo denominado Saúde Coletiva. Campo no qual haveria espaço para uma produção de conhecimentos abordando a relação peculiar entre a saúde e o trabalho, o que, por sua vez, possibilitaria a criação de uma nova área particular de intervenção, englobando e reformulando sobre bases novas as áreas de Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho, já existentes. Tal área foi nomeada como Saúde do Trabalhador. [...] A área se propunha assumir uma saúde dos trabalhadores em sua dimensão integral, ou seja, onde o trabalhador não seria considerado apenas como agente do processo de trabalho, mas como um ser humano em suas múltiplas dimensões políticas, sociais, biológicas e pessoais e onde teria privilégio à prevenção (TAMBELLINI; ALMEIDA; CÂMARA, 2013, p.26).

A Saúde do Trabalhador, portanto, surge enquanto campo de conhecimento na transição democrática do Brasil, a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, sob forte influência no âmbito nacional do Movimento Sindical e do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que entre várias bandeiras de luta, pleiteava a universalização da Saúde (LACAZ, 2007; TAMBELLINI, ALMEIDA E CÂMARA, 2013).

Somente com a efervescência do debate da reforma sanitária e a emergência de um novo conceito de saúde do trabalhador é que a questão da saúde no mundo do trabalho veio à tona como um eventual problema de saúde pública (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p.425).

No âmbito internacional recebeu a influência da Medicina Social Latino Americana e do Movimento Operário Italiano. A organização dos operários na Reforma Sanitária Italiana foi marcada pelas reivindicações para ampliação dos direitos à saúde no trabalho e pelo controle da nocividade do trabalho.

Os debates configuraram o denominado “Modelo Operário Italiano” (MOI)¹⁵ o qual, de acordo com Paiva e Vasconcellos (2011, p.357) foi “uma das iniciativas mais significativas que influenciou e redirecionou o debate sobre o campo das relações saúde-trabalho no século XX”.

¹⁵ Os princípios que compuseram o MOI são: a estruturação de grupos homogêneos de risco para conhecer as condições de trabalho; a criação de instrumentos de avaliação, como o mapa de riscos; a incorporação dos trabalhadores como sujeitos da transformação dos processos e ambientes de trabalho; e a validação consensual entre o saber técnico e o saber dos trabalhadores.

O modelo, portanto, propõe uma metodologia que tem entre seus princípios que o trabalhador e não o especialista identifique e avalie os fatores e os efeitos nocivos da sua situação no trabalho. Percebe-se o trabalhador como sujeito de um processo, considerando o seu saber adquirido, prezando pelo controle social e valorização do seu saber.

Mendes e Dias (1991, p.347) problematizam que a Saúde do Trabalhador possui como objeto de análise e intervenção o “processo saúde-doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”. Minayo-Gomez corrobora com a discussão (2011, p.25), ao explicitar a complexidade das análises, tendo como “marco definidor, a compreensão dos vários níveis de complexidade das relações entre o trabalho e a saúde, e como conceito nucleador, o processo de trabalho”.

Constata-se que a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 no bojo da Reforma Sanitária tornou-se um divisor de águas sobre a nova concepção de saúde, apreendida como resultante dos determinantes sociais em saúde. Neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. O debate empreendido levou a incorporação na Constituição Federal de 1988 do conceito ampliado de saúde, assentando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, assim como, o de garantir condições de vida e trabalho digno para o desenvolvimento do potencial humano.

A partir da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), determinada pelas Leis Orgânicas de Saúde - LOS (Lei 8080/90 e 8142/90), a saúde passou a ser reconhecida no âmbito regulatório, através de fatores determinantes e condicionantes, dentre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. O conceito de Saúde do Trabalhador definido pela Lei 8080/90 diz respeito a:

um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, Lei 8080/90: Art. 6º§ 3º).

As ações de vigilância epidemiológica buscam detectar os agravos na saúde dos trabalhadores, advindos das condições de trabalho e as ações de vigilância sanitária buscam perceber as condições de trabalho, olhar não só a máquina, mas as formas de trabalho, as condições de trabalho, assim como suas relações, requerendo uma análise, a fim de mudar os processos produtivos e diminuir os riscos a saúde.

Portanto, a Saúde do Trabalhador se configura em uma política pública, responsabilizando-se pela intervenção nos processos produtivos em sua relação com a saúde com legitimação para intervir e provocar mudanças em tais processos¹⁶. Além de transformar uma categoria nosológica (doença) em categoria jurídico-legal (doença produzida no trabalho) (TAMBELLINI, ALMEIDA e CAMARA, 2013). Esses mesmos autores ressaltam que uma questão essencial ao campo é a necessária legitimação social,

ou seja, além da comprovação científica da relação doença trabalho, é preciso que a sociedade tenha consciência do problema e que seja exercida pelos cidadãos, trabalhadores e consumidor a pressão política competente para a transformação necessária. Esta foi, desde o início e é, ainda hoje, uma seara a ser trabalhada pelos técnicos cujo desafio é aquele de entender, aceitar e contribuir para ajudar outros a entenderem esta consideração (TAMBELLINI; ALMEIDA; CAMARA, 2013 p.29).

Conforme Minayo-Gomez (2011), o campo da Saúde do Trabalhador como parte da Saúde Coletiva é composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, ao que somam para atender a sua complexidade diferentes disciplinas, compreendendo um corpo de práticas teóricas interdisciplinares técnicas, sociais, políticas, humanas - multiprofissionais e interinstitucionais

A Saúde do Trabalhador representa uma ruptura em relação aos conceitos que antecederam, por estabelecer o processo de adoecimento no trabalho relacionado a vários fatores inseridos no processo histórico das relações de produção, e não levando em consideração apenas o agente causador imediato ou o ambiente no qual o trabalhador realiza suas atividades.

Ao incorporar o processo de determinação social da saúde/doença, dentro de uma concepção ampliada de saúde, o paradigma da Saúde do Trabalhador considera não só as condições de trabalho, como também as condições gerais de vida, ultrapassando a visão limitada à ambiência do processo laboral, que as abordagens da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional se restringiam. (CAVALCANTI, 2011, p.127).

A mesma autora ressalta que o agente da intervenção não é mais somente o especialista. Ao buscar uma atuação democrática, valoriza o conhecimento dos trabalhadores e os saberes são compartilhados, colocando a técnica a serviço dos trabalhadores.

Conforme visto, o discurso da Saúde do trabalhador surge em contraposição às bases conceituais e práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, concepções das rela-

¹⁶ Essa intervenção é realizada pela Vigilância em Saúde do Trabalhador que compreende 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 (BRASIL, 1998).

ções trabalho e saúde consideradas hegemônicas. Entretanto, embora o campo político e conceitual da Saúde do Trabalhador tenha alcançado grandes avanços no campo regulatório e acadêmico, há uma significativa distância entre o que preconizam os princípios deste campo e o que se aplica na prática cotidiana das empresas. Apesar dos avanços apontarem para um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, Minayo- Gomez & Costa (1997) observam que “depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional”. Compartilhando desta observação, Seligmann-Silva (2011) constata:

A denominação Saúde Ocupacional é utilizada predominantemente nas empresas e geralmente é adotada segundo uma lógica positivista voltada a linearidades do tipo causa-efeito, sem considerar a complexidade que a dimensão social e a dimensão subjetiva introduzem na questão da saúde (SELIGMANN-SILVA, 2011. p.110).

Essa hegemonia se solidificou devido à própria ação do Estado que através do setor trabalho, embasado em teorias científicas universais, institucionalizou durante o Regime Militar, uma política baseada no discurso da técnica articulada às relações de poder e ao disciplinamento do trabalhador, passando a exigir na década de 1970 a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), delegando às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores. De acordo com Lacaz, “tal política visa a aumentar a produtividade e a saúde tem caráter de razão instrumental para a produção”. (LACAZ, 2007, p. 760).

Esta exigência foi determinada na NR 04¹⁷ que informa que as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela CLT manterão, obrigatoriamente, SESMT's, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Sendo assim, a prática hegemônica na maior parte das empresas brasileiras é da Saúde Ocupacional, as quais necessitam seguir os requisitos e procedimentos relativos à segurança e medicina do trabalho e criar possibilidades de avaliações regulares dos riscos do ambiente de trabalho e a saúde dos trabalhadores para que, conseqüentemente os resultados dessas avalia-

¹⁷ As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da, atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento. (CLT - Norma Regulamentadora 4).

ções subsidiem as ações e programas de prevenção e promoção à saúde. Para tanto, é estabelecido à obrigatoriedade dos exames ocupacionais por meio da elaboração e implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Seu objetivo é estabelecer um sistema de detecção precoce de doenças relacionadas ao trabalho. Como parte integrante do PCMSO, são realizados os exames médicos ocupacionais: Pré-Admissionais; Periódicos; Retorno ao Trabalho; Mudança de Função e Demissionais.

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) foi estabelecido pela Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do MTE, por meio da NR 9, Portaria 3214/78, com objetivo de definir uma metodologia de ação para garantir a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes nos ambientes de trabalho.

Esses programas, em geral, são utilizados como modelo de intervenção para o enfrentamento do agravamento de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho nas empresas.

Nesta perspectiva, há uma intensificação das medidas de proteção individual em detrimento das medidas coletivas ou de eliminação dos riscos, sendo uma prática fortemente divulgada e implementada na utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), em geral, culpabilizando os trabalhadores pelo não cumprimento da prescrição.

Trata-se, portanto, de uma categoria das relações trabalho e saúde vinculada ao contrato trabalhista. Minayo-Gomez (2011, p.25) ressalta que “a Saúde Ocupacional, do ponto de vista disciplinar e profissional abrange fundamentalmente as áreas de medicina e engenharia de segurança, restringindo-se a dimensão contratual das empresas”.

Percebe-se que os instrumentos para o cumprimento das exigências normativas, de uma forma geral, são utilizados de forma restrita e limitada, evidenciando a insuficiência das abordagens das relações saúde-trabalho anteriores, em que aspectos como processo e organização do trabalho não são considerados, conforme Lacaz e Santos detalham:

Tornaram-se explícitos os limites epistemológicos da Saúde Ocupacional (SO) e da Medicina do Trabalho (MT) na abordagem das formas de adoecimento pelo trabalho que cada vez mais envolvem aspectos do processo de trabalho acoplados à valorização do Capital. Um desses aspectos é a organização do trabalho, que envolve as formas de controle, as hierarquias, os ritmos, as exigências etc., somente apreendidos pelo campo ST. Ficava claro, então, que a abordagem da SO restringia-se aos elementos ambientais do meio de trabalho, a fatores de risco de natureza química, física, biológica, mecânica, considerados isoladamente e externos à ação do homem, numa visão a-histórica e redutora da realidade do trabalho. É relevante balizar tais diferenças, para que não se considere mera questão semântica a diferenciação entre ST e SO (LACAZ & SANTOS, 2010, p. 07).

Em relação a essa questão semântica, a terminologia saúde do trabalhador vem sendo utilizada com várias denotações e apresenta alguns entendimentos que podem causar confusões

em sua utilização. Nesse sentido, é preciso trazer à luz as diferenças conceituais a fim de diminuir os equívocos na utilização desta expressão.

Nas reflexões realizadas por Minayo-Gomez (2011) pode ser indicado que a ST compõe o campo das relações trabalho e saúde como proposta da Saúde coletiva. Dentro desse campo, estariam também, a Medicina do Trabalho e a SO, onde a ST faria uma superação dialética. Contudo, a expressão dos embates seria entre os agentes da área de saúde do trabalhador com as corporações de profissionais da Medicina do Trabalho e da Engenharia e Segurança do Trabalho.

Há uma lacuna das universidades na formação desses profissionais no que se refere à Saúde Coletiva e aos princípios da ST repercutindo em dificuldades para atuar de forma interdisciplinar nas empresas e equívocos na utilização do termo.

Ao se tratar de Saúde do Trabalhador escrito com as iniciais em maiúsculas, refere-se ao paradigma da ST, enquanto um campo conceitual com seus princípios inspirados no MOI e nas lutas democráticas de 1980 e que se constituiu numa política pública ao ser incorporada no SUS. Contudo, é através de um arcabouço de legislações que a ST enquanto política tenta a sua concretização.

Ao tratarmos em saúde do trabalhadores, utiliza-se letras minúsculas, pois está relacionado a uma questão de saúde física ou psíquica. Ou seja, refere-se a um substantivo comum “saúde”, saúde das pessoas que trabalham. Sintetizando, uma forma refere-se a um campo teórico que baseia a política pública e a última refere-se a uma condição biopsicossocial.

Ainda no campo conceitual, a “questão da saúde dos trabalhadores” refere-se a uma questão social, econômica e política, portanto é a expressão do antagonismo entre capital e trabalho, que surge enquanto um fenômeno acompanhando o movimento contraditório do processo histórico-social geral, conforme Souza (2015) aborda:

A “questão” diz respeito ao conjunto de problemas e processos que repercutem na saúde dos trabalhadores, apresentando caráter eminentemente social/coletivo, embora possua uma importante faceta biopsíquica/individual. São problemas e processos enraizados na forma de trabalho que se estabeleceu a partir da consolidação do modo de produção capitalista; uma forma de trabalho que, contraditoriamente, produz riqueza material em proporções nunca antes vistas, ao mesmo tempo em que degrada os trabalhadores, que produzem diretamente esta riqueza, também em patamares nunca antes vistos. Por esta natureza social (contraditória), a “questão” demanda respostas permeadas por interesses diversos (SOUZA, 2015, p.05).

Contudo, é comum nas organizações, haverem mal-uso dessas terminologias, tanto na grafia, quanto no sentido. Utiliza-se a expressão saúde do trabalhador, como um sinônimo de

medicina do trabalho, e não como um campo interdisciplinar. Outras vezes, a expressão é utilizada para se referir a práticas de saúde pautadas pelo paradigma da SO ocorrendo distorções do ponto de vista conceitual e operacional.

Conforme Vasconcellos (2011) ocorre no Brasil um dualismo entre ST e SO já cristalizado. Essas duas expressões das relações saúde e trabalho convivem e coexistem quanto à aplicação de regras sobre a saúde no trabalho. Por suas diferenças conceituais e ideológicas ocorrem conflitos que geram dificuldades na realização de ações integralizadoras.

Evidencia-se que são três órgãos que majoritariamente regulam as questões de saúde e trabalho: Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, entretanto, as leis destes três órgãos são por ora divergentes e algumas vezes conflitantes, o que gera a inclusão de determinados direitos em uma instância e a ausência de direito em outras. Contudo, Vasconcellos (2007), ressalta que ao superar a visão da Saúde Ocupacional, a Saúde do Trabalhador se situa na perspectiva da saúde como direito, conforme foi inscrita no SUS no que se refere aos direitos fundamentais.

Como já citado, a Saúde Ocupacional está filiada à perspectiva patronal, ampara os trabalhadores formais, regidos pela CLT e subsidia políticas no âmbito do serviço público as quais os servidores (RJU) estão submetidos. Possui enfoque restrito ao ambiente de trabalho e ao indivíduo, ainda assim, com limitações nas análises, restringindo-se ao que é possível de quantificação e monitoramento.

Por sua vinculação ao Direito Trabalhista e suas regras para o controle das condições de saúde no trabalho, tende a se caracterizar como um campo complexo, limitado e restrito decorrente da relação capital x trabalho. Trata-se de um campo subordinado às normativas do contrato, à regulação técnica e às negociações entre as partes. Além disso, no caso de unidades fabris, devem seguir os guias de Boas Práticas de Fabricação (BPF), determinados pelos órgãos reguladores, passíveis de inspeções e penalidades, caso haja não-conformidades.

A obrigatoriedade do cumprimento das NR's pelo MTE faz com que possua maior adesão pelas empresas, apesar de no cotidiano dos trabalhadores não se evidenciar que a execução destes requisitos traga-lhes, de fato, maior prevenção e proteção. Esta situação provoca contradições num âmbito em que a busca de soluções e alternativas de enfrentamento sobre as questões da relação trabalho e saúde se confronta com interesses econômicos e não se coaduna com os investimentos para a garantia da saúde e dignidade no trabalho, além de não propiciar a participação dos trabalhadores nos processos decisórios relacionados ao trabalho e sua organização.

Em decorrência desse confronto, a Saúde do Trabalhador, concebida enquanto política que possui diretrizes em prol da garantia de uma saúde universal avança muito timidamente no campo empresarial, deparando também com as dificuldades das equipes multiprofissionais de atuarem de forma interdisciplinar na realização de ações integradas, integrais, intersetoriais e com a participação dos trabalhadores.

1.1.3 Práticas implementadas nas organizações.

De acordo com Antunes (2008), houve profundas transformações no “mundo do trabalho” nas últimas décadas que afetaram sobremaneira as condições de vida e de trabalho da “classe-que-vive-do-trabalho” tornando-a heterogênea, fragmentada e complexificada. O mesmo autor afirma que essas modificações não só atingiram a materialidade, mas tiveram profundas repercussões na sua subjetividade, afetando a forma de ser do trabalhador (ANTUNES, 2008, p.23).

Tais transformações ocorreram a partir da crise do capital na década de 1980, ocasionando uma reestruturação na forma de produzir, expressando uma nova fase do capital, em que a forma de acumulação se tornou “flexível” em todos os âmbitos assumindo várias faces.

Neste modelo produtivo, chamado por alguns autores¹⁸ de acumulação flexível, além de ser necessária à flexibilidade do processo produtivo, para atender um mercado consumidor exclusivo, é imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Este precisa também ser flexível, se adequando ao que a organização do trabalho impõe, pois trabalha-se com um quadro de pessoal pequeno, um quantitativo mínimo de trabalhadores, submetendo-os a cumprirem jornadas extensivas e intensivas, além de sua carga horária (ANTUNES, 2008).

Muitas empresas passam a adotar o chamado “banco de horas”, que visa proporcionar uma “flexibilização” na relação de trabalho no que se refere à forma de remuneração. A estratégia consiste em computar o saldo de horas não trabalhadas em razão da diminuição da demanda, para posterior compensação com o aumento da duração do trabalho.

A “flexibilização” das relações de trabalho introduz novas formas de contratação de mão-de-obra, sendo essa uma das características que alude à questão da precarização.¹⁹ Ocorre um alto número de contratações de mão de obra terceirizada para executar diversas atividades no interior da empresa. Essas atividades podem ser desde serviços de limpeza e vigilância, até

¹⁸ Ver Harvey, D. **Condição pós-moderna** (1992); Antunes, R. **Adeus ao trabalho** (2002) Iamamoto, M. **O Serviço Social na contemporaneidade** (2006).

¹⁹ De acordo com Castel (2013) o processo de precarização percorre algumas das áreas de emprego estabilizadas há muito tempo. O autor complementa que há uma “desestabilização dos estáveis” e que ocorre um novo crescimento dessa vulnerabilidade de massa.

ocupações diretamente relacionadas à produção. Isso implica que em um mesmo local de trabalho convivam trabalhadores qualificados, contratados diretamente pela empresa com salários e benefícios melhores, e trabalhadores terceirizados submetidos a contratos de trabalho precários, com salários menores.

Essa reestruturação da produção, associada ao pensamento neoliberal, difundida pela globalização, adota uma cultura moderna, valores do setor privado como competência, eficiência, empregabilidade, consolidando “ideias e valores que reconceituam as reivindicações da classe trabalhadora e conquistas históricas das classes trabalhadoras” (MOTTA, 2010. p.35). Assim, na esteira dessa cultura adotada pelas empresas estão: redução dos postos de trabalho, provocando uma intensificação dos ritmos da produção; controle maior sobre a produtividade e do trabalhador; cumprimento de metas; exigência da multifuncionalidade, entre outros elementos.

Isso se deve também, ao incremento de novas formas de “gestão de pessoas” para as novas relações de trabalho que se solidificou na conjuntura atual. Essas práticas de gestão apresentam características como: recrutamentos que privilegiam o diploma; avaliação de desempenho individual e grupal; práticas de entrevistas anuais para acompanhamento individualizado de carreira; critérios de avaliação de qualidades pessoais e relacionais, questões de responsabilidade, autonomia, trabalho em equipe etc.; instigação à formação contínua, colocada pela empresa como “inovadora” alinhada às estratégias organizacionais, cuja meta principal é transformar identidades salariais; multiplicação de fórmulas de individualização dos salários, através de bonificações. Conforme Bernardo (2009, p.38), esses elementos buscam “mecanismos de desmobilização da organização coletiva dos trabalhadores”.

Além dessas questões apresentadas, o trabalho passa a ser gerido utilizando-se de um controle implícito sobre a subjetividade do trabalhador, procurando ocultar a exploração, a intensificação e a precarização do trabalho (ANTUNES, 2008). Tornou-se essencial criar formas de gerir com características democráticas, as quais se evidenciam no surgimento de um discurso, em que, aspectos positivos como a participação, o trabalho em equipe e a autonomia tornariam o trabalho mais humanizado. Leva-se em conta além da formação, sua personalidade e a habilidade de socialização, priorizando aqueles que julgarem ter mais capacidade de engajamento às proposições das empresas.

Exige-se, não apenas a venda de sua força de trabalho, mas também um envolvimento através do comprometimento afetivo. Percebe-se que essas estratégias são colocadas de forma a convencer/cooptar o trabalhador, fazendo com que ele se sinta parte do processo, provocando

sua participação mais efetiva. Esses mecanismos favorecem o envolvimento emocional, este ao se tornar um “colaborador” passa a ter uma sensação de pertencimento, viabilizando sua submissão aos interesses da empresa, conforme sinalizam Netto e Braz:

O capital empenha-se em quebrar a consciência de classe dos trabalhadores: utiliza-se o discurso de que a empresa é a sua casa e que eles devem vincular seu êxito pessoal ao êxito da empresa; não por acaso, os capitalistas já não se referem a eles como ‘operários’ ou ‘empregados’ – agora são ‘colaboradores’, ‘cooperadores’, ‘associados’ etc. (NETTO; BRAZ, 2007, p. 217).

Lara (2010, p.80) ressalta que “as mudanças no espaço produtivo ao mesmo tempo em que realizam inovações tecnológicas e organizacionais agravam a saúde do trabalhador.” O autor aponta também que “há um conjunto de inseguranças nas relações de trabalho que provocam mal-estar físico e mental à classe trabalhadora.” Com o enxugamento de pessoal os trabalhadores estão submetidos a jornadas de trabalho maiores e mais intensas, sendo sujeitos à instabilidade, a um ambiente competitivo, hostil e tenso das relações de trabalho.

Pina e Stotz (2014, p.155) apontam que a administração por estresse é um instrumento, em que a “tensão é a base objetiva de práticas gerenciais de expropriação do conhecimento do trabalhador para descobrir ‘gargalos’, desenvolver mais rapidamente inovações, reduzir custos e perdas ao criar pressão adicional”.

A polivalência também é utilizada na forma de revezamento de tarefas e postos de trabalho, conectando-se ao uso intensivo da força de trabalho. A consequência destas ações, de acordo com esses autores, é um tripé sintomático da intensificação do trabalho: a impossibilidade de manutenção da qualidade do trabalho produzido; o assédio moral e os conflitos entre os próprios trabalhadores; e o adoecimento e danos à saúde dos trabalhadores. É nesse contexto, que as situações de conflitos e violência no trabalho tomam proporções decorrentes das especificidades dessas práticas organizacionais atuais (SOUZA, 2011), contribuindo para aumentar as estatísticas de casos de saúde mental dos trabalhadores com quadros patológicos, muitas vezes, incapacitantes (NICACIO, 2011).

Neste cenário, em que a questão social se agrava, demanda-se aos profissionais uma atuação técnica qualificada para a busca de estratégias de enfrentamento em prol das mudanças dos processos e ambientes, favorecendo a garantia do direito à saúde no trabalho e ambientes mais saudáveis.

De acordo com Ferreira, Alves e Tostes (2009), em decorrência deste cenário e da adoção de novas práticas organizacionais, já a partir da década de 1970, a Qualidade de Vida no Trabalho passou a ser um objeto de preocupação e de investimento, sobretudo, nas grandes corporações. Ou seja, na esteira dessa nova lógica, surgem os Programas de Qualidade de Vida

no Trabalho, sendo sua abordagem utilizada enquanto uma ferramenta de gestão buscando elevar a motivação, satisfação e saúde. Trata-se de um instrumento gerencial efetivo, não apenas um modismo, e sim, uma estratégia para minimizar a rotina desgastante aos quais os trabalhadores estão submetidos.

Compreende-se que com o enxugamento de pessoal os trabalhadores estão sujeitos a jornadas de trabalho estressantes e intensas. Além de ter que conviver com a instabilidade e se adequar ao ambiente competitivo permeado de relações de trabalho tensas. Neste âmbito, os dirigentes e gestores contemporâneos possuem a intenção latente de integrar os objetivos organizacionais com os objetivos individuais, preocupando-se com a satisfação de seus “colaboradores” implantando programas com abordagens voltadas para melhorias de hábitos alimentares, estilo de vida, práticas culturais e esportes.

Baseados nos estudos realizados por Silva (2015) a autora sintetiza que

Estas atividades de QVT assumiriam um caráter compensatório frente aos desgastes vivenciados pelos trabalhadores e, desta forma, desempenhariam um papel de ‘medicamento que cura os males do trabalho’. Portanto, a Qualidade de Vida no Trabalho seria utilizada de uma forma assistencialista, ou seja, um ‘bem-estar como assessorio para garantir a produtividade’. Neste sentido, as práticas gerenciais de QVT têm como foco principal o indivíduo para alcance dos objetivos, e a responsabilidade institucional consistiria apenas em disponibilizar atividades que alterassem a rotina de trabalho, visando o relaxamento e o aumento da disposição de cada um para trabalhar de forma mais satisfatória (SILVA, 2015, p.6).

Para Ferreira (2006), o que os trabalhadores necessitam é que haja a eliminação, ou quando não for possível, a atenuação dos fatores crônicos do desgaste e mal estar, reduzindo o estresse ocupacional. O autor menciona que é necessário a implementação de um Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) de natureza preventiva. Para tanto, são impostos alguns requisitos: mudança da mentalidade que preside os modelos de gestão do trabalho e assumir, efetivamente, a indissociabilidade entre produtividade e bem-estar.

Lacaz (2000, p.1), ao entrar no debate sobre a temática ressalta que “o que interessa é discutir a vertente que prioriza as condições, ambientes, organização do trabalho e as tecnologias.” O autor afirma que a vertente que foi advogada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) na década de 1970, quando do lançamento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT), procura articular duas tendências: ao melhoramento da qualidade geral de vida como uma aspiração básica para a humanidade [...] e a outra que preconiza maior participação dos trabalhadores nas decisões que, diretamente, dizem respeito à sua vida profissional.

O que se evidencia nas práticas de QVT, no entanto, é um distanciamento entre um discurso que diz que valoriza a participação dos trabalhadores e as práticas implantadas nas instituições, onde prevalecem o imediatismo e ações paliativas. Não associam a melhoria do clima organizacional com melhores condições de trabalho e emprego. Inclui-se aqui menos arrogância dos gestores, menos competitividade entre pares, melhores salários sem a necessidade de estar agregado ao cumprimento de metas; redução de carga horária e maior tempo para pausas e descanso; menos pressão aos trabalhadores; estímulo à sua capacidade criativa e crítica, com aumento de sua participação nos processos decisórios, principalmente no que concerne aos cuidados e segurança à sua saúde; aumento de direitos, como transporte e alimentação, e não percebido apenas como um benefício que pode ser cortado a depender da conjuntura.

Os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho, pensando no discurso da proposta em que associa bem estar, saúde e propriamente maior qualidade de vida, tem a sua importância. Contudo, é plausível não focar somente em ações terapêuticas para diminuição do estresse, ou ginástica laboral, pois não interfere nos processos de trabalho. As propostas, não podem ser apenas no aumento do acesso a tais atividades oferecidas pelos programas e sim, buscar uma atuação mais abrangente e efetiva, essencialmente fortalecendo a discussão das condições de trabalho e a qualidade das relações de trabalho, relacionando com as repercussões na saúde dos trabalhadores e os impactos na própria organização.

Capítulo II – Metodologia e procedimentos da pesquisa

O estudo foi realizado por meio dos métodos da pesquisa qualitativa e exploratória, delineando-se em um estudo de caso. A cientificidade da investigação social e os elementos que devem ser considerados para a compreensão do processo transformador é apontado por Minayo (2014):

Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a cultura que traz em si, de forma complexa, os traços dos acontecimentos de curta, média e longa duração, expressos em seus bens materiais e simbólicos. Mas as pesquisas sociais contemporâneas precisam também compreender o global e o local, convivendo e sendo, ao mesmo tempo, mutáveis e permanentes. Pois o ser humano é autor das instituições, das leis, das visões de mundo que, em ritmos diferentes, são todas provisórias, passageiras, trazendo em si mesmas as sementes de transformação (MINAYO, 2014, p.39).

2.1 Revisão bibliográfica

Foi realizada revisão de bibliografias de autores clássicos de referência para dar base ao corpo teórico sobre o Campo da Saúde do Trabalhador, além de realizar pesquisas na base de dados LILACS e Portal BVS. Cabe salientar que foram realizadas leituras de resumos, porém, houve uma aproximação maior com os conteúdos dos artigos com os descritores qualidade de vida, saúde do trabalhador e empresa.

Quadro 2: Descritores utilizados e quantidade de artigos encontrados nas bases pesquisadas.

Descritores	Nº de artigos encontrados
Saúde do Trabalhador and gestão	234
Saúde do Trabalhador and setor público and saúde ocupacional	28
Serviços de Saúde do Trabalhador and Gestão em Saúde	3
Serviços de Saúde do Trabalhador and setor público	2
Qualidade de Vida no Trabalho	119
Qualidade de Vida e Saúde do Trabalhador	9
Serviço de Saúde do Trabalhador and empresa	120

2.2 – Pesquisa documental

Foi realizado um levantamento de um total de 25 documentos institucionais que fazem menção às iniciativas para a implantação do serviço de saúde e outros que tratam da operacionalização e organização do serviço.

Os documentos analisados foram relatórios institucionais, manual da organização, apresentações de Power Point (PPS) da unidade, do Dereh e da SEMTR; projeto de implantação do serviço; descrição de serviços e Procedimentos de Operação Padronizados (POP's), além de consultas às informações disponíveis aos trabalhadores no Portal Corporativo e no site da unidade e da Fiocruz.

A leitura dos documentos permitiu uma aproximação com temas e serviu como uma preparação para o embasamento das entrevistas no campo. Tendo em vista as indagações iniciais, possibilitaram-se preconcepções que foram aprofundadas e trabalhadas nas entrevistas.

Um dos documentos de maior relevância foi o Projeto de Implantação do Nust-Bio elaborado por uma profissional do Dereh, com o suporte da Engenheira da AESTM e da chefia do Nust-Fiocruz. Este documento aponta as diretrizes e os objetivos do serviço.

Quadro 3: Abordagens identificadas na análise do projeto de implantação do Nust-Bio

Temas	Serviços	Objetivos
Saúde do Trabalhador	Pronto atendimento/ atendimento ambulatorial; informação; Interação com outros profissionais e com outros serviços internos e externos; Vigilância em saúde do trabalhador; Acompanhamento de licenças médicas; funcional/social; retorno ao trabalho.	*Implementar, em consonância com as diretrizes da CST, os programas de prevenção de doenças, promoção e educação em saúde/ e atender às diretrizes do Nust/Fiocruz. *Os serviços descentralizados são tecnicamente orientados pelo Nust/CST/Direh; Tais ações estarão em consonância com as diretrizes do Programa Fiocruz Saudável, aprovado no Conselho Deliberativo da Fiocruz em 2002.
Saúde Ocupacional	Medicina do Trabalho - PCMSO – exames ocupacionais, vacinação, avaliação ambiental.	*Implantar uma área de saúde do trabalhador em Bio-Manguinhos, buscando atender às exigências do Ministério do Trabalho em relação aos cuidados com a saúde dos trabalhadores (Terceirizados, RJU's, Bolsistas e Cooperados), e entendendo que existe uma responsabilidade mútua entre as empresas contratadas e a Fiocruz.
Programa de Qualidade de Vida		*Objetivos e metas delineadas em prol da saúde dos colaboradores; redução do absenteísmo e maior disposição para a execução das tarefas diárias na área de trabalho; cuidar do estilo de vida, conscientização; equilíbrio; bem estar; visibilidade; melhorar clima organizacional; atração e retenção de talentos; melhorar a qualidade de vida dos funcionários; possibilitando à empresa atingir novas metas.

2.3 – Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas foram realizadas com atores que fizeram parte da construção da área de Saúde do Trabalhador na unidade com a pretensão de levantar historicamente como foi o processo que definiu a implantação do serviço para a compreensão de como ele se conformou.

as entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (DUARTE, 2004, p.216).

Os critérios para inclusão foram definidos a partir da identificação dos atores-chave que participaram do processo de implantação e implementação do serviço. São denominados atores internos, os profissionais que atuam ou atuaram na unidades, e, atores externos, os profissionais que atuam ou atuavam na Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e no Núcleo de Saúde do Trabalhador da Fiocruz (Nust).

Apesar de na pesquisa qualitativa não haver critério numérico, foram elencados, inicialmente, 15 atores (diretores, gestores, coordenadores e profissionais). Porém, esse número foi ampliado para 17, após terem sido indicados por outros atores que entendiam que tais profissionais poderiam contribuir com sua experiência sobre o processo, formando uma rede de informantes-chave. Entre eles, foram indicados 2 trabalhadores atuantes da Cipa, contudo, apenas um foi possível realizar a entrevista. O outro trabalhador, após tomar conhecimento da temática e os objetivos, não se sentiu à vontade para prestar as informações. O mesmo argumentou que era terceirizado e, mesmo informando sobre a confidencialidade da entrevista, o fato de ter que assinar um termo de compromisso ético, não o fez se sentir confortável em contribuir. Essa postura reforça a concepção sobre o esvaziamento dos espaços de participação dos trabalhadores, devido aos vínculos precarizados.

Quadro 4: Composição da amostra entrevistada

Nº de entrevistados	Cargos dos entrevistados
02	Diretores da unidade
02	Coordenadores da CST
02	Chefias do Nust central
02	Chefias de departamento (Dereh)
03	Chefias de serviços (Saúde e Segurança)
05	Profissionais técnicos (equipe dos serviços)
01	Trabalhador (Cipa)

Uma das primeiras dificuldades encontradas também diz respeito à não disponibilidade de um ator-chave considerado fundamental, que participou na concepção do projeto para a construção do serviço e realizou grande parte das articulações para a sua implantação, porém, com as indicações de outros profissionais, as respostas para as indagações foram contempladas. O processo de identificação dos atores-chave foi considerado fácil, mas, houve problemas para compatibilizar as agendas, fazendo com que a pesquisa de campo não se realizasse dentro do cronograma estabelecido inicialmente. Essa dificuldade foi maior, devido à greve que a Fiocruz participou ficando com a maioria de suas atividades suspensas por mais de 60 dias.

Em relação à condução da entrevista houve dificuldades para controlar o tempo, tendo em vista o ritmo e características de cada pessoa; trazer para o foco da discussão a objetividade da pergunta, que devido a várias nuances, às vezes fugia-se do tema; efetuar o distanciamento do campo e compreender o limite entre a pesquisadora e o objeto de estudo, além de sensibilizar-se com algumas narrações a respeito das histórias de vidas intimamente relacionadas com o trabalho; nível de envolvimento com o serviço; relação com a instituição e a sua importância para a sociedade.

A entrevista é sempre troca [...] ao mesmo tempo em que coleta informações, o pesquisador oferece ao seu interlocutor a oportunidade de refletir sobre si mesmo, de refazer seu percurso biográfico, pensar sobre sua cultura, seus valores, a história e as marcas que constituem o grupo social ao qual pertence, as tradições [...]. Quando realizamos uma entrevista, atuamos como mediadores para o sujeito apreender sua própria situação de outro ângulo, conduzimos o outro a se voltar sobre si próprio; incitamos-lo a procurar relações e a organizá-las. Fornecendo-nos matéria-prima para nossas pesquisas, nossos informantes estão também refletindo sobre suas próprias vidas e dando um novo sentido a elas. Avaliando seu meio social, ele estará se auto-avaliando, se auto-afirmando perante sua comunidade e perante a sociedade, legitimando-se como interlocutor e refletindo sobre questões em torno das quais talvez não se detivesse em outras circunstâncias (DUARTE, 2004, p.220).

O roteiro foi elaborado contendo 15 perguntas que contemplaram elementos do processo histórico de institucionalização, organização e operacionalização do Serviço de Saúde do Trabalhador da unidade. Buscando atender os critérios éticos, os locais das entrevistas foram diversificados, atendendo à comodidade de cada participante. Tiveram uma grande variabilidade de tempo. Houve algumas que duraram entre 35 a 40 minutos e outras entre 1 hora e 1.20 minutos. Todas foram gravadas em áudio e transcritas, identificadas como ator interno e externo e categorizadas por número de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Todos os entrevistados receberam convite prévio e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), de acordo com o Comitê de Ética, antes da realização da entrevista contendo os objetivos e os esclarecimentos quanto à pesquisa realizada.

2.4 – Processo de análise de dados

Conforme mencionado, as entrevistas foram gravadas, transcritas e unificadas em arquivo Word, condensadas num total de 174 páginas, o qual se configurou num material rico de informações e uma complexidade de detalhes. Tendo em vista que a proposta da pesquisa foi analisar tanto documentos, quanto entrevistas, optamos por realizar a análise utilizando a metodologia da análise de conteúdo.

Na análise de conteúdo, a linguagem é compreendida como um meio de transmitir uma mensagem, sendo o conteúdo da mensagem que se pretende trabalhar. O método pretende fornecer técnicas precisas e objetivas suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado (BARDIN,1979). De acordo com Bardin, a análise de conteúdo é um

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, 42).

O objeto nesse método é a palavra, o que permite de forma objetiva e prática a produção de inferências do conteúdo do texto. O texto, portanto, é o meio de expressão do sujeito, onde se busca categorizar as palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão representativa. A análise temática pode ser efetuada pela dedução frequencial, ou seja, pela ocorrência e a frequência de uma mesma palavra com objetivo de dar notoriedade àquele material linguístico. Pode ser também efetuada pela análise categorial, que consiste em classificar por meio de codificadores ou características que são construídas e definidas a partir das significações ou temas que emergem no texto, verificando o que se possui em comum, identificando semelhanças e diferenças permitindo um agrupamento temático.

Seguindo esse método de análise, ao se debruçar sobre o material foi necessário fragmentar por temas de acordo com o roteiro cada uma delas, além de outros temas que possam ter emergido naquela entrevista específica. Após esse momento, pode-se formar as primeiras categorias de análise, possibilitando agrupar as falas respectivas àquela categoria temática identificada. Entretanto, conforme Duarte ,

Entrevistas bem realizadas, com um número adequado de informantes, produzem uma imensa “massa” de informações que não pode nem deve ser tomada como um todo. Do conjunto do material generosamente oferecido a nós pelos nossos informantes, só nos interessa aquilo que está diretamente relacionado aos objetivos da nossa pesquisa (DUARTE, 2004, p. 221).

Sendo assim, algumas falas foram editadas, suprimindo o considerado fora dos objetivos do estudo, além de frases muito coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem, cacoetes e erros gramaticais. Em algumas falas houve citações de personagens

que atuaram no processo. Em alguns casos, manteve-se o nome, entretanto, em outros, por questões éticas, para que o nome não fosse explicitado, foi suprimido e inserido a letra X se a pessoa citada for do sexo masculino e Y se for do sexo feminino.

A análise temática/categorial foi realizada a partir do referencial teórico-bibliográfico que subsidiou o estudo e que permitiu auxiliar na identificação das categorias e temas contidos nas entrevistas. A análise se debruçou na exploração de um conjunto de opiniões e percepções dos atores informantes-chave objetivando atribuir sentido àquele mosaico de informações, tendo como referência os pressupostos teóricos.

Tomar depoimentos como fonte de investigação implica extrair daquilo que é subjetivo e pessoal neles o que nos permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa (participou), em um determinado tempo e lugar (DUARTE, 2004, p. 222).

O percurso utilizado confere o modus operandi da análise de conteúdo: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O quadro a seguir busca demonstrar o processo de elaboração das categorias temáticas que foram elencadas em classes temáticas; categorias e subcategorias. As classes temáticas deram origem aos tópicos dos capítulos III e IV. As categorias temáticas serão expostas e discutidas, assim como as subcategorias que foram identificadas como um subtema dentro do conteúdo discutido.

Quadro 5: Processo de identificação das categorias temáticas.

Item	Classe temática	Categoria	Subcategoria
3.1	Atenção à saúde do trabalhador da Fiocruz.	Do FioSAST à Coordenação de Saúde do Trabalhador.	
3.2	Particularidades e características da unidade.	Transferências de tecnologia e inovação; Descentralização e autonomia institucional; Multiplicidade de vínculos; Gestão empresarial.	Terceirização; Discurso empresarial.
3.3	Percepções sobre saúde do trabalhador	Integralidade; Interdisciplinaridade; Prevenção, promoção e assistência; Participação; Vigilância.	Integração;
3.4	Relações Trabalho e Saúde na unidade	Boas práticas de fabricação Segurança do trabalho; Serviço de Saúde do trabalhador	Biossegurança; PPRA; CIPA; PCMSO: Exames ocupacionais Vacinação / imunização Exames complementares; Contratos dos terceirizados.
3.5	A institucionalização das práticas	Interlocação e articulação; Interação e Integração às Diretrizes Institucionais; Participação Capacitação e <i>Benchmarking</i> .	
3.6	A organização dos serviços	Denominações de um setor Distinção de hierarquias Diálogos entre serviços	
3.7	A operacionalização das atividades	Pronto atendimento; Exames ocupacionais e vacinação Programa Apoiar	
3.8	Qualidade de vida no trabalho: o “plus” no bem estar do trabalhador	Práticas do mercado; Estilo de vida Clima organizacional Retenção e valorização Visibilidade e marketing Produtividade Transporte e alimentação.	Serviço de Nutrição Programa livre do Tabaco Ginástica laboral e atividades físicas
4.1	Pontos positivos	Trabalho multiprofissional; EPS; Mapeamento de setores; Ambulância; Pronto atendimento; Suporte ao trabalhador e confiabilidade.	Participação do Serviço Social e Psicologia.
4.2	Desafios e proposições	Interdisciplinaridade e integralidade Interlocação e articulação interinstitucional Participação Vigilância Estrutura física e organizacional; Política institucional.	Integração e interação de equipes com uniformização técnica de saberes. Ergonomia; Dados do Pronto atendimento e da medicina do trabalho; Subsídios a programas de promoção e prevenção à saúde e ao PQV.

Capítulo III – A implementação e implantação das práticas de saúde em uma unidade de Produção da Fiocruz: um resgate histórico.

Neste capítulo será apresentado o resgate histórico do processo de institucionalização das práticas de saúde na unidade. O capítulo foi organizado em 8 tópicos identificados como classes temáticas. No primeiro tópico (3.1) será apresentado, na perspectiva histórica dos atores-chave, o delineamento do percurso da construção da Saúde do Trabalhador no âmbito da Fiocruz, compreendendo como essa temática foi construída na instituição, tanto do ponto de vista conceitual, acadêmico e político, quanto do ponto de vista prático e operacional. Por se tratar de uma aproximação com o objeto de estudo este tópico não foi compilado por categorias de análise. Originou-se a partir das narrativas históricas dos atores-chave que, para além das perguntas do roteiro, se disponibilizaram a contextualizar a história no âmbito da Fiocruz, oferecendo um panorama do processo até chegar às discussões sobre a institucionalização do serviço de saúde na unidade em estudo. A partir do segundo item (3.2) serão apresentadas as categorias temáticas originadas do grupo de perguntas do roteiro ou temas que surgiram com os depoimentos e, em paralelo, se dará uma breve discussão sobre os principais elementos identificados.

3.1 – A atenção à saúde do trabalhador na Fiocruz.

- **Do FioSAST à Coordenação de Saúde do Trabalhador**

Conforme narrativas de alguns atores, anterior a Constituição Federal de 1988, as questões da relação trabalho e saúde estavam a cargo do Ministério da Previdência e também do Ministério do Trabalho e Emprego por meio das Normas Regulamentadoras. Somente passou a fazer parte no âmbito do Ministério da Saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária levou para a pauta das discussões essa questão de um modelo inovador, diferente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Naquele momento haviam diversos movimentos sociais e sindicatos e a Fiocruz foi uma instituição que mobilizou e proporcionou grandes debates nesse contexto. Esses debates fortaleceram a concepção do SUS e a obrigação do Estado sobre a saúde e, especificamente, sobre saúde do trabalhador.

Durante a gestão do Sergio Arouca²⁰, em 1985, foi criado na Ensp o Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), com o objetivo de realizar pesquisas, estudos e assistência para o SUS, ou seja, com um olhar para fora, para o público externo, referenciado pela rede.

Ilustres militantes da Reforma Sanitária, entre eles, Ana Maria Tambellini e o próprio Sergio Arouca foram importantes personagens que fizeram parte da gênese da discussão de uma atenção à saúde dos trabalhadores da Fiocruz, sob a perspectiva do que se estava estabelecendo como Saúde do Trabalhador.

Começou-se a pensar em um serviço que pudesse atender as demandas de saúde dos trabalhadores da Fiocruz. Por isso, foi criado dentro do Cesteh o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (FioSAST), este sendo a primeira experiência institucional para atender as demandas dos trabalhadores de toda a Fiocruz.

A CST nasce a partir de uma relação da Fiocruz com essa discussão da Saúde Pública, da Saúde do Trabalhador na Saúde Coletiva e vem continuando como um agente desse processo durante um tempo. Com o amadurecimento de como a Saúde do Trabalhador se insere na Fiocruz. Desde o início da democratização, da Fiocruz com o Arouca tinha esse projeto interno. Inclusive o Cesteh é parte desse projeto. Tinha dentro do Cesteh um primeiro projeto de Saúde do Trabalhador que chamava FioSAST[...]. Era um ambulatório, o SAST era um Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (Astor externo 3).

Uma das atividades que se implantou neste serviço foi o Exame Periódico de Saúde que era realizado dentro de critérios de morbidades, fruto de um projeto de pesquisa. Tinha-se como premissa a proposta de se implementar ações que ultrapassassem a visão de um SESMT convencional, no contexto organizacional.

O nosso periódico era um projeto de pesquisa que era feito dentro de critérios de morbidades. Para você ver a qualidade que a gente tinha já, para além, do que seria um SESMT normal [...] a gente traz essa visão gerencial de uma política de Saúde do Trabalhador para empresa, no âmbito de empresa (Astor externo 3).

Um fato curioso relatado é que o pioneiro na participação da realização do periódico, dentro desta concepção, foi o Dr. Akira²¹, diretor de Bio-Manguinhos. Ele se constituiu num

²⁰ Sergio Arouca foi presidente na Fiocruz em 1985 e professor da Ensp. O sanitarista foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou a forma de tratar a saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos os cidadãos, como está escrito na Carta Magna: "A saúde é direito de todos e dever do Estado". Quando nomeado presidente da Fiocruz, abriu as portas da instituição para a sociedade. (<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sergio-arouca>. Acesso em 10/01/2016).

²¹ O Dr. Akira foi presidente da Fiocruz entre 1989 e 1990. Coordenou programas do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde, na década de 1990. Antes de se tornar presidente da Fiocruz, foi superintendente e diretor de Bio-Manguinhos, de 1976 a 1989, e vice-presidente de Tecnologia. Atualmente, é membro do Conselho Político-Estratégico de Bio-Manguinhos (<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/galeria-de-presidentes>).

exemplo, demonstrando, já nesse momento, a preocupação dos gestores da unidade em relação ao cuidado com a saúde.

Contudo, de acordo com os atores-chave, esta atenção à saúde dos trabalhadores oferecida pelo FioSAST rebatia em algumas implicações institucionais, pois era um serviço dentro de um departamento de uma unidade acadêmica, com a intenção de atender toda a instituição. Havia questionamentos sobre o porquê uma unidade teria que atender todas as outras. E começou-se a discutir sobre a necessidade do serviço ser transferido para outra instância.

Um dos exemplos que pode ilustrar esses questionamentos é que Bio-Manguinhos necessitou de uma consultoria sobre Saúde e Segurança na ocasião da criação da planta industrial.

Daí se explicita essa possibilidade da CST, diferente do SAST que era um Departamento da Escola. Ela estando na presidência, pode contratar um consultor para qualquer unidade. Por que não tinha como a ENSP contratar um consultor para atender outra unidade. Esse deslocamento para a presidência, a princípio é visto como uma ação estratégica de maior impacto na Saúde do Trabalhador (Ator externo 2).

[...] com a tentativa do FioSast, [...] foi dito que a gente era a melhor experiência do Brasil de Engenharia e Segurança. Foi ampliando, virou Fiocruz Saudável. A gente trabalhou, estimulou que as unidades podiam fazer seus serviços. Mas com uma autonomia, interagindo com a Rede (Ator externo 3).

A princípio, após o primeiro concurso realizado para a Fiocruz, havia um projeto que tinha dois eixos: Epidemiologia e Engenharia. Esse projeto era ligado à Diretoria de Administração do Campus (DIRAC) com um aspecto maior na intervenção ambiental e uma parte de epidemiologia, com alguns programas ligados à Saúde do Trabalhador. Essa primeira versão de projeto era vinculado ao presidente da Fiocruz, Paulo Buss²², que define que esse projeto tinha que vir para o prédio da ASFOC.

Sendo assim, o serviço de atenção para o público interno da Fiocruz, se estabelece inicialmente na ASFOC onde se realizavam os atendimentos médicos e os exames ocupacionais, além de possuir uma junta médica. De acordo com alguns atores-chave, esse serviço se configurou como um serviço de Saúde Ocupacional propriamente dito, aproximando-se mais do que é inerente ao SESMT, não conseguindo consolidar nas ações a concepção da Saúde do Trabalhador desde sua gênese.

Mais tarde foi criada a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) que ficaria no âmbito da presidência, com a possibilidade de coordenar toda a Fiocruz.

²²O pediatra e sanitarista Paulo Buss foi presidente eleito da Fiocruz durante dois mandatos (oito anos - 2000 a 2008). Nesse período, atuou como coordenador da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, um fórum estratégico de combate às iniquidades em saúde. Atualmente é presidente da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública – uma das mais importantes instituições de saúde pública do mundo. (<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/galeria-de-presidentes>)

O FioSAST, por ser na ENSP, não tinha autonomia. Havia uma certa inconformidade de ser um serviço da Fiocruz ali dentro de uma unidade, dentro de um departamento. Saiu da ENSP para a Diretoria de Recursos Humanos. Foi um espaço pensado, mais autônomo, mais próximo da presidência, da gestão da Fiocruz como um todo. [...] Era para ser como se fosse uma unidade, num nível de unidade para conversar de igual para igual com os gestores para poder produzir uma política (Ator externo 3).

Da criação do SAST, que é a primeira experiência, uma iniciativa da gestão do Arouca, e depois essa migração para a presidência, que já é a fundação da CST que o Jorge Machado²³ foi chamado para coordenar [...] (Ator externo 2).

Nesta época, foi criada a Vice-Presidência de Ambiente que tinha como titular a professora Cecília Minayo.²⁴ Essa possibilidade de uma criação de uma Vice de Ambiente proporcionou um momento político e institucional que favoreceu a criação de um programa como o Fiocruz Saudável, que por sua autoria foi coordenado pelo Jorge Machado, que também era o Coordenador de Saúde do Trabalhador. De acordo com as narrativas, isso à época, causava um pouco de confusão, pois as pessoas achavam que o Fiocruz Saudável era da CST e não que a CST compunha o Fiocruz Saudável, fazendo parte dos 3 pilares do que constituíam o programa: Biossegurança, Gestão Ambiental e Saúde do Trabalhador.

[...] também nesse momento se pensa no Fiocruz Saudável, já como um projeto, um programa. Em princípio um projeto com ações de Saúde do Trabalhador na área de Biossegurança e Gestão ambiental. Um programa que se propunha a utilizar os recursos, os saberes, o know-how que a Fiocruz tem, como uma experiência pioneira mesmo, articulando esses saberes internos, essas expertises (Ator externo 2).

O pilar da Saúde do Trabalhador já estava pronto, com seu papel definido através da constituição da CST, entretanto, não havia de forma tão articulada e concentrada na Fiocruz, pois não tinha uma coordenação de Biossegurança e de Gestão Ambiental. Por isso, justificou-se a criação de comitês²⁵ para haver uma costura.

Com a constituição da Vice-Presidência de Ambiente foram realizados seminários para um grupo interno objetivando a elaboração de uma política de ambiência para a Fiocruz. Naquela conjuntura, houve uma disputa e, conseqüentemente, um “esgarçamento”, gerando uma indefinição por parte da gestão institucional do que realmente se queria enquanto política, transformando-se em um espaço de poder. Algumas pessoas engajadas discutiam essa concepção de

²³ Jorge Mesquita Huet Machado foi o primeiro coordenador da CST e permaneceu desde sua inauguração em 1996 até 2007. Atualmente está na coordenação geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGST).

²⁴ Maria Cecília de Souza Minayo é pesquisadora da ENSP e foi Vice-Presidente de Ambiente, comunicação e Informação, na época do lançamento do programa Fiocruz Saudável.

²⁵ O Fiocruz saudável é composto por comitê gestor do programa para acompanhamento e gestão do programa e instâncias executoras: a CST e o setor de Engenharia e Segurança.

gestão de saúde do trabalhador, mas não tinha a visão estratégica de articulação como se propunha, permanecendo um ambiente de disputa.

[...] então essa costura é complicada, a Coordenação de Saúde do Trabalhador estava mais prontinha. Então tinha que construir, tinha que superar questões internas (Ator externo 2).

A Coordenação durante muito tempo teve vários braços ao mesmo tempo. Esses braços eram profissionais de competência, com formação em Saúde do Trabalhador, que atuavam dentro de seus departamentos e unidades, em colaboração e envolvimento muito estreito com o projeto CST, mas não havia espaço físico, para reunir tantos profissionais. Aí quando a coordenação consegue esse espaço, que é o atual, consegue trazer o seu corpo do embrião, as pessoas que trabalham em Saúde do Trabalhador dentro da Coordenação (Ator externo 4).

Como todas as unidades da Fiocruz possuem autonomia institucional, foi necessário na ocasião fazer articulação com cada uma, pois tinha-se a compreensão de não ser possível realizar as ações sem estabelecer uma relação e cooperação na tentativa de padronização. Naquele momento, foram elaborados vários instrumentos com algumas participações das unidades. Faziam-se ações e ministravam-se cursos para os trabalhadores. Algumas vezes com a participação da ASFOC, outras não.

Na verdade, na ocasião, não se tinha uma parceria efetiva da ASFOC. Houve inclusive, uma ação de manifestação com o tema “Fiocruz realmente saudável”, enquanto uma crítica ao programa, sem a compreensão da importância de uma aproximação e participação efetiva nas discussões e ações do programa, pois a concepção preconiza o diálogo e a participação permanente da classe trabalhadora. Para se executar Saúde do Trabalhador é preciso a atuação do trabalhador.

De acordo com as informações havia espaços de participação. Esses espaços, às vezes eram mais participativos, outras menos. Havia um programa de rádio e um jornal para ampliar a comunicação e circular as informações. Tinha também, um espaço para realizar reuniões na ASFOC com objetivo de promover a participação. Contudo, a direção do sindicato não se apropriava do debate. A discussão da saúde era relegada á segundo plano. Ao invés de participarem da construção da política, havia uma postura de oposição, não acatando as sugestões e gerando uma série de entendimentos e de desentendimentos, resumindo a demanda dos trabalhadores a uma demanda assistencial e pleitos sobre pagamentos de insalubridade.

No que se refere à operacionalização do Nust-Fiocruz, “O serviço é ampliado, como é o pensamento de saúde do trabalhador, mas é justaposto, naquilo que é possível em todos os campos, porque você não consegue cumprir todo o SESMT e nem consegue desenvolver todo o conceito da Saúde do Trabalhador (Ator externo 4).”

Cada unidade da Fiocruz em sua estruturação possui comportamentos e concepções do fazer e tem compromissos por resultados e execução de projetos, que por suas características e

particularidades se distinguem. Ao agrupar um corpo profissional, também se incorpora interesses mais específicos que valoriza e oferta ações e atividades que estão no âmbito da sua concepção.

Embora haja uma Coordenação de Saúde do Trabalhador, ela não consegue coordenar essas diferenças por diversos fatores inseridos no processo. Além disso, não parte da coordenação, ou dos gestores de então, apontar qual é o norte ST Fiocruz, que deve ser executado pelas unidades e mais especificamente pelos núcleos de saúde descentralizados.

Na medida em que não tem essa possibilidade de fazer esse monitoramento, observa-se que determinado projeto não consegue ser executado em uma unidade, e, em outra unidade ele flui, sendo executado de uma forma independente. Ou seja, não há uma padronização para a atuação na área da ST. Conforme narrativa, cada unidade funciona do que é possível e do que é específico de cada uma. Depende também, da concepção do gestor de cada unidade, pois de acordo com o seu ponto de vista, ele pode apoiar determinado projeto ou não. Pode ser por uma questão financeira ou pode ser por uma questão do engajamento da equipe. Entretanto, o que se evidencia é que algumas unidades tem mais receptividade para trabalhar os rearranjos e outras tem mais dificuldades.

Esse distanciamento não é apenas questão de competência teórico-prática, mas porque o processo também é político e depende da conjuntura para se avançar ou não.

[...] porque a conjuntura que nos abriu o processo [...] Fiocruz Saudável. Hoje eu acho que ela tá muito mais diluída. Tinha a Cecília, o Jorge Machado, o próprio Carlos Minayo, Ana Tambellini... pessoas que são e foram cabeças pensantes da Saúde do Trabalhador... A gente estava muito bem forjados (Ator externo 4).

Sendo assim, percebe-se que no processo de construção da ST no âmbito da Fiocruz, aquilo que foi idealizado em sua origem e concepção, sofreu uma série de dificuldades, sobretudo políticas. Levar a frente um projeto articulando os diversos saberes para dar conta da complexidade dos diferentes modos de trabalhar, na perspectiva do conceito que foi forjado no interior dessa instituição foi e permanece sendo um desafio.

3.2 - Particularidades e características da unidade.

A unidade em estudo possui particularidades que se distingue das outras por suas características específicas. Ao formularem suas respostas, alguns atores-chave, elucidaram questões sobre a expansão estrutural e de pessoal da unidade, além de apontar sobre o processo de modernização de tecnologias em decorrência das demandas do Ministério da Saúde. Sendo assim,

foi possível elencar algumas categorias para análise. Para alcançar sua missão²⁶, a unidade necessita investir em desenvolvimento e estabelecer transferências de tecnologias, e uma ampla estrutura para adequação de novos processos e atendimento aos critérios dos órgãos reguladores. Além disso, adota formas de gestão que, em geral, são utilizadas no âmbito corporativo privado.

As características e práticas organizacionais que foram observadas e/ou apontadas foram organizadas em quatro categorias temáticas: **Transferências de tecnologias e inovação; descentralização e autonomia institucional; multiplicidade de vínculos**, que gerou a subcategoria da **terceirização** e; **gestão empresarial** com a subcategoria **discurso empresarial**.

- **Transferência de tecnologias e inovação**

Essa categoria se refere às narrativas que apontaram sobre a crescente necessidade de produção de vacinas e bio-farmácios para atendimento das demandas do Ministério da Saúde, em especial para o Programa Nacional de Imunização (PNI), que estabeleceu as dimensões da demanda do Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI)²⁷. Este programa constituiu no aumento da capacidade da oferta interna, da qualidade e esforço de redução da dependência externa, melhoria da qualidade da produção e busca da autossuficiência na produção das vacinas essenciais. Para tanto, a unidade precisou superar burocracias institucionais para cumprir sua missão e buscar as inovações na forma de gerir e produzir, por meio do estabelecimento de acordos de transferência de tecnologia com grandes líderes da indústria mundial.

O primeiro diretor de Bio é um cara com uma visão super pragmática do ponto de vista da unidade, insere a unidade em outro nível de produção de relação com o programa de vacinação principalmente (Ator externo 3).

A transferência de tecnologia é o acesso a novas tecnologias por meio de acordos e parcerias para a absorção de tecnologia desenvolvida externamente. Trata-se da autorização de produzir um produto desenvolvido em outra empresa ou país. Este é um componente do processo de inovação e fator essencial da competitividade na área. De acordo com Temporão (2003), no Brasil, o nível de capacitação tecnológica, ainda é limitado frente ao dinamismo das inovações da indústria mundial.

²⁶ Contribuir para a melhoria dos padrões de saúde pública brasileira, por meio de inovação, desenvolvimento tecnológico, produção de imunobiológicos e prestação de serviços para atender prioritariamente às demandas de saúde do país.

²⁷ Em 1985 houve o lançamento do Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos, que visa o fim da dependência brasileira de importações de soros e vacinas através do investimento em laboratórios e plantas industriais nacionais para atender a demanda necessária dos programas públicos de imunização.

Conforme os estudos de Oliveira (2011, p.23), ao comparar as definições de inovação, a autora percebe que “o marco legal da inovação brasileira considera inovação tecnológica como sendo a introdução de um novo produto (bem ou serviço) ou processo, novo ou substancialmente melhorado, resultando em maior competitividade no mercado”. O caráter inovador da unidade perpassa esses processos de transferências de tecnologias e expansão da capacidade produtiva.

Conforme as narrativas dos atores-chave, desde a sua criação²⁸, a unidade passou a ser referência na produção de vacinas e recebeu pessoas de vários países da América Latina para aprenderem sobre o processo de produção. Produzia-se a vacina contra Pólio e Sarampo, que eram o “carro chefe” que se destacava naquele momento. A produção da vacina contra a Meningite ainda era mínima, pois era um processo que estava se iniciando. A Poliomielite e o Sarampo eram doenças que já estavam praticamente erradicadas no país e outras vacinas foram tomando espaço através de novas parcerias e tecnologias que estavam sendo criadas.

Para aumentar a capacidade produtiva, em 1990 iniciou o projeto da planta industrial do Complexo Tecnológicos de Vacinas (CTV), inicialmente com o Departamento de Processamento Final (DEPFI). Anteriormente a essa construção, a unidade se restringia aos Pavilhões Rocha Lima e Rockefeller e o Laboratório de Febre Amarela, havendo uma concentração de atividades nesses espaços.

O DEPFI foi construído para a realização de todo o processamento final da produção de vacinas, onde se faziam todos os processos: envase, liofilização, rotulagem e embalagem. O que antes era produzido em menor escala no térreo do Pavilhão Rocha Lima, passou a acontecer em um só lugar, encerrando com o problema de realizar as fases dos processos em locais distintos e evitando sair de uma área estéril para uma área não estéril.

Na época, iniciou à área do Controle da Qualidade e, devido às exigências, a diretoria contratou consultores para auxiliar nas melhorias dos processos. Foram trazidas pessoas que tinham conhecimento na área e soluções de questões com objetivos de otimização de resultados. Até que houve um momento que a unidade vivenciou uma situação crítica frente ao mercado e na tentativa de superar as dificuldades houve mudança na direção. Tal situação provocou muitas

²⁸ Em 1976 foi criado o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), no dia 4 de maio. O Instituto passa a ser uma unidade técnico-científica independente voltada à promoção, ao desenvolvimento e à produção de imunobiológicos de interesse para a saúde pública. Desde sua criação, evoluiu de um conjunto de pequenos laboratórios de febre tifóide, cólera, meningite e febre amarela, projetados para pesquisa, para um complexo industrial e tecnológico de imunobiológicos dos mais importantes da América do Sul.

mudanças organizacionais e, como todo processo de mudanças, houve pessoas que não simpatizaram com as transformações estruturais e gerenciais que a unidade passava.²⁹

- **Descentralização e autonomia institucional**

Até os anos 1990, os serviços de administração e gestão da Fiocruz eram todos centralizados. As unidades eram dependentes da Fiocruz e naquela época tinha uma Superintendência de Administração geral, chamada SAD, com atribuições equivalentes ao que hoje é a Diretoria de Recursos Humanos (DIREH).

O início da discussão sobre a descentralização começou na unidade, devido à necessidade de respostas imediatas e diminuir problemas burocráticos que prejudicavam o andamento da produção, demandando uma maior autonomia institucional.

Nessa época já havia iniciado o projeto de autossuficiência em imunobiológicos. Tendo em vista esse desafio, a unidade tinha a preocupação de ter uma área de recursos humanos, uma área de finanças, uma área de custos e de informática que desse suporte para sustentabilidade dessa demanda que se apresentava, tendo plenas condições para dar conta do programa de imunização do Ministério da Saúde.

Todo o processo de descentralização de serviços tem sempre um processo de negociação e convencimento de que o objetivo é estar mais próximo do problema para poder atuar. Nesse processo, sempre é colocado regras e sempre acatamos, pois a ideia não era haver um rompimento [...] (Ator interno 3).

A unidade sempre foi modelo. A gente tinha iniciativas [...]Aí, também teve a descentralização da área financeira, depois, da área de planejamento, a área de informática. [...] A diretoria tinha lá os períodos de negociação, muitas vezes apoiado, outras vezes questionado [...] (Ator interno 5).

- **Multiplicidade de vínculos**

Anterior à Constituição Federal de 1988 não era obrigatório concurso público e ainda não havia a prática de terceirização. A área de recursos humanos foi crescendo aos poucos e foi descentralizando-se a parte de recrutamento e seleção e algumas ações de treinamento. Esse processo durou aproximadamente até 1993. Naquele momento o foco era selecionar e treinar pessoas para atender as demandas dos desafios colocados para a unidade em respeito à produção.

²⁹ Em 1997 houve a implantação de um novo modelo de gestão na unidade, focado em avaliação de resultados, autonomia, autossustentabilidade, agilidade e flexibilidade operacional. Houve também o estabelecimento de um termo de compromisso de gestão entre Fiocruz e Bio-Manguinhos e de uma nova estrutura organizacional, destacando-se a implantação do Conselho Superior de Administração.

Naquela época, tinha-se outra realidade na forma de trabalhar, havia poucos servidores e as equipes eram muito enxutas. Existia entre 150 e 200 funcionários servidores. Os trabalhadores eram contratados para atuar em projetos, que era uma das formas de contratação na Fundação.

Com o advento da Constituição houve uma discussão voltada para a absorção dessa força de trabalho que atuavam nesses projetos. Estes trabalhadores, por já estarem envolvidos nos processos, foram considerados servidores públicos.

Em 1989, algumas pessoas que estavam com vínculo CLT ou como bolsista foram contratadas pela Fundação para esses projetos que já existiam. Aproximadamente 100 pessoas, cada uma dentro de um lugar específico. A relação de trabalho era parecida como é atualmente, comparando a empresa de terceirização, com os mesmos percalços e inseguranças que se apresentam na conjuntura atual, principalmente no que se refere à possibilidade de findar o projeto/contrato e as pessoas serem demitidas. Durante aproximadamente três anos essa tensão permaneceu, havendo muita procura ao Dereg devido ao receio de serem dispensadas.

Até que em 1992, por designação do governo, foi possível contemplar e absorver as pessoas que, a época, faziam parte desses projetos, transformando-os em servidores públicos através do Regime Jurídico Único (RJU), com os mesmos direitos que os outros efetivos. Nesse momento, foi estabelecido o primeiro plano de carreira que aconteceu na Fiocruz. Até então, nunca havia tido concurso na Fiocruz e as demandas da unidade foram crescendo, necessitando de estruturação com as novas tecnologias que foram chegando.

✓ Terceirização

O processo de terceirização começou a partir de 1994, dado aos poucos efetivos e frente ao aumento das demandas inerente à qualidade, produção e desenvolvimento de tecnologias. A partir daí, devido aos poucos concursos realizados, o contingente de trabalhadores terceirizados aumenta a cada ano, sendo hoje o equivalente a 80% dos trabalhadores vinculados à unidade.

O desafio da unidade estava crescendo. E aí, havia necessidade de contratar mais e mais pessoas. E, obviamente, essa questão de Saúde do Trabalhador começou a surgir também, porque já tinha a questão do treinamento, recrutamento e seleção. Então, em 94, com a vinda da terceirização [...] sempre teve um problema muito grande de espaço, mas se pensava nisso (Ator interno 5).

A relação entre multiplicidade de vínculos e saúde do trabalhador apresenta algumas questões. Nota-se que o servidor público quando adoece vai buscar o seu direito. O terceirizado vai medir até onde ele suporta para buscar esse direito. “[...] então não dá pra você colocar uma régua e alinhar, porque a vulnerabilidade dos vínculos produz isso” (Ator externo 4). Por existir essa

vulnerabilidade, há quem veja que existe uma relação de superioridade versus inferioridade devido a precarização do vínculo do trabalhador terceirizado, sendo necessário desmistificar essa questão.

Acho muito importante primeiro desmistificar essa coisa. A gente sabe que legalmente existem regimes diferentes, mas eu não me coloco como uma pessoa diferenciada (Ator interno 11).

O que se verifica é que não se trata apenas de tratamento diferenciado devido a uma suposta superioridade do vínculo. A questão é que a terceirização é uma forma de precarização do trabalho, que diminui direitos e aumenta a insegurança decorrente da fragilidade representada na instabilidade empregatícia, além de forjar uma fragmentação dos trabalhadores, através de diversos vínculos e desmobilizar os movimentos dos trabalhadores na busca de condições dignas de trabalho e emprego. Para tanto, é fundamental a criação de novos concursos para absorção de força de trabalho estável, diminuindo a diferença de direitos e benefícios, oportunidades e efetivamente unindo os trabalhadores. E aí sim, desmistificar a máxima dos que se acham superiores porque tiveram uma oportunidade de conquistar um vínculo estável.

- **Gestão empresarial**

Conforme as narrativas, a unidade sempre teve a característica de implementar “coisas diferentes”, muitas vezes eram bem aceitas e bem “faladas”, outras nem tanto. Mas, eram formas de gestão diferentes das outras unidades, na vanguarda de várias situações. Passou-se a adotar um discurso empresarial com ênfase no espírito de equipe, no discurso do trabalhador como “colaborador”, como parte de uma família, ao mesmo tempo em que a intensificação do trabalho se exacerba pelo aumento da produtividade; a gestão com foco em metas e indicadores; a implantação do ponto biométrico e a política de banco de horas.³⁰

Essas características, não são oriundas apenas da forma de olhar de um determinado diretor ou outro. Foi também, uma construção e um processo por dentro da área de Recursos Humanos especificamente.

A primeira gestão do RH da unidade trouxe muitas inovações nesse sentido, que foram sendo implementadas, obviamente, com autorização da direção. As ideias trazidas foram encampadas, no que se refere à organização e estruturação de RH. Porém, muitas vezes havia

³⁰O banco de horas é uma estratégia de gestão que diz respeito a um sistema de compensação de hora extra mais flexível para as empresas, que abrange todos os trabalhadores, independentemente da modalidade de contratação. Deve ser usado para crédito de horas excedentes efetivamente trabalhadas e para débito de faltas, atrasos e saídas antecipadas por motivo particular do funcionário e em comum acordo com a chefia. Cabe salientar que as horas extras só poderão ser pagas mediante aprovação superior (Vice-Gestão) e quando o banco de horas do funcionário estiver maior ou igual a 30 horas.

questionamentos por parte dos trabalhadores sobre essas práticas chamadas de inovadoras, principalmente em termos de controle de frequência, avaliação de competências, desenvolvimento gerencial e ferramentas de gestão como indicadores e metas institucionais de todas as áreas.

[...] essa visão era da diretoria, mas era a visão da área de RH também. E aí, as coisas foram acontecendo (Ator interno 5).

✓ Discurso empresarial

Além dessas práticas, adota-se um discurso empresarial, que preza pela importância do trabalho em equipe, da ideia de empresa enquanto família e do discurso que os funcionários são todos “colaboradores”, fomentando a cooperação e o caráter de pertencimento. Esse discurso busca o envolvimento afetivo do trabalhador com a empresa de forma que sua subjetividade seja também absorvida, promovendo um empenho a mais a favor dos objetivos empresariais.

Aos poucos, a área de RH foi se estruturando e o departamento criou um determinado *status* que chamava a atenção de outras unidades, fomentando novas práticas e servindo de modelo para a Fiocruz.

Desde que eu cheguei aqui sempre foi assim [...] e a coisa foi crescendo, foi tomando uma proporção que as outras unidades não tinham (Ator interno 9).

Lá atrás [...] algumas unidades da Fiocruz questionavam [...] Hoje não. Hoje é completamente diferente, isso evoluiu. Então questionavam... ‘ Ah... Porque isso, porque aquilo? E você sabe que a unidade sempre teve essa fama, neh? De querer ser diferente. Mas não é questão de querer ser diferente, mas pra atender as respostas das demandas. Tinha que ser assim! E aí, o trabalho descentralizado, ele favorece uma visão mais estreita, uma visão mais direta das demandas da unidade (Ator interno 5).

Naquele período a unidade já tinha a preocupação de ter uma estrutura que pudesse dar suporte ao trabalhador, sem ele ter que se deslocar ao serviço de saúde da Fiocruz, seja na época da ASFOC, seja depois no Nust-Fiocruz. Mas não havia condição naquele momento de se pensar e criar, de uma forma mais ousada, uma área de saúde específica para a unidade. Ressalta-se que, não é que não se valorizava essa questão, mas não havia essa prática de descentralizar o serviço de saúde na Fiocruz, além de não haver estrutura também.

Entretanto, em decorrência da intensificação do trabalho, pressão para o cumprimento de metas produtivas e exigências relacionadas à cadeia produtiva dos insumos, alguns indicadores sinalizavam aumento de quadro de adoecimentos, sobretudo osteomusculares ou de ordem psíquica. Nesse momento, começou a se ter uma maior sensibilidade na busca de soluções para proporcionar bem estar, buscando uma maior satisfação do trabalhador em sua relação com o trabalho, na tentativa também de diminuir os impactos diretos no rendimento do trabalho.

A gente já trabalhava com essa lógica de indicadores há muito tempo, isso em tudo, quer seja no PQV, afastamentos, seja na parte de pronto atendimento (Ator interno 6).

A partir dessa compreensão se pensou em uma primeira atividade voltada para melhorar a qualidade de vida no trabalho. Tal ação foi valorizada pela direção e a área de RH teve apoio para dar continuidade a um programa com esse objetivo. Quanto a essa forma de gestão, denominada como Programa de Qualidade de Vida, será discutido em um tópico específico.

3.3 – Percepções sobre Saúde do Trabalhador

Perguntas	1) Quando se fala em Saúde do Trabalhador, qual o seu entendimento? O que vem a sua mente? 2) No seu ponto de vista, quais os principais elementos da área da Saúde do Trabalhador?
-----------	--

As percepções à cerca da Saúde do Trabalhador são diversas no contexto institucional. As respostas dos atores-chave apontam para várias formas de conceber a expressão, entretanto, invocam algumas diretrizes conceituais que puderam ser classificadas em cinco categorias: **integralidade** com a subcategoria **integração; interdisciplinaridade; prevenção, promoção e assistência; participação e vigilância**.

Alguns atores, em especial aqueles que têm uma aproximação com a academia, sinalizam os princípios do campo com uma maior clareza e definição, ao trazer para a sua fala o trabalho interdisciplinar; a interação e a integração tanto da equipe quanto com os trabalhadores; a prevenção e promoção da saúde, e principalmente, abordar sobre a importância de se efetivar um diálogo com os trabalhadores em todas as etapas no que tange às ações ao cuidado da saúde de forma integral.

Em outras percepções, ainda que não utilizem as palavras que informam o campo, alguns elementos aparecem em forma de exemplos, colocando que a preocupação perpassa pela busca de uma atenção à saúde dos trabalhadores com um olhar mais abrangente. Como no caso da vigilância, ao apontar a necessidade de ir aos locais de trabalho, levantar dados que permitem pensar ações, e também o pré-requisito de se ter um olhar diferenciado e uma escuta diferenciada para atuar nesse âmbito.

Há ainda algumas definições que trazem elementos que demonstram uma preocupação com as questões da saúde dos trabalhadores, trazendo falas relacionadas ao cuidado e à atenção à saúde dos trabalhadores, principalmente ao pronto atendimento em casos de acidentes de trabalho e o atendimento ambulatorial. A partir desses entendimentos dos atores-chave, permite-se visualizar algumas aproximações ou distanciamentos do que preconiza a concepção de Saúde do Trabalhador.

- **Integralidade**

A integralidade é uma categoria inserida na doutrina da política de saúde, trata-se de um dos pilares do SUS em contraposição à visão biomédica e fragmentada que se pretende superar. Está intimamente ligada à noção da interdisciplinaridade, pois se constitui no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre os diversos profissionais e os trabalhadores. Concretiza-se em uma atuação direcionada pela concepção que cada trabalhador é um ser inteiro, que pode apresentar problemas físico-biológicos, psicológicos e sociais, atentando que a queixa/demanda inicial é apenas o aparente, uma possível “ponta de um iceberg” necessitando de uma escuta diferenciada para a efetivação do cuidado integral (PINHEIRO; BARROS e MATTOS (2007). Sobre integralidade obteve-se as seguintes percepções:

Na tentativa de sair do campo teórico, pensando mais pelo viés prático, eu acho que seria a possibilidade de você pensar numa intervenção efetivamente integral. Buscando a promoção e prevenção de saúde daquele trabalhador. E fazer com que haja espaços, dentro dessa questão de você trabalhar a saúde, que ele também se posicione [...] O olhar dele sobre a intervenção que está sendo posta. E se a gente não puder fazer isso de uma maneira coletiva, mas que pelo menos esse espaço que faz que tenha esse olhar integral, essa voz dos problemas que possa aparecer, ela seja posta de uma forma externa, a fim de que você consiga intervir, e nessa intervenção, de repente, fazer com que o trabalhador também seja um ator em conjunto com a equipe. Do ponto de vista prático ' pra mim é isso (Ator interno 7).

A saúde do trabalhador não funciona só com a parte clínica do médico. A saúde do trabalhador se não for por um todo... Um conjunto... 'Pra ela ficar uma saúde do trabalhador tem que ser com todas as equipes (Ator interno 8).

- ✓ **Integração**

A integração aparece como resposta à concepção de Saúde do Trabalhador, como um elemento essencial para atuação, porém difícil em sua execução. A integração multiprofissional busca soluções para intervenção de forma conjunta, por meio da interação dos diferentes saberes, incluindo o conhecimento e as experiências do trabalhador.

A integração é um componente da Saúde do Trabalhador. E uma equipe multiprofissional integrada, onde todos têm seu peso e uma contribuição a dar. Essa é a minha concepção e eu sempre procurei trabalhar assim [...] É muito bonito no papel, mas a tentativa de fazer isso é muito difícil, por que os profissionais são pessoas que pensam diferentes e elas vêm com um discurso muito bonito de Saúde do Trabalhador, mas na hora de trabalhar junto não trabalham (Ator externo 1).

Nesse mesmo conceito de integralidade, houve narrativas que apresentam uma concepção de saúde mais ampla, agregando bem estar físico e mental e uma relação satisfatória com o trabalho.

O meu conceito de Saúde do Trabalhador sempre foi mais amplo. No sentido de que, as condições de trabalho que são dadas a ele tem um impacto diretamente na saúde dele, quer seja física ou mental. E eu sempre tive uma preocupação muito grande com esse bem estar. [...] Então, aquela coisa da visão mais ampla, de ter um ambiente de trabalho, as relações de trabalho, a questão do trabalho. D'ele estar no local certo. Porque às vezes é uma questão de satisfação. 'Tá fazendo

aquilo que gosta, 'tá sendo aproveitado o seu potencial, 'tá sendo valorizado, 'pra mim é um conjunto (Ator interno 5).

- **Interdisciplinaridade**

Essa categoria foi formada por concepções e percepções dos atores que compreendem o trabalho em equipe interdisciplinar importante para a Saúde do Trabalhador, incluindo o papel do trabalhador em sua relação com o trabalho.

Conforme a Portaria 3.120/98, a interdisciplinaridade é um dos princípios da Saúde do Trabalhador e trata-se da abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância que deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessário para o desenvolvimento da ação.

A Saúde do Trabalhador é um campo da Saúde Coletiva [...] que tem um arcabouço teórico interdisciplinar, além [...] de pertencer a esse campo, tem a discussão da saúde a partir do trabalho e suas repercussões na saúde, e com uma interlocução com a pessoa, com os trabalhadores. [...] Com uma permanente vista de uma observação desta relação, de trabalho e saúde. [...] Sem perder a dimensão entre esses dois polos que se articulam... O trabalhador e a sua saúde, não um trabalhador abstrato... Mas um trabalhador pensando na saúde desses trabalhadores... Tem uma diferença aí... Não é só um ente de uma classe social de construtores da sociedade, nem do trabalho só do ponto de vista do abstrato social, tem uma concretude do social abstrato com o físico, psíquico, o metabolismo da pessoa (Ator externo 3).

- **Prevenção, promoção e assistência**

Concebe-se a saúde do trabalhador como um modelo de atenção à saúde que abrange ações de prevenção e promoção, além da assistência médica. De acordo com Buss (2010) os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada a doença, o tratamento adequado dos doentes. O mesmo autor conceitua que a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. As falas que explicitam a saúde do trabalhador enquanto ações de prevenção e promoção à saúde são as seguintes:

Uma coisa que bate muito forte é a questão da prevenção, então pra mim tem que visualizar pensando em todos os campos. Quer seja quando a gente tem lá na ação do serviço de Nutrição que vai prevenir aquele paciente de ter problemas lá na frente. Quer seja lá no Apoiar Saúde, [...] quando vai fazer tratativas, quer seja da parte de Saúde Mental ou não, até mesmo de coisas que podem estar ligado à cunho familiar; problemas na equipe do colaborador. Eu estou tratando da saúde do colaborador de uma maneira geral [...] Se a gente for pensar lá na raiz mesmo, eu estou tratando da saúde do trabalhador nesses serviços todos. Eu estou realizando o periódico com intuito de prevenção, intuito de eu estar também tentando identificar algo na saúde do trabalhador, no ambiente do trabalho dele, ou na rotina de trabalho, e que eu possa promover correção ali (Ator interno 6).

A Saúde do Trabalhador ela veio 'pra cuidar, 'pra prevenir doenças, 'pra você detectar determinadas coisas. (Ator interno 8).

O programa de qualidade de vida também é compreendido como um programa para prevenção e promoção da saúde.

Hoje eu realmente consigo ver realmente todas as vertentes ali se falando [...] desde lá do Programa de Qualidade de Vida. O PQV [...] ele tem uma dimensão muito de promoção de saúde. Ele tem que ter esse foco, de parte dele ser destinada a questão de promoção. Não necessariamente porque eu identifiquei um problema que eu tenho que ter uma ação de qualidade de vida... Não... Eu posso ter uma ação de qualidade de vida, pura e simplesmente porque eu quero promover qualidade de vida, eu quero promover um estilo de vida saudável para aquela pessoa. Como tem algumas ações de qualidade de vida que tem o foco na prevenção... Se tu reparar todas as vertentes, estão com foco na saúde (Ator interno 6).

No que se refere à assistência médica por meio do pronto atendimento, ainda que tenham linhas de pensamentos que criticam o oferecimento deste serviço, comparando a um ambulatório e não se efetivando um SESMT, a maioria dos atores relata a importância desse elemento para a composição do serviço.

Aqui não é SESMT, a gente tem a Segurança do Trabalho separada [...] muitas empresas têm serviço de atendimento médico da mesma forma que a gente tem aqui... Então, é aquele primeiro atendimento mesmo, é fazer aquela estrutura mesmo 'pra poder prestar o atendimento e fazer encaminhamento. Não necessariamente, só para acidente de trabalho [...] Estou falando a parte de pronto atendimento médico mesmo. É muito mais questão de saúde, desde a enxaqueca até o cara que torceu o pé. E que, às vezes, não necessariamente ele torceu o pé aqui (Ator interno 6).

O pronto atendimento é um serviço bem aceito pelos trabalhadores, decorrente da praticidade de se ter um serviço de saúde no interior da unidade. Porém, muitas vezes, ao invés de procurarem um especialista ou pronto atendimento na rede, por meio dos planos de saúde ou via SUS, é preferível ir ao serviço para serem atendidos devido ao acesso rápido e o acolhimento.

[...] na realidade as pessoas procuram o Nust, porque não querem procurar aqui fora. Aí 'tá errado, entendeu? Então, isso precisa ser conscientizado (Ator interno 10).

Às vezes quando você pensa uma área de Saúde do Trabalhador, você pensa lá no exame periódico, no atendimento do Serviço Social, Programa de Qualidade de Vida e não fica muito com a coisa forte do pronto atendimento. Se você experimentar cortar ele, você vai ver a falta que vai fazer (Ator interno 6).

Ali meio que se mistura com a assistência, não tinha como fugir disso, não tem muita facilidade... Principalmente no nosso país, aonde os planos de saúde são falhos, aonde você tem que sair do trabalho e fica aquela coisa. Vai sair por quê? Aí você acaba prestando assistência mesmo. Por que de qualquer forma, aquela gripe está impactando no trabalho. Não tem como fazer diferente (Ator externo 1).

Compreende-se também que, para o trabalhador se apropriar do direito de reivindicar saúde, ele precisa da informação, essencial para a compreensão do que é Saúde do Trabalhador. Pressupõe que há pouca difusão e entendimento da concepção para que se tenha uma devida apropriação e utilização do serviço.

Por que o trabalhador quando procura um atendimento médico, ele não vem pra buscar uma ação de Saúde do Trabalhador. Ele procura o médico, 'pra fazer uso do serviço médico. Não está claro,

que aquele serviço colocado ali tem uma dimensão de prevenção, de acompanhamento e de proposta de mudança (Ator externo 4).

Percebe-se que os prontos atendimentos ficam sobrecarregados, porque não há esse entendimento e não é disseminado o que significa Saúde do Trabalhador. Não há um questionamento e não se propaga os motivos da composição de uma área de saúde do trabalhador. Quais são os propósitos e a missão do serviço? É importante compreender também, porquê que o serviço se configurou dessa forma que se apresenta hoje? Seria uma proposta do corpo profissional como filosofia do serviço? Ou é porque o gestor da unidade quer que se realize assim, porque interpreta que saúde do trabalhador seja isso? É preciso que seja entendida essa diferença para avançar.

- **Participação**

Vários atores do campo da ST apontam a participação e o diálogo essenciais para a consolidação do campo em todas as esferas, seja no âmbito da política, seja no âmbito das práticas de saúde nas empresas. Do ponto de vista conceitual para um dos atores-chave, a ST tem um caráter de ousadia, em poder ser um campo revolucionário com capacidade de transformação do mundo do trabalho.

A Saúde do Trabalhador, para além de todas as definições conceituais e teóricas, eu entendo que militar ou trabalhar em Saúde do Trabalhador é constituir hoje, uma possibilidade concreta de transformação da sociedade no que diz respeito ao embate do trabalho e capital... Ainda na perspectiva marxista mesmo... Na medida que hoje, eu só vejo como possibilidade concreta de transformação do mundo do trabalho e transformação das correlações de força capital x trabalho. As ações concretas de pensar em saúde do trabalhador...do homem da mulher... Na sua relação com os processos de trabalho... Mudando de fato essa correlação de forças... Que quando você mexe e trata da saúde do trabalhador, necessariamente você vai mexer nos lucros, nos modos de produção capitalista, enfim... E hoje eu entendo que esse embate é um embate mais concreto e viável de transformação do mundo do trabalho, mais do que o sindicalismo formal, que as greves, questão salarial. Hoje sim... Você ter o seu emprego, uma vida saudável, uma relação saudável com seu processo de trabalho, isso é revolucionário! Essa ação acaba sendo transformadora por conta disso. Mas, o que eu vejo como grande colaboração e possibilidade da Saúde do Trabalhador, do campo da Saúde do Trabalhador é essa possibilidade de transformação, de revolucionário mesmo (Ator externo 2).

A participação é um dos princípios doutrinários da Política de Saúde, está regulamentada na Lei 8.142/90 que dita sobre o controle social, além de outras legislações do campo como a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria 3.120/98). A legislação aborda em seus princípios o caráter transformador da Saúde do Trabalhador a partir da intervenção sobre os fatores adoecedores e sob a lógica do controle social:

A intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho com o entendimento de que a vigilância em saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, pode ter na intervenção um caráter proponente de mudanças dos processos

de trabalho, a partir das análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental efetuadas pelo coletivo de instituições, sindicatos, trabalhadores e empresas, inclusive, superando a própria legislação (BRASIL, 1998).

- **Vigilância**

O termo vigilância aparece muito sutilmente em meio às percepções e concepções de Saúde do trabalhador dos atores-chave, entretanto, pontuam aspectos da ergonomia relacionados aos postos de trabalho; observar os casos de adoecimento e o olhar sobre o número de afastamentos. Essas pontuações aparecem dentro desse contexto do entendimento sobre ST. Ou seja, existe a concepção que ST é buscar melhores ambientes de trabalho para diminuir adoecimentos a partir das observações dos processos de trabalho, e isso seria possível com a implantação de um serviço para dar conta dessas questões.

A Portaria 3.120/98 apresenta o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador trazendo elementos de controle sistemático para intervir, controlar ou eliminar os riscos e agravos.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende 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 (BRASIL, 1998).

Sobre o entendimento de ST aproximando com o conceito de vigilância referiram que não adiantava apenas constatar os problemas e produzir estatísticas, apontaram a necessidade de se elaborar relatórios informacionais para possibilitar uma ação efetiva em torno dos problemas.

Sempre tivemos em mente, a questão de como proporcionar um bom ambiente de trabalho onde as pessoas se sintam felizes e gostem de trabalhar aqui. A reprodução constante de atividades traz conseqüentemente algum prejuízo para a saúde das pessoas, como Lesões por Esforço Repetitivo. Anteriormente não existia a tecnologia que existe hoje, era tudo braçal e se percebia que havia pessoas que adoeciam mais, devido à necessidade de dar velocidade ao processo, ficar muito tempo em uma mesma posição e o mobiliário também não ser o adequado (Ator interno 3).

Saúde do Trabalhador é a junção de tudo isso, porque você entra com a parte dentro da segurança do trabalho. Você entra com os cuidados que a gente deve ter dentro da nossa área de trabalho. Independente se é um laboratório ou não[...] Até uma questão da ergonomia, sua postura diante do computador, cuidado com cadeira [...] cuidado para abaixar, pra pegar uma caixa, por exemplo. [...] por conta de movimentos repetitivos as pessoas acabavam precisando se afastar, ou às vezes realocadas em outra área para não serem colocadas em licença, e também 'pra não agravar aquela lesão e com isso começou a ser pensado um serviço. Eu acho que não só pelas exigências da Anvisa, acho até por essas queixas à época, de pessoas que estavam apresentando tendinite, dores no braço, na coluna (Ator interno 11).

3.4 – Relações Trabalho e Saúde em unidade fabril

Per- gunta	3) Como surgiu a necessidade de criar um serviço de atenção à saúde do trabalhador na unidade?
---------------	--

O material que deu origem a essa classe temática e categorias foram as diversas respostas em relação à necessidade de se construir o serviço de saúde. A princípio, aparece a necessidade de adequação das exigências normativas na validação de processos para atendimentos às regulações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de exigências internacionais como da Organização Mundial de Saúde (OMS) devido às transferências de tecnologias. Além dessa questão, há também a intenção de se construir um serviço que pudesse dar conta de atender o cumprimento dos requisitos legais no que se refere às NRs do MTE, englobando a imunização dos trabalhadores.

Sendo assim, as categorias temáticas que foram destacadas foram: **Boas Práticas de Fabricação, Engenharia e Segurança do Trabalho** que gerou as subcategorias: **PPRA, contratos de terceirização, Biossegurança, CIPA; e Serviço de Saúde do Trabalhador** com a subcategorias: **PCMSO, vacinação, exames complementares**

- **Boas Práticas de Fabricação**

A fabricação de vacinas tem sua atividade regulada pelo poder público, por meio da ANVISA e é submetida a uma série de práticas e controles que visam assegurar uma produção com padrões de qualidade. Neste sentido foi instituída a área da Garantia da Qualidade e a necessidade de seguir as Boas Práticas de Fabricação (BPF), com o objetivo de diminuir os riscos inerentes à produção.

Dentre os requisitos, as BPF determinam que todos os processos de fabricação sejam claramente definidos e sistematizados através de Procedimentos de Operação Padronizados (POP's), além da necessidade de pessoal qualificado e devidamente treinado, através de Treinamentos de Qualificação de Serviços (TQS's), como também espaços, instalações, equipamentos e serviços adequados, materiais, recipientes e rótulos corretos, procedimentos e instruções aprovadas, armazenamento e transporte adequados para controle em processo (BRASIL, 2003).

Com a entrada de novos produtos e processos, a unidade precisou passar por adequações decorrentes das novas exigências da ANVISA. Neste contexto, ampliou a preocupação com a questão da Segurança do Trabalho e com as normas técnicas de segurança, além de uma série

de questões que foram sendo absorvidas e verificando-se a necessidade da aplicabilidade em cima desses novos processos.

Essas novas propostas que vinham sendo feitas, eram as transferências de tecnologias. Com essas novas propostas houve uma coordenação maior em termos de qualificação, da adequação de espaços, das próprias pessoas às Boas Práticas de Fabricação e de Laboratório (Ator interno 11).

A questão da vacinação foi uma das séries de coisas que foram acontecendo gradativamente, mas quase ao mesmo tempo. De providências geradas por essas transferências de tecnologias, com essas novas demandas (Ator interno 5).

Ocorre, também, uma preocupação voltada para a contaminação da produção, caso o trabalhador esteja adoecido. Abordam que se o trabalhador estiver adoentado não vai desenvolver bem suas atividades. Acrescentam que para alcançar a missão da instituição, que é obter um produto de qualidade e atingir sua meta produzindo bem, é necessário que as pessoas estejam saudáveis física e psicologicamente. Evidenciam que a unidade se preocupa em atender não só as normas, mas considera o bom senso da gestão e a dinâmica do processo que os impulsionam para pensar um conjunto de ações visando também o que chamam de bem estar.

Foi um conjunto de coisas que foram sendo feitas. E, nós aqui sempre procuramos seguir as normas, mas acima das normas, está o bom senso de quem faz a administração, não é por que tem normas que você tem que fazer, a dinâmica do processo 'tá dizendo o que tem que ser feito.[...]Quem 'tá na produção é absolutamente fundamental. Parte das Boas Práticas de Fabricação. O trabalhador lá tem que ser controlado periodicamente pra verificar se ele está bem de saúde e [...] uma pessoa doente não vai atender de forma adequada, não vai dar uma resposta adequada... Então, é essa uma preocupação que deve ser permanente de qualquer gestor, especialmente na nossa área. Eu acho que é regra geral pra todo mundo, mas pra nós e muito mais restrito e específico (Ator interno 2).

A unidade começou a ter a necessidade de cumprir com os critérios da Garantia da Qualidade, em produzir em condições adequadas e otimizar os processos de trabalho para a validação da área e dos produtos. Era necessário a ampliação das atividades com modernidade, não só em equipamentos, mas também de estruturação e organização. Sendo assim, foi havendo uma maior cobrança para gerenciar processos e pessoas com um maior rigor para obterem a validação das áreas.

Algumas coisas começaram a se estruturar [...] se preocuparem com a parte da qualidade [...] antes era tudo em pequena escala comparado aos dias de hoje. E como foi ampliando todo o processo de carteira de produtos [...] a necessidade de ter um espaço maior (Ator interno 11).

O desgaste ocasionado devido a uma má gestão do processo trabalho, pode trazer consequências no ambiente e na produção, ocasionando a não validação da área ou de produtos. É preciso criar alternativas para melhorar a organização do processo, porque o objetivo é garantir que o processo seja realizado e validado, mas que as pessoas não se sintam prejudicadas (Ator interno 3).

Com a importação de produtos e maquinários, houve a necessidade de ampliar essa cultura de Qualidade e Boas Práticas no processo produtivo. Foi nesse processo de exigências do

Controle de Qualidade que verificou-se a necessidade inicial do serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho, sendo priorizado a sua estruturação para depois pensarem em um serviço de saúde.

Algumas mudanças foram acontecendo... Importação de produtos. E junto com isso as máquinas, a importação de maquinários. E a Rita que trabalhava com a parte de qualidade lá em cima [...] trouxe alguns conceitos de qualidade, quando se começou a falar de qualidade e boas práticas. O que eram Boas Práticas? O que era Qualidade dentro do processo produtivo? Mostrar para as pessoas a importância disso tudo. Como isso refletia no processo de produção de vacinas, e que não sendo cumprido o que poderia causar? E aí foi tendo melhorias ao longo do período... Primeiro as Boas Práticas de Fabricação (BPF) e depois as Boas Práticas de Laboratório (BPL). E, provavelmente, nesse processo da criação da área da Qualidade é que veio a reboque a necessidade mais adiante de estruturar a área de Engenharia e Segurança do trabalho (Ator interno 11).

- **Engenharia e Segurança do Trabalho**

Anterior ao processo de se pensar em criar um serviço de atenção à saúde buscou-se uma assessoria da Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fiocruz (CST) para a implantação da Engenharia e Segurança do Trabalho na Unidade.

Conforme relatos, nos início dos anos 2000, para a construção de uma expansão na unidade, o prefeito da Diretoria de Administração do Campus (DIRAC) estava gerenciando o projeto de implantação da primeira fábrica de insumos que estava sendo projetada e precisava de uma certificação internacional.

Era necessário um projeto de Engenharia de Segurança baseado nos critérios internacionais. Os laboratórios onde se realizavam os processos de produção, estavam em prédios adaptados que não tinham infraestrutura e que não foram criados para as atividades desenvolvidas naquele local. Com as qualificações, as visitas da OPAS e da OMS, houve a necessidade de estruturar a Qualidade e junto com isso, atender todos os critérios exigidos.

Naquela época, de acordo com as narrativas, a CST estabelecia uma relação bem próxima com as unidades. Tinha-se poucas ações eficientes, mas havia bastante contato e circulação e resolviam-se vários problemas. Foi quando a CST foi consultada sobre uma indicação de um Engenheiro de Segurança.

Sendo assim, foi indicada uma consultoria para a construção deste serviço, com a visão de, depois, estruturar a área de saúde e segurança para além do que seria um SESMT. Mas, a princípio foi para atender a parte da fábrica, na construção da planta industrial, inicialmente o Departamento de Processamento Final (DEPFI) e posteriormente o Complexo Tecnológico de Vacinas (CTV). A demanda, portanto, foi por uma área de Engenharia e Segurança, mas a indicação da CST foi por alguém que pudesse implantar essa área articulando com os princípios da Saúde do trabalhador.

Indicamos o Nilton Freitas, um engenheiro, com um olhar da Saúde do Trabalhador. O Nilton vem do sindicato dos químicos de São Paulo, fez mestrado e doutorado aqui no Cesteh. Engenheiro químico com uma experiência de gestão de serviço, com interação com a Saúde Pública. Ele vem assessorar esse polo de segurança do trabalho com um viés de Saúde do Trabalhador (Ator externo 2).

[...] ele fez o primeiro projeto de engenharia e segurança ampliado, primeiro foi para a fábrica, depois expande para a unidade como um todo [...] e fez um projeto que era paralelo, não era da CST, mas a gente tinha essa articulação e a concepção do projeto era compartilhada com a gente (Ator externo 3).

Como citamos, a estruturação da área de Engenharia e Segurança foi uma das exigências dos órgãos de controle. Com a vinda desses novos produtos, da ampliação de novos processos e da própria ampliação da fábrica com o novo complexo tecnológico, viu-se então essa necessidade.

A gestão da unidade tinha um olhar apurado muito receptivo a essas questões. Por outro lado com a planta nova e a possibilidade de produção muito maior, [...] tem que incorporar novos procedimentos e ações. Então, há essa necessidade de estruturar de modo mais rigoroso a área de Segurança do Trabalho, até por questões legais, por ser uma unidade fabril (Ator externo 2).

[...] a unidade foi crescendo, começou a ter exigências, até então não se pensou em Nust. Com as exigências veio a Segurança do Trabalho, mas bem depois, foi iniciada em 2000 quando aí, veio a consultoria [...](Ator interno 11).

Inicialmente as questões relacionadas à saúde e segurança ficaram na responsabilidade dessa consultoria de São Paulo e havia um profissional fixo da Engenharia e Segurança subordinado diretamente à direção. Nesse processo, passaram alguns profissionais que prestavam a consultoria. Até que, uma entre esses profissionais, foi contratada para permanecer efetiva e estruturar a Assessoria de Engenharia e Segurança do Trabalho e Meio Ambiente (AESTM).

Eu cheguei na unidade, já havia sido feito uma consultoria da parte de validação, que é uma área importante para a produção de vacinas. Nesse relatório da consultoria, tinha algumas questões de segurança, e aí entrou uma consultoria de saúde e segurança. [...] com isso nós implantamos a Assessoria de Engenharia e Segurança do Trabalho, o que hoje é denominado como AESTM, depois a gente conseguiu um técnico de segurança como estagiário, depois ele foi contratado, aí começou a estruturação, mas no início, foi 2 ou 3 anos só de consultoria, e depois a estrutura propriamente dita (Ator interno 12).

Os profissionais que prestaram a consultoria e depois fizeram parte da assessoria, eram capacitados e tinham a expertise em Saúde do Trabalhador. “*Inclusive as pessoas que trabalharam lá foram para instituições importantes depois. Lá foi um campo de formação.*” (Ator externo 3).

Era um Serviço de Saúde do Trabalhador, só que a solicitação era Engenharia de Segurança. Era implantada uma gestão da segurança, não era implantado Saúde do Trabalhador nesse momento, era implantado a ligação da Engenharia de segurança com a gestão, com uma certa possibilidade de participação, principalmente das gerências, um diálogo, não era uma coisa vertical, tinha características de Saúde do Trabalhador. A Engenharia de Segurança faz parte de uma interdisciplinaridade. A gestão dos serviços... a gente não tinha uma experiência de gestão democrática de serviço (Ator externo 3).

Portanto, a Engenharia de Segurança, buscava naquela época uma atuação na perspectiva da Saúde do Trabalhador, superando um olhar simplesmente tecnicista, adotando uma visão ampla com diálogos com os trabalhadores. Mas, dentro da ótica da produção, havia muitas dificuldades na prática cotidiana, com impasses e conflitos devido à própria estrutura e cultura instaurada na ocasião. Isso ocorria tanto na área de produção, como na área de laboratórios, principalmente no que tange aos descartes de resíduos. Contudo, o trabalho profissional tinha uma boa receptividade, autonomia e respeito ao serviço implantado.

Mas é claro que eles também, não tinham tido uma estrutura integral para fazer diferente. Você implantar, estruturar, dar condição ao pesquisador, gerente de produção, do técnico, operador [...] ele tem que ter a estrutura para poder mudar a sua cultura. Ter condições de fazer o certo e entender qual o certo, do ponto de vista da prevenção dele, do colega que trabalha do lado dele, e do ponto de vista do meio ambiente. Essas dificuldades a gente teve diversas, mas não é, talvez, somente falta de estrutura, é tanto física como de cultura (Ator interno 12).

Após a saída da Engenheira que permaneceu à frente da Assessoria por sete anos, em 2005 é empossado o novo engenheiro que vai receber a responsabilidade de tocar o serviço, porém não houve demandas ou orientações específicas por parte da gestão. Nesse contexto houve a possibilidade de haver uma ampliação da Engenharia e Segurança.

Conforme relatos, naquela ocasião, o enfoque que havia era mais em cima de obra, e havia pouca entrada na produção. A princípio, a nova gestão foi percebendo o que era necessário e foi implantando programas de acordo com a sua experiência pregressa e da equipe que estava sendo ampliada. Sendo assim, atualmente a compra de EPI's passou a ser centralizada na área, diferente de antes, em que cada área comprava e havia pouco controle em relação ao uso de EPI's, pois a AESTM, era de fato uma assessoria da diretoria. Atualmente ela saiu da diretoria e está ligada à Vice-Diretoria de Gestão. Essa situação, inclusive, de acordo com as narrativas, gera certo conflito de interesses, porque fiscaliza-se obras que são ligadas ao Departamento de Engenharia e Manutenção (DEPEM) que também é subordinada à mesma Vice.

Hoje temos todo o controle: treinamento, proteção respiratória que faz o teste com a máscara, ver o tamanho, se tá adequada. Tem a avaliação do médico; tem o programa de controle auditivo com a parceria com a SEMTR. Que aí já tem a medição da cavidade do ouvido [...] Tem o programa dentro da produção, que é o DSM- Diálogo de Segurança e Meio Ambiente. Esses programas não existiam, nem o PPRA (Ator interno 13).

Quando houve oportunidade de ampliar o serviço com a contratação de mais técnicos, os trabalhadores da produção foram treinados e criou-se uma apostila com vários assuntos. O próprio trabalhador faz uma reunião uma vez por semana. Em geral as empresas realizam um “briefing” de segurança, chamados de Diálogo Diário de Segurança (DDS), mas conseguiu-se implantar no momento apenas uma vez por semana. Nessas áreas de produção, embora um técnico acompanha, nem todos fazem. De acordo com relatos, esses diálogos diminuí muito os

acidentes dentro da área de produção, pois o funcionário aponta qualquer tipo de risco e faz a notificação. Porém ainda se tem muitas dificuldades nessa ação.

O DDS é um 'briefing' de segurança diário. Ele é feito pelos próprios funcionários. O ideal é isso: numa segunda-feira, você dentro do seu ambiente de trabalho, as pessoas se reúnem e apontam: ah, semana passada, tinha um fio desencapado; eu vi uma pessoa com um equipamento sendo utilizado errado; muitos não estão usando EPI. O ideal é que o supervisor faça esse treinamento [...] Toda semana se fala de uma coisa, o chefe acaba sempre pesquisando, as pessoas podem falar. Na realidade, as empresas criam todo um arcabouço para se calçar [...](Ator interno 13).

A gestão de segurança foi baseada inicialmente na pirâmide de Frank Bird,³¹ onde ele conclui que a base da pirâmide são esses pequenos acidentes. “*Se você trabalhar na base, você evita de ter esses acidentes mais graves*” (Ator interno 13).

Conforme narrativas, atualmente a Segurança do Trabalho voltou a ter como atribuição o acompanhamento dos projetos. Há algumas questões de Engenharia que precisam ter um olhar da Segurança para evitar problemas nesse quesito. Além disso, a Segurança também acompanha as obras que estão sendo realizadas na unidade, no que tange às precauções, a utilização ou não dos equipamentos individuais ou coletivos, as condições desses equipamentos, se recebem ou não treinamentos adequados, se possuem um supervisor. Todos esses elementos são riscos eminentes e que se não forem observados, podem se tornar em acidentes.

Hoje cobra-se da segurança esse olhar, pois muita coisa é papel da Segurança. Falta de mangueira próxima à área que tem água, fio desencapado... Tem que interromper a área, pois há perigo de curto circuito. Isso tudo é Segurança do Trabalhador (Ator interno 3).

✓ Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)

O PPRA visa à preservação da saúde, a segurança e a integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüentemente o controle da ocorrência de riscos ambientais existentes no ambiente de trabalho. Faz parte do conjunto de iniciativas de caráter obrigatório das empresas que deve estar articulado a outras normas como o PCMSO.

Na época, o PPRA estava sendo realizado por meio de uma cooperação técnica com a Fundacentro. De acordo com as narrativas, havia um representante que vinha fazer reuniões periódicas para a execução do PPRA, mas depois, começou haver um questionamento sobre o

³¹ Em 1966, Frank E. Bird Jr. analisou 90.000 acidentes em uma empresa metalúrgica americana com 5.000 trabalhadores, durante 7 anos. Os estudos apontaram que acidentes são precedidos por situações que, se não controladas de forma adequada, preparam o terreno para sua manifestação. São os incidentes (ou “quase acidentes” – ocorrências em que, por algum motivo, não houve perdas materiais ou lesões a pessoas). A pirâmide representa a distribuição dos acidentes de acordo com sua gravidade e o impacto geral na organização: danos físicos sérios/fatais, danos físicos leves; danos materiais; incidentes.

prazo para a conclusão do PPRA naquele momento, em específico, do Laboratório de Febre Amarela (LAFAM). A proposta da Fundacentro era uma ideia de um PPRA modificado, num sistema de gestão que, para a dinâmica da unidade naquele contexto, considerou-se ineficiente. A experiência foi muito positiva, pois tinha-se um status de consultoria. Esse acordo durou um ano e foi encerrado. Assim, a própria AESTM começou a realizar o PPRA, assim como, os programas de gerenciamento de resíduos pela área do meio ambiente.

O PPRA você tem que fazer medições, agentes químicos, de ruído, e o grande lance do convênio seria esse, se a Fundacentro fizesse isso pra gente, seria ótimo, mas não... Era um sistema de gestão, foi feito uma análise de riscos em cada fase do processo do LAFAM. Então, essa análise tinha uma matriz de priorização dos riscos, baseado na gravidade e pluralidade. Aí você imagina, a gente tem vários processos, têm mais de 20, 40, 80 processos. Cada processo você tem que fazer uma análise de riscos, uma vez por ano. Então, na verdade, a abordagem não era a mais adequada (Ator interno 13).

O PPRA é realizado anualmente para uma análise global dos riscos dos ambientes de trabalho, como uma exigência das regras trabalhistas, contudo, há um desconhecimento por parte dos trabalhadores e gestores de serviços sobre esse conjunto de normas.

Isso tudo é uma legislação da CLT e a unidade por ser órgão público [...] até hoje as pessoas não conhecem que você tem todo um conjunto de normas do trabalho e cada uma tem um link uma com a outra [...] Hoje a gente compra EPI para toda a unidade e o uso do EPI é baseado no PPRA, e o PCMSO também é baseado nos riscos que foram avaliados dentro da unidade. Ninguém entende que toda a vez que eu mudo uma pessoa de setor muda o processo, tem que avaliar, tem que mudar o PPRA (Ator interno 13).

Na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) a unidade é classificada como risco 3. Essa classificação é de um valor número variável de 1 a 4, referente à intensificação do risco da atividade econômica da empresa.

Nós não temos problemas graves aqui de segurança, estamos no risco 3, mas depende do CNPJ, do CNAE. Já teve tempo que caiu pra 1, depois subiu de novo. Mas também tem risco grande de asfixia, temos a câmara fria, elas guardam gelo seco, já teve caso de entrar com respirador. O maior risco é da operação/manutenção (W- engenharia³²), só se trabalha em piso técnico e estação (Ator interno 13).

Foi apontado que, por não haver uma consciência e a responsabilidade do supervisor em relação às questões de segurança, os riscos de acidente acabam aumentando, pois há mudança de processos e realocações sem o devido treinamento e não são comunicados à AESTM.

Alguns acidentes ocorreram aqui porque o cara não teve treinamento e não fomos avisados que foi mudado o processo e que tinha um risco. Mas a responsabilidade é do supervisor que tá mudando o cara e mudando o processo. O supervisor tem que ter uma base de segurança, uma coisa institucional para que ele seja capaz de identificar isso. Você não pode pegar um cara que não tenha um (determinado) treinamento e dizer vai lá e faz isso... Porque não podia nunca, mas aqui acontece isso (Ator interno 13).

³² A W-engenharia é uma empresa cooperativada que presta serviços técnicos à unidade nas diversas atividades de manutenção: refrigeração, eletricidade, pintura, maquinários, estrutura, etc.

De acordo com informações do portal corporativo da unidade, atualmente o Instituto possui um Mapeamento de Riscos disponível na entrada de cada área, seja de produção ou não, contendo os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes realizado pela CIPA. Além disso, possui procedimento de Análise Preliminar de Riscos contemplando etapas básicas sequenciais de processos de produção, riscos potenciais e medidas preventivas. Possui também o procedimento operacional de Investigação e Análise de Acidentes e Ocorrências Anormais que visa estudar as causas para prevenir a repetição dos acidentes.

Ainda com o objetivo de prevenir doenças ocupacionais, encontra-se em processo de implantação o Programa de Proteção Respiratória (PPR) e, em fase inicial, o Programa de Controle Auditivo (PCA).

Para situações de emergência, a unidade possui o Procedimento Geral em Situação de Emergência, que tem por objetivo informar e orientar todas as UO's (Unidades Organizacionais/setores) quanto ao procedimento a ser adotado em determinadas situações que requeiram resposta imediata, seja acidentes, incêndio ou ocorrências anormais, além de contar com empresa contratada de Brigada Profissional Civil, coordenada pela AESTM.

✓ Contratos de terceirização

A questão dos contratos de terceirização provoca dilemas em decorrência dos cargos genéricos que são criados, dificultando a análise de riscos de acordo com a ocupação, essa questão se amplia devido à ausência de um SESMT da empresa terceirizada na unidade (Nova Rio), pois de acordo com atores-chave, a empresa deveria ser a responsável por ter um corpo técnico dentro da unidade para realizar e acompanhar essas questões, no que se refere a PPRA e PCMSO. A AESTM estaria responsável, apenas, por responder os requisitos que diz respeito aos servidores.

Isso aqui não tem uma definição. A gente tem um contrato enorme com a empresa terceirizada. Esse contrato não tem as funções, por exemplo: analista, serve para tudo. Auxiliar serve para tudo. Mas aí, o cara tá operando empilhadeira como almoxarife mesmo, trabalhando com produto químico no almoxarifado de farmácia. Assistente faz tudo, e aí você vai fazer insalubridade tem que ser feito o PPRA, aí você não consegue identificar nada. Às vezes o cara vai estar exposto a um agente, que não está no PCMSO. Então tem essa discussão (Ator interno 13).

Nós trabalhamos com a mesma finalidade, porém, os contratados têm suas responsabilidades que não pode ser transferida para a contratante. Quando a gente deveria estar executando um PPRA e acompanhando um PPRA em sua totalidade, nós não temos como executar, porque a gente também ampara a Nova Rio, só que fica o conflito (Ator interno 9).

Existe o SESMT que deve ser instalado, porque como nós somos uma unidade de uma instituição pública, por regra não temos que ter um SESMT. Mas como temos uma prestação de serviço aqui dentro, esse SESMT deveria existir aqui dentro. Estamos brigando para isso e isso não gera custos.

Aqui não se cumpre as regras do SESMT, na verdade a empresa deveria encaminhar para cá (Ator interno 11).

Todas essas narrativas evidenciam questões sobre problemas com a terceirização. Existem, na verdade, dois documentos de PPRA para as mesmas áreas, que por terem vínculos distintos, são realizados por equipes diferentes: por profissionais da unidade (AESTM) para os servidores e por profissionais da empresa terceirizada para os celetistas contratados. Além disso, chama-se atenção pela utilização dos cargos genéricos, os quais se evidenciaram que trazem, inclusive, riscos para os trabalhadores, uma vez que não é possível identificar a quais riscos o trabalhador está submetido, ao incluí-lo dentro de um cargo genérico. É preciso atentar para essas questões, principalmente quando se trata de trabalhador fabril.

Conforme narrativas, isso acaba ocorrendo por não haver fiscalização do MTE, por sermos um órgão público. Porém, na implantação da empresa pública as fiscalizações vão ocorrer.

Não houve uma preocupação para isso, porque se tivesse uma fiscalização, com certeza ia se preocuparem com isso, a gente não é fiscalizado pelo Ministério do Trabalho. Não tem multa prevista, nem sanção prevista, a fiscalização como já é precária, ela não vem aqui... Mas se entrarmos para Empresa Pública, isso vai mudar, radicalmente, a gente vai ser fiscalizado (Ator interno 13).

✓ Biossegurança

A Biossegurança é um conjunto de medidas voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Diz respeito a normas e mecanismos controladores do impacto de possíveis efeitos negativos de novas espécies ou produtos originados por espécies geneticamente modificadas. Objetiva-se também a manutenção de condições seguras nas atividades de pesquisa biológica, de modo a impedir danos aos trabalhadores, a organismos externos ao laboratório e ao ambiente (Glossário de Biossegurança-Fiocruz).

O setor de Biossegurança na unidade chama-se Núcleo de Biossegurança (NBios) e está subordinado à Vice-Diretoria de Desenvolvimento Tecnológico (VDTEC) separado da Engenharia de Segurança do Trabalho e Ambiente que por sua vez é separada da área de Saúde, proporcionando “feudos” distintos.

Conforme narrativas, esta é outra questão do organograma que necessita ser alterado, pois a Biossegurança é uma área da Engenharia e Segurança, mas que por atuar na área Biológica ficou sendo um setor separado subordinado ao Desenvolvimento Tecnológico.

Porque muitos requisitos da Biossegurança são da Segurança do Trabalho [...] Dentro do escopo geral, a Biossegurança é uma parte da Segurança do Trabalho... Mas é um setor diferente. Se você for ver a expertise, não está ligada a área de Segurança do Trabalho, está ligada a área biológica (Ator interno 10).

Veio o processo de biossegurança, eram situações distintas, tem um pouco a ver com a segurança do trabalho, mas estão em departamentos diferentes. Enfim, são coisas embora interligadas, mas são distintas entre elas, tem especificidades diferentes (Ator interno 11).

De acordo com as informações do Portal Corporativo, a unidade segue os princípios da biossegurança, desenvolvendo um conjunto de ações voltadas para prevenção e minimização de riscos inerentes aos processos de pesquisa, produção, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços. O Nbios gerencia a segurança biológica das instalações, equipamentos, instrumentos, processos, serviços, resíduos e efluentes gerados no campus, além de promover cursos e treinamentos para capacitação dos profissionais.

A unidade possui uma comissão interna dedicada ao tema, visando principalmente garantir a segurança biológica das instalações laboratoriais e dos projetos que manipulam Organismos Geneticamente Modificados (OGM), assim como assessorar as áreas nos processos para aquisição e manutenção do Certificado de Qualidade em Biossegurança (CQB).

✓ CIPA

A primeira formação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na unidade foi para servidores. Apesar de não haver legislação na época para os servidores, mas acredita-se que, por meio de uma exigência do Ministério do Trabalho, a direção resolveu implantar a CIPA com a participação de alguns contratados, devido ao baixo voluntariado por parte dos servidores, havendo indicação para outros trabalhadores participarem.

Após iniciado o processo de terceirização, em 2000 ela foi implantada conforme preconiza a norma, sendo composta por trabalhadores da empresa prestadora. Desde sua implantação é organizada pela equipe da Segurança do Trabalho e atua em parceria com a ST. Contudo, percebe-se que não há uma valorização do trabalho do cipeiro, do papel importante que a CIPA possui. Essa queixa de um dos atores-chave é em relação a, tanto os gestores quanto dos próprios trabalhadores, que muitas vezes são eleitos legitimamente, mas devido a rotina de trabalho não podem participar ativamente das reuniões e ações promovidas pela CIPA.

A CIPA é uma representação de trabalhadores, está ali para orientar, 'pra passar todas a segurança junto com a AESTM. Orientar, está ali participando na luta para melhoria do funcionário, porque acho que precisa, se ele quer melhoria ele tem que se conscientizar que ele pode tá fazendo errado. O trabalho da CIPA é conscientizar e o maior objetivo pra mim é esse (Ator interno 10).

A CIPA era uma dificuldade para gente conseguir voluntários [...] cheguei ao ponto de pedir ao diretor (ele era o nosso chefe direto), para mandar para os outros vices, não era nem dificuldade de trabalhadores, era a dificuldade de liberação[...] para participar da CIPA era um problema [...] chegou um tempo que evoluiu e conseguimos mais participações na CIPA (Ator interno 13).

Anualmente, é realizada a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), em que são oferecidas palestras, peças teatrais, demonstrações de equipamentos e outras orientações visando conscientizar quanto à prevenção de acidentes e doenças.

Não lembro, mas talvez por volta de 98 ou 2000, já tinha aumentado o número de terceirizados, e aí fizemos a SIPAT [...] (ator interno 11).

Destaca-se como importante instrumento elaborado pela CIPA o mapa de riscos³³, o mesmo é construído a partir da percepção dos trabalhadores e tem como finalidade a prevenção dos acidentes, a identificação dos riscos, visando encontrar soluções para eliminar ou controlar riscos e, conseqüentemente, melhorar as condições de trabalho. Atuando nessa perspectiva, o instrumento seria um potente canal para ampliação das possibilidades de mudança e troca de saberes.

Tendo em vista os relatos, verifica-se que a CIPA apresenta dificuldades para ocupar o espaço legítimo para a discussão das condições de trabalho e prevenção de acidentes e adoecimentos. Ocorrem resistências por parte de alguns gestores para a liberação dos trabalhadores e não há uma compreensão do seu papel de caráter participativo.

É necessário que a CIPA seja ocupada com o objetivo de não somente cumprir uma regra trabalhista, ou adquirir um determinado tempo de estabilidade, e sim, proporcionar ampla participação dos trabalhadores para conhecimento e tratamento das questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho.

- **Serviço de Saúde do Trabalhador**

O Serviço de Saúde do Trabalhador foi implantado em 2008, mas já se tinha, por parte da direção, o desejo de constituir um serviço para atender os trabalhadores somente da unidade devido a especificidade da unidade e o aumento gradativo de trabalhadores, os quais necessitavam estar em dia com os EPS e as vacinações.

Vários motivos foram apontados para justificar a criação do serviço, entre elas a impossibilidade do Nust-Fiocruz em atender todos os trabalhadores no tempo necessário para atender as exigências das inspeções regulatórias.

Porque era uma dificuldade muito grande, poucos profissionais no Nust para atender a Fiocruz como um todo. E havia sempre uma tentativa de priorizar o funcionário de Bio em função de uma proximidade, por exemplo, de uma inspeção (Ator interno 5).

Nem sempre quando a Luiza solicitava o periódico, o Nust tinha condição de fazer. Para evitar esses transtornos que tinham, então eles acharam por bem criar a Saúde do Trabalhador de Bio. Para organizar essa parte de periódico, de atendimento, de vacinação [...] (Ator interno 8).

³³ O mapa é a expressão gráfica da distribuição dos riscos ocupacionais em um processo de trabalho. Utilizam-se círculos com diferentes cores e tamanhos para resumir os riscos presentes nos locais de trabalho (FACHINI et al, 1997).

A unidade, pelo crescimento numa progressão geométrica, já demandava um serviço interno. Porque o Nust para a Fiocruz, campus manguinhos, não dava conta de atender, porque a demanda era grande, e a própria instituição também foi crescendo como um todo, com os concursos que foram acontecendo e com as terceirizações (Ator externo 4).

A gente começava a demandar muito do Nust-Fiocruz, porque uma unidade fabril tem muita gente, [...] então realmente precisava de uma estrutura própria (Ator interno 12).

Então pode ter sobrecarregado o Nust- Fiocruz, e aí era interessante ter um, pois a unidade estava se transformando em uma potência (Ator interno 11).

Embora a questão da necessidade de atender a legislação tenha sido um dos principais motivos para montar a estrutura do serviço, a sua diretriz deveria estar *linkada* com os princípios do Fiocruz Saudável enquanto diretriz da Fiocruz.

A proposta de ações para a implantação do Nust da unidade foi idealizada em cima de uma determinada necessidade do momento (fiscalização), mas as ações ou tentativas de ações na Fiocruz se baseavam na proposta oficial explicitada no texto do Fiocruz Saudável, que tinha como questão primordial a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Ator externo 1).

O serviço foi implementado a partir de uma demanda da direção com a pretensão de ser um braço do Nust-Fiocruz para produção de informações na busca de soluções para as questões dos adoecimentos no trabalho. Tinha-se a consciência da necessidade em proporcionar melhores condições de trabalho aos trabalhadores.

É preciso proporcionar melhores condições de trabalho e produzir em condições adequadas. Mesmo não usando a terminologia Saúde do Trabalhador, tínhamos a preocupação de tudo que era interligado à saúde dos trabalhadores. E assim, foi começando a pensar em um primeiro modelo de Serviço de Saúde do Trabalhador na unidade (Ator interno 3).

Havia também uma ausência de uma avaliação focada nos problemas internos e uma apuração dos casos de adoecimentos. A constituição de um serviço possibilitaria uma avaliação mais aproximada e a compreensão dos problemas em relação a processos, compreendendo todas as especificidades de uma área de produção e desenvolvimento, além de possibilitar os atendimentos em casos de acidentes de uma forma mais rápida.

Quando se tem uma fábrica, um trabalho de laboratório, você precisa de um profissional mais perto daqueles trabalhadores [...] você precisa d'um técnico de segurança mais perto, um médico, um enfermeiro do trabalho, alguém que esteja mais próximo daquele grupo [...]. Com um certo tempo a legislação começou a ser cumprida com um pouco mais de rigor (Ator externo 1).

A lógica também foi pensada dessa forma [...] A gente tinha uma unidade com um número de funcionários significativo, estou incluindo tudo: servidor, terceirizado, cooperativado [...]. Era uma área de produção, isso coloca um diferencial, risco de acidente [...]Quando você não tem um núcleo de saúde interno, numa unidade com a característica como a nossa, de produção, pesquisa e desenvolvimento, querendo ou não, vai criar alguns gaps ali, de informação que você precisava estar apurando mais de perto (Ator interno 6).

Outra questão que precisava ser solucionada era a questão dos atendimentos médicos para os casos de acidentes de trabalho e a baixa interação na troca de informações no que se refere ao acompanhamento dos casos de acidente de trabalho.

Bio se propôs a criação do centro médico 'pra você não estar se dirigindo ao Nust Fiocruz. Anteriormente como era feito: Se o cara se acidentasse aqui...ele tinha que ir até o Nust, ou ele era transferido de alguma maneira e o Nust nos comunicava. A segurança do trabalho que tinha essa responsabilidade de acompanhar (Ator interno 9).

✓ PCMSO: exames ocupacionais

Os exames ocupacionais são preconizadas pela NR-7 que trata do PCMSO. São eles: admissional; periódico; de retorno ao trabalho; de mudança de função; demissional. Os exames compreendem em avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental, além de exames complementares.

Como já explicitado, anteriormente a implantação do serviço, os exames ocupacionais nos primórdios eram realizados no FioSast. Com a migração passou a ser realizado no prédio da ASFOC, mas como atribuição da CST. Depois que o prédio atual foi reformado, foram centralizados no Nust-Fiocruz.

O controle relacionado aos EPS e as vacinações dos trabalhadores eram feitos pelo Dereh e havia uma profissional que, entre outras atividades inerentes à ambiência organizacional, era responsável por essa parte e fazia a articulação com o Nust-Fiocruz e a CST.

Nós começamos a fazer exames médicos periódicos das unidades fabris, por uma demanda de AN-VISA e também os admissionais após 1990. O corpo profissional fazia o exame admissional do grupo de servidores e fazia os periódicos de Far-Manguinhos e Bio-Manguinhos (servidores e terceirizados). Por mais que houvesse um cronograma para atender a Fiocruz, sempre havia uma implicação técnica e de regulatório, eles sempre voltavam ao cronograma numa defasagem para as unidades administrativas (Ator externo 4).

Há uma queixa relacionada à descontinuidade de trabalhos já realizados com as mudanças de gestão, fazendo com que se perca boa parte do trabalho já desenvolvido, que bastava dar continuidade, porém, normalmente começa-se do zero novamente.

Com a mudança das gestões (você sabe que eu respeito essa história), mas ela parece que é proposital (é doloroso e triste). O acervo vai virando um papel velho [...] Por que quem chega, vem fazendo tudo de "novo". Esse tudo de "novo", não é nem uma reforma, é um recomeço do que já se foi feito. Então você não pega da onde você parou, ou daquilo que não conseguiu se destrinchar. Assim, como foi o nosso PCMSO desenvolvido a época com o pessoal da engenharia [...], havia uma interlocução entre o serviço de engenharia de Bio e a médica do Nust (Ator externo 4).

✓ Vacinação

A imunização dos trabalhadores da Fiocruz era também realizada pelo Nust-Fiocruz. Entre 2004 e 2005, com a criação do calendário de vacinação, o controle de vacinação relacionado à especificidade do trabalho, passou a ser uma exigência. Iniciaram as vacinações específicas por processo de trabalho. Essa ação ficou bastante disseminada e ampliada, e a captura e convocação dos trabalhadores para atendimento dessas exigências começou a migrar para o Nust-Fiocruz, que tinha o acervo, o controle e realizava as convocações. Por uma questão do

processo de trabalho, devido à linha de produção, passou-se a se fazer de forma itinerante, ao invés de ir ao Nust- Fiocruz, o Nust vinha às unidades para realizar a vacinação.

Em 2004 foi elaborada a campanha de vacinação dos funcionários da unidade. A nova enfermeira coordenou o esquema de vacinação da Fiocruz. Tem algumas vacinas que são específicas para determinados setores, mas nem tinha na época no calendário de imunização, não era uma obrigatoriedade, era somente hepatite e DT que sempre foram carro chefe do esquema de vacinação (Ator interno 8).

Em 2004, se conseguiu não se disponibilizar um serviço, mas pelo menos conseguimos uma técnica para fazer as anotações e ajudar a profissional responsável por essa área nesses registros e começou a se criar um banco de dados para poder guardar essas informações. Porque tinha um banco de dados na DIREH, nos prontuários, mas na medida em que você precisava para atender as inspeções, encontrávamos muitas dificuldades e nessa época começou a ter registro, logicamente muito precariamente. Mas começou-se a consolidar esses dados (Ator interno 5).

Também por uma preocupação com as inspeções, havia uma necessidade maior dos esquemas de vacinação estarem sempre em dia e havia uma demanda ao Nust-Fiocruz para imunizarem todos os trabalhadores da unidade.

Em 2006, intensificou a campanha de vacinação, já estava mais estruturado no sentido de ter registro de procurar fazer as campanhas para as pessoas se imunizarem. Aí começou a vacinação de gripe, começou o registro de banco de dados, das informações do PCMSO. E aí também houve um trabalho em conjunto com a Engenharia de Segurança do Trabalho. No início a gente se apoiava muito, era um esforço em conjunto (Ator interno 5).

A vacina faz parte de todo o contexto de proteção ao trabalhador, um dos fatores primordiais é a vacinação... Tudo em paralelo, a vacina, os exames laboratoriais, tudo faz parte do pacote do periódico (Ator interno 8).

Após a construção do espaço e a implantação do serviço, os exames ocupacionais e a vacinação ficaram a cargo do serviço de saúde do trabalhador da unidade, porém inicialmente eram poucos profissionais e havia uma preocupação grande em prestar o pronto-atendimento. Dentre as exigências, foi necessário um médico do trabalho para organizar e coordenar o PCMSO, onde passou a fazer visitas nos ambientes de trabalho e organizar o programa.

No início era somente assistência médica, essa era a prioridade, depois que foi contratada outra médica e foi possível fazer periódico, antes não havia pernas. O periódico era feito somente com os servidores. E os terceirizados eram feitos na empresa prestadora. Somente depois conseguimos que o médico da empresa viesse fazer o periódico internamente (Ator interno 4).

✓ Exames complementares

Os exames complementares fazem parte do pacote do EPS. Começou-se a solicitar exames laboratoriais e de diagnóstico para monitoramento e acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores. De acordo com o setor e a função desenvolvida frente aos riscos ocupacionais, são solicitados exames de acuidade visual e audiometria.

Eu lembro que à época a gente tinha revisão de produto muito ruim, que era uma revisão com acuidade visual, era uma lâmpada e as pessoas ficavam horas e horas diante daquela lâmpada,

fazendo a revisão do produto para ver se tinha algum corpo estranho ali dentro. A questão auditiva também, porque eram máquinas que faziam barulho. Hoje, talvez, já tenham minimizado. Aí entra a questão da Segurança do Trabalho com o uso do abafador, do protetor auricular e algumas normas implementadas por parte da biossegurança, para que fosse minimizado, não evitado, mas minimizado (Ator interno 11).

3.5 – A institucionalização das práticas de saúde

Perguntas	<p>4) Fale sobre como foi o processo para a implantação do serviço? Que articulações foram feitas?</p> <p>5) Quais os suportes recebidos/oferecidos para a criação do serviço (benchmarking, consultoria externa, capacitação pela CST)?</p> <p>6) Houve interação/interlocução sobre as diretrizes da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e/ou com o Programa Fiocruz Saudável?</p> <p>7) Na ocasião, foram identificadas dificuldades para integrar ações entre NUST/CST e o serviço de Bio (Nust-Bio). Quais?</p> <p>8) Os trabalhadores representados pelo Sindicato ou CIPA participaram de alguma forma desse processo?</p> <p>9) Caso tenha ocorrido, de que forma a CST acompanhou as ações e serviços de Bio?</p>
-----------	--

Neste tópico teceremos sobre a institucionalização do serviço de saúde do trabalhador, buscando a compreensão de como ocorreu o processo de implementação e implantação do serviço. As categorias identificadas nesse tópico emergiram a partir do bloco de perguntas acima com o objetivo de se extrair um entendimento de como o serviço foi estruturado e consolidado da forma que se apresenta atualmente. Foram elas: **Interlocução e articulação; interação e integração às diretrizes institucionais; Capacitação e Participação.**

- **Interlocução e articulação**

Conforme algumas narrativas, as questões de saúde faziam parte das preocupações da instituição. Os afastamentos contínuos já eram motivos de questionamentos e já havia algumas iniciativas da área de recursos humanos para estabelecer uma aproximação com o trabalhador e uma possível compreensão do processo de adoecimento, em especial, os casos de saúde mental.

Entre os anos de 2000/2001, foi criado o Programa de Acompanhamento e Aconselhamento profissional. Conduzido em sua origem, por uma psicóloga da Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SEDRH). Com a mudança, na época, da Gestão do DEREH

recebeu o nome de APOIAR.³⁴ Apesar de não ter formação na área de saúde do trabalhador, a profissional responsável por esse serviço, possuía uma sensibilidade e uma capacidade de escuta diferenciada para essas questões. Fazia-se uma interlocução direta com o Nust-Fiocruz para buscar as melhores tratativas, em conjunto, para os casos de servidores em acompanhamento.

Havia uma profissional no RH com uma escuta diferenciada, que identificava problemas de saúde, geralmente, problemas de saúde mental e problemas de local de trabalho que estivesse afetando os trabalhadores. Essa profissional estabelecia uma íntima interlocução com o Nust-central e era responsável por demandar as questões relacionadas ao PCMSO, em especial o controle dos exames periódicos e a vacinação dos trabalhadores (Ator externo 1).

Então, essa pessoa do RH, no meu olhar, tinha esse cuidado da saúde, tinha esse interesse, que não era um saber técnico aprofundado, não era saúde do trabalhador, não era medicina ocupacional... Era alguém com boa intenção e que queria configurar um serviço que pudesse atender aos trabalhadores da unidade para atendimento às regulações de ANVISA. Precisavam dar respostas. Mas, querendo ou não, abriu um olhar diferenciado e nos procuraram para compreender o que era necessário para abrir um serviço. Havia uma interlocução para conhecer os instrumentos, equipamentos, estrutura necessária. Depois essa pessoa que fez essa interlocução saiu do processo (Ator externo 4).

Toda a logística dos acompanhamentos de afastamentos, entrega de atestados e declarações médicas para controle de frequência, programação dos EPS e controle da vacinação, também eram realizadas por essa profissional, além das primeiras ações do programa de qualidade de vida. Este trabalho desenvolvido se constituiu o embrião do serviço de saúde do trabalhador na unidade que foi iniciado entre 2000/2001 com objetivo de ter elementos mais palpáveis, quanto aos motivos de afastamentos e quais orientações as pessoa estavam precisando. Para tanto, havia uma parceria com o Nust-Fiocruz e a Direh.

A gente sempre teve aquela preocupação de ter um atendimento personalizado, de não simplesmente é...Ah! ele tem um histórico muito grande de afastamento!. Mas, o que que tá acontecendo? Essa preocupação sempre foi presente. Entendeu? Eu acho que tudo isso que Bio-Manguinhos conquistou hoje, em termos de saúde do trabalhador, Qualidade de Vida, nasceu disso (Ator interno 5).

Em 2008 a estrutura física para a implantação do serviço foi conquistada com a possibilidade de iniciar o processo de seleção da equipe multiprofissional para atuar no serviço.

Houve apoio da direção e busca por uma estrutura física. O Serviço como todo só começou quando a gente conseguiu resolver a questão da estrutura. Tem estrutura? Então a gente precisa de um médico do trabalho, de uma enfermeira, um psicólogo, uma assistente social. Aí os serviços começaram acontecer...(Ator interno 1).

Desde 2006/2007 já tinha um relatório de atividades que falava que umas das metas de 2007 seria um espaço físico para o Nust. Aí em 2008 surgiu e a coisa foi formando. Veio os médicos do trabalho, depois uma Assistente Social. Teve o concurso e a gente negociou uma vaga com o IFF. Então

³⁴ Com a saída da profissional que conduzia o programa, a Assistente Social selecionada para o serviço de saúde do trabalhador recebeu a atribuição de conduzi-lo, onde houve algumas alterações na abordagem tendo em vista a especificidade da profissão. Atualmente o Apoiar é conduzido por uma equipe de psicólogos e assistentes sociais e apresenta outro formato que apresentaremos no tópico sobre a operacionalização do serviço.

assim, a atenção era muito voltada para essa área, houve um interesse e foi esse o resultado (Ator interno 5).

Na implantação do serviço, a pessoa que estava à frente das interlocuções e elaborou o projeto do serviço na unidade, saiu do processo. A chefia do Dereh, ao qual o serviço ficou subordinado, indicou outro profissional que já estava auxiliando algumas atividades do Programa de Qualidade de Vida. Essa pessoa recebeu o desafio de estruturar a área por já ter um *know how* em práticas de RH e indústria, formação em administração e especialização na área da Qualidade de Vida, contudo, seria um mundo novo, pois não havia uma formação na área da Saúde, e em específico da ST, necessitando um aprofundamento das questões relacionadas para a implantação do serviço.

Teria que ter a parte da medicina ocupacional, teria a parte pensando em ergonomia. A parte do Apoiar[...] esse serviço já existia antes[...] Essa era uma vertente indiscutível, que apenas deveria ser estruturado de uma outra forma. A parte da medicina ocupacional teria que pensar em estruturar os exames periódicos, pensar em ações de prevenção de saúde e tal, isso tudo também já era óbvio que teria que acontecer (Ator interno 6).

Teve um momento que necessitou de uma orientação técnica, até porque na fundação do serviço não se tinha o médico... Que exigências, de que maneira a gente pode fazer? Na contratação teve a participação do Nust,, na entrevista, na definição de perfil. Que perfil deveria atuar na área de saúde do trabalhador? E aí, nessa parceria [...] precisa adequar a nossa realidade, por mais que eles conhecessem, [...] a visão da unidade é outra. E tinha esses dois olhares para poder tratar da melhor forma possível a formação da área (Ator interno 5).

Na implantação do serviço estivemos muito próximos sobre o funcionamento técnico-prático. Havia demandas internas administrativas que atravessavam boa parte do propósito de ser do serviço. As pessoas que deram origem da estruturação do serviço, de certa forma beberam muito do nosso caminhar, foi necessário ajustar a realidade do campus, mas tinha que ter uma diretriz, tinha que ter um horizonte. Como se faz? Qual é a linha? Cada um vai fazer dentro do quê, porquê o que foi possível avançar aqui, o Nust tinha para toda a Fiocruz (Ator externo 4).

Aquilo que estava estabelecido no projeto de implantação do Nust-Bio, algumas ações estavam se concretizando. A médica do trabalho que era servidora recém-concursada foi indicada para ser lotada na unidade para ter como atribuição a implementação e coordenação do PCMSO, oferecendo o suporte técnico para o serviço. Porém, tanto a chefia quanto o conhecimento técnico da médica do trabalho não tinham a experiência formativa da Saúde do Trabalhador, enquanto uma abordagem diferenciada das práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Também nesse processo, há uma mudança na gestão da CST.

Tem que avaliar que a CST, passou por um processo de mudança radical. Então assim, quando se inicia o Nust-Bio, pouco depois a coordenação muda, tanto é que quando o Nust-Bio foi inaugurado, já estava na primeira gestão após o Jorge. Ele acompanhou, mas quando inaugurou já não tava mais. E aí já começa a mudar tudo, porque quem chega, chega com propósitos, chega com outras demandas (Ator externo 4).

A questão do controle e acompanhamento das ações implementadas na unidade não houve por parte da CST de forma sistemática, atuava-se independente e descolado do Nust

central. Os programas que Bio desenvolveu, não havia e não há acompanhamento ou monitoramento.

A cada mudança de gestão da CST havia um tipo de solicitação. Inicialmente eram solicitados ao final de cada ano apenas os números de atendimentos realizados pelo serviço. Depois solicitaram a estatística anual dos atendimentos relacionados a todas as atividades: principais demandas do Serviço Social, principais demandas de Medicina do Trabalho, demandas do pronto atendimento. Essas informações eram enviadas enquanto estatística, não como acompanhamento. Em outro momento solicitaram o número de acidentes de trabalho, e também pediram para preencher uma planilha para um melhor detalhamento das demandas de todos os serviços.

Quando mudou a gestão lá em cima, aí em 2012, nessa modificação, até do que a gente encaminhava, a CST chegou a mandar 'pra gente o Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador da Fio-cruz como um todo, aí tinha os dados gerais por serviço, afastamento (veio pelo menos). Foi visualizado qual era o panorama da instituição como um todo, incluindo Bio-Manguinhos (Ator interno 7).

Foi mais na conversa, não houve acompanhamento sistematizado. A gente mais buscava, era uma ação nossa de tentar alinhar (Ator interno 1).

- **Interação e Integração às Diretrizes Institucionais**

Essa categoria surge a partir do questionamento sobre possíveis dificuldades de interação entre as ações realizadas pelo Nust-Fiocruz alinhadas às diretrizes institucionais e às realizadas no serviço da unidade.

A busca pelo alinhamento ocorria mais diretamente com o Nust-Fiocruz em relação aos procedimentos de exame periódicos, vacinação, pronto atendimento e afastamentos. A dificuldade que se tinha era alinhar o que não era realizado no Nust, como o PQV, sobre tudo nas questões sobre tabagismo.

A única dificuldade nisso foi nessa parte de serviços que não se tinham lá e que a gente estava trabalhando aqui como o PQV. Naquela época a gente via as pessoas fumando em locais fechados, nas salas nas baias, não tinha controle, sinalização, então a gente precisava de uma resposta imediata[...]Eu lembro que nessa época a rotina era muito complicada mesmo [...] a gente tinha uma equipe muito pequena. A gente precisava colocar o operacional para funcionar bem. [...] Então assim, nessa época, nossa troca não era com a CST, era sempre com a chefia do NUST (Ator interno 6).

Foi identificado que uma das ações que se diferenciava do Nust-Fiocruz inicialmente, foi a participação do Serviço Social nos EPS que se iniciou na unidade. O Nust-Fiocruz não

realizava as entrevistas, somente a partir da institucionalização do Subsistema Integral de Assistência à Saúde do Servidor (SIASS)³⁵ que houve a incorporação das entrevistas psicossociais.

Acho que, mesmo se o Serviço Social não estivesse participando dos EPS, a própria questão do exame periódico mesmo até 2013, para o Nust central, era uma coisa bem mais flexível, do que para Bio-Manguinhos, devido às questões legais. O Nust central não tinha uma rotina de exames periódicos, pelo menos nesse período que ficou ali, de 2008 até 2012. O SIASS é que veio trazer toda uma readequação para uma periodicidade dos exames para os servidores. Agora para o restante das atividades, não senti dificuldade, pelo menos por parte do Serviço Social (Ator interno 7).

Houve uma integração maior entre a equipe do Serviço Social da unidade e a equipe do Serviço Social do Nust-Fiocruz, o que não ocorreu com a mesma intensidade com as outras equipes.

É meio que o perfil do profissional, de ser cara de pau, de bater na porta, e perguntar e foi criando um elo bem cordial. As demandas de Serviço Social, nunca negaram, sempre foram muitos prestativos, no que a gente tivesse solicitando. Mas para outras ações multiprofissionais, ou interprofissionais, acho que a coisa ficava... Assim... eu não tinha interface com o serviço médico deles, a psicologia a mesma coisa... a interface com eles era pouca, mínima...era mais com o Serviço Social mesmo...E aí pensando em serviços é isso, o que seria atribuição do Serviço Social era basicamente a mesma coisa que a gente fazia, a diferença era a questão do periódico, que só ficou similar ao que a gente faz de 2013 para cá (Ator interno 7).

Não havia muito, naquela época, uma aproximação com a CST. Uma aproximação maior com a CST somente ocorreu um ou 2 anos depois da inauguração do serviço, com o convite para participação do Centro de Estudos sob a organização da coordenação.

Não ocorreu interlocução com a CST. A interlocução foi com a chefia do Nust e com o Serviço Social no sentido de tirar dúvidas operacionais [...] As orientações básicas eram tiradas com elas. Agora com a CST, pelo menos nesse primeiro semestre. Eu não me recordo de ter essa aproximação. Até os dois dias que eu passei lá [...] não fui apresentada ao espaço da coordenação, só o espaço do Nust (Ator interno 7).

Houve sim, eu inclusive participei de muitos grupos de trabalho da Direh, não tinha muito tempo porque a demanda de Bio sempre foi grande, mas sempre fomos chamados a participar. Essa procura essa parceria sempre houve (Ator interno 5).

Eu não sei com que frequência o Nust central era buscado por nós para encaminhamentos, para atender as demandas da gente, eu sei que existia uma ponte, uma ligação entre o RH. O elo entre nós e o Nust. (Ator interno 8).

Aparece também o desconhecimento sobre o Programa Fiocruz Saudável, de forma que as ações, não necessariamente, estão alinhadas com o que está estabelecido enquanto política para a Fiocruz.

Que havia esse diálogo havia... Agora, eu não sei te dizer, que profundidade, com que intensidade, se tinha algumas ações específicas... Mas sei que sempre tivemos essa disponibilidade. Qual a intensidade, o quanto isso teve maior ou menor impacto... Eu não sei te dizer... Eu acredito que as

³⁵ O SIASS faz parte da Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS). Ressalta-se que os EPS se tornaram obrigatórios para os Servidores Públicos Federais em maio de 2009, com a instituição da PASS/SIASS. Porém, antes de sua institucionalização, a SEMTR já realizava os EPS com a entrevista pelo Serviço Social/Psicologia.

unidades, tenham ações que não tenham consciência que está dentro do Fiocruz Saudável (Ator interno 5).

Cada unidade da Fiocruz vai se especializando e Bio é mais especializado que outras unidades, devido a ser uma indústria. Mas reconheço que o serviço deveria ser mais articulado e melhor integrado com as ações do Fiocruz Saudável para troca de experiência e conhecimento (Ator interno 2).

Quando eu entrei nem sabia da existência do programa Fiocruz Saudável, fui saber bem depois. Depois que fui saber que tinha uma Coordenação [...] (Ator interno 4).

Eles não deram detalhes do Fiocruz Saudável, eles falavam que existia o Fiocruz Saudável. Mas assim, a verbalização do detalhamento, de como é que a coisa funcionava, de como cada serviço ali dentro estava linkado, isso não foi explicitado. A gente ganhou na época um folder e tinha um manual que a médica ganhou, um manualzinho que tinha o papel da Coordenação no Fiocruz Saudável na época (Ator interno 7).

No texto, “Fiocruz Saudável: uma experiência institucional” (Minayo et al, 1998) é explicado que há um tripé e que uma perna trata-se do eixo da Saúde do Trabalhador que a CST é responsável. Então, compreende-se que o Nust foi criado com os objetivos de Saúde do Trabalhador e deveria seguir as diretrizes que a Coordenação estabelece no que tange às práticas que a ST propõe, contudo, não se verifica a existência de uma diretriz que possa ser discutida efetivamente como um norte para cada serviço de saúde das unidades. Não foi passada para o serviço a necessidade de seguir diretrizes enquanto programa institucional, para a concretização de ações sob a perspectiva da ST, algo como o que seria as políticas principais de Saúde do Trabalhador na instituição e o que seria uma obrigação de cada serviço nas unidades, conforme ocorre com outras normativas como é o caso da Perícia (NUPAFS)³⁶.

Quando a gente pensa na reformulação que a perícia sofreu, com a instituição do NUPAFS... Os SRHs foram lá bateram seu pezinho [...], mas todo mundo manda e todo mundo cumpre... E aí as diretrizes, seja via Fiocruz saudável ou outras políticas que a Fiocruz implementa para a ST, fica essa coisa solta, e cada uma faz meio que ao seu “bel prazer”(Ator interno 7).

Quanto à interlocução da Segurança do Trabalho com a CST, esta passou a ocorrer de forma pontual. Havia de certa forma, uma interação da AESTM também com Nust-Fiocruz, com a interface do Dereh.

A gente tem muito pouca interação, só com relação à insalubridade do servidor, fora isso, eles pedem o número de acidentes uma vez por ano. Eles são mais voltados ‘pra insalubridade, a Fiocruz em si deveria ter uma melhor estrutura (Ator interno 13).

O RH fazia encaminhamento de algumas pessoas com algum problema psicológico. Ela fazia essa ponte, quando nós precisamos também de atividades para brigada, fazíamos esse trabalho junto: interlocução com os gestores para capacitação, eleição de CIPA, se acontecesse um acidente, se alguém ficasse doente, isso tudo eles tinham que ter ciência e acompanhar. Tínhamos uma ótima interlocução (Ator interno 12).

³⁶ O Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional (NUPAFS) foi estabelecido através da portaria 342/2012 da Dereh.

Inicialmente, como já relatado, havia uma maior interação com a CST, mais precisamente, na ocasião da estruturação da Engenharia e Segurança do Trabalho. Com o decorrer dos anos, observa-se que houve um distanciamento.

A gente tinha direto uma relação com a CST, porque a criação da implantação da área da saúde do trabalhador foi de certa forma, desde o início, por alguma orientação da CST, que foi quem indicou uma consultoria. Na verdade, a orientação que se tivesse uma área de Saúde do Trabalhador [...], vinha de certa forma da CST.[...] Embora a gente não tivesse uma subordinação direta, a gente trabalhava sempre em harmonia, junto, mesmo que não tivesse vinculada diretamente (Ator interno 12).

A autonomia institucional das unidades faz com que se possa ou não construir uma relação mais aproximada com as diretrizes institucionais, pois depende do desejo ou da necessidade concreta de construir ações e programas integrados ao que se produz no Nust central, na CST e no programa Fiocruz Saudável.

A hierarquia organizacional ela é individual, como todas as unidades da Fiocruz, ela tem uma estrutura própria, mas trabalha sempre na mesma linha, em harmonia... Vamos dizer assim... Apesar de que, na Fiocruz, as unidades tem uma autonomia absoluta. Você tem um programa como o Fiocruz Saudável, você pode dentro da Fiocruz coordenar o que você quiser, mas se as pessoas não quiserem ser coordenadas, você não coordena nada. Você aqui pode dar respostas às necessidades concretas, se aquilo for uma necessidade concreta, aí você então vai conseguir ter alguma interlocução e trabalhar de uma forma efetiva. Se aquilo não se constituir numa necessidade e num desejo, isso não vai acontecer. Mas, nas instituições, as transformações, as segregações, elas só acontecem se elas atenderem a essas duas coisas: ela tem que ser uma necessidade e um desejo, se for só uma necessidade, ele não consegue fazer, se ela for só um desejo e que não tem necessidade nenhuma... Se não juntar desejo e necessidade... Quando junta, as coisas acontecem se concretizam (Ator externo 2).

Nada foi feito à revelia, até porque não se ia trabalhar independente. O que era necessário? Qual é sua visão com relação a isso? A gente pode ir por aqui ou não? E a gente sempre trabalhava assim com a DIREH, não só para a área de ST, como todas as áreas de RH. E até para passar as experiências, trocar experiências. 'Tá acontecendo assim, como você vê isso? (Ator interno 5).

O próprio Nust que atende toda a Fiocruz tem limitações, por que se queria inicialmente que as unidades tivesse Nust sob a coordenação de um Nust central. Só que para ter uma coordenação do Nust central, você não pode ter interferência local (Ator externo 4).

• Participação

Essa categoria diz respeito à participação dos trabalhadores no processo de implementação do serviço. Questiona-se se houve de alguma forma, um movimento dos trabalhadores pleiteando o serviço e efetivamente atuando nesse processo de construção, seja por meio da CIPA, ou através do sindicato.

O sindicato da Fiocruz nunca teve uma participação, o entendimento que remonta o que é ST. O sindicato sempre era chamado a participar de reuniões, aí mandava sempre alguém, uma figura do sindicato que não tinha voz. Você pode observar que não tem nenhuma ação do sindicato nas unidades. Entendem, curiosamente, que isso é uma atribuição do patrão e não é (Ator externo 2).

Não me lembro de ter nenhum movimento, foi mais uma bandeira da direção, de alguns gestores (Ator interno 1).

Não houve uma discussão muito ampla não, pelo menos eu não fui envolvido na época [...] a gente tinha uma outra condição também, as vezes não envolvem a gente (Ator interno 13).

Não me lembro deles participarem (Ator externo 4).

Eu acredito que tenha havido, mas não com uma força que impulsionasse. Essa visão sempre foi da direção, do RH. Naturalmente, quanto mais aquelas pessoas têm condições de pedir, de controle, um ou outro pode ter mencionado, mas não com uma força, um movimento significativo (Ator interno 5).

Nunca ouvi falar nada sobre participação de trabalhador, se houve alguma participação de representação de trabalhador. Talvez não tenha tido, porque eu vejo muito pouca participação. Seja da representação sindical de servidores, seja da representação da CIPA dentro da unidade para cobrar ações específicas que poderiam ser realizadas pelo setor de saúde. Se esse perfil existe até hoje, a participação deve ter sido muito tímida (Ator interno 7).

Não me lembro de um fala específica, mas a lembrança que eu tenho, é que de um modo geral sim, uma fala ou outra, principalmente bem no início quando começou veio com muito gás. As primeiras composições da CIPA eram pessoas muito críticas, a maioria com bastante tempo de casa. Tinham muita visão das necessidades, e queriam mesmo, tinham muito essa vontade de realizar e melhorar as coisas(Ator interno 12).

Percebe-se que a maioria dos atores-chave não observou participação dos trabalhadores no processo de implementação do serviço, seja por parte da CIPA ou de sindicatos. Porém houve uma fala que pontuou que a CIPA sempre levou essa questão da importância de se criar um serviço para atender os trabalhadores da unidade exclusivamente.

Uma das grandes vitórias da CIPA, foi realmente ter um Nust ali dentro, sempre foi uma luta da CIPA, sempre a gente falou sobre isso. Sempre levamos isso para a diretoria. Falamos que tinha que ter um posto médico interno. A demora era muito longa, você poderia perder uma vida até chegar lá no castelo. [...] a unidade aumentou muito. Era uma bandeira da CIPA desde o começo, a gente sempre pediu (Ator interno 10).

Outro ator informa que nas primeiras composições da CIPA havia uma participação mais efetiva nas questões de segurança, mas, não na influência para institucionalização de um serviço de saúde do trabalhador. Observou-se também que os trabalhadores da manutenção eram mais participativos que os trabalhadores da produção devido ao processo.

Nos casos de acidentes, a investigação era da Segurança do Trabalho. No início a gente contava muito com a CIPA e o pessoal da manutenção estavam muito com a gente, eles foram fantásticos, foi muito rico mesmo. Alguns membros da CIPA, já eram de lá (DEPEM) e vira e mexe tinha acidentes, e aí ajudavam muito na discussão de cada acidente, mesmo de laboratório ou da fábrica, eles acompanharam bem de perto (Ator interno 12).

De acordo com um dos atores, houve um *workshop* antes da área ser inaugurada. Nesse momento a ideia para o evento era buscar uma maior entendimento das demandas de uma forma geral, e o que os gestores, líderes e trabalhadores esperavam do serviço que se estava implantando, para se pensar um serviço de acordo com as necessidades colocadas. Conforme o relato,

o pronto-atendimento médico foi um dos serviços mais apontados como necessário, e por isso, foi a primeira iniciativa a ser operacionalizada com a construção do serviço de saúde.

A gente acabou conseguindo fazer um workshop com várias pessoas que a gente convidou, não só gestores. A gente fez um trabalho com gestores, assessorias de vice e também com colaboradores mesmo. A gente fez uma mescla para que pudesse ter ali todas as visões para compreender as necessidades. Porque a gente não queria colocar as coisas de maneira impositiva. [...] A gente queria ouvir o cliente, qual era a visão dele.[...] E quando a gente fez essa troca, uma das coisas que bateu muito forte, foi a questão do pronto atendimento [...]. Tratar somente exame periódico, sem oferecer um pronto atendimento, o nosso colaborador vai continuar recorrendo ao Nust lá em cima, a gente não vai aliviar a carga deles, a gente vai ficar com o serviço meio quebrado, então a gente precisa desse serviço incluído aqui. Então, ali a gente já conseguiu desenhar (Ator interno 6).

Uma das questões apresentadas para a participação na CIPA ou Brigada de incêndio é a dificuldade para se voluntariar, devido à não liberação das atividades, como se essa questão não tivesse a devida importância.

Mas aí, como eu falei da participação da CIPA ou Brigada, a gente tinha que ter uma brigada de 150 pessoas, cai na mesma situação da CIPA, e isso é a coisa mais errada no mundo. Você tem que ter gente preparada na sua equipe, e a gente aqui não... Tem aquela coisa: não posso liberar. Mas, isso não interfere se a gente tiver toda uma estrutura institucionalizada, quando cada um sabe do seu papel. Não é o caso aqui, infelizmente, 'tô dizendo mais em relação às outras áreas (Ator interno 13).

- **Benchmarking e Capacitação**

O *Benchmarking* diz respeito a um processo de avaliação realizado entre as empresas em relação à concorrência, por meio do qual incorpora-se as melhores práticas e desempenhos de outras empresas ou assimila-se contribuições para aperfeiçoamento dos seus próprios métodos e práticas. Esta categoria tratará sobre as influências nesse processo no que se refere aos suportes recebidos e o tipo de capacitação oferecido para a implantação e operacionalização do serviço.

Um dos atores deste processo relata que não lembra se houve *benchmarking*, sentiu que as coisas vieram naturalmente pelo crescimento da organização, do trabalho, do processo e da identificação de necessidades. Essas necessidades iniciais referidas dizem respeito a fatores de risco de saúde, como a obesidade e má alimentação.

Observo a necessidade de se pensar ações para combater a obesidade como o programa "Mil quilos a menos" do PQV, compreendendo a obesidade como um componente saúde (Ator interno 2).

Alguns relataram que o houve o *Benchmarking* com o Nust-Fiocruz no que se refere a equipamento, espaço, estrutura, serviços e equipe necessária.

A gente teve um benchmarking forte com o Nust, que foi 'pra gente essencial... Para a criação foi apenas com eles... Depois de fato, fizemos com a Bayer, Arselor, GSK, mas isso bem depois do serviço implantado. Nesse período inicial realmente ajudou bastante. Eu fui lá, [...] e falaram: 'Isso não vai responder 'pra você' e não deu outra, a gente teve que ir crescendo [...] na época era uma

médica que tinha que pegar tanto a parte da medicina do trabalho quanto a parte de clínica geral. Foi complicado (Ator interno 6).

Essa assessoria na construção do ambulatório de Bio foi muito mais um intercâmbio...nessa questão de medicamento, de vacinação (Ator externo 2).

Eu só tive um entendimento de benchmarking para a médica, tipo assim: a médica chegou aqui e ela foi lá no Nust 'pra saber do que se tratava... Agora você chegou, então vai lá também... (Ator interno 7)

No que se refere à **Capacitação** o movimento foi parecido. Não houve uma capacitação específica para a atuação no serviço na perspectiva da ST. O que se considerou foi a interação com o Nust-Fiocruz para o entendimento do *modus operandi* das ações e programas implementados naquela instância e o que poderia ser operacionalizado dentro da realidade da unidade, considerando a sua especificidade e características.

Não houve capacitação padronizada, houve trocas de conversas (Ator interno 1).

Não houve capacitação, não pela CST,[...] Era mais troca e foi bem proveitosa essa troca no início [...] mas, capacitação especificamente não (Ator interno 6).

Não houve capacitação. O que houve foram conversas [...]Entrei em contato com a gestora na época e fiquei dois dias inteiros, numa imersão prática. Ela me explicou como o Nust funcionava, quais eram os profissionais [...]Mesmo se eu não tivesse uma história dentro da área, eu acho que pelo entendimento, um ou dois dias que eu fiquei ali imersa no Nust, iriam me trazer o entendimento do que se faz na ST da Fiocruz. Entendendo que aquela interlocução com o Nust já era a capacitação para atuar na ST (Ator interno 7).

Além dessa questão da capacitação, de acordo com alguns relatos, não houve um alinhamento entre a equipe dos objetivos definidos pelo serviço e a indicação de uma perspectiva de atuação alinhada com os princípios da Saúde do Trabalhador. Houve uma definição de papéis de acordo com sua profissão, já com atividades pré-estabelecidas. Essa ausência de integração para a construção de ações pode ser um indicativo da baixa interdisciplinaridade.

Fui apresentada ao setor como um todo no que a gente chama de PINF (Programa de Integração do Novo Funcionário). Até mesmo, a apresentação do setor que poderia ter sido feito internamente. Juntar ali a equipe toda... Olha o objetivo do serviço é esse... Isso não rolou. Houve uma micro apresentação, mas a minha apresentação do serviço em específico foi no PINF. (Ator interno 7).

3.6 – A organização dos serviços

Perguntas	10) Por que ocorreu do setor oficialmente chamar-se Seção de Medicina do Trabalho - SEMTR? 11) O que você acha da Engenharia e Segurança do Trabalho (AESTM-Assessoria de Engenharia, segurança do trabalho e meio ambiente) e a SEMTR serem setores separados? (AESTM- Assessoria da Vice de Gestão e SEMTR- Seção do Departamento de Recurso Humanos-DEREH)
-----------	--

12) Como foram os diálogos e a interação entre estes dois setores (Medicina/Saúde e Segurança)? Houve dificuldades? Quais?
--

Esta classe temática se originou a partir do bloco de perguntas listadas acima. Foi questionado sobre as diferentes nomenclaturas que o serviço recebeu desde sua idealização, sendo esta uma das primeiras indagações que inspirou esse estudo. Além dessa questão, o serviço foi estruturado dentro do Departamento de Recurso Humanos, separado hierarquicamente da Engenharia e Segurança do Trabalho, que por sua vez, também causava inquietações devido algumas questões apresentadas relacionadas à interação entre os serviços. Dessa forma, as categorias temáticas que se destacaram foram: **múltiplas denominações; distintas hierarquias; diálogos entre serviços.**

- **Múltiplas denominações**

O Serviço de Saúde do Trabalhador possui diferentes nomenclaturas, que por suas diferenças conceituais, trazem algumas questões do ponto de vista teórico- prático ocasionando, na concepção de alguns, como uma “crise de identidade”.

E ainda teve essa crise de identidade, que quando a gente fez a inauguração a placa de inauguração ficou sendo Centro de Saúde do Trabalhador e todo mundo conhece como Nust-Bio e que eu acho que seria o nome mais coerente, seguindo a lógica da Fiocruz como um todo (Nust- IFF, Nust-Far e Nust- Fiocruz), acabou que ficou essa crise de identidade enorme. Eu acredito que, em breve, isso vai ser resolvido (Ator interno 6).

Há uma crise de identidade no serviço, não ouvi nenhuma discussão sobre essa questão (Ator externo 2).

Conforme sinalizado na introdução deste trabalho, oficialmente no organograma institucional é denominado de Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR), na identificação da entrada do serviço, é denominado Centro de Saúde do Trabalhador, que alguns abreviam CST, causando possibilidades de haver confusão com a sigla da Coordenação, e por fim, culturalmente é conhecido no âmbito da Fiocruz para todos os trabalhadores como Núcleo de Saúde do Trabalhador de Bio-Manguinhos (Nust-Bio). As narrativas sobre essa diversidade de nomes perpassam, também, por opiniões diferentes. Alguns apontam que a opção por Seção de Medicina do Trabalho diz respeito à estrutura de fábricas e para seguir o padrão organizacional, pois o Dereg era constituído por seções.

Seção pode ter a ver pela própria estrutura de fábrica e usar o nome Nust-Bio é devido as pessoas do campus estarem habituadas (Ator externo 1).

A escolha inicial por SEMTR foi pra seguir um padrão da estrutura organizacional, éramos somente seções (Ator interno 1).

Eu não sei se foi um erro, na elaboração da placa, mas agora com certeza, eles poderiam ter colocado, então, Seção de Saúde do Trabalhador (Ator interno 4).

Isso faz parte da confusão da Saúde do Trabalhador, da hegemonia. O Nust é mais conhecido, a CST não se conhecia. Agora com a discussão do transporte e o Fiocruz Saudável tem mais nome (Ator externo3).

O Derh era um departamento que não tinha centro, não tem serviço, não tem centro, é departamento e seção. Então, se dividiu em administração de pessoal, desenvolvimento e medicina do trabalho. Porque naquela época se entendeu assim, o serviço cresceu, surgiram derivações, qualidade de vida e ficou tudo ali..assim como outras áreas do Dereh dentro de outros departamentos dentro de Bio-Manguinhos (Ator interno 6).

O uso da denominação de Nust-Bio é devido à cultura do nome através do Nust-Fiocruz. A utilização oficial de Seção de Medicina do Trabalho não retrata a realidade do trabalho desenvolvido, pois não se realiza apenas Medicina do Trabalho, existem outros profissionais que compõe, ainda que, com fragilidades, uma equipe multidisciplinar. Então, essa denominação, para alguns, se constitui um retrocesso diante da concepção de Saúde do Trabalhador e do próprio trabalho que se busca desenvolver.

Seção de Medicina do Trabalho seria pouco comercializável, Nust é cultural, tem uma força muito maior, por isso as pessoas conhecem como Nust-Bio (Ator interno 1).

A cultura da Fiocruz já traz o Nust como nome principal para tratar a saúde de quem trabalha dentro da instituição. A gente não faz só Medicina do Trabalho, a gente busca fazer ST, há uma confusão de papéis. E a gente tem a orientação de usar a Medicina do Trabalho, porque é a nomenclatura oficial. Eu acho horrível, acho péssimo. Um retrocesso (Ator interno 7).

Núcleo de Saúde do Trabalhador fica mais evidenciado. É um núcleo de ST porque abrange todas as áreas [...] não fazemos só Medicina de Trabalho (Ator interno 8).

O Nust, eu acho que eles usam esse nome por que como é um serviço muito similar à eles, mas seria como se fosse o mesmo serviço, só que dentro de Bio-Manguinhos, prestam serviço para todos [...]a gente atende pessoas que passam mal lá fora...É um posto de saúde, praticamente, e isso as pessoas também polemizam (Ator interno 11).

A utilização de Centro de Saúde do Trabalhador tem a ver como uma tentativa de se alinhar aos conceitos do campo da ST e também devido ao serviço abarcar uma série de atividades para além da Medicina do Trabalho simplesmente.

Compreendo o papel social da Fiocruz na discussão do SUS para o fortalecimento da área de Saúde do Trabalhador, então ainda que o Ministério do Trabalho utilize Medicina do Trabalho, entendo que é o clássico e formal. Mas aqui levamos a especificidade do trabalhador. A Fiocruz está envolvida com a discussão da Saúde do Trabalhador como política pública. Por isso considero o nome Centro de Saúde do Trabalhador mais apropriado. Não pensei em Medicina do Trabalho, pois não trabalhamos para a Medicina do Trabalho e sim para a Saúde do Trabalhador. Há uma diferença sutil (Ator interno 2).

O Centro de Saúde do Trabalhador foi uma tentativa de dar um nome para a Seção de Medicina do Trabalho, um nome mais amplo, onde tudo pudesse realmente ficar debaixo desse mesmo guarda-chuva. Foi uma tentativa, mas não pegou. Vai colar mesmo o Nust-Bio (Ator interno 1).

O fato de você ter uma seção que englobe atividades diferenciadas, embora da mesma natureza, mas elas têm especificidades muito peculiares [...] Eu quero isso aqui como um centro que tem

várias atividades. Esse entendimento de atividade, que eu sempre discutia com o pessoal lá. Uma atividade não quer dizer que seja uma seção, tem um conceito de organização, de planejamento do trabalho que 'tá muito mais além. Então muita gente desconhece isso, colocava simplesmente uma placa na porta com o nome de centro (Ator interno 5).

Até o fato, de até mesmo, a própria coordenação deixar a coisa muito autônoma, de repente, mesmo sendo uma questão ah, é só um nome, a própria coordenação poderia ter dado uma "interferidinha", falando não. Seção de medicina não [...] Coloca outra nomenclatura (Ator interno 7).

Eu realmente não sei, com toda a franqueza e as palavras, porque esse nome foi dado, se gente faz uma série de coisas (Ator interno 11).

Há a opinião de ter havido uma resistência em relação à constituição de um serviço descentralizado, e por isso se pensou em utilizar Centro de Saúde do Trabalhador.

Talvez tenha sido, por uma resistência inicial em relação à descentralização do serviço, então, para não dizer que seria um Nust, resolvemos colocar Centro de Saúde do Trabalhador (Ator interno 3).

A definição da estrutura organizacional leva um tempo para se concretizar oficialmente, sendo essa a opinião sobre a razão de não ter havido uma modificação do nome pré-estabelecido inicialmente, havendo um descompasso entre o oficial e o real. O intervalo que se tem entre as discussões sobre a estruturação que seja adequada as necessidades da unidade e o que o Ministério da Saúde e do Planejamento oferece não é curto e não é possível mudar a estrutura uma vez por ano.

A unidade crescia, não só Bio-Manguinhos, mas aí você tem uma estrutura oficial que é publicada em diário oficial, porque isso implica em cargos de confiança. Daí você tem um determinado número de cargos de confiança que você tem que obedecer. E então, você não pode ter um departamento e remunerar a pessoa que está à frente daquele departamento se não estiver aquela função oficial, se ela não existir. Só que as estruturas elas vão se adequando, elas vão acontecendo naturalmente. Porque a velocidade de crescimento era muito grande e isso facilitou o surgimento de estrutura que era o entendimento das pessoas. Eu já tinha esse entendimento da existência desse descompasso, dessa dificuldade de você poder desenhar uma estrutura, realmente de acordo com o que você realmente pratica. Na nova estrutura, pensando na empresa pública, isso está contemplado [...] no sentido de realmente pensar uma forma mais elaborada e mais técnica (Ator interno 5).

Quando a área inaugurou em 2008, a gente tinha uma estrutura... E tem uma estrutura que tem que ser respeitada [...] e essa coisa não é simples de mudar [...] Bio-Manguinhos não pode pura e simplesmente resolver [...] tem que ter diversas aprovações como um todo. Isso entra na parte da DIPLAN (se eu não estiver enganado) e a gente tinha essa questão que a seção de medicina tá dentro do Departamento de Recursos humanos... E a gente já tinha duas seções lá, que era a Seção de pessoal e a Seção de Desenvolvimento. Então, naturalmente tinha que entrar como uma seção, pra seguir essa estrutura. Eu na época até defendi a questão de ser núcleo, já que o lá de cima era núcleo, mas não ficaria condizente com a nossa estrutura na época. A gente não tinha a dimensão no todo e precisava-se criar um nome para incluir o serviço. [...] então acabou entrando esse nome, que realmente não retrata a realidade do nosso serviço da Seção de Medicina do Trabalho (Ator interno 6).

E aí ficou aquela coisa dúbia [...] e aí conforme o tempo foi passando e a gente pergunta... E aí a gente vai ficar sendo Medicina do Trabalho a vida inteira? Ah não, quando tiver a próxima reformulação do organograma a gente vai mudar. Porque na época da inauguração já não podia ser modificado. Um pouco antes da inauguração, Bio já tinha tido uma mudança de organograma e eu não sei de quanto em quanto tempo isso acontece [...]. E aí agora com a expertise da Empresa

pública, provavelmente realmente isso vai mudar, porque o setor vai estar dentro da superintendência³⁷ (Ator interno 7).

Há a opinião que a denominação de Seção de Medicina do Trabalho foi estabelecida por um entendimento conceitual sobre o atendimento aos requisitos legais.

A Saúde do Trabalhador utiliza-se das novas regulamentadoras, que é um conjunto que a Medicina do Trabalho aplica, ela atende alguns critérios da norma (Ator externo 4).

Eu acho que o problema desde o início de quem implementou o serviço, que é uma questão conceitual... Quem pensou e quem assessorou quem pensou e quem assessorou quem estava implementando. Se é que houve assessoria. Ah, a gente precisa de um nome, obrigatoriamente tem que ter médico... Se for 'pra fazer periódico, só pode ser médico do trabalho, então vamos colocar Seção de Medicina do Trabalho, que vai ficar responsável por isso. Não vou colocar setor de saúde não, ou não vamos colocar Nust 'pra não confundir (Ator interno 7).

Por outro lado, quanto à definição por Centro de Saúde do Trabalhador, há a opinião que foi uma decisão da direção, pois se tinha uma proposta de ter um serviço ampliado, inclusive com a pretensão de implantar um serviço assistencial odontológico.

Eu acho que a sugestão Centro de Saúde do Trabalhador não foi da Coordenação. A informação, na época, que eu tive, da inauguração sobre o nome Centro de Saúde do Trabalhador, era que o nome foi dado pelo diretor da unidade na época. Ele que colocou Centro de Saúde do Trabalhador. Agora o porquê que ele colocou Centro de Saúde do Trabalhador, também não sei. Não sei se a perspectiva era que o serviço também tivesse um outro propósito na concepção dele. Porque não foi o que me foi dito, nem era isso que estava no papel no momento. Mas, tinham uma perspectiva futura de transformar aquilo em algo maior, um serviço ambulatorial maior, e até tinha a pretensão de um dentista. Aí a gente coloca centro de saúde, porque a gente não vai fazer uma coisa pequeninha (Ator interno 7).

Devido à adoção dessas variadas denominações, tanto dos trabalhadores da unidade quanto dos integrantes da equipe do serviço, a chefia solicitou à equipe que ao reportarem ao serviço adotem o que é estabelecido oficialmente no organograma institucional, a fim de evitar interpretações dúbias. Contudo, essa orientação apresenta dificuldades para ser seguida.

Poucas pessoas falam Medicina do Trabalho,[...] para o trabalhador é Nust de Bio. Não vai ser a gente falando, SEMTR ou Medicina do Trabalho, que vai modificar ali o que já está introjetado pelos trabalhadores (Ator interno 7).

Essa confusão de denominações ocorre também no que se refere ao uso da sigla, não compreendem o que significa SEMTR, e referem ao serviço apenas como Saúde do Trabalhador.

O Nust não é bem o termo que nós usamos aqui, é Saúde do Trabalhador. Então, a Segurança do Trabalho quando se refere ao Nust estamos nos referindo ao Nust central. Lá tem o atendimento tanto de saúde do trabalhador como atendimento ambulatorial. O SEMTR que é o setor de Saúde do Trabalhador, ele foi construído 'pra ser Saúde do Trabalhador, hoje não sabemos o que é...se transformou em um grande ambulatório (Ator interno 9).

³⁷ Para a implementação da nova estrutura para a constituição da Empresa Pública, nas discussões para remodelagem dos processos ficou definido que a Saúde e Segurança ficarão a cargo de uma Superintendência que também vai abarcar as áreas de Biossegurança e Responsabilidade Social.

Por mais que você tenha uma orientação institucional[...] eu me recuso a falar que eu trabalho na Seção de Medicina do Trabalho, ou falar Medicina do Trabalho, porque a gente, apesar dos pesares, pontualmente, a gente tem uma articulação multiprofissional, existem outros profissionais ali... E o máximo que eu falo é setor de saúde. E aí, assim, se o setor tem uma plaquinha que diz lá, que é Centro de Saúde do Trabalhador, pelo menos fica sendo Saúde do Trabalhador (Ator interno 7).

- **Hierarquias distintas**

Como também já citado, o Serviço de Saúde do Trabalhador está no escopo das atribuições do Dereg, sendo a Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR) separado hierarquicamente da Segurança do Trabalho (AESTM). Esta, por sua vez é ligada diretamente a VGEST, mesma instância ao qual o Dereg é subordinado.

Essa categoria foi identificada a partir do questionamento da existência dessa separação, uma vez que a legislação trabalhista representada na NR 4 determina a criação de um SESMT. E que ambas as especialidades devem atuar em conjunto na busca da proteção à saúde dos trabalhadores.

Nós temos uma grande dificuldade com isso, e a dificuldade maior é que a comunicação e o elo da Saúde do Trabalhador com a Segurança do Trabalho ela não é direta, eles estão em hierarquias distintas, uma 'tá agarrada no RH e a outra 'tá agarrada na gestão. Mas, na realidade, dentro da unidade, isso deveria ser junto, como será a proposta da nova modelação que eles estão fazendo (Ator interno 9).

O grande problema é o seguinte: eles respondem diretamente a direção, e a gente não, a gente responde ao RH. Então assim, há essa divergência. Nós deveríamos estar junto com eles respondendo diretamente à gestão, mas não. Dá a impressão que são duas coisas separadas e não são, tem que andarem juntas... Então, eu acho que hoje em dia melhorou a questão do trabalho em conjunto. Melhorou um pouco do que quando a gente começou (Ator interno 4).

Entretanto, percebe-se que existe uma separação instituída pela cultura dessas profissões, e que em geral, no campo empresarial, a área da saúde é ligada a área de recursos humanos.

Não gosto da separação, mas a questão de serem setores separados é prática em muitas empresas. Trabalha junto em determinadas situações, como a construção do PCMSO, pois é preciso do apoio da segurança. É comum, as coordenações dos serviços colocarem junto assistente social, médicos, psicólogos, enfermeiros, mas os engenheiros e técnicos costumam indicar que é preciso estar separado. Isso dificulta o diálogo (Ator externo 1).

Na minha visão, a gente sempre defendeu que essa área da Saúde e Segurança do Trabalhador deveria estar vinculada num nível de hierarquização mais elevada, mas a cultura de se vincular a área de saúde ao RH ela é muito grande nas empresas de um modo geral e, acabou que Bio-Manguinhos não foi diferente. Essa questão é estrutural, muito mais enraizada, para além de Bio-Manguinhos (Ator interno 12).

Já existia a Segurança do Trabalho que já era uma forma estruturada. Quando se pensou na criação do Nust, seguiu a lógica da CST, e por uma questão de cultura associou saúde à gente. Gente ligada aos Recursos Humanos (Ator interno 1).

Eu acho que isso é questão de visões, porque como é uma área que se você for verificar, funciona de várias maneiras em várias instituições. E aí, vai muito da forma que a empresa trabalha e vai muito das visões de algumas pessoas. Eu não 'tô dizendo que é certo ou errado. Acontece que sempre é uma área muito questionada porque funciona na área de Recursos Humanos. Mas depende muito do que a unidade ver naquele momento que está sendo discutida. Às vezes até a própria consultoria traz um conceito que pode dificultar essa visão, e na prática a gente ver que não faz

muito sentido, porque dificulta o diálogo, dificulta o trabalho, a execução, a organização e às vezes, até a relação das pessoas (Astor interno 5).

As explicações para a configuração desta separação perpassam pelo entendimento das necessidades apresentadas no decorrer histórico.

A princípio houve a necessidade da constituição e implantação do serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho devido à construção da planta industrial, como já explicitado em tópicos anteriores. Ou seja, para atender normas internacionais reguladores. Este sendo o motivo concreto para a implantação da AESTM. Com o passar de alguns anos, a necessidade foi ampliada devido às pendências exigidas pela ANVISA no que tange às não-conformidades sobre os EPS e a vacinação dos trabalhadores, que foram demandados ao RH para solução dessa questão. Somando-se a essa atribuição havia o PQV sendo desenvolvido pelo RH também, ou seja, os serviços que institucionalizou a área de saúde foram forjados em sua origem dentro de Dereg mesmo percebendo que os serviços deveriam estar juntos hierarquicamente, não foi modificado, permanecendo com essa estrutura.

A pressão natural de um momento específico pode ter configurado desta forma, pela obrigatoriedade de um serviço de prevenção de acidentes, aonde os engenheiros tem parte específica nesse processo, porque é do trabalho, da instalação, do local. Mas nada impede que se for considerado que está faltando uma integração, sugerir isso, buscar formalizar e reorganizar isso (Astor interno 2).

A AESTM já existia antes, o PQV também existia antes da Seção de Medicina, e aí as coisas estavam em áreas diferentes, o PQV estava no RH, a parte do Apoiar e o exame periódico estava dentro do RH. Então assim, era meio complicado fazer aquela junção, nem foi pensado isso naquele momento (Astor interno 6).

Quando se desenhou a Saúde do Trabalhador, se desenhou a Saúde do Trabalhador via RH [...] Tem a Segurança do Trabalho e o Meio Ambiente, 'bora colocar a Saúde do Trabalhador junto... Isso que tinha que ser feito só que foi desenhado de um jeito, ficou desse jeito e permaneceu desse jeito (Astor interno 9).

Compreende-se que AESTM tem uma característica distinta do Serviço de Saúde do Trabalhador e naquela época a concepção que se tinha é que deveriam ser setores distintos. Não foi pensado na possibilidade de junção dos setores. A Segurança do Trabalho foi criada com outro foco, porque haviam vários problemas de uso inadequados em alguns processos, nas construções, nas empreiteiras e não havia controle sobre estes problemas. Os acidentes aconteciam e não se tinha registro. O foco era identificar o evento que faz com que o trabalhador ficasse doente ou se acidentasse. Por esses motivos, naquela época não foi pensado na possibilidade de ser um único setor. A preocupação era com a segurança e na possibilidade de acidentes dentro das áreas. Ou seja, a AESTM foi criada como assessoria, num outro patamar, ele assessorava a direção no que se refere à segurança do trabalho, equipamentos para as área. Não era

visto como um serviço associado que devesse fazer parte do RH e conseqüentemente caminhar em paralelo com o Serviço de Medicina do Trabalho.

Entendeu-se na época, que o foco da AESTM era a prevenção, e o Nust o tratamento. Mais ou menos nesse sentido, ficaram duas áreas distintas, por que foram pensadas ações diferentes. Só agora estamos corrigindo com a nova estrutura da empresa pública. Na empresa pública a gente vai colocar dentro de uma área só (Ator interno 3).

A segurança ela tem o foco é no meio ambiente, a medicina é a pessoa, tanto que o PPRA é por área, e o PCMSO e por pessoa (Ator interno 13).

São coisas estanques, a AESTM cuida da prevenção de acidentes. Dentro da medicina do trabalho, você trata com pessoas já, talvez, com questão de saúde instalada, que você tem que fazer um acompanhamento social com a pessoa (Ator interno 8).

O RH não gerencia sobre a segurança, aí há uma certa dificuldade. Foi muito cultural também. Segurança era segurança... Quando teve que fazer o PCMSO e o PPRA veio a visão que as coisas tinham que estar interligadas (Ator interno 1).

Lá no Nust central tem um psicólogo, tem uma assistente social, equipe de enfermagem, que é muito diferente de equipamento individual, equipamento coletivo, cinto de segurança, obras (Ator interno 11).

Porque não deveria existir essa necessidade, e aí começa a complicar um pouco. Na medida que, se você pensa que a Engenharia de Segurança hoje é para atender uma diretoria, para possibilitar uma produção e o Nust de Bio pra dar assistência ao trabalhador que venha a adoecer, dar uma assistência, para que ele continue a produzir, como sendo duas lógicas diferentes, e isso que começa a ser um problema (Ator interno 12).

Eles não são interligados, enquanto eles não se juntarem e falarem a mesma língua, vão estar andando de muleta...quebrando cabeça e enxugando gelo[...] (Ator interno 9).

Portanto, compreende-se que essa separação se configura uma dicotomia, como se houvesse interesses distintos, enfraquecendo as ações na concepção da ST, a qual por sua importância deveria estar em um patamar estratégico na unidade, considerando o papel social da instituição enquanto modelo de práticas para o campo da Saúde Coletiva. Há a reflexão sobre essa questão da missão institucional, que é produzir insumos para preservação da saúde, mas questiona-se sobre qual a atenção à saúde recebem os trabalhadores que produzem esses insumos. Torna-se necessário ampliar o olhar sobre essas questões, que devido à organização estrutural não recebe a atenção e a prioridade devida.

Acaba criando, talvez, uma dicotomia nesse processo de saúde do trabalhador, diferenças de interesses, e é uma coisa que a gente tentava trabalhar ao máximo, independente da questão estrutural e de hierarquia, tentar manter uma ótica que a ST deveria ser prioridade, deveria estar num valor mais elevado enquanto instituição, principalmente pensando no próprio papel social da sua missão, enfim dos valores que a gente acredita, de prevenção da saúde em primeiro lugar, que deveria começar dentro do seu próprio processo. [...] Independente da estrutura, se você tem isso respeitado, a vinculação separada não deveria intervir, porque cada um transitaria livremente, independente da hierarquia. E nessa lógica de estar vinculada a diretoria para se ter uma estrutura de maior poder, pudemos usar esse termo, vamos dizer assim, está dentro da lógica do capital, entendeu? (Ator interno 12).

Verifica-se que esta separação em hierarquias distintas provoca alguns impasses operacionais que atrapalham o desenvolvimento de um trabalho em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, que possibilite a intervenção nos ambientes e processos de trabalho com a uniformização de saberes e um alinhamento nas concepções. Isso fica nítido quando se necessita realizar avaliação ambiental.

A gente não consegue fazer uma avaliação ambiental, pelo menos que eu me lembre, as avaliações que eu participei, estava com a Medicina do Trabalho, não tinha ninguém da Segurança com a gente... e assim...ah, tah! A segurança ver riscos. Que veja riscos, mas que esteja ali com a gente fazendo avaliação. A gente tenta fazer uma avaliação com que o trabalhador converse um pouco, fale um pouco do seu processo e a gente não tem a Segurança nesse momento, que poderia estar trabalhando interdisciplinadamente com a saúde, isso acaba não existindo (Ator interno 7).

Outra dificuldade que há com essa separação é a investigação de acidentes e de doença ocupacional, que provavelmente se o serviço andasse junto com a Segurança poderia haver uma investigação mais aprofundada, e nos casos de acidentes, buscaria perceber o ocorrido sem o viés da culpabilização, em que, muitas vezes, verifica-se sem observar o contexto e as próprias condições de trabalho.

Às vezes, a percepção que se tem, é que tirando a questão da avaliação ambiental, talvez se a gente tivesse mais próximo, até alguns conceitos tradicionais da Engenharia a gente poderia estar trabalhando um outro olhar. Quando a gente vê algumas verbalizações em relação a acidente de trabalho, ainda com aquele olhar de culpabilização do trabalhador, uma investigação às vezes discordante[...]. Há outras coisinhas da nossa rotina do dia a dia, que a gente vê que há uma separação de olhar muito forte. O processo multi já seria um ganho, inter é quase uma utopia, dentro desse contexto de ver ali a Engenharia como uma parceira efetiva (Ator interno 7).

Eu acho que os dois teriam que ser juntos. Existe a Assessoria da Segurança do Trabalho. Se é uma assessoria, que todos estejam no mesmo patamar [...]eu acho muito esquisito você analisar um acidente sem trabalhar junto (Ator interno 10).

A proposta aqui para a Empresa Pública, a gente 'tá trabalhando com essa linha de atuação integrada, e assim também criar a superintendência de sustentabilidade. Vai ficar separado, mas tudo no guarda-chuva da superintendência. Vai ter uma gerência de saúde, outra de segurança, de responsabilidade socioambiental (Ator interno 13).

Porém, há a compreensão que o fato de serem setores separados não impacta e não prejudica o andamento do serviço.

Não atrapalha nada a área de Medicina ser ligada a área de RH. Se fosse ligada a área de Segurança hoje seria melhor (Ator interno 13)..

Hoje as coisas funcionam muito bem, dado a forma como a gente conduziu o crescimento aqui na área, os serviços que a gente acabou abarcando, as características que a gente acabou adotando aqui. Hoje, se houver uma mescla dessa, vai ficar uma mega área... Ah, você vai falar todo SESMT é assim...não necessariamente...por que tem SESMT que não tem linhas de atuação como a gente tem, tem SESMT que não tem PQV, tem SESMT que não tem área de atendimento médico, tem SESMT que não tem tantos serviços da parte do Serviço Social e Psicologia como a gente tem [...].A gente tem um dimensão bem abrangente (Ator interno 6)

Aparece também a opinião de não ter havido interesse para a resolução dessa questão, compreende-se que há muitas “*inconformidades institucionais e as pessoas não tem um olhar, mesmo que tenha orientação, não tem um olhar criterioso para isso*”. (Ator interno 9).

Eu estou aqui há 10 anos, se eu não me engano já foi mudado umas três vezes. Dentro dessas três vezes, quem está organizando o organograma, será que não tem consciência de um SESMT? Se não sabe, chama pra conversar. Porque às vezes as próprias chefias ficam receosas de estarem opinando, de mexer de um lugar para o outro, isso envolve custos financeiros... O setor perde um centro de custo, então é difícil você falar disso (Ator interno 9).

De acordo com as narrativas, atualmente mesmo recebendo o nome de Assessoria de Engenharia e Segurança e Meio Ambiente não se atua como assessoria mais. A ideia de assessoria surgiu quando ainda tínhamos a consultoria que implantou o serviço e teria a perspectiva de atuar num sistema de gestão. Ao se implantar as normas, atuaria com o papel fiscalizatório para o cumprimento dos procedimentos. Num sistema de gestão, as áreas são responsáveis por executar e cumprir o estabelecido. Atualmente a AESTM, atua como gestão do serviço num caráter de execução e não fiscalizador.

Hoje a gente não atua como assessoria mais [...] eu sempre imaginei que a gente poderia atuar, sim, como assessoria, se a gente hoje fosse um sistema de gestão, [...] a gente iria implantar os procedimentos, as normas, ia fazer as auditorias, ‘pra avaliar se essas normas estão sendo cumpridas, mas quem tem que cumprir mesmo são as áreas [...]um sistema de normas na qual você tem que cumprir(Ator interno 13).

Eu não sei que concepção foi utilizada para essa nomenclatura, talvez até (puro julgamento da minha cabeça) porque era uma coisa que estava vindo com alguém de fora, veio como um assessoramento inicialmente, como um consultor, que assessorou que talvez criou-se esse nome da AESTM (Ator interno 11).

Nós não somos gestores, nós somos fiscais, hoje em dia nós não somos fiscais, somos gestores. Você não pode gerir uma empresa contratada, quem geri a empresa é a própria empresa... Você fiscaliza a empresa contratada. E isso que tem conflito internamente (Ator interno 9).

Sendo assim, se houvesse uma assessoria com um sistema de gestão, os procedimentos deveriam ser de responsabilidades dos gestores das áreas, que seriam fiscalizados pela assessoria. Ou seja, a AESTM não tem o perfil de assessoria como o nome sugere, mas outro equívoco na “sopinha de letrinhas” das siglas.

Existem pontuações de várias questões institucionais no que se refere à ausência de comunicação sobre as obras junto à segurança e o entendimento do papel dos gestores no que se refere à segurança do trabalho.

As áreas não entendem que se tem um ruído, causada por uma obra da Engenharia, eu como gestor, eu não ia procurar a segurança, ‘pra acabar com o ruído não, eu ia procurar o cara quem tá fazendo o barulho, que ‘tá provocando, que é o cara que ‘tá dentro da empresa e é um par meu [...]A área que vai fazer a obra não comunica, aí coloca uma cola, dá mau cheiro, não tem uma consciência, isso que atrapalha (Ator interno 13).

Problematiza-se também a questão, que para o início de qualquer atividade, deveria haver uma avaliação por parte da Medicina do Trabalho e da Segurança. Essa necessidade ocorre devido muitos trabalhadores iniciarem as atividades em áreas atestadas com insalubridade, e a pessoa que entra, não entra com essa avaliação. Ou seja, o trabalhador é exposto a um risco e nem vai receber o que lhe é por direito. Ainda que se tenha a visão crítica da monetarização dos riscos, mas os outros trabalhadores que estão lá e estão submetidos aos mesmos riscos tem o direito ao adicional.

A Segurança do trabalho avalia as documentações pertinentes à Segurança do Trabalho e a Saúde do Trabalhador avalia o que é pertinente a Saúde do Trabalhador. A partir do momento que está se inserindo uma outra mão de obra dentro da unidade que pode ser afetada pela nossa atividade. Então assim, hoje em dia se contrata um serviço, que a pessoa entra dentro de um laboratório, que você atesta um profissional à insalubridade, e que, o que está entrando não ganha, você expõe o funcionário à um risco, aonde a empresa está se colocando em uma posição frágil, dentro de um acidente que possa vir ocorrer(Ator interno 9).

- **Diálogos entre serviços**

Essa categoria emergiu a partir do questionamento sobre como os atores percebem os diálogos entre os serviços da Saúde do Trabalhador e a Engenharia de Segurança. A maioria traz que existe uma deficiência nas interações e diálogos. Além das atribuições distintas definidas pela hierarquização, entre os motivos, está à percepção de haver visões diferentes e uma perspectiva de ação divergente entre a Saúde do Trabalhador e a Engenharia e Segurança. *Há uma dicotomia institucional – uma dificuldade de trabalhar de modo articulado (Ator externo 2).* De acordo com um dos atores, essa dificuldade ocorre devido à própria formação, onde não há uma formação de Saúde Coletiva nas universidades de maneira a formar profissionais com essa perspectiva. No campo empresarial, essa dificuldade é maior devido à lógica das empresas, onde a maioria dos profissionais atua sob uma perspectiva reducionista e pragmática.

Uma das coisas é a formação das pessoas [...] os profissionais das corporações não tem uma formação de Saúde Coletiva, nem os engenheiros, nem os profissionais de saúde. A formação de Saúde Coletiva das universidades deixa passar ao largo. Aí se forma o profissional da Saúde Coletiva, que é um profissional a parte. A Saúde Coletiva dentro das profissões, ela não tem uma adesão, ela tem uma adesão na gestão, no planejamento geral, dos gestores, tem uma ligação com a epidemiologia, com as vigilâncias de alguma forma, mas com o serviço? Nem na atenção básica.[...] Há uma dificuldade de se trabalhar, aí quando você vai para um serviço de empresa, ainda tem mais um componente de que toda formação é ligada a uma formação que vem da ótica das empresas, da Engenharia, da Medicina de Trabalho, que deturpa um pouco a visão, mesmo da Medicina do Trabalho, mesmo da própria Engenharia, e tem dificuldade de trabalhar junto... Não é um problema de Bio-Manguinhos, é um problema geral. A CST sempre teve esse problema, por isso a gente fazia formação interna o tempo todo (Ator externo 3)

Em geral, o diálogo entre engenheiros e médicos é difícil, mas especificamente para mim, naquele momento, tinha um bom relacionamento. Eventualmente questionava-se algo que era necessário, mas nada que fosse um problema (Ator externo 1).

É apontada uma deficiência na comunicação e interação sobre os acidentes de trabalho e ações realizadas no que se refere à notificação, investigação e acompanhamento. A falta de comunicação entre as áreas provoca ações distintas e essas ações não se cruzam. Houve narrativa que considera que há diálogos, porém, o que se verifica é a dificuldade para atuar em conjunto e a divergência de opiniões e visões.

Hoje a gente tem a questão do acidente, a pessoa sofre acidente, fica sabendo somente depois, não é obrigação da medicina, a obrigação é da chefia, mas às vezes a chefia nem sabe (Ator interno 9).

Tenho a orientação de toda vez que houver acidente de trabalho, mandar pra AESTM também por e-mail. Eu mando, mas tanto faz como tanto fez, porque ninguém responde nada, eu não tenho retorno se foi feito uma investigação (Ator interno 8).

A Segurança do Trabalho com a Saúde do trabalhador hoje, se nós formos fazer um apanhado, não temos contato. O único contato que a gente tem é o relatório de acidentes de trabalho. Que a gente também tem dificuldade.[...] O que eu falo é que essa linha ela não segue a partir do momento que você não tem um SESMT interno, você tem a Saúde do Trabalhador de um lado e a Segurança de outro e que não se comunicam [...] um faz uma ação, o outro faz outra ação, mas só que essas ações ela não se cruzam, entendeu? Então você tem problemas (Ator interno 9).

Eu acho que há um diálogo, sempre que se chama pra vir conversar. Enfim, o acidentado vai pra lá, aí você faz a notificação. O engenheiro vai lá, pra saber o que aconteceu. O acidentado vai lá no serviço de saúde e se ele tiver aguardando, o técnico vai lá pra fazer logo a entrevista. A informação vai pela enfermagem. Quando a informação vai pela chefia quando a pessoa se afasta, também o técnico vai lá 'pra saber o que ele relatou e a medicina passa a informação. O diálogo há. Agora o trabalho em conjunto, e as divergências do olhar e de concepções para determinadas questões é que são divergentes (Ator interno 7).

No ponto de vista de alguns atores, consideram que não há uma dificuldade no diálogo, de forma que a interação ocorre de maneira satisfatória.

Eu nunca vi isso como problema não, porque a gente sempre se falou [...] o que a gente precisava de informação a gente ia recorrer. Então eu nunca vi isso como um problema. Não sou da teoria que tem que sempre seguir um padrão. E acho que a gente consegue funcionar muito bem. Tem a parte de acidentes [...]. A parte do PPRA para fomentar o PCMSO é crucial, ações específicas, instruções, procedimentos de como vai fazer (Ator interno 6).

Alguns relatos demonstram que as divergências ocorrem devido às perspectivas diferentes de se perceber as questões de Saúde e Segurança dos trabalhadores no âmbito institucional, pois não há um alinhamento para a apreensão do conceito de ST. Conforme a visão colocada, os serviços estariam atuando com prismas distintos em relação a uma visão institucional empresarial, quanto à diminuição dos afastamentos gerados por acidentes de trabalho. Em sua concepção, a Medicina do Trabalho não estaria considerando a importância de não quebrar o ranking de afastamentos que a cada acidente é atualizado para o público, por não ser uma responsabilidade da Saúde, e sim, da Segurança.

O quadro de acidentados que nós temos na entrada do Rocha Lima, quem olha para aquele quadro, não imagina que é a Segurança de Trabalho [...] se todo acidente que tem você atesta mais de um dia (de afastamento) eu quebro meu quadro. Se você está trabalhando para uma empresa, você não pode atestar mais de um dia para um profissional que se acidentou. Você vai atestar um dia 'pra

habilitar ele procurar um atendimento externo. A minha visão é institucional, fora que o profissional, ele não procura o atendimento externo. O médico ele tem a habilidade respectiva 'pra fazer isso. Só que institucionalmente, isso não é lucrativo [...](Ator interno 9).

Os relatos apontam uma visão desvirtuada da concepção. Fica notório que não há uma harmonia na compreensão em relação às atuações e os papéis dos serviços. A ausência de alinhamento sobre a concepção de ST provoca distorções de atuação que se aproxima ao conceito advindo do paradigma da Medicina do Trabalho, em que havia uma atuação voltada para o controle do trabalhador à serviço do empresário, em que este, determina o papel do médico do trabalho na empresa.

De acordo com as narrativas, o Serviço de Saúde do Trabalhador, deveria atuar na perspectiva da lógica da produtividade empresarial, visando o lucro, em que os profissionais de saúde deveriam limitar os atestados médicos em caso de acidentes ou incidentes que gerasse afastamento. Tal pensamento, ainda que utilize a terminologia Saúde do Trabalhador, é uma concepção ultrapassada, que o paradigma da ST busca superar, onde o controle do absentismo realizado pelos médicos do trabalho deve ter um maior rigor do que por médicos externos, visando também a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção (DIAS e MENDES, 1991)

Não é que são visões diferentes. As visões elas não são alinhadas. Entendeu?[...] Você é funcionário da empresa, você tá trabalhando para que a empresa funcione[...] Tem algumas coisas que não se consegue alinhar ainda [...] isso é uma coisa que tem que ser estudada. Não é por que você tem um setor na sua área que você vai obrigar a pessoa trabalhar de forma diferente, mas de fato existe um distanciamento[...]Institucionalmente, eu não sou contra o ambulatório, só que a função do SESMT dentro da empresa ela não existe...Não é questão que não temos um SESMT, a concepção é que foi feita errada[...] a concepção principal ela fica desvirtuada[...]Você tá demonstrando que a empresa tem o lado social de acompanhamento o funcionário, porém quando você fala em Saúde do Trabalhador, você tem que acompanhar o funcionário visando o lucro (Ator interno 9).

Aparecem novamente falas que remete a culpabilização do trabalhador sobre o acidente sofrido, ficando perceptíveis as divergências de concepções do ponto de vista teórico e operacional.

Em muitos casos, acho que o RH e a gerência não conhece esse ponto. O cara quando tem um acidente, a gente, logicamente, não pode ficar com pena, tem que dar atenção, mas tem que falar: presta atenção, porque da próxima vez você pode levar uma advertência. Na verdade, a gente tem que advertir, mas aqui não se faz isso. Por exemplo, você pode se machucar, mas as ausências também pode prejudicar o serviço (Ator interno 9).

Me mostra lá que a culpa foi do local que você pisou[...] Hoje, o maior índice de acidentes e tropeçar, uso de celular (Ator interno 13).

Aponta-se uma dificuldade de trabalhar em conjunto, principalmente no início da implantação do serviço, mas com o passar do tempo houve uma melhora nessa questão.

Não eram divergências. A Saúde precisa da Segurança para dar informações para ajudar a gente a pensar e fazer as ações. E aí como eles não tinham esse trabalho de base, porque a equipe era

pequena... Aí ficava uma relação complicada, que à medida que a gente pedia, eles não tinham... E a gente acabava indo buscar as informações, acabava fazendo visitas aos setores, o que seria uma atribuição deles, seria junto com a gente. Complementaria. Algumas coisas precisariam da experiência deles, da Engenharia da Segurança, era muito difícil....Com o tempo não, foi melhorando, até que consegue-se trabalhar um pouco melhor, mas foi bem complicado mesmo no início, foi construído isso (Ator interno 4).

Existe um serviço de Segurança do Trabalho que não funciona muito com a gente. Apesar de no projeto prever essa interface íntima com a Engenharia e Segurança, mas a gente sabe que não há (Ator interno 8).

No que tange a um SESMT efetivo, em relação às grandes empresas privadas existem alguns papéis definidos, em que a avaliação de risco é feito pela Segurança do Trabalho e a avaliação dos trabalhadores é realizada pela Saúde do Trabalhador. Conforme narrativa, nas grandes empresas apresenta-se um *book* de documentos para a Medicina e a Segurança do Trabalho dar o aval para a atividade. É exigida uma documentação obrigatória para ser entregue a essas instâncias, cuja possibilidade de não entrega acarreta na não liberação do processo. Aqui, mais uma vez reforça-se a necessidade de seguir o que as normas estabelecem, não deixando de oferecer além, mas ressalta-se o cumprimento do PCMSO que é o que a lei determina.

Se a legislação obriga um médico, mas não vamos colocar somente um médico, vou colocar dois ou três. Vou ter um médico que vai ser o responsável pela Saúde do Trabalhador e vou ter mais dois médicos trabalhando, que vai amparar a instituição. Vou colocar um psicólogo porque as relações de trabalho são complicadas [...] Você 'tá amparando os funcionários, porque também a legislação fala que você tem que amparar o funcionário antes de demitir... Você deve usar todas as ferramentas possíveis, até se esgotar para você demitir o funcionário (Ator interno 9).

3.7 – A operacionalização das atividades

Neste item, à luz das diferenças conceituais iremos abordar as ações e práticas implementadas no serviço a partir da concepção dos atores-chave que implantaram o serviço. Dentre as principais atividades abordadas estão **o pronto atendimento; exames ocupacionais e vacinação e o programa Apoiar.**

De acordo com as entrevistas, a equipe que iniciou a operacionalização do serviço não tinha a cultura da Saúde do Trabalhador. A concepção sobre Saúde do Trabalhador surge com a chegada de uma profissional técnica para compor a equipe multiprofissional um pouco depois do serviço ser inaugurado. A partir de sua mobilização, começou-se a participar de alguns eventos na CST e, junto com outra profissional se questionaram sobre as ações sugeridas, e se as mesmas eram consonantes com o que preconiza o campo conceitual da ST. Ainda que compreendessem que no campo das práticas, fazer Saúde do Trabalhador não seria uma tarefa simples. Não havia uma proposta clara ao serem chamadas para atuarem no serviço. Além disso, não houve um alinhamento da equipe sobre qual concepção de trabalho seguir.

- **Pronto atendimento**

O pronto atendimento compõe o Serviço de Saúde do Trabalhador da unidade, tanto para casos de acidente de trabalho, quanto para outras situações de saúde que apresentarem durante o processo de trabalho. Entretanto, existem algumas percepções que não compreendem esta atividade como algo essencial para um Serviço de Saúde do Trabalhador, pois a ST estaria como um *locus* para pensar os ambientes e os processos de trabalho numa perspectiva de vigilância. Contudo, outros consideram importante ter um pronto atendimento médico na unidade. A proposta é fazer o primeiro atendimento e caso necessite fazer o encaminhamento, os profissionais são capacitados a avaliar a situação de saúde e prescrever o afastamento devido, considerando a sua inserção laborativa.

Existe na Saúde do Trabalhador, uma corrente, um modo de pensar que Saúde do Trabalhador não é assistência, que se fizer assistência, não é Saúde do Trabalhador. Eu tenho uma posição muito crítica em relação a isso. A crítica deles é que o Nust descaracteriza a CST, mas considero importante, salva-se vidas...mal súbito... intoxicação. Esse tipo de coisa eu já vi, de modo até descortês em relação a profissionais, implantando a Saúde do Trabalhador de Bio, que vai ter as suas características próprias. Claro, tá dentro de uma unidade fabril, que vai ser diferente de um lugar que articula ações de Saúde do Trabalhador dentro de uma instituição com o perfil da Fiocruz, que tem desde museu até horta (Ator externo 2).

Outros apontamentos reforça essa ideia que o serviço não tem o referencial da ST, devido à característica de um ambulatório.

As atribuições que estão sendo desenvolvidas hoje em dia estão distorcidas. Porque Saúde do Trabalhador, ele não tá fazendo. Ele realiza Saúde do Trabalhador, mas não como deveria realizar, ele abraçou mais [...] não é Saúde do Trabalhador, é um ambulatório (Ator interno 9).

O serviço de pronto atendimento ganhou uma dimensão e credibilidade que os trabalhadores preferem ser atendidos na unidade, ao invés de buscar um serviço externo.

Mesmo que tenha um plano de saúde, ele vai na Rede D'or [...] vai ficar, normalmente, esperando uma hora 'pra ser atendido, ele sabe que aqui vai ser atendimento em 5 minutos. 'Pra ele é cômodo. Ele sabe que é um serviço que vai respaldar em relação a tudo (Ator interno 6).

Algumas visões consideram que o serviço médico ao atuar com a perspectiva de ambulatório tem uma facilidade de liberar atestados médicos. Aparecem algumas narrativas que vão informar que muitas vezes o trabalhador se acidenta e não busca o serviço para não ser afastado. Essa questão pode ser interpretada por uma certa pressão dos gestores, para que os trabalhadores não se ausentem de suas atividades. A condição de afastado pode gerar inseguranças e a recorrência dos afastamentos muitas vezes é mal interpretada e o trabalhador acaba escamoteando o adoecimento ou o acidente.

Eu torci o pé, botei gelo, mas eu não quis ir no médico, porque eu sei que eles iriam me afastar. O médico não tá errado, teve acidente e teve um afastamento... Não pode, mas volte e meia, tá o cara de botinha, com a mão enfaixada (Ator interno 9).

Tem caso, que o cara nem vem aqui, por que sabe que vai ser liberado. Mas isso eu não entro no mérito, às vezes tem um protocolo da medicina, eu me baseei em outras empresas [...] Eu trabalhei numa empresa e não podia entrar realmente, tinha uma roleta, e o cara tinha que ficar afastado mesmo. Quando você cria isso, se eu me acidentar, eu vou ficar afastado de fato, meu chefe, vai falar: meu amigo você tem que ficar em casa, você está afastado pelo médico, pode dar multa, se você for para o INSS e o perito liberou, aí tudo bem (Ator interno 13).

O serviço de pronto atendimento, atualmente, consiste na atenção médica e de enfermagem no primeiro atendimento e nos casos emergenciais, com o posterior encaminhamento do paciente para tratamento do quadro apresentado. Possui um horário diferenciado de atendimento, pois funciona de 07:00 às 19:00. Tem como principais atribuições o atendimento emergencial para todos os colaboradores, independente de vínculos, recebimento dos atestados médicos com categorização por CID e a administração do serviço de ambulância de suporte médio.

- **Exames ocupacionais e vacinação**

Anterior à operacionalização do serviço, havia dificuldades no que se refere à demora do Nust-Fiocruz em atender todos os trabalhadores para os exames periódicos e vacinação.

Nós precisávamos de velocidade, devido à própria característica da unidade, isso fica nítido na questão da vacinação. A ideia fica alinhada, a filosofia fica alinhada, mas na execução a gente acabava saindo na frente. Por N motivos. O Nust tem uma proporção muito maior, uma abrangência muito maior. A gente é mais concentrado, teoricamente, mais focado, é mais fácil de fazer acontecer (Ator externo 1).

Como já citado, os exames ocupacionais estão previstos pelas normas trabalhistas, através do PCMSO, o qual é uma ferramenta importante na promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores. O programa deve ser elaborado e atualizado anualmente pela Medicina do Trabalho e de acordo com o POP elaborado em 2015 apresenta os seguintes objetivos:

- Promover e preservar a saúde dos colaboradores privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho, considerando aspectos individuais e coletivos;
- Rastrear e diagnosticar precocemente agravos à saúde dos servidores relacionados ao trabalho, destacando o caráter preventivo;
- Ser parte do conjunto de iniciativas do órgão no campo da **saúde do colaborador**;
- Indicar soluções para a melhoria do ambiente de trabalho e da organização das atividades, individual e coletivamente, a partir da detecção dos problemas;
- Conscientizar a direção e os colaboradores quanto à importância do aspecto preventivo para a manutenção da qualidade de vida dentro da organização;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes, através da preservação da saúde ocupacional dos colaboradores;

- Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos colaboradores.
- Proporcionar a sua readaptação em um local de trabalho adequado, através do rastreamento diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica.

De acordo com o prescrito, a maioria dos objetivos no PCMSO é definida, seguindo a lógica da Saúde Ocupacional e de vigilância epidemiológica, porém não demonstra como é a operacionalização. Em um dos objetivos, fala-se que devem fazer parte das iniciativas do campo da saúde do colaborador e não da Saúde do Trabalhador, descaracterizando o sentido.

Os exames ocupacionais e o próprio pronto atendimento alimentam a planilha de controle de afastamentos, sinalizando os principais adoecimentos acometidos, sendo esse o principal indicador do serviço.

A gente hoje trabalha na parte de afastamento, não de maneira operacional, a gente trata aquilo como indicador, a gente tem diversos indicadores da área que permite que a gente comece a ter uma visão diferente...eu estou tendo mais afastamentos relacionados à isso. O que posso fazer para minimizar? (Ator interno 6).

A questão da estrutura física para a realização da vacinação foi um dos problemas que havia e demorou um pouco para ser solucionado, apenas em 2015 que o setor recebeu uma pequena reforma e foi conquistado um módulo habitacional (contêiner) para adaptar a equipe do Apoiar e a enfermagem com uma sala de vacinação, dentro das exigências relacionada a espaço e equipamentos.

O erro do nosso Nust é que foi tudo construído muito pequeno, acho que nem eles tinham a ideia que o serviço ia expandir tanto. Quando se expandiu, não tinham essa visão que para atender Bio eles iam precisar de um espaço maior, de uma equipe maior [...] também a parte de vacinação, requeria outros requisitos, para ter a vacinação, tinha que ter uma rede de frios, tinha que ter um enfermeiro (Ator interno 8).

- **Programa APOIAR**

O Apoiar é um programa que se originou na Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SEDRH) denominado inicialmente de programa de acompanhamento e aconselhamento profissional. Em sua origem em 2003, tinha por objetivo inicial implantar um sistema de acompanhamento e aconselhamento funcional visando subsidiar as diretrizes da instituição, assim como, proporcionar aos servidores/funcionários, o apoio necessário às questões funcionais/pessoais. Fazia parte das ações do Apoiar a entrevista de desligamento e a entrevista de tempo de experiência para subsidiar ações do RH e identificar a sua adaptabilidade permitindo possíveis ajustes.

De acordo com documentos institucionais consultados, o acompanhamento diz respeito a uma técnica que visa criar condições para um melhor desempenho do servidor/funcionário, seja no seu setor de trabalho, na sua relação com o grupo e com a chefia, ou vice-versa. Pode-se dividir o acompanhamento em duas formas distintas: o acompanhamento por motivos de saúde e o acompanhamento funcional.

O acompanhamento por motivo de saúde deveria ser realizado com o Nust-Fiocruz, visando acompanhar os funcionários que estão afastados por licenças de médio e longo período. Ofereceria o apoio necessário no período de licença e auxiliaria em sua adaptação ao término do afastamento (aposentadoria ou retorno ao trabalho). Além de ter um controle maior dos períodos das licenças. O acompanhamento funcional tinha como objetivo minimizar e solucionar problemas de adaptação, pedidos de transferências, de relacionamentos, entre outros. Com a constituição da área, já havia sido estabelecido que suas ações deveria fazer parte das atribuições do Serviço de Saúde do Trabalhador.

Como já citado, antes da inauguração, a profissional responsável por conduzir este programa se afastou do processo. Nesse ínterim, já estava em negociação com o IFF a vinda de uma Assistente Social para dar continuidade as ações do programa.

Eles iriam inaugurar o setor e eles tinham uma pessoa na época no RH que cuidava da interface dos serviços de saúde do RH com o Nust central da Fiocruz. E a pretensão é que, constituindo fisicamente o espaço do centro de saúde [...] precisaria desse profissional para fazer essa interface nesse primeiro momento (Ator interno 7).

Pela própria característica e atribuições da profissão do Serviço Social, as ações necessitaram ser adaptadas, buscando uma atuação na perspectiva da ST, uma vez que tinha qualificação nesta área e pretendia fomentar ações interdisciplinares. Nesse sentido, a profissional construiu um projeto de intervenção do Serviço Social sob a perspectiva da ST, incluindo as ações demandadas no Apoiar.

Eu peguei o pacote do Apoiar, as orientações e diretrizes do Nust-central, o acúmulo teórico e a experiência anterior. Por exemplo... A proposta da participação do Serviço Social nos Exames Periódicos de Saúde, isso veio da experiência da UERJ. Na época da minha entrevista (perguntei), vocês fazem exame periódico? É uma equipe multi? Tem algum problema se eu chegar (e fizer isso). E ele disse: Não, mas você conversa com a médica. Foi uma proposição do Serviço Social e entrou isso no projeto de intervenção e isso está até hoje... Inserindo a percepção (minimamente e timidamente), a percepção de Saúde do Trabalhador nos Exames Periódicos (Ator interno 7).

Cabe ressaltar que a seleção desta profissional não foi devido a sua experiência na área da ST. Ela foi chamada para dar continuidade ao programa Apoiar, o que poderia ser conduzido por outro profissional de RH, pois não especificaram e não mencionaram sobre a sua experiência em ST, não foi pré-requisito para o exercício da função.

E o Apoiar tratava de questões[...] que eles chamavam de características que poderiam ser mais subjetivas, ali das relações de trabalho e também essa profissional ficaria responsável por ‘tá junto ao Nust Central fazendo uma série de ações (Ator interno 7).

Saúde do Trabalhador não é só atender emergência e fazer vacinas, as pessoas têm outras necessidades, tem esse programa que já existia muito tempo atrás [...] tinha setor que de vez em quando tinha “nego se atracando” (Ator interno 8).

Com o decorrer de dois ou três anos, houve uma ampliação de questões inerentes às relações de trabalho e de administração de pessoal. O Apoiar buscando uma atuação na concepção de ST, começou a receber demandas corporativas e de desenvolvimento de pessoas, que estavam descaracterizando as atribuições do Serviço Social e Psicologia no âmbito da saúde. Nesse sentido, a equipe do Apoiar já ampliada, com duas assistentes sociais e um psicólogo começou a se questionar sobre essas demandas e pensou-se em conduzir o programa em duas linhas de atuação que foram denominados de Apoiar Saúde e Apoiar corporativo.

Essa primeira linha citada focaria nas questões da relação saúde-trabalho e de acompanhamentos de afastamentos por motivo de saúde, além das demandas específicas do Serviço Social e da Psicologia. A outra linha estariam agrupadas nas demandas de insatisfação e desmotivação, incluindo os conflitos nos ambientes de trabalho, numa perspectiva de mediação em busca da melhoria da ambiência e clima organizacional. Essas atuações se complementam, pois muitas vezes o conflito quando instaurado e demora a ser tratado e administrado, pode já ter impactado na saúde, apresentando sintomas de sofrimento psíquico ocasionadas pela organização do trabalho, sendo necessária uma atuação interdisciplinar em busca das melhores tratativas junto aos trabalhadores.

[...] as questões que são tratadas como problemáticas nas áreas, quer seja do funcionário com o seu gestor, do funcionário com outro par da equipe, ou do próprio funcionário com uma questão familiar dele, a gente ter esse serviço aqui à disposição, é um “plus” enorme(Ator interno 6).

A partir dessas demandas, percebe-se que o Serviço Social e a Psicologia foram incorporados ao Serviço de Saúde do Trabalhador, por uma orientação do Nust-Fiocruz, porém é visto como um suporte às ações do RH, não se percebe esses profissionais como parte de uma equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar com capacidade para atuar junto aos trabalhadores nas análises dos processos de trabalho e organização do trabalho, favorecendo espaços de participação na busca de melhorias.

Atualmente o Serviço Social insere-se no Apoiar Saúde e juntas com outras assistentes sociais da Saúde do Trabalhador da Fiocruz criaram um documento chamado “Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde do trabalhador da Fiocruz” com o objetivo de balizar as ações do Serviço Social nesta perspectiva. Tal documento originou-se a partir das demandas reportadas a elas para a condução de ações que descaracterizava a atuação do Serviço Social na

Saúde do trabalhador, como: entrevistas de desligamentos, abertura de processos de remoção, acompanhamento de estágio probatório, entre outros. Essa separação entre Apoiar Saúde e Corporativo já foi uma das conquistas após a reflexão e definição de papéis por parte da gestão do serviço para o cumprimento do estabelecido pelo conjunto de profissionais da instituição.

3.8 – Qualidade de Vida no Trabalho: o “plus” no bem estar do Trabalhador?

Pergunta	13) Quanto a iniciativa do Programa de Qualidade de Vida de Bio, como foi incorporado essas atividades e por quê?
-----------------	---

O programa de Qualidade de Vida foi uma iniciativa da unidade, anterior ao processo de implantação do Serviço de Saúde do Trabalhador. Surge acompanhando as tendências e práticas do mercado na atualidade.

Nas entrevistas, os questionamentos sobre o programa desdobraram-se em respostas diversas, como uma forma de proporcionar um “plus” aos trabalhadores. Oferece programas com objetivos de promover mudanças no estilo de vida; melhorar hábitos alimentares; diminuir o sedentarismo; proporcionar maior rendimento no trabalho; evitar absenteísmo. Também é concebido como um instrumento de valorização, retenção e de melhoria de clima organizacional. Além de oferecer transporte para minimizar o estresse do trânsito, sem escamotear o objetivo de diminuir os atrasos; e também de oferecer café da manhã para assegurar um valor nutricional no início das atividades diárias.

O programa também é compreendido como um diferencial em relação à preocupação com a saúde dos trabalhadores, vinculando-se a uma imagem positiva frente às grandes empresas do mercado.

De acordo com os relatos, compreendem que o PQV surgiu como uma demanda natural, que foi implementando-se a partir das sugestões dos profissionais que estavam no processo. Perceberam o programa como uma necessidade, ao se alcançar um determinado número de trabalhadores.

Para ter uma “amálgama” e as pessoas se sentirem em casa, cria-se uma ambiente para o trabalhador se sentir bem. Há a compreensão de que essa seja uma das funções prioritárias do gestor para o alcance de um bom resultado. Evidenciam que o oferecimento de um programa desse porte não é somente uma doação. Tendo em vista o foco da unidade, é oferecido visando receber uma resposta melhor na produtividade.

Os programas de prevenção e promoção sob o discurso de Qualidade de Vida no Trabalho era algo que vinha sendo implementado na Fiocruz. Dentro do conjunto de ações do Nust-

Fiocruz havia atividades que poderiam ser consideradas de Qualidade de Vida. Não levava o nome de um programa maior, como o caso da unidade, mas estava incorporada no leque de atividades do Nust-Fiocruz.

Havia uma psicóloga na CST que começou, com todo o nosso apoio, com programas de estresse, começou com iniciativas nesse sentido. Não veio do Fiocruz Saudável, venho de uma iniciativa dela. Digamos que teve todo o amparo da CST. Ações que ficaram muito caracterizadas como ações de QVT (Ator externo 2).

Algumas ações já existiam na Fiocruz, mas não se utilizava o nome Programa de Qualidade de Vida, cada atividade era um programa dentro das ações do Nust-central. Tinha a parceria com a ASFOC devido à academia. Tudo isso já se discutia no programa Fiocruz Saudável e tinha-se uma concepção de qualidade de vida (Ator externo 1).

Apesar das ações implantadas que poderiam ser caracterizadas como tal, há a opinião que o Nust- Fiocruz não realiza ações na perspectiva da Qualidade de Vida, e que as metas do Programa Fiocruz Saudável não são objetivas e tão pouco possível de se atingir, devido à complexidade das questões que perpassam o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho.

Quando se questiona o que acham do programa, consideram que a concepção se distancia das discussões da Saúde do Trabalhador. Há uma fala que diz respeito ao papel da Fiocruz enquanto um braço do Ministério da Saúde e sua representação para a construção de políticas públicas em saúde no Brasil e no mundo:

Eu não sou contra ter, eu não posso admitir é que, uma instituição de saúde do Porte da Fiocruz com seu destaque internacional, ele não tenha um programa de saúde e ambiência, que seja exemplo para o mundo inteiro, para o SUS, para o Brasil inteiro. Eu acho que da Fiocruz espera-se mais. [...] é um problema da presidência mesmo, articulação do sindicato. Esse programa do Fiocruz Saudável que está aí hoje, pelo que eu vejo pelos e-mails, está mais 'pra qualidade de vida (Ator externo 2).

Compreende-se que a Qualidade de Vida pode auxiliar a saúde física dos trabalhadores, podendo ser consideradas como avanço, mas, a perspectiva e atribuições de cada vertente são distintas. A Saúde do Trabalhador busca mudanças nas condições de trabalho, a QVT se propõe a focar no indivíduo no que se refere a mudanças de hábitos de vida.

Algumas ações podem ser concebidas como avanço, mas aquilo não é ST, é Qualidade de Vida, e Qualidade de Vida não é ST. Você pode melhorar a saúde dos trabalhadores com ações de qualidade de vida, mas Qualidade de Vida não responde ao que está na competência da ST (Ator externo 4).

- **Práticas do mercado**

O programa foi pensado dentro do leque de ações do DEREH. Surge acompanhando uma tendência geracional que ocorre no bojo das práticas do mercado, principalmente, no âmbito privado.

Refletia-se sobre ações que favorecesse um momento de lazer para as pessoas nos intervalos do almoço. Contudo, tinha-se a preocupação de como seria o gerenciamento desse espaço para que não virasse uma espécie de “esconderijo e fuga” ao invés de estarem trabalhando.

Com a criação desse espaço da planta, a gente começou a idealizar[...] na época era uma coisa que estava começando a surgir[...]. Era algo que as empresas estavam preocupadas com a questão da Qualidade de Vida do Trabalhador dentro dessas empresas, então tinha uma série de coisas acontecendo no Rio e no Brasil (Ator interno 11).

Foi pensando no que se pode oferecer a mais para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para dar um plus. Alternativas, do simplesmente ter um médico pra atender. As alternativas surgiram com essa intenção: o que pode ser complementado que está aí fora? Senão, irá ficar uma coisa muito médica, é importante... Tem que ter... É a base de sustentação (Ator interno 1).

[...] óbvio que agente analisou qual era a prática no mercado, [...] a gente teve atividades aqui que foram sugestões do público [...] se eu quero botar uma atividade para combater o sedentarismo, eu vou ter que botar uma atividade física. Eu não posso escolher simplesmente e colocar sem pensar numa atividade que o meu público quer, eu não vou colocar uma atividade que não vai ter adesão e não conseguir resultado nenhum [...] Quando a gente colocou futsal, foi sugestão interna [...] Quando a gente colocou a corrida, a gente já olhou muito as práticas das outras empresas. Bio-Manguinhos tem muita essa visão muito coerente do que tá sendo praticado no mercado, de promoção de saúde, de promoção de qualidade de vida (Ator interno 6).

Em 2005 iniciaram as atividades focadas no combate ao estresse. A primeira atividade foi o *tai-chi-chuan*. Em 2006 começou a dança de salão e a campanha de tabagismo (não com a estrutura que se tem hoje).

O tai-shi era porque movimentava o corpo como um todo...Tem a questão do equilíbrio, de baixar a ansiedade, qualidade respiratória.(Ator interno 11).

A partir disso, começou haver um movimento maior, pois as pessoas começaram a cobrar mais vezes, variedade de horários e outras coisas.

Eu não posso participar do tai- shi e da dança de salão... Porque não poderia sair da produção. E isso foi ficando persistente...aí veio para a manhã. Ah, mas e o pessoal da noite? Aí montou uma turma pra noite. O que hoje é a ginástica laboral começou com o tai-shi dentro das áreas, principalmente no DPFI (Ator interno 11).

Nesse contexto, já havia uma pessoa no Dereg que, entre outras atividades era responsável para realizar a articulação e a contratação dos profissionais, além de controlar a frequência, etc. Na ocasião foi realizado contato com o Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO) e uma determinada empresa foi “extremamente recomendada” para prestar os serviços, depois foi ficando oneroso para a unidade e foi feito uma proposta a um dos profissionais dessa empresa para fazer um projeto específico, pensando nas necessidades internas. Assim, passou-se a oferecer os serviços de pilates, shiatsu, ioga, entre outros, numa maior abrangência.

Somente com a inauguração da área, em 2008, que foi migrado para ser coordenado pelo gestor do Serviço de Saúde do Trabalhador. Nesse momento tomou uma dimensão maior e pôde ser ampliado o leque de atividades.

Em seu redimensionamento, a gestão da unidade estimulou a ampliação do programa, compreendendo-o também como instrumento para minimizar o estresse, combater o sedentarismo, melhorar a alimentação, modificar hábitos e estilo de vida, influenciando no comportamento e nas atitudes em relação à saúde. Dessa forma, se estruturou em várias frentes oferecendo atividades e programas de promoção e prevenção da saúde como terapias alternativas, equipe de corrida, serviço de nutrição, programa Livre do Tabaco, além de buscar a prevenção de doenças osteomusculares por meio da Ginástica Laboral.

O Programa de Qualidade de Vida veio antes da criação da área, [...] o pioneiro nessa questão de estimular que era necessário o PQV foi o Dr. Akira. Ele teve sempre essa preocupação... E foi muito legal que isso continuou quando entrou a gestão do Artur [...] E até hoje a gente sempre teve o apoio muito forte da diretoria [...] As pessoas falam: 'vocês aqui estão prestando um serviço muito bom... PQV está dando resultado'. Aqui sempre foi fortalecido... Por isso eu acho que enraizou essa cultura de qualidade de vida, porque sempre veio de cima (Ator interno 6)

[...] em conversa informal, a gestão da qualidade de vida, pontuou que tinha algumas ações que foram propostas pelo diretor da época, que é de uma cultura oriental [...] enxergava isso como algo que fosse promotor não só de qualidade de vida, mas também promotor de saúde. Via como uma ação positiva [...] Muitas foram sugestões dessa gestão da época que tinha esse olhar. [...] E com isso eu percebi que o gestor da qualidade de vida, conseguiu ir ampliando aos poucos o serviço porque tinha um canal a favor dele (Ator interno 7).

- **Estilo de vida**

A busca na mudança do estilo de vida é um dos focos do programa, ou seja, busca-se a interferência na subjetividade para minimizar os efeitos do estresse e combater a obesidade, colocando a responsabilidade da saúde no próprio indivíduo a partir do incentivo e serviços oferecidos.

Tratando sobre mudança de estilo de vida Castiel (2014) reflete que para deixar seu mau estilo de vida, as pessoas podem ter que passar por um processo de conversão de um estado pecaminoso para um virtuoso, em busca de se redimir de suas falhas e fraquezas morais e se tornar outra pessoa – melhor.

Um dos objetivos do PQV é promover qualidade de vida e promover uma mudança de estilo de vida para as pessoas. Na opinião de alguns atores-chave pensar na concepção de promoção de qualidade de vida, é interligar três fatores: o estresse, sedentarismo e alimentação.

O nosso foco tem que ser o pensamento de o paciente é o meu cliente e eu tenho que promover saúde 'pra ele, eu tenho que prevenir ele de ter doenças [...] eu tenho que tentar mudar o estilo de vida dele [...] na verdade, é ignorância a gente não atentar 'pra questão do estilo de vida, por que é uma coisa muito forte hoje em dia. Tudo vai ser adequado dentro do possível [...] Mas que, em contra partida, que ele consiga conciliar e ter um hábito mais saudável. A gente sabe que ele não tem como chegar em casa e ir na academia, dar uma caminhada. Às vezes ele não tem tempo pra essa rotina (Ator interno 6).

O foco também é promover um estilo de vida saudável para que se tenha um clima organizacional melhor, também com a perspectiva de diminuir o absenteísmo. Porém, há a clareza que, não necessariamente, isso pode se alcançar, pois ao promover uma ação de qualidade de vida, acidentes também podem ocorrer, como por exemplo, entorses nas atividades esportivas.

✓ Serviço de Nutrição

O serviço de nutrição foi vinculado ao PQV com o objetivo de oferecer possibilidades de equilíbrio nutricional e diminuir os casos de obesidade através da promoção de mudanças em hábitos alimentares mais saudáveis.

A parte de nutrição veio um pouco depois, quando o Dr. Akira surgiu com essa ideia do 'programa mil quilos a menos' e tal. Ele identificou uma coisa que hoje, a gente sabe que é um problema no mundo, que é a questão da obesidade (Ator interno 6).

O serviço de nutrição oferece atendimentos e acompanhamento direcionados aos trabalhadores por meio de programas, ações específicas e palestras, que visam à melhoria da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Um dos principais objetivos do programa é o foco na redução de peso, por meio da reeducação alimentar e prática de atividades físicas, sendo o objetivo do programa Mil Quilos a Menos. Há também um Programa de Ganho de Massa Muscular que visa a mudança de hábitos alimentares, atrelada a prática de exercícios de musculação, garantindo ganho de massa muscular e redução do percentual de gordura.

De acordo com o que está informado no Portal Corporativo, a nutrição atua numa perspectiva multiprofissional com outros programas. Recebe encaminhamento da parte médica para acompanhamento nutricional dos trabalhadores que tiveram alterações nos exames laboratoriais, como: colesterol, triglicerídeos, glicose, ácido úrico, pressão arterial etc. Participa do acompanhamento nutricional para gestantes para evitar alterações de colesterol, triglicerídeos, glicose, ácido úrico, e pressão arterial no período gestacional. Atua no acompanhamento nutricional do programa Bio-Manguinhos Livre do Tabaco, atendendo aos colaboradores que pararam de fumar, e estão com sobrepeso.

✓ Programa Livre do Tabaco

O Programa Bio-Manguinhos Livre do Tabaco visa propiciar aos trabalhadores da Unidade uma alternativa de esclarecimento e tratamento quando manifestam o interesse em parar de fumar. O controle do tabagismo na unidade foi também uma sugestão da diretoria, começou inicialmente com uma parceria com as policlínicas em 2008, naquele momento os inscritos

eram levados com transporte interno para as unidades que ofereciam o serviço no modelo preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer-INCA responsável pelas políticas do controle do tabagismo vinculadas ao Ministério da Saúde. Com a inauguração da área de saúde e a capacitação da equipe pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, foram adquiridos os medicamentos pela unidade e a equipe passou a oferecer o programa internamente, efetivando o início dos grupos no Programa Bio Livre do Tabaco em 2010.

O programa de tabagismo chegou a começar de uma forma [...] antes da área da Seção de Medicina. Ele chegou num primeiro momento a não ter tanto sucesso[...] e a gente conseguiu remodelar com a parceria com o INCA. Aí a gente fez parceria com o pessoal da prefeitura, que já tem esse tratamento implementado nos postos de saúde [...] aí gente conseguiu começar a obter resultados com isso [...](Ator interno 6).

✓ Ginástica Laboral e atividades físicas

Com o passar do tempo, por meio da atuação da Medicina do Trabalho nos EPS, foi realizado um levantamento onde foram identificadas muitas queixas de doenças osteomusculares como as Lesões de Esforço Repetitivo (LER). Reconhece-se que a maioria dos processos de trabalho são realizados com movimentos repetitivos, seja em caso de uso de computadores, no rosqueamento de frascos na produção, na limpeza das áreas limpas, nas atribuições administrativas e etc. Ao se fazer o mapa de riscos a maioria das áreas apontaram movimentos repetitivos. A partir disso, começou-se a ver a necessidade de se implantar um programa de ginástica laboral na produção, depois nos laboratórios, e posteriormente na unidade como um todo.

Em termos organizacionais, de empresa e tal, vai ter que ter aquela preocupação, que é a questão das doenças osteomusculares,[...] isso é muito mais característico nos programas de qualidade de vida dentro das empresas. Essas atividades, de qualquer forma vão estar prevenindo algumas doenças, que é o caso da ginástica laboral na prevenção de doenças osteomusculares. Que é o caso das atividades físicas, como futsal, corrida. Tem a prevenção do sedentarismo e uma série de outros fatores ali. Se a pessoa já tem o diagnóstico sinalizado, a gente tem atividades que podem dar respostas, como é o pilates, acupuntura, que já é uma resposta, quer seja do ortopedista ou, fisioterapeuta (Ator interno 6).

Foi observado que muitas vezes a pessoa não possui tempo para realizar atividades físicas devido ao seu cotidiano laboral e contexto social, por isso, a importância de oferecer esse tipo de atividade no local do trabalho. Contudo, há a opinião que as atividades não são efetivas para o que se propõe em relação à prevenção e promoção da saúde na minimização do estresse.

Compreendemos que não é fácil ficar na atividade de produção, é uma atividade dura, tem que criar mecanismo para diminuir isso (Ator interno 3).

Eu não sei se a pausa, se as ações de qualidade de vida são efetivas pra minimizar estresse [...] eu vejo mais, pela fala deles, como uma oportunidade de sair do setor, tempo, ou fazer a pausa, mas assim enquanto algo que previne que promove... Não consigo enxergar [...] quando a gente pergunta {nas entrevistas} se as pessoas faziam qualidade de vida e quando elas faziam... Elas não traziam muito essa informação, da importância, porque melhorou isso ou aquilo, pelo menos as que eu conversei... Elas não traziam esse dado (Ator interno 7).

Percebe-se que a Ginástica Laboral recebeu um aporte da Medicina do Trabalho para sua implementação, contudo, seria relevante que os dados do Serviço de Saúde do Trabalhador como um todo, não somente pudessem subsidiar ações que podem ser consideradas como medidas paliativas, mas efetivamente pudessem promover mudanças nos processos de trabalho e na organização do trabalho diminuindo os desgastes osteomusculares e os adoecimentos devido às condições de trabalho inadequadas.

Quadro 6: atividades oferecidas no Programa de Qualidade de Vida atualmente.

PQV	Atividades
Atividades físicas	Ioga Tai Chi Chuan Pilates Equipe de Corrida e Treinamento Funcional Futsal Masculino
Promoção de Saúde	Programa Livre do Tabaco Ginástica Laboral Nutrição
Terapias Alternativas	Shiatsu Oficina de origami Acupuntura Drenagem Linfática

Fonte: Departamento de Recurso Humanos(adaptado pelo autor)

- **Clima organizacional**

Melhorar o clima organizacional é um dos objetivos da implementação do PQV. De acordo com os informantes, é um dos pilares que se objetiva quando se pensa em Qualidade de Vida no Trabalho.

Qualidade de Vida no Trabalho é trazer benefícios para as pessoas. Benefício pessoal mesmo. Eu particularmente acho que você tem que ir trabalhar numa organização aonde você chegue feliz e saia feliz. Se você achar que é um transtorno, que é um problema...Eu vou para um ambiente de trabalho, mas aquilo ali é um inferno 'pra mim, meu trabalho é ruim, eu não gosto... Aí eu falo de ambiente, eu falo de chefia, em falo de condições, eu falo 'pra chegar, 'pra sair, eu falo de refeição, então, todas as preocupações que nós temos é para criar um clima organizacional favorável, onde as pessoas vão responder melhor para a organização (Ator interno 3).

Nas últimas duas pesquisas de clima organizacional, a gente teve uma avaliação muito boa do corpo de funcionários, mostrando a importância do programa na vida deles, mostrando o impacto que proporciona na qualidade de vida deles (Ator interno 6).

- **Retenção e Valorização**

A questão da retenção e valorização também aparece como um objetivo adjacente no oferecimento de um Programa de Qualidade de Vida. Para tanto, observou-se que comparando com as práticas do mercado, atualmente o programa ganhou um corpo que compete com as empresas em termo de QVT. No entanto, há a opinião que algumas atividades são restritas, e

outras, que são abertas, não adquire a participação como deveria, já que é um programa percebido como forma de valorização pela instituição.

Todas as empresas estão fazendo àquelas atividades, porque é o que atrai. Tem maior atrativo, tem um maior número de respostas [...] tem mesmo aquela questão de ser o diferencial. Eu já ouvi de colaborador aqui, que falaram assim pra mim... 'Poh... o programa de qualidade de vida me segura muito aqui...já recebi propostas às vezes de trabalho, que financeiramente até seriam melhor, mas eu sei que não teria a oportunidade[...] de participar de uma equipe de corrida, de ter um pilates à disposição sem custo algum'. Então assim... Essas coisas trazem um diferencial (Ator interno 6).

Quando se pergunta ao trabalhador o que você observa como valorização da instituição, 'ah o programa de qualidade de vida. Ah, mas porquê? Porque 'tá aqui. Quem consegue acessar os principais programas [...] participar do shiatsu que é um programa restrito, mas os que seriam abertos, por exemplo, o tai-shi-shuam[...] não tem muita participação. (Ator interno 7).

- **Visibilidade e marketing**

Os investimentos em ações denominadas de Qualidade de Vida também visam adquirir visibilidade e marketing para a unidade. Ao incorporar essas ações serve de propaganda. A qualidade de vida dentro das empresas privadas, é algo vendido como um pacote de benefícios para o trabalhador, e a unidade busca implantar várias ações que são bem firmes da iniciativa privada e trouxe o PQV que traz uma propaganda positiva tanto externamente, quanto internamente criando uma cultura favorável a isso. Percebe-se que essa notoriedade pode desviar o foco do entendimento de atenção à saúde e da concepção de Saúde do Trabalhador.

A equipe de corrida tinha um viés muito forte já em um monte de empresas naquela época, como tem até hoje. Hoje, basicamente, é difícil você não ver uma empresa grande que não participa dessas corridas externas, com stands e tal. E aí o colaborador enche a boca 'pra falar isso fora daqui. E isso é muito bom 'pra unidade que está prestando Qualidade de Vida. Também é legal, que lá fora as outras pessoas, as empresas, a comunidade em geral veja isso. Bio-Manguinhos investe em Qualidade de Vida. E o colaborador vai encher a boca, - porque eu já vi isso na prática - ele vai falar: 'eu participo da equipe de corrida lá no meu trabalho, faço futebol no meu trabalho, eu faço pilates[...] (Ator interno 6).

É bom para pessoas, e bom para o trabalho, e não é custoso para organização, e nós estamos servindo de modelo para Fiocruz como um todo, porque tudo o que eu falei que nós implantamos aqui, hoje tem na Fiocruz. A Fiocruz de alguma forma absorve, então não estamos influenciando os trabalhadores de Bio-Manguinhos, nós estamos influenciando a organização como um todo (Ator interno 3).

- **Produtividade**

Apesar de haver uma linha de pensamento de atores-chave que informam que dentre os objetivos estão à questão da diminuição do absenteísmo e de se esperar um melhor rendimento no trabalho e uma maior produtividade, há outro entendimento que o foco não pode ser esse, que esta é uma visão antiquada de pensar os programas de qualidade de vida. A questão do indicador do aumento da produtividade deve ser responsabilidade do planejamento, podendo haver uma interação para construir ações compartilhadas, mas não como o objetivo da Qualidade de Vida enquanto um programa de prevenção e promoção da Saúde.

Tudo que a gente pode pensar em termos de ações para garantir uma qualidade de vida para as pessoas, consideramos importante. Por isso criamos o programa de qualidade de vida, pois é importante as pessoas se exercitarem, as pessoas se sentem melhor e gostam. Isso traz benefícios para a organização. Os trabalhadores vão responder melhor os problemas da organização. Essas ações não é uma questão só de política, é de você dar uma condição de vida melhor para as pessoas e assim elas terem um melhor rendimento no trabalho (Ator interno 3).

E aí, é muito aquela lógica que se tem da indústria mesmo. Se eu preciso das pessoas trabalhando, eu não posso tê-las doentes, então temos que ter algumas ações para que evite o absenteísmo por conta de doença (Ator interno 1).

Não existe mais aquela lógica de que eu vou implementar um programa de qualidade de vida, 'pra reduzir o número de afastamentos, para aumentar a minha produtividade, isso pode ser uma consequência indireta, mas isso não pode ser o objetivo principal[...] a consequência indireta acaba sendo inevitável[...] naturalmente o colaborador pode acabar produzindo mais e tal, mas você mensurar isso, é muito complexo[...] por isso, o foco principal não pode ser esse (Ator interno 6).

- **Transporte corporativo e Alimentação**

O transporte corporativo e o café da manhã são ações sob a responsabilidade da área de benefícios da Seção de Administração de Pessoal (SEPES/DEREH), e não estão vinculados diretamente ao PQV. Entretanto, considera-se uma ação de qualidade de vida preconizado no Programa Fiocruz Saudável.

O transporte corporativo originou de um desejo interno com o objetivo de ser um minimizador do estresse devido à questão da “péssima” mobilidade do Rio do Janeiro. Da mesma forma, considerou-se fundamental oferecer o café da manhã, que também iniciou pioneiramente na unidade, como forma de garantir uma nutrição básica. Tanto o transporte quanto à alimentação são reconhecidos como determinantes importantes para a qualidade de vida, contudo, evidenciam que a gestão está olhando também melhor pontualidade, sendo este o contraponto.

Essas coisas trazem benefícios para a instituição, mas também para as pessoas. Como por exemplo, a questão do transporte. As pessoas chegam irritadas e estressadas, e isso influencia no desempenho. Por isso eu lutei para viabilizar e isso foi incorporado em toda a Fiocruz. A questão da alimentação foi outra preocupação que nos ocorreu, as pessoas saem cedo de casa, chegam e não tinham onde tomarem café. Nós implantamos o café da manhã e incentivamos a Fiocruz também passou a implantar (Ator interno 3).

Anteriormente não havia restaurante dentro na unidade, quando foi pensado na criação do restaurante na planta do CTV, teve resistências por parte da Fiocruz, conforme todo o processo de descentralização dos serviços.

Quando pensamos em restaurante aqui no campus não tivemos apoio da Fiocruz e novamente no processo de negociação, colocamos sobre o deslocamento para as pessoas se alimentarem, pois a opção era longe da unidade. Quando as pessoas voltam do almoço já estão cansadas para pegar no trabalho, sentem calor, andam bastante. Precisamos das pessoas aqui. Não podemos ter uma coisa centralizada, temos que criar soluções para perto das pessoas. Tem que ter alternativas e dar oportunidades para as pessoas. Criamos o restaurante (Ator interno 3).

Apesar do ganho de se ter um restaurante na unidade, aberto a todo o público que circula na Fiocruz, houve algumas reclamações quanto ao custo das refeições servidas em caráter de

self-service. Atento a essas questões, criou-se um espaço interno, anexo ao restaurante, onde se oferece alternativa mais barata, adaptando-se a realidade do trabalhador.

Não passou muito tempo e as pessoas consideram caro e pensamos na alternativa de um prato feito. Criamos um espaço onde as pessoas comem quantidade e qualidade, com um valor mais barato dentro do ambiente de trabalho, sem precisar se deslocar para a comunidade para se ter uma refeição mais barata. Tudo isso cria uma relação direta com a qualidade de vida das pessoas que reflete na saúde (Ator interno 3).

Apesar da unidade possuir um PQV robusto, consideram que ainda não é um programa que contempla tudo o que se objetiva em relação a concepção de qualidade de vida voltada para uma rotina mais saudável. Também apontam que seria importante o programa possuir um acompanhamento mais sistemático em termos de avaliação das ações oferecidas e o impacto da saúde dos trabalhadores.

Mesmo que a gente tenha um programa de qualidade de vida com uma dimensão boa. Pra mim ainda tá longe do que eu queria em termo de qualidade de vida na empresa como um todo, de alimentação, de rotina mesmo mais saudável [...] (Ator interno 6).

O serviço falta de um acompanhamento mais sistemático e avaliação das ações realizadas para visualizar resultados e a efetividade (Ator interno 2).

Ao apreendermos a concepção de Qualidade de Vida no Trabalho buscando um link com a Saúde do Trabalhador no que se referem às condições, processos e organização do trabalho, evidencia-se um distanciamento entre as concepções, pois uma apresenta proposições de mudança no estilo de vida, o trabalhador que necessita buscar modificar seus hábitos, por meio do incentivo do PQV. Portanto, o foco está no indivíduo.

Outra concepção apresenta uma visão ampliada abrangendo a busca por mudança nas condições de trabalho, na organização, apontando a Qualidade de Vida como um processo de gestão, em que, não só o trabalhador, mas todo um conjunto de atores e serviços necessitam atuar numa perspectiva sistêmica, pensando na qualidade de vida do trabalhador em seu ambiente de trabalho.

Agora por outro viés, eu acho que Qualidade de Vida no Trabalho é você ter condições adequadas de trabalho e um processo de trabalho que não te adoça. [...] acho que Qualidade de vida ela tem que ser pensada mais como um processo de gestão, linkado com a questão administrativa. E a Saúde do Trabalhador entra nisso junto com a Ergonomia, junto com Engenharia e Segurança, pra pensar um ambiente, e aí, a gestão do trabalho é junto com o trabalhador, é obvio, que domina aquele processo, onde os processos de trabalho sejam menos adoecedores e os ambiente de trabalho, em condições adequadas[...]assim você previne que a pessoa não precise fazer shiatsu, pilates, ou o que quer que seja (Ator interno 7).

Ao vislumbrarmos a concretização dessa forma de buscar qualidade de vida no trabalho, tem-se em mente que não seria necessário os investimentos em atividades, que pelas suas características, podem ser consideradas paliativas, ao não focar, de fato, nas mudanças dos processos de trabalho, nas formas da organização do trabalho, e efetivamente, nas condições de

trabalho. Torna-se necessário construir um Programa de Qualidade de Vida, onde se invista em mobiliários adequados, de acordo com os padrões ergonômicos recomendados, buscando formas de gerir em que o trabalhador tenha papel fundamental para pensar seu próprio trabalho, tendo as percepções de seus riscos e o conhecimento do seu trabalho específico. Além disso, pensar ações que favoreça a inibição de formas de gestão coercitivas e abusivas, buscando alternativas para que as relações de trabalho não seja uma das principais causas de adoecimento.

Capítulo IV – Avanços e desafios: reflexões para o Campo da Saúde do Trabalhador.

Perguntas	14)O que considerou ponto positivo/avanço com a criação de um serviço de atenção à saúde dos trabalhadores? O que poderia ser aperfeiçoado? 15)Gostaria de complementar com mais alguma contribuição/informação/sugestão?
------------------	--

Neste capítulo abordaremos os avanços e desafios do serviço e das práticas implementadas tendo por base as informações e percepções dos atores. A cada exposição de categoria temática referente aos desafios serão feitas reflexões e proposições sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador.

4.1 – Pontos positivos do serviço

Os avanços apontados como forma de pontos positivos do serviço são: a composição de um **trabalho multiprofissional**; o **mapeamento de setores** para organização do PCMSO; a **realização do EPS** com a participação da entrevista do Serviço Social e Psicologia; o serviço de **pronto atendimento médico** e a aquisição do **Serviço de Ambulância**; o **suporte ao trabalhador** por meio do programa **Apoiar** como um espaço de escuta, gerando confiança e credibilidade ao serviço.

- **Trabalho multiprofissional**

O trabalho multiprofissional é percebido como um avanço, sendo essencial para as práticas de Saúde do Trabalhador tendo em vista a complexidade da relação trabalho e saúde e seu objeto. A possibilidade de se trabalhar em conjunto com a Medicina do trabalho e outras profissões, e juntos ampliar as chances de soluções para os problemas é visto como um ponto positivo. Contudo, há a reflexão que é um ganho devido alguns profissionais que estão no serviço atualmente, não se sabe se é um ganho efetivo do serviço. Pondera-se que quando é um ganho para a instituição, é que independente de quem esteja naquele momento no serviço, vai ser tocado com determinada perspectiva, quando não é um ganho, é quando determinadas pessoas saem e os serviços param, não constituindo um ganho institucional.

Sendo assim, há a necessidade desse olhar interdisciplinar ser desenvolvido com toda a equipe a fim de construir ações em que o trabalhador possa ser atendido numa perspectiva integral, observando aspectos fisiológicos, psicológicos e os sociais.

O trabalho minimamente multiprofissional, eu acho que é um ganho muito interessante, que a instituição tem e com isso os trabalhadores têm. A partir do momento em que a gente tem que pensar, que apesar de tudo, a medicina é um poder institucional, é um poder que se coloca num status de poder, então o fato da gente dialogar [...] de técnico para técnico, de determinadas situações de saúde e fazer com que, mesmo que se tenha um olhar engessado, às vezes, ou dúvida, mas fazer com que reflitam sobre aquilo e até que nos apoiem no nosso posicionamento que aquela situação, é prejudicial ao trabalhador [...] e aí indiretamente, esse trabalho, mesmo que pontual, multiprofissional, é um ganho enorme, principalmente para o trabalhador[...](Ator interno 7).

- **Mapeamento dos setores**

A equipe realizou um mapeamento de todas as áreas a fim de levantar os riscos para subsidiar o PPRA e construir o PCMSO. Esse trabalho possibilita uma aproximação com o trabalhador e os processos de trabalho para análise dos resultados dos Exames Periódicos com mais precisão e transparência.

A possibilidade de mapear com mais propriedade o processo de trabalho de cada departamento e o resultado dos exames periódicos mais fidedignos com profundidade e acuidade maior, do que quando se fazia de uma forma mais distanciada da realidade (Ator externo 4).

- **Realização dos EPS com o viés interdisciplinar**

A realização dos EPS na unidade resolveu um problema institucional, pois para atender todos os trabalhadores era necessário que o Nust-Fiocruz desse prioridade para a unidade, devido a pressão da Anvisa, e nem sempre havia estrutura suficiente para atender dentro dos prazos. Sendo assim, a questão da realização dos exames ocupacionais dos servidores passou a ser feito e organizado pelo serviço. Quanto aos terceirizados, devido ao grande volume de trabalhadores, foi feita uma parceria para que a equipe médica da empresa terceirizada passasse a fazer os EPS internamente.

Foi um avanço muito grande, um setor estruturado [...] para ter uma autonomia. Você imagina a evolução que houve, por exemplo, a questão dos Exames Periódicos. Essa dependência que havia das pessoas ter que se deslocarem. O cronograma de atendimento da Fiocruz era uma loucura, não tinha controle. As pessoas já tinham dificuldade mesmo de comparecer... Imagina ter que ir lá no prédio [...] e isso favoreceu muito[...] (ator interno 5).

Antes a questão de realização de exame periódico era muito trabalhosa [...] tava centralizado no Nust- Fiocruz, os terceirizados se deslocavam lá na Nova Rio...a gente conseguiu concentrar tudo aqui[...] a gente fez um acordo com a Nova Rio para que ela viesse aqui periodicamente para realizar os exames periódicos dos terceirizados. Os servidores a gente tem uma equipe de medicina do trabalho, que faz isso[...]a gente consegue ter um acompanhamento e nos exames periódicos a gente consegue identificar algumas questões também que são relevantes (Ator interno 6).

A participação do Serviço Social e da Psicologia no EPS pode-se considerar que foi um grande avanço. Esta participação possibilita levantar dados tanto para subsidiar ações para o serviço, quanto para subsidiar ações para o DEREH. O instrumento utilizado na entrevista abrange 4 elementos principais, como condições gerais de vida, carga de trabalho e desgaste,

além de motivação. É possível realizar os relatórios considerando cada setor específico, levantando os dados quanto aos ambientes de trabalho, no que se referem às condições de trabalho, conflitos no trabalho, nível de interação, satisfação, além de percepções sobre valorização da instituição para com os trabalhadores.

Entre tudo que a gente podia fazer eu acho que 'tá muito aquém, mas, não tem como não falar, apesar de ser um instrumento de Saúde Ocupacional até a alma, o tipo de Exame Periódico que a gente conseguiu fazer [...] Talvez a saúde nem reconhecesse [...] ou não soube aproveitar todo o instrumental que a gente colocou ali disponível, como uma ferramenta mais ampliada para a instituição como um todo. Mas, o DEREH viu potencial naquilo e aquilo que o DEREH viu de potencial ele se aproveitou em relação aos Exames Periódicos com essa concepção ampliada, multiprofissional e principalmente com os nossos relatórios[...] Mas o que importa é trazer ali a qualidade para aquele trabalhador e se o relatório vai subsidiar alguma melhoria para aquele processo, para aquele ambiente, para aquele coletivo, então é um diferencial válido (Ator interno 7).

O EPS é complementado pelas entrevistas feitas pelo APOIAR, e isso foi uma invenção lá... São importantes... A partir desses dados levantados e estruturados, a gente poderia ver onde é que tá pegando e o que a gente poderia fazer de uma ação maior... E isso precisa de uma equipe maior (Ator interno 1).

- **Pronto atendimento**

O serviço de pronto atendimento é considerado como um ponto positivo, devido à praticidade de ter um serviço dentro da unidade para atender os casos, não somente de acidentes de trabalho, mas de alguma condição de saúde que possa emergir durante o processo de trabalho.

Tirou um certo peso, porque quando tinha um acidente, tinha toda uma demora, se aqui já tem um pouco dificuldade, imagina numa área que é ligada a DIREH/ Fiocruz. A gente tinha que ir todo dia, perguntar se teve acidente, eles faziam a notificação, a gente fazia a investigação, aí melhorou. Sem contar com o fato de ter um atendimento mais perto aqui (Ator interno 13).

Hoje a gente tem a parte de pronto atendimento aqui, que conta com ambulância, com uma equipe voltada 'pra aquilo... Com técnico de enfermagem, clínico geral... Isso 'pra mim já é um plus enorme... O funcionário saber que qualquer situação de emergência, ou qualquer situação de saúde que ele tenha corriqueira aqui, ele vai poder recorrer [...]. E é muito bom você ter isso. Porque você vai estar mais próximo da situação de saúde dos teus colaboradores. Então, tu vai começar a entender melhor se tem uma questão crônica, se tem uma questão que está relacionada ao trabalho, se tem alguma coisa que alguma ação sua possa trabalhar em cima daquilo, ou pra responder ou prevenir casos futuros (Ator interno 6).

Eu acho que melhorou muito. Estar próximo na questão dos acidentes, a entrega dos atestados, que antes entregava no RH (Ator interno 10).

- ✓ **Serviço de Ambulância**

O serviço de ambulância foi muito festejado quando foi implantado. Havia uma preocupação, tanto da equipe de saúde, quanto da gestão em relação à possibilidade de ocorrer situações de acidentes que necessitasse de uma remoção rápida e não haver um aparato suficiente para atender o trabalhador nesse momento emergencial. Quando à discussão foi colocada houve

questionamentos quanto ao reforço e caracterização de um serviço puramente assistencial. Contudo, para a unidade foi considerado uma conquista para os trabalhadores, os quais sentem mais segurança pelo oferecimento deste serviço internamente.

A ambulância eles conseguiram colocar agora a pouco tempo, que já era uma vontade da unidade há muito tempo. Apesar que, acho que não resolve muito sem um aparato de emergência, resolve 'pra você remover. O serviço de ambulância não é totalmente funcional, não tem estrutura, não tem medicação. Isso seria por meio de contrato, no contrato só tem pra remover (Ator interno 8).

A questão da ambulância. isso 'pra mim é crucial, a partir de um momento que eu tenho um corpo de funcionário grande, eu tenho uma possibilidade de ter acidente muito maior... Ou uma situação de saúde emergencial, e aí aqueles minutinhos vão ser cruciais(Ator interno 6).

- **Suporte ao trabalhador e confiabilidade**

O suporte ao trabalhador é oferecido pelos profissionais do Serviço Social e Psicologia por meio do programa Apoiar, que foi um dos serviços apontados como um avanço devido seu caráter de acolhimento e apoio ao trabalhador.

Eu vejo o Apoiar como um programa que pode complementar essa questão da saúde. No que se refere a uma orientação para se buscar um tratamento [...] O Apoiar foi criado com essa preocupação com a questão de saúde. Acabou entrando com a questão de relacionamentos internos com as chefias, mas porque estava impactando a saúde das pessoas. Nessa lógica, como a gente pode apoiar essas pessoas na busca de uma solução. Tem as questões familiares também que acaba impactando (Ator interno 1).

Eu acho que o clima organizacional mudou muito, melhorou muito em função da criação do Nust. Eles se sentiram mais valorizados. Eu diria a motivação 'pra se chegar aonde se chegou hoje, teve início que a primeira ação foi essa, porque a preocupação era com essa parte de conflito, eu me lembro que naquela época tinha algumas atividades que hoje pode ser comparado com o PIDE (Programa de Desenvolvimento de Equipe) de buscar o porquê que as pessoas estavam insatisfeitas, porque as pessoas estavam pedindo demissão, se buscava fazer as entrevistas de desligamento, 'pra tentar cruzar os dados, trabalhar mais o ambiente, a gerência, então acho que isso aí articulou (Ator interno 5).

Um dos pontos positivos apontados foi à questão da confiança que os trabalhadores possuem no serviço. Este sendo concebido como um lugar de aproximação dos trabalhadores, aonde eles vão, não só para ser atendido em casos de saúde, mas para ter um espaço de escuta e acolhimento.

O maior ganho é aproximar uma área dos trabalhadores, onde eles se sintam à vontade 'pra irem. Se sentem parte, sem precisar disputar outro espaço. Estão num espaço deles, onde as pessoas dão um tratamento diferenciado e isso traz uma relação muito boa. Considero um ganho fantástico. O trabalhador sente confiança no serviço em todos os sentidos, tem um espaço de escuta e sabe que será bem atendido. É uma área com independência, pois a direção não se mete. Os profissionais trabalham com outro foco e não sob uma orientação nossa. A orientação é tratar bem os nossos servidores e colaboradores aqui dentro (Ator interno 3).

É uma referência para todo o trabalhador, ele sente-se seguro por ter um local para onde ir. O serviço é dado e penso que é papel da equipe de saúde evidenciar a todos que o serviço é um dos pontos positivos da saúde do trabalhador, é uma conquista (Ator interno 2).

A atenção que dão aos profissionais é excelente, não é toda empresa que dá [...] isso é um avanço, tem atendimentos, campanhas, programa de tabagismo, programa de gestante.(Ator interno 9).

4.2 – Desafios e proposições

Os desafios apontados dizem respeito à **interdisciplinaridade e integralidade** (integração e interação de equipes com uniformização técnica); **Interlocação intra-institucional e articulação inter-institucional**; **Estrutura física e organizacional**; **Participação dos trabalhadores** (espaços de discussão); **Vigilância em ST** (ergonomia, visitas aos locais de trabalho, dados do EPS e assistência com subsídios para ações de promoção e prevenção da saúde, inclusive subsidiando ações do PQV); a construção de uma política institucional que aproxime as práticas de saúde no trabalho com a perspectiva da Saúde do Trabalhador.

- **Interdisciplinaridade e integralidade**

Trabalhar interdisciplinadamente é um dos grandes desafios que se verifica na prática cotidiana. O diálogo entre os profissionais com diferentes olhares permitiria uma análise mais aprofundada das questões inerentes à relação trabalho e saúde.

Eu, particularmente, para trabalhar, eu sinto muita falta do médico, ele vai ter um olhar do ponto de vista da vigilância. Eu não consigo trabalhar se eu não tiver um parceiro médico para estar dialogando [...] é o olhar para a saúde, pode ser o enfermeiro, você tem também o auxiliar de enfermagem, você tem um profissional que você dialogue. É desejável ter um Psicólogo, um Assistente Social, todos esses profissionais, eles conseguem ter um olhar diferente, mas nem sempre você consegue ter essa estrutura maravilhosa (Ator interno 12).

Uma atuação interdisciplinar favorece o olhar dar integralidade, percebendo o trabalhador em todas as dimensões, quer seja através de um programa específico, quer devido ao acometimento de um adoecimento. Atuar com um olhar integral é essencial para que o trabalhador receba a atenção adequada em todas as áreas, assegurando-o um atendimento bio-psico-social, sendo esse um dos desafios para os serviços de Saúde do Trabalhador, não só da Fiocruz, como também na execução da Política de Saúde do Trabalhador do SUS.

Os dois elementos fundamentais para tocar o serviço seria efetivamente os profissionais (aí o trabalho multi e interprofissional), mas com um olhar integral para aquele trabalhador de todos os profissionais. Acho que é fundamental. A partir desse olhar integral, você consegue pensar em ações, por que você tá vendo o trabalhador ali de uma maneira, do ponto de vista de cada um, pensando na interconsulta daquela demanda...um trabalho multiprofissional, mas, com o viés da integralidade e o acesso ao trabalhador, acesso à demanda efetiva daquele trabalhador (Ator interno 7).

- **Integração e interação de equipes/ uniformização técnica de saberes.**

É preciso haver uma maior integração dos saberes proporcionando uma maior interação entre as equipes e com o próprio trabalhador.

Maior integração e participação da equipe e uma maior interação com o trabalhador para conhecer o ambiente de trabalho (Ator externo 1).

Percebe-se que há uma baixa integração dos serviços e programas como foi citado. O programa Apoiar com outras equipes e vice-versa, a Nutrição com a Medicina. Em casos de readaptação, a interação ocorre um pouco mais entre o Serviço Social e a Medicina do Trabalho. Há também uma falta de acompanhamento nos casos dos acidentes de trabalho, devido o distanciamento entre a Saúde e a Segurança.

Eu acho que essa questão do Apoiar, da saúde do trabalhador tem que estar mais integrado [...] e é essa a palavra: integração! Não só com o DEREH, mas com a unidade como um todo (Ator interno 5).

Temos avanços, mas essa coisa da interação [...] são informações que junto vão chegar num diagnóstico. Questão de mentalidade e comprometimento com o trabalho (Ator interno 8).

A gente precisa melhorar nesse mérito. A equipe tem que ter uma sinergia maior, eu acho que a gente melhorou muito a integração [...] (Ator interno 11).

Muitas vezes, por questões de ética profissional, a troca de determinadas informações com outros setores do DEREH e com os gestores não pode ocorrer. Com isso, o serviço muitas vezes é interpretado de maneira errônea, sendo concebido um serviço que possui pouca interação e que favorece somente o trabalhador e não o gestor.

Mas hoje eu sinto um clima diferente, a equipe se adaptou mais, se abriu mais. É claro que existem coisas que a gente precisa melhorar, discussões que a gente já teve inúmeras vezes, voltadas para determinados aspectos. É lógico que precisamos respeitar, mas que não precisamos fazer isso uma barreira, às vezes mais acirrada, às vezes mais incrementada por um ou por outro... Mas é claro que não pode deixar de ser seguida, foi o que aprendemos na nossa formação, mas a gente também não pode fincar o pé ali.[...] Estando dentro do mesmo departamento não se conseguiu olhar a caixa, não que tenha que se expor detalhes, não participar de todos os detalhes, mas um passo até que se permita ajudar (Ator interno 11).

Para que se construa uma maior integração, proporcionado um comprometimento da equipe e interação da equipe e dos trabalhadores, é fundamental a uniformização técnica dos saberes inerentes aos princípios da Saúde do Trabalhador.

Como há uma equipe formada por diferentes profissionais, acredita-se que este fato, já se constitui uma possibilidade de se pensar em um nivelamento e difundir a concepção. É preciso trabalhar para que a equipe técnica e todos os trabalhadores adotem esses princípios.

Uma vez que a CST não pode interferir diretamente, devido a autonomia dos serviços descentralizados, é preciso que o próprio serviço tome essa iniciativa. Primeiramente, traçar diretrizes e realizar periodicamente capacitação para alinhamento das práticas sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador. Incluindo aqui, a equipe de saúde, a equipe da Engenharia e Segurança e a CIPA. Essa uniformização de saberes favorecerá a criação e proposições de ações em que a equipe não sobreponha o saber do trabalhador, e sim pense junto com eles nas questões

relacionadas ao seu ambiente e processo de trabalho. Além disso, é preciso promover a difusão de tais princípios e diretrizes para a gestão, evidenciando sobre a importância de incluir os saberes dos trabalhadores como parte fundamental para a tomada de decisões sobre aquilo que impacta ou não em sua saúde.

Acho que teria que trazer a concepção de Saúde do Trabalhador para a prática, para a vivência da unidade. É tudo dado, colocado e cobrado, sem o olhar, sem antes a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões para as questões do trabalho. E isso é um caminho que daria 'pra ser começado. Eu acho que existe uma porta, existe uma equipe multidisciplinar... Tem condições propícias pra começar, mas não tem a concepção... Acho que talvez propor ou através de treinamento 'pra se entender o que é Saúde do Trabalhador, a importância 'pra gestão de entender que o saber do trabalhador vai fazer diferença (Ator interno 4).

- **Interlocução e articulação intra e inter-institucional**

Há uma fragilidade na sinergia entre vários entes, isso ficou bastante evidenciado com a fragilidade dos diálogos entre o Serviço de Saúde do Trabalhador e a Segurança do trabalho, e até mesmo com a própria CIPA. Além disso, foi pontuada uma fraca interlocução entre as áreas departamentais e os serviços e programas.

Eu acho que esses três grupos a CIPA, a SEMTR e a AESTM tem que ter uma comunhão. Isso faz parte de um vínculo de informação para que o funcionário e o próprio representante, também seja beneficiado. Porque eu acho que esses três grupos juntos, podem melhorarem [...] a Segurança do Trabalho e a Medicina do Trabalho precisam deixar os melindres de lado e seguir em frente (Ator interno 10).

Contudo, é observado pelos informantes que é necessário ampliar a interlocução também entre as chefias das áreas e departamentos, os serviços e os trabalhadores, além de informar a alta gestão sobre os problemas identificados no cotidiano.

Tem que ter uma ligação com as chefia, o núcleo (a equipe) e as pessoas (os trabalhadores). Esses três tem que estarem juntos, se eles não ajudarem não acontece (Ator interno 1).

A falta de interlocução e diálogos gera concepções distorcidas sobre o trabalho realizado. Por não haver uma forte sinergia entre estes entes, a visão do serviço fica a desejar, por desconhecimento dos objetivos do trabalho realizado, pois não há esclarecimentos sobre a perspectiva de atuação frente às expectativas dos outros serviços e dos gestores, tendo uma maior legitimidade com os trabalhadores atendidos pelo serviço.

O conceito que eles tinham é que havia uma proteção do trabalhador, o que é importante é a visão do trabalhador, a visão do gerente não importa, ou é menos importante [...]. Esse papel de protetores. De "frascos e comprimidos" atrapalha. Eu acho que isso atrapalha um pouco o trabalho de vocês. Eu acho que esse peso que tem que ser dado, essa coisa que vocês davam nas análises, nos atendimentos, isso não era visto (Ator interno 5).

Não e só pender para o lado do trabalhador. Porque o fulaninho[...]ele é um coitadinho que tá passando por isso. E aí o cara se lasca, é quase colocado na fogueira. É mostrar que essa não é a ideia, não é só pender para o lado do colaborador [...]. Porque é sabido que as pessoas usam de má-fé, se aproveitam do nosso olhar para se acomodarem dentro de uma determinação situação (Ator interno 11).

A aproximação com as chefias possibilita a busca da solução e de fornecer feedbacks sobre o que precisa ser melhorado em termos de melhorias na organização do trabalho e nas relações de trabalho. Existem problemas gerenciais na questão da relação de trabalho na unidade. Muitas vezes os conflitos ocorrem devido a essa dificuldade do gestor em gerenciar pessoas. Na opinião de alguns atores-chave é preciso melhorar essa aproximação.

[...] estar próximo a eles, senão é enxugar gelo. A visão deles de um lado que, o Apoiar ou o Nust, o Centro de Saúde protege. E vocês com a consciência de que realmente aquele trabalhador pode estar até sofrendo assédio [...] hoje é um, amanhã é outro e a coisa não se resolve e a demanda vai ficando maior. Pode inclusive ajudar o departamento como um todo no sentido de mudar essa realidade e levando essa visão buscando esse espaço, para que essa experiência ou essa visão seja passada para eles no sentido de melhorar essa relação (Ator interno 5).

É apontada também uma fraca articulação com a gestão, sendo necessária criar uma rotina de elaboração de relatórios informacionais sobre os problemas das áreas para que a gestão da unidade se posicione para a busca dos problemas vivenciados.

As coisas só operam, quando existe uma sinergia entre as áreas da Saúde do Trabalhador, chefias de departamentos e direção e todos se preocuparem com o mesmo objetivo, senão não vai funcionar. É preciso uma interação constante entre estes entes. Relatar as informações e problemas das áreas, adoecimentos recorrentes para se pensar uma solução, pois é muito mais barato tratar essas questões do que perder processo e lidar com o adoecimento. Precisa-se de uma conscientização do serviço e das chefias. Sabe-se que a atividade de produção, é por si só cansativa. Então, se a informação não é produzida pelas áreas responsáveis, a direção acaba não fazendo nada. É necessário observar as especificidades de cada processo de trabalho e como está organizado (Ator interno 3).

A interlocução entre os serviços com a empresa terceirizada (Nova Rio) deve ser ampliada, contudo, deverá ter a mediação da Seção de Administração de Pessoal SEPES/DEREH, uma vez que as questões relacionadas aos contratos são administradas pelo setor de pessoal.

É interessante que o contato seja do DEREH com a Nova Rio, a gente não consegue fechar esse ciclo com a Nova Rio [...] a Nova Rio tem que fazer uma avaliação de risco, um laudo. Hoje a gente discute, faz um laudo, a gente já sabe as vagas que são preenchidas (Ator interno 13)

Seria a gente ter uma maior aproximação com a empresa terceirizada na questão de realização de exame periódico... Por que isso traria uma troca melhor para gente (Ator interno 6).

A articulação com o Nust central e a CST precisa ser também ampliada, para que haja uma maior aproximação do que se preconiza em nível de políticas para a Fiocruz como um todo. A ausência de interação amplia o distanciamento das discussões na instância que deveria promover uma atuação mais interativa de forma a haver um alinhamento das ações e práticas no âmbito da Fiocruz.

Foi um avanço certamente, contudo a coordenação e o Nust-central precisa ter uma articulação maior com os Nust's das unidades (Ator externo 1).

Eu acho que melhorar a dinâmica da articulação entre Nust central e o Nust-Bio (ator interno 4).

- **Participação dos trabalhadores**

A participação dos trabalhadores como sujeito detentor de um saber e a ampliação do diálogo entre todas as esferas é fundamental para o alcance de práticas de saúde que, efetivamente, possam proteger o trabalhador e prevenir agravos à sua saúde. A capacidade de escuta do trabalhador fazendo parte de uma interdisciplinaridade é uma questão fácil de falar, mas difícil em sua execução. Embora tenha possibilidades, trata-se de uma construção. A participação como ator dos processos em ações comunicativas, interdisciplinares, multiprofissionais associadas à Saúde Coletiva e trabalhando a relação do trabalho com a saúde. Quando chama-se o trabalhador para que ele pense o trabalho, que forma pode ser, que máquina seria mais eficaz, utilizando do seu conhecimento e fazendo parte da tomada de decisão. Isso é difícil ocorrer, por que não se oferece esse espaço.

Quando você faz isso e ouve o trabalhador, ele o tempo todo aponta o caminho, então se ele aponta o caminho, é a gestão ou a gente não está ouvindo... Por que ela não está ouvindo? Então, eles estão diminuindo o saber deles? É fazer eles entenderem que aquele saber deles é importante. A Ergonomia fala nisso, gerar um conhecimento novo...É claro que o deles tem um peso grande, o nosso vai dar uma aperfeiçoada, uma lapidada, ainda mais que é um conhecimento empírico, mas ele vai te dizer coisas que você não tem a mínima ideia também. Ele que sabe te dizer que a máquina x causa isso e que a máquina y faz aquilo...eu acho que é juntar esse conhecimento...acho que tem espaço 'pra isso (Ator interno 4).

O técnico na verdade ele não consegue ver isso, é uma falha, o Técnico de Segurança, ele tem que conversar, fazer uma entrevista (Ator interno 12).

A equipe tem que tá junto com o trabalhador (Ator interno 3).

[...] e dar voz aquele trabalhador... E aí assim dentro do serviço [...] ele vai nos procurar, por uma situação, talvez de urgência. Mas, que outros fóruns, que outros blocos a gente pode criar ou atuar 'pra que a gente esteja efetivamente ouvindo sobre o que ele 'tá pensando? O processo de trabalho, o processo de adoecimento dele e dos colegas... Mas, a gente não tem esse canal que a gente possa executar. E é aquilo... Não tem como fugir do conceito... Saúde do trabalhador, sem a participação do trabalhador não é Saúde do Trabalhador (Ator interno 7).

O trabalhador de Bio-Manguinhos tem um papel importante dentro da cadeia de suprimentos da Saúde Pública, pois sua participação, independentemente de sua função, contribui de alguma forma para levar saúde à população. Isso é fruto de uma integração ampla e participação de cada trabalhador na hierarquia do processo produtivo.

Tanto a {pessoa da limpeza} é importante aqui de dentro, quanto o motorista do caminhão que tá levando a vacina, todo mundo é importante. Sem eles {o diretor} não consegue ser quem é, não adianta ele ser Ph.D. e ele pegar seu cone. Não adianta se ele não souber lidar com a {pessoa da limpeza}, se ele não souber lidar com o {motorista} (Ator interno 11).

- **Vigilância**

Fazer vigilância é um dos principais desafios para o campo. Alguns informantes compartilham da mesma concepção e consideram difícil, entretanto, é possível trabalhar de forma

mais efetiva alguns instrumentos já estabelecidos, como o próprio EPS, buscando outros meios para que se estabeleça uma rotina no cotidiano do serviço. As rodas de conversa; as visitas aos locais de trabalho; as análises nos ambientes de trabalho e suas relações (carga, desgaste, relação com chefia, pressão temporal) são instrumentos de vigilância que podem ser incorporados nas ações. É preciso ampliar o escopo das práticas de saúde no trabalho nessa perspectiva para levantar os dados e intervir nos processos e ambiente de trabalho.

Então, hoje essa é a grande questão, eu vejo que existe um instrumento que não é plenamente aproveitado que são os EPS. Acho que o periódico ainda hoje é utilizado para atender uma questão legal [...] Hoje é uma questão fundamental... Esse é um instrumento concreto na vigilância. Fazer vigilância é criar grupos de conversa; possibilidades mesmo de enfrentamento. Vigilância é difícil, é muito fácil trabalhar no computador, epidemiologicamente... Ou até mesmo no uso do EPI... É um desafio (Ator externo 2).

Trabalhar em cima dos dados estatístico para haver benefícios em ações. Tornar evidente para a direção os problemas para pensar melhorias nas condições do trabalhador. Produzir informações para trazer melhorias para a qualidade de vida para os trabalhadores. É preciso ver qual é o problema, é preciso ir à área, ver o que está acontecendo, estar junto com os trabalhadores para poder saber qual a solução, analisar e influenciar. Com isso, criar informação para gerar uma ação (Ator interno 3).

Uma questão que tem intensificado devido à conjuntura estabelecida pela reestruturação produtiva é a questão do aumento do sofrimento psíquico e agravos à saúde mental do trabalhador. Os profissionais encontram muita dificuldade em levantar dados e buscar uma intervenção efetiva. Pelo próprio aspecto subjetivo, as nuances da questão pode ser escamoteada e não trabalhadas de forma a proteger o trabalhador. Sendo necessário pensar ações que ultrapassem aquelas contidas nas NRs em que o risco psicológico não é mensurado e, portanto mais difícil de verificar e intervir. É preciso compreender a questão da saúde mental criando ferramentas para apontar sofrimento e tratar o problema. Pensar criativamente alternativas e ações que possam minimamente dar enfrentamento dentro dessa questão de sofrimento psíquico articulado ao trabalho, com o entendimento que a Saúde do trabalhador tem que ter ações nesse âmbito. Verificar as doenças mais comuns e preparar um material para pensar o que fazer, agir e prevenir.

A vigilância, isso é um grande desafio... Sobretudo, por exemplo, na questão de ordem de hoje que é a questão do sofrimento psíquico, em torno do assédio. Dessa questão que a instituição conta com um número tão grande de terceirizados que tem hoje; a diferença tão grande de vínculos e todas as deformações de gestão que advém disso: a arrogância dos gestores, o não entendimento dos papéis, enfim [...] Essas diferenças de tratamento, de convivência, todas as características de hoje[...] acho que a questão da saúde mental é o grande desafio hoje da Saúde do Trabalhador, fazer vigilância em saúde mental na saúde do trabalhador. Isso é invisível... E ninguém consegue mensurar de fato quais são as consequências de alguém que sofre todos os dias no seu posto de trabalho. As consequências de quando ele sai dali... O que acontece quando ela sai do trabalho até chegar em casa. E quando ele chega em casa. (Ator externo 2)

A implantação de um serviço dentário faz parte dos objetivos da diretoria, que também ficaria a cargo do Serviço de Saúde do Trabalhador em uma perspectiva não só de pronto atendimento, mas também de vigilância, uma vez que há uma relação entre saúde bucal e contaminação da produção.

Além disso, gostaria de colocar um serviço dentário, mas por questão de estrutura até hoje não foi possível, mas considero importante, pois nem todos tem condição de tratar porque é um serviço caro. Um problema bucal pode contaminar a área (Ator interno 6).

Do ponto de vista de um dos atores-chave, também é necessário acompanhar a população trabalhadora analisando dados laboratoriais no que se refere à diabetes, glicemia, pressão alta. Compreende-se que as questões de pressão alta têm aumentado pela questão do estresse ocasionado decorrente da conjuntura que vivemos. Também observa-se que há um grande número de idosos em atividade e esses trabalhadores necessitam uma atenção especial.

✓ Ergonomia

A ergonomia é um campo de conhecimento que se configura em um instrumento da vigilância. Conforme a NR 17, visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1990).

De acordo com Falzon (2007) a ergonomia busca não somente analisar o sujeito na atividade, mas sim, produzir conhecimentos úteis à ação, quer se trate da transformação, ou concepção de situação de trabalho ou objeto de trabalho.

A ergonomia pode ser definida como a adaptação do trabalho ao homem, ou mais precisamente, como a aplicação dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para conceber ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia (FALZON, 2007, p.4).

Por sua metodologia de análise de locais de trabalho é possível levantar dados mais precisos sobre vários aspectos da organização do trabalho e do processo produtivo, estimulando a participação do trabalhador na busca de melhorias neste processo e nas condições de trabalho.

E aí também tem que sair dali, tem que ir lá na fábrica, tem que 'tá junto, tem que ver de perto... Olha tem uma questão ergonômica, muito séria (Ator interno 3).

A unidade ainda não possui uma equipe voltada para a questão da ergonomia, ocorre ações pontuais de acordo com as demandas apresentadas e casos que são mais evidenciados. Mas reconhecem que esta lacuna é uma das próximas metas do setor para intervir para a diminuição dos problemas osteomusculares que se apresentam no serviço.

A parte de ergonomia a gente não tem, a gente só consegue apagar incêndio[...]. A gente sabe que um investimento de ergonomia é muito alto e a gente já tá pensando em soluções alternativas [...]

'pra mim, hoje, a minha principal lacuna seria a parte da ergonomia[...]Porque as parte de doenças osteomusculares é um dos afastamentos mais recorrentes, está entre os 10 mais recorrentes todo mês ali (Ator interno 6).

✓ Dados do Pronto Atendimento e da Medicina do Trabalho

O serviço de pronto atendimento é um locus privilegiado que pode compilar informações e dados epidemiológicos que sinalizam os problemas mais comuns e os locais em que é necessário algum tipo de intervenção. Não é uma área só assistencial, é um espaço para gerar dados para pensar ações e reivindicar das instâncias superiores melhores condições de trabalho, estimulando reflexões sobre minimizar desgastes.

É preciso compreender que o serviço não é apenas uma área de assistência. É uma assistência voltada para uma melhoria. É preciso gerar informações para que tenha uma ação da direção, para melhorar as condições, porque o nosso objetivo é dar melhores condições para aos trabalhadores. Ao se perceber problemas recorrentes nos atendimentos, pensar formas para tratar a questão. O que tá proporcionando tanta demanda para um mesmo problema que eu não consiga intervir pra poder melhorar as condições para que esta demanda não exista? (Ator interno 3).

Há também que se melhorar a investigação em casos de adoecimento ocupacional, em casos de afastamento por doenças osteomusculares, assim como participar junto com a Segurança do Trabalho nas investigações e no acompanhamento dos casos de acidentes de trabalho. Além disso, é importante investigar se houve agravamentos ou não de determinada situação de saúde, tendo em vista as atividades executadas em outras experiências dos trabalhadores, ou se foi desenvolvida na atividade atual.

✓ Subsídios aos Programas de Promoção e Prevenção e ao PQV

Os dados epidemiológicos do serviço, tanto da parte médica quanto da parte psicossocial podem ampliar a contribuição para a implementação de ações do Programa de Qualidade de Vida enquanto programas de prevenção e promoção à saúde e também para uma intervenção nos processos de trabalho.

Quando a Saúde do Trabalhador tem dados que vai levar pensando nas ações de qualidade de vida, é porque o problema já aconteceu [...] você já tem pessoas com algum tipo de sofrimento, seja físico ou subjetivo [...] acho que pensando não mais da parte preventiva da coisa...eu acho que a Saúde do Trabalhador pode fornecer dados epidemiológicas de vigilância para propor ações, que seriam ações de qualidade de vida... Num conceito mais flexível de qualidade de vida... Pra que essas pessoas que já estão ali prejudicadas, elas possam [...] não adoecer mais e minimizar aquilo que já está acontecendo (Ator interno 7).

É pertinente haver uma divulgação sobre os motivos de determinada ação de qualidade de vida. Mesmo que os profissionais na execução informe é preciso um canal que trabalhe de

forma mais efetiva sobre a necessidade de participar da atividade oferecida e incentivar tal participação. É preciso também, melhorar o sistema de avaliação destes serviços e programas em que se possa ter um espaço para que o trabalhador participante sinalize as motivações para a escolha de determinada atividade.

Falta uma explicação sobre a importância disso. Porque que a gente tem que fazer? Temos que fazer por causa disso. Se você começar a conscientizar, por ex: a ginástica laboral é muito legal, mas as pessoas não querem fazer. Então, antes de se aplicar tem que ser explicado por que 'tá sendo aplicado (Ator interno 10).

- **Estrutura física e organizacional**

A estrutura física do serviço apresenta uma série de questões, tanto no que se refere a divisão dos espaços, salas de atendimentos, etc., quanto em relação a localização. A questão dos espaços e postos de trabalho é algo que necessita de melhorias e se possível uma transferência da própria área, tendo em vista a localização que não é de fácil acesso a todos os trabalhadores. Em 2015, a área sofreu uma pequena reforma, mas ainda não foi o suficiente para atender e comportar os profissionais em suas atividades laborais.

Mas, acho que ainda é preciso outras melhores condições adequadas de atendimento, de equipamentos, de área, pelo número de pessoas e número de problemas que existem (Ator interno 3).

A localização é primordial [...] falta de orientação dos experientes, por parte dos coordenadores, eles ajudaram a fazer a planta [...] eles tinha que ter passado a localidade como um ponto primordial...Em princípio eles queriam um serviço que fosse próximo a fábrica, por isso que eles pensaram naquela estrutura ali. Mas e o restante da unidade? Nós estamos muito mal localizados, só quando você vivencia, é que eu vejo que tínhamos que ficar no meio... Tantos espaços, tantas obras. Tinha que mudar. Estamos no meio da central de vapor. Se acontecer algo?(Ator interno 8).

Em relação à estrutura organizacional, atuar em nível hierárquico ligada diretamente a diretoria ou outra estrutura, desvinculada da área de RH, seria o ideal para ter uma maior autonomia. Um serviço de saúde do trabalhador ligado ao RH propicia conflitos, devido ao seu posicionamento ético - político e missão dentro da empresa, seja pública ou privada.

A ST utiliza-se a técnica a serviço dos trabalhadores, diferente do enfoque da saúde ocupacional em que sua técnica é neutra. E quando há neutralidade, em geral, atua-se em prol da ideologia dominante. A área de RH possui características de gestão e de desenvolvimento de pessoas, do controle, em que o alcance das metas e indicadores são os objetivos organizacionais.

Todas essas atribuições podem gerar conflitos de interesses, pois muitas vezes, por questões vinculadas a saúde não se atinge o desempenho desejado e essa questão para uma área de gestão de pessoas, muitas vezes se resolve com o desligamento do trabalhador adoecido, com o argumento da baixa produtividade.

Eu acho que os RHs em qualquer local do mundo, ela precisa ser muito integrada [...] obviamente cada profissional tem sua especialidade. Mas ela tem que ter uma filosofia, tem que ter metas muito clara e muito uniforme. Essa visão tem que ter muita discussão, muito diálogo. Você ter uma área de RH que cada um pensa de um jeito, é confuso não só para os profissionais como para toda a instituição (Ator interno 5).

Deve haver uma íntima interlocução, porém não seria pertinente uma área de saúde permanecer subordinado a área de RH. Na discussão da remodelagem dos processos para a futura empresa pública realizada pela consultoria PWC, houve pessoas que queriam que permanecesse ligada ao Dereg, mas depois mudaram de ideia, sendo definido que a área de Saúde e Segurança vão compor uma superintendência ligada à presidência da empresa. Essa superintendência também será composta pela área de Responsabilidade e a área da Biossegurança.

Compreendo que dentro de uma organização um Serviço de Saúde do Trabalhador funciona como uma área de apoio, inclusive das ações da diretoria para melhorar a qualidade de vida do trabalhador (Ator interno 3).

- **Construção de Política Institucional**

Houve narrativas que apontam para um distanciamento entre as práticas que são implementadas e os princípios que norteiam o campo. Evidenciando uma nítida linha de avanços e retrocessos desde que o serviço foi inaugurado.

Se a gente for pensar conceitualmente em Saúde do Trabalhador, pensando em todos os eixinhos, que a compõe, eu acho que ainda não se faz. Mas pensando nesse ciclo de 2008 até 2014, já houve momentos em que eu achei que a gente estava caminhando para algo positivo [...]. Em alguns momentos eu achei que, se a gente não chegasse ao ideal da Saúde do Trabalhador, [...] a coisa iria se aproximar muito. E aí, troca-se profissional, muda-se de gestão, e a gente dá três passos para trás, enquanto Fiocruz macro (Ator interno 7).

Isso também é observado dentro do conjunto de ações do Nust central e da própria CST. Essa situação, geralmente, ocorre em momentos de mudanças na gestão ou de saída de profissionais que acabam não dando continuidade aos serviços e ações iniciados. São orientados por novos direcionamentos, oriundos da nova conjuntura política da instituição. Pontualmente, quando se tem uma equipe mais mobilizada ou talvez um pouco mais capacitada, consegue-se construir algumas ações, como aconteceu com a criação dos Centros de Estudos em Saúde do Trabalhador organizados pela CST, mas com a saída da profissional, houve uma descontinuidade da ação. No caso da unidade em estudo, a priorização de políticas internas como o PQV ou ações sob uma perspectiva mais pragmática, também apresenta esse caráter de descontinuidade.

Acho que oscila muito, as tentativas de se fazer Saúde do Trabalhador dentro da Fiocruz enquanto política maior e porque a coisa não anda. Há um esforço pontual... Esforço pontuais de profissionais, a famosa citação, lá do Minayo eu não sei se é da Dias... é um esforço de profissionais pontuais, neh...quase sempre os mesmos...não é uma política de gestão concreta (Ator interno 7).

Infelizmente ainda vivemos numa época, que você tem algumas coisas que é a cara da pessoa que está ali, se você tem hoje fulaninho, a atividade vai ter a cara do fulaninho. Às vezes a pessoa sai

essa atividade muda radicalmente. Não é bom que seja assim, vulnerável, mas não tem como ser diferente [...] isso ocorre sempre, com o presidente da Fiocruz... Você vê Sergio Arouca... Cada um tem um marco, aquela gestão vai se caracterizar na figura do gestor, é claro dentro de um contexto político, social. Seria muito bom se a gente pudesse costurar essas coisas para além dos setores enquanto serviço (Astor interno 12).

Na prática, a Fiocruz não consegue fazer ST, então o que pensar de potencialidades para a ST nesse campo institucional? É necessário criar uma estrutura capaz de não ser tão vulnerável a essas mudanças de gestão e de profissionais. Uma política institucional enquanto diretriz maior, que nos mobilize a pensar essas potencialidades e que sejam capazes de melhorar a interface da articulação do serviço como um todo. Buscar uma aproximação das práticas de saúde ao conceitos do campo da ST, ou seja, construir uma política institucional em que fossem preconizados e apontados quais as diretrizes de ST devemos seguir, respondendo que ST a instituição quer e qual seria a orientação maior em ST para propor políticas internas em que se estabeleça que os principais atores são os trabalhadores.

Então se você não tem um projeto de gestão, projeto para o setor em específico, você não vai ter continuidade se as pessoas saírem dali [...] Qual é o projeto atual? O projeto atual é que a gente tenha ali os periódicos em dia, por que tem auditorias. Ainda continua sendo isso. Essa é a diretriz, 'pra isso que a gente precisa de um serviço médico e dos periódicos da Nova Rio, o resto é acessório, plus total (Astor interno 7).

Tem que ter todo esse conjunto pré-definido, aí você tem problemas, você tem que fazer os exames, você quer fazer um trabalho, é feito a anamnese, faz a entrevista, mas não consegue fechar, as pessoas não tem uma coisa bem definida. Desde o cara que tem doutorado, até o que tem nível médio, quando fala em insalubridade, fala que faz a mesma coisa, desvio de função, isso não é muito definido, a gente 'tá tentando mexer nisso, como ele é renovável, você não consegue mexer, só quando tiver uma nova licitação, e isso é um pouco complexo (Astor interno 13).

Esta política seria capaz de estabelecer uma proposta de capacitação. Entretanto a CST deveria ser a promotora dessa capacitação para que os gestores apreendessem essa concepção enquanto uma política macro a ser seguida por todas as unidades da Fiocruz. Aliás, cada unidade dentro da Fiocruz deveria ter uma equipe mínima de Saúde e Segurança. Atualmente fica quase tudo direcionado para a CST que poderia atuar enquanto um lócus pensante e não executor, com isso, a Saúde do Trabalhador da Fiocruz não avança.

A gente poderia capacitar a equipe toda [...] o que seria a Saúde do Trabalhador como um todo, quais são os elementos para pensar a ação com esse olhar. Mas, se a gestão não tem esse entendimento, e não deseja que haja, então, esse tipo de capacitação com esse olhar não vai acontecer. Quem poderia também dar uma fomentada nisso que seria a coordenação, também não chama, então a gente fica nessa, das boas vontades individuais, das iniciativas (Astor interno 7).

Dentro da integração, todos os órgãos, todos os personagens, que nós já citamos aqui, vir da alta direção, como uma determinação institucional (Astor interno 9).

A política institucional deverá intervir nos aspectos do contrato de trabalho dos terceirizados para assegurar direitos para todos os trabalhadores independentes de vínculo.

E a Saúde do Trabalhador e a Segurança do Trabalho, não é que mexe diretamente com isso, mas afeta isso, porque se o profissional vai estar apresentando todas as documentações, deve apresentar

o PCMSO, vai ter que apresentar o ASO, carteira de trabalho, vai ter que apresentar vacina dos funcionários isso tudo é custo...Sabe que tem os encargos trabalhistas, aí não quer fornecer equipamento para funcionário. Quando fornece, fornece de baixa qualidade, ele não quer fazer o amparo trabalhista do funcionário, fazer o acompanhamento pra Saúde do Trabalhador... Fazer o PCMSO, dar as vacinas, não faz isso... Aí fica a moda do vão se embora... Casa da mãe Joana... (Ator interno 9).

A priorização em realizar atividades sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador dentro do contexto organizacional se refletirá em um grande avanço da política pública.

A proposta atual de oferecer programas enquanto um plus para o trabalhador é importante e necessário, contudo há opiniões que compreende que não se pode colocar a atenção para essas questões e negligenciar, de certa forma, a legislação trabalhista. Há o entendimento que a equipe de saúde do trabalhador ao se dedicar a essas ações, termina não executando o estabelecido no PCMSO. Nessa concepção, tem-se o entendimento que fazer Saúde do Trabalhador é apenas cumprir o que manda a NR.

Não é questão que a Saúde do Trabalhador não deve fazer, sempre vou bater nesse ponto, deve fazer a mais, só que dever cumprir a legislação. É preciso ter mais integração, cumprir a Legislação. Para que você tenha uma Saúde do Trabalhador bem alinhada... são normas... Você tem que cumprir as normas. O que você faz a mais da norma é um avanço (Ator interno 9).

Considerações finais

Ao realizar o resgate histórico da institucionalização das práticas de saúde na unidade, um dos primeiros apontamentos demonstrados é que as áreas de Saúde e da Segurança foram implantadas a partir da demanda do Controle de Qualidade. Em decorrência das transferências de tecnologias e para atendimento das Boas Práticas de Fabricação (BPF) é preciso cumprir requisitos para a validação dos processos de produção e certificação dos órgãos reguladores nacionais e internacionais (ANVISA e OMS). Tais exigências perpassam pelo cumprimento dos requisitos trabalhistas, no que se refere às NRs do MTE.

Especificamente, a criação do Serviço de Saúde do Trabalhador foi para melhorar a efetividade na realização dos Exames Periódicos de Saúde (EPS) para atendimento das inspeções, além de dar uma resposta mais rápida em casos de acidentes e doenças ocupacionais.

No decorrer do processo para a criação da área da Engenharia e Segurança, percebe-se que haviam diretrizes e influências da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) para que fossem implantados sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador (ST), buscando uma gestão de serviços com uma aproximação dos trabalhadores.

Entretanto, na ocasião da implementação do serviço de saúde coincidiu em um contexto político institucional que ocasionaram mudanças na gestão da CST e mudanças de equipes. Tal conjuntura trouxe uma série de dificuldades para a efetivação do Programa Fiocruz Saudável, onde se pretendia articular os saberes para dar conta das especificidades e da complexidade dos diferentes processos de trabalho no interior da Fiocruz.

Verifica-se que a CST como responsável pelas ações de ST no âmbito do programa Fiocruz Saudável, a depender da conjuntura, há um distanciamento do discurso conceitual, havendo descontinuidade de ações iniciadas e dificuldades de avançar nesta perspectiva.

Apesar das diretrizes iniciais do programa Fiocruz Saudável, as unidades por sua autonomia institucional, não necessariamente realizam suas práticas, em consonância com o que é estabelecido. Os serviços na unidade se delinearão de acordo com as demandas específicas sob a influência das visões dos gestores - diretorias e chefias de departamento.

Verifica-se que há uma ausência de um direcionamento mais claro por parte da CST sobre qual perspectiva de atuação os serviços precisam seguir. Os gestores dos serviços acabam seguindo uma lógica baseada no que é demandado institucionalmente e, em geral, vão realizar as ações a partir de sua própria vivência profissional.

Em relação à conjuntura da unidade, o instituto passa por transformações e crescimento exponencial para o desenvolvimento e produção de vacinas em decorrência do aumento de demandas do Ministério da Saúde (MS). Para tanto, a unidade necessitou se adequar e criar alternativas para otimização de seus processos. Com isso, houve uma ampliação dos contratos de terceirizados, devido aos poucos efetivos, constituindo uma massa de trabalhadores instáveis com todas as implicações da precarização do trabalho: diminuição de direitos, aumento dos riscos de acidentes, insegurança empregatícia, fragmentação dos trabalhadores.

Junto com a intensificação do trabalho, implementa-se práticas como a multifuncionalidade, utilização de cargos genéricos, avaliação de competências e outras ferramentas de gestão. Além disso, adota-se um discurso empresarial tais como: o trabalhador como “colaborador”, a forte disseminação do espírito de equipe para o alcance de metas e adequação dos indicadores; o controle de frequência mais rígido, com a implantação do ponto biométrico, a política de banco de horas, entre outras.

No que se refere à concepção sobre ST há percepções diversas. Alguns atores apresentaram elementos preconizados no campo como: integralidade, interdisciplinaridade, participação, vigilância. Porém, outros apresentaram um entendimento difuso do conceito, demonstrando as dificuldades em executar as ações sob esses princípios.

Quanto ao processo de implementação do serviço de saúde, as articulações realizadas pelo Departamento de Recursos Humanos (DEREH), foram diretamente com o Nust-Fiocruz para a obtenção das informações objetivas para a implantação do serviço enquanto estrutura e equipamentos e posteriormente, sobre os procedimentos de exame periódicos, vacinação, pronto atendimento e afastamentos.

Não houve capacitação sistemática por parte da CST para alinhamento de ações sobre a concepção de ST, mas sim, observação das práticas e conversas com os profissionais do Nust-Fiocruz.

Um dado que chamou a atenção se refere à participação dos trabalhadores. A maioria dos informantes apontou que não houve participação do sindicato ou da CIPA nesse processo, porém dois informantes trouxeram a informação nesse sentido. Um informou que havia essa bandeira de luta na CIPA já algum tempo, pois o serviço prestado no Nust-Fiocruz em relação aos acidentes não era eficaz devido à distância. O outro apontou que antes da implantação do serviço foi realizado um *Workshop* para definição do escopo de ações, e informou que havia representantes da CIPA. Contudo, a principal atividade que ficou definida neste evento foi a

implantação de um pronto atendimento médico. Ou seja, a concepção do serviço de saúde para os trabalhadores perpassa pelo entendimento da assistência médica.

Em relação às diferentes nomenclaturas que o serviço de saúde possui houve várias respostas, porém, ficou latente que na ocasião da definição da estrutura organizacional, devido às questões legais e para seguir uma lógica já constituída, tiveram esse entendimento. Com o serviço inaugurado verificaram que havia um descompasso em relação às atividades e ao nome adotado, porém, tem-se a hipótese, que pelas questões do planejamento e o tempo que é oferecido para mudança de organograma, não foi modificado.

Instaurou-se assim uma “crise de identidade”. A partir do entendimento que o nome oficial-Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR) não retrata a realidade do que é oferecido, pois há uma equipe multidisciplinar, verifica-se que seu uso se constitui um retrocesso diante da concepção de ST e do próprio trabalho que se busca desenvolver.

A questão do serviço de Saúde e da área de Segurança serem setores distintos foi em decorrência da implantação, primeiramente, da área de Engenharia e Segurança (AESTM) para atender demandas específicas ligadas às construções. Por outro lado, o Dereh já era responsável em organizar realização dos EPS e a vacinação dos trabalhadores, onde também se desenvolvia um serviço de acompanhamento de afastamentos por motivo de saúde com interlocução com o Nust-Fiocruz por meio do programa Apoiar. Somando-se a essas atribuições o PQV também era desenvolvido pelo Dereh. Nesse sentido, devido todos esses serviços estarem a cargo do Dereh, a SEMTR foi organizada subordinada aos Recursos Humanos, não sendo discutida a possibilidade de junção das áreas na ocasião, por compreenderem que tratava de serviços distintos, um de prevenção e o outro de assistência.

Configurou-se, portanto, uma dicotomia demarcada por interesses distintos, o que impossibilitou e fragilizou ações em conjunto. Pela sua importância, essas áreas deveriam estar juntas em um patamar estratégico na unidade. Essa organização estrutural atual dificulta a integração entre as áreas, ocasionando impasses no que se refere às atribuições e enquanto uma possibilidade de fazer parte de uma interdisciplinaridade almejada pelo campo da ST.

Este dado fica evidente nas dificuldades de diálogos e nas visões diferentes que se constatou nas entrevistas, em que se verifica uma visão de culpabilização do trabalhador sobre acidentes e divergências de concepções do ponto de vista teórico e operacional.

Tal fato, também teve a opinião que essa separação ocorreu devido à própria separação instituída pela cultura das profissões (Engenharia e Medicina), e também pela cultura empresarial em conceber a área da saúde ligada a área de Recursos Humanos.

Sendo assim, em decorrência desta separação, a unidade não possui um SESMT clássico. O que se configura é que cada área assumiu responsabilidades e buscam, apesar das visões diferentes, atender os requisitos estabelecidos para aquilo que entendem ser em prol da melhoria da saúde e segurança dos trabalhadores.

No que tange à operacionalização, ficou a cargo do serviço de saúde, o pronto-atendimento médico, a realização do PCMSO, o programa Apoiar e as atividades do PQV. Por não ter ocorrido um alinhamento sobre ST, o serviço foi concebido pelo viés pragmático da Saúde Ocupacional. Com a inserção do Serviço Social, por sua concepção de integralidade, elaborou-se um projeto de intervenção profissional na perspectiva da Saúde do Trabalhador, o que foi incorporado em algumas ações, favorecendo assim, a execução dos EPS com uma tendência interdisciplinar.

Apesar dessa influência, o conceito de Qualidade de Vida do Trabalho (QVT) conquistou uma atenção superior ao da ST, sendo desenvolvido um programa que obteve uma maior visibilidade institucional. Houve maiores investimentos para a promoção e prevenção da saúde, por meio de um leque de atividades, com objetivos de melhoria do clima organizacional e aumento da produtividade. O discurso da valorização dos seus colaboradores - não do seu saber operário participativo, mas com a finalidade de retenção da mão de obra - foi fortemente interiorizado.

Os dados demonstram que essa visibilidade maior do PQV originou-se de vários fatores: influência forte da diretoria e identificação do gestor do serviço, por já ter aproximação da temática e especialização na área. Percebe-se também, que o serviço precisa se adequar a conjuntura e políticas internas na priorização de programas e serviços de acordo com o sugerido pelas instâncias superiores. Nesse âmbito, as discussões sobre executar ações sob a perspectiva da ST foi ficando em segundo plano.

É preciso esclarecer que ST e QVT possuem aspectos distintos, pois a primeira busca mudanças nas condições de trabalho, a segunda se propõe a focar no indivíduo no que se refere às mudanças de hábitos e estilo de vida. Ressalta-se que é necessário não focar somente na promoção da mudança de estilo de vida, em ações terapêuticas para diminuição do estresse, ou ginástica laboral, pois não interfere nos processos de trabalho e condições de trabalho. As propostas devem buscar o fortalecimento em torno da discussão dos processos de trabalho e a qualidade das relações de trabalho, em decorrência das repercussões na saúde dos trabalhadores e os impactos da organização.

Observa-se que houve um distanciamento da CST no acompanhamento das ações da unidade; falta de capacitação e alinhamento da equipe multiprofissional dos princípios de ST dificultando a possibilidade de aplicabilidade deste conceito na execução das NRS.

Há o entendimento, de que o serviço ao oferecer o pronto atendimento médico e o PQV já estariam fazendo além do que é preconizado pela legislação, porque executa-se um conjunto de ações em prol do que chamam bem estar do trabalhador, incluindo aqui o oferecimento do café da manhã e o transporte corporativo.

Foram identificados pelos atores-chave alguns pontos positivos em relação as práticas, como: a possibilidade de se realizar um trabalho multiprofissional; a execução dos EPS com a participação do Serviço Social e Psicologia, o mapeamento de setores para a elaboração do PCMSO mais focado; o serviço de ambulância para as remoções em caso de emergências; o pronto-atendimento e o suporte ao trabalhador e confiabilidade que o serviço oferece.

Os desafios e propostas para a melhoria do serviço abarcam a integração e interação de equipes com uniformização técnica dos saberes, favorecendo ações interdisciplinares; a ampliação da articulação intra e inter-institucional; melhorias na estrutura física, considerando também um novo modelo de organização dos serviços de Saúde e Segurança; a criação de espaços de discussão para ampliar a participação dos trabalhadores; realizar ações de vigilância no âmbito institucional como ações de ergonomia, rodas de conversa, visitas aos locais de trabalho para análise do ambiente e suas relações, dados do EPS e do pronto-atendimento com vistas a elaboração de relatórios para definições de ações específicas, assegurando a inclusão do saber do trabalhador.

Diante da complexidade dos diversos elementos apresentados, pode se considerar que as práticas de saúde na unidade são fortemente influenciadas pelo paradigma da Saúde Ocupacional (SO) e da vertente geracional da QVT. Ainda que a Fiocruz seja um espaço de construção e disseminação de conhecimento do campo conceitual e político da ST, no cotidiano das práticas há dificuldades para a implementação de ações sob esta perspectiva. Mesmo que os Nust's possuam equipes multiprofissionais, há pouca visão integral e baixa integração das equipes, dificultando ações interdisciplinares e participativas.

Além disso, não há por parte das instâncias superiores e das equipes a concepção do trabalhador enquanto agente transformador da realidade que lhe causa dano, não incorporando-o como sujeito para pensar as práticas em conjunto, permanecendo com a aplicação de técnicas disciplinares e subordinadoras do trabalhador, prevalecendo a visão do trabalhador como objeto das ações.

Apesar de alguns avanços como a constituição de um trabalho multiprofissional na execução dos Exames Periódicos de Saúde, ainda há muito que se avançar, havendo pouca visão integral e baixa integração das equipes, dificultando ações interdisciplinares e participativas. Além disso, existe a dificuldade de incorporar a concepção do trabalhador enquanto agente transformador da realidade que lhe causa dano. É preciso haver maior articulação entre setores intra e inter-institucionais, ações de vigilância para além de indicadores de dados, promover a participação e o diálogo com os trabalhadores, visando a melhoria dos processos e aperfeiçoamento das condições de trabalho. Inclui-se aqui a eliminação/minimização das relações de trabalho tensas e desgastantes.

Pode se concluir que um caminho para que as práticas de saúde no trabalho sejam executadas sob a perspectiva do campo conceitual da ST, é a construção de políticas institucionais não somente abarcando o que a legislação menciona, mas considerando as especificidades de cada instituição, avançando no conceito da ST, com todos os eixos que o campo preconiza. No caso específico, almeja-se a construção de diretrizes que estabeleça e consolide práticas de saúde sob a ótica da ST, para que a conjuntura ou mudanças de gestão não crie vulnerabilidades aos programas e projetos, proporcionando caráter de continuidade e não de retrocessos a depender de mudanças de equipes e do contexto institucional. É preciso criar espaços em que se favoreça uma ampla participação dos trabalhadores em todos os processos para o cuidado de sua saúde e segurança, atuando em uma perspectiva de vigilância para a consolidação do campo da ST no contexto organizacional, de modo a impactar na Saúde Coletiva.

Compreende-se que a proposta da ST, enquanto uma diretriz conceitual e ideológica inspirada nos princípios do Modelo Operário Italiano (MOI), em que, metodologicamente, se utiliza de uma abordagem participativa nas questões das relações trabalho e saúde sofre resistências para a sua consolidação, pois amplia o protagonismo da classe trabalhadora no Sistema Capitalista. Essa questão se evidencia, por exemplo, pela atual conjuntura desfavorável de retrocessos de direitos e a adoção de práticas organizacionais que podem dificultar uma postura mais crítica e política dos trabalhadores, internalizando uma certa ilusão de participação que acaba mantendo o *status quo* podendo intensificar os agravos à saúde de quem trabalha. Apesar de tal conjuntura, não podemos, no cotidiano de nossas práticas profissionais, deixar de nos inspirar nos princípios e perseguir a efetivação da ST, lutando por melhorias das condições de trabalho. Uma luta que necessita de posicionamento político no que se refere à indignação contra a implementação de práticas de saúde restritas e limitadas visto que não promovem, de fato, a saúde e segurança dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANTUNES. R. **Adeus ao trabalho?** 13^o ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Trabalho . In: CATTANI, D.A, HOLZMANN(Org). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2 ed.. ver.amp. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERNARDO, M.H. **Trabalho duro, discurso flexível:** uma análise das contradições do toyotismo a partir das vivências dos trabalhadores. 1^o ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 26^o ed. Brasília, 2006.

_____.Consolidação das Leis do Trabalho- **Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego**. Lei nº 213/91.

_____. Lei 8.080/90. **Estabelece a Lei orgânica da Saúde**. Brasília, 1990.

_____.Lei 8.142. **Estabelece sobre o controle social e Participação**. Brasil, 1990.

_____. Portaria 3.120. **Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília,1998.

_____.Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 210 de 04.08.2003. Regulamento técnico de boas práticas de fabricação de medicamentos. Diário Oficial da União, p. 24-50, 14 de ago. 2003.

_____.PORTARIA 1.823, DE 23 agosto de 2012. Institui a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **D.O.U.** – Ano CXLIX N. 165, Seção I, págs. 46-51, 24 de agosto de 2012. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRAVO. M. I; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo, M.I.S. et al (Org). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; FSS/UERJ, 2004.

BUSS, P. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais, 2010 . Disponível em:<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334> (acesso em 01/12/15).

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Petrópolis: Ed. Vozes, 2013.

CATTANI, D.A. Processo de Trabalho I. In: CATTANI, D.A, HOLZMANN(Org). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2 ed. ver.amp.Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

CAVALCANTI, C. P. N. Aspectos teórico-conceituais e históricos da construção do Campo da Saúde do Trabalhador. **Cadernos do Curso de Capacitação em Promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador para operacionalização da PASS/SIASS**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.

FACHINI. L.A. et al. Ícones para mapas de riscos: uma proposta construída com os trabalhadores . In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 1997,13(3):497-502, jul-set.

FERREIRA, M. C. **Ofurô corporativo** - Publicado em Portal da Universidade de Brasília, em 14/03/2006. Disponível em: < <http://www.unb.br/acs/artigos/at0306-03.htm>>. Acesso em 10/11/2014.

_____; ALVES, L; TOSTES, N. Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no Serviço Público Federal: O Descompasso entre Problemas e Práticas Gerenciais . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 319-327.

FRANCO, T. et al. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. In. **Rev. bras. Saúde ocupacional**. Fundacentro: São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.

FREIRE, L M. B. Os novos desafios no mundo do trabalho e a saúde do trabalhador. In. **O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**, 2006; 40(N Esp):11-23

GLOSSÁRIO EM BIOSSEGURANÇA. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/StartBIS.htm> (acesso em 06/12/2015).

HARVEY, D. Do fordismo à acumulação flexível. In: **Condição Pós Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.5, no.1, Rio de Janeiro, 2000.

LACAZ, F.A. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4): 757-766, abr, 2007.

_____. SANTOS A. P. dos. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. In: **Revista Médica de Minas Gerais**. Minas Gerais: 2010; 20(2 Supl 2): S5-S12.

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

LAURELL, A.C. NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; ZAIMA, G. Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho – GQVT. In: **Manual de Gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências**. São Paulo: Gente, 2002.

MARX. K. **O capital: crítica da Economia Política**. V.1. Livro 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MENDES, E. A. et al. A construção do documento “Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde do Trabalhador no âmbito da Fiocruz”. In: **Anais do Congresso da ABRASCO**, Goiânia, 2015.

MENDES, R. e DIAS. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. In: **Revista Saúde Pública** n° 25(5), 1991- p. 341-349.

MENDES, R. (Org.) **Patologia do Trabalho**.2a. ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e Transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L.(Org) – **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**, Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2011.

_____; LACAZ, F. A. de C. 2005. **Saúde do trabalhador**: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, Dez 2005, vol.10, no.4, p.797-807. ISSN 1413-8123.

_____; THEDIM-COSTA. S.M. F. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 1997.

MINAYO, M. C.S. Et al . Fiocruz Saudável – uma experiência institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 3(2):151-161, 1998.

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

MOTA, A.E. & AMARAL. A.S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: **A nova fábrica de consensos**. MOTTA. A.E (org.). São Paulo: Cortez, 5ª ed, 2010.

NICACIO, E. Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde mental e Saúde do Trabalhador. In: **Cadernos do Curso de Capacitação em Promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador para operacionalização da PASS/SIASS**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011.

NETTO. J.P; BRAZ.M. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVAR, M.S.P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, abr./jun. 2010, n. 102, p. 314-338.

_____. EBSEERH e subsidiária: o fetiche da grande empresa na FIOCRUZ e nos Hospitais Universitários. In: **14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, 2013.

OLIVEIRA, B.A.S. **Estudo de avaliabilidade do sistema Gestec-Nit do Programa de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz**. Dissertação de Mestrado: ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

PAIVA, M.J. VASCONCELLOS, L.C.F. Modelo operário italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. In: VASCONCELLOS, L.C.F; OLIVEIRA, M.H.B (Orgs). **Saúde, Trabalho e Direito**: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

PINA, J.A. STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. In: **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**. São Paulo: 2014. n 39 (130): 150-160.

PINHEIRO; BARROS e MATTOS. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R.M. **Fiocruz Saudável: Análise das ações de Saúde do trabalhador na Fiocruz, através de um programa institucional**. Dissertação de Mestrado, ENSP, 2009.

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

SILVA, E. S. Qualidade de Vida no Trabalho ou Saúde do Trabalhador? Um novo papel dos servidores nas ações em saúde no trabalho. In: **IX Seminário de Saúde do Trabalhador e VIII Seminário 'O**

Trabalho em Debate': Terceirização, Precarização e Agravos à Saúde dos Trabalhadores.

Anais... Franca: UNESP, USP, STICF, UFSC, UNIFESP, 2015. 1 CD-ROM

SOUZA, O. D. Saúde dos Trabalhadores: uma questão para além de um campo de estudo/intervenção. **Boletim do Fórum Intersindical Saúde – Trabalho– Direito**. Informativo ANO I – Nº 4. Edição Dihs/Ensp/Fiocruz, 2015.

SOUZA, T.M.S. Formas de Gestão na acumulação flexível: o assédio moral. In: BARRETO, M. NETTO, N.B. PEREIRA. B.L. (org.). **Do Assédio Moral à Morte de Si: Significados Sociais do Suicídio no Trabalho**. São Paulo: Gráfica e Editora Matsunaga, 2011. 1º ed.

TAMBELLINI, T. A. ALMEIDA, G.M. CAMARA. M.V. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Em pauta** - n.32, v.11. p.21-37, Rio de Janeiro, 2013.

TEMPORÃO, J.G. I.Seminário sobre o Complexo Industrial da Saúde/BNDS a indústria de vacinas: o Brasil no contexto mundial. disponível em:http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/seminario/Saude06_6.pdf acesso em 05/12/2015.

VASCONCELOS, A.F. Qualidade de Vida no Trabalho: origem, evolução e perspectivas: **Cadernos de Pesquisa em Administração**. São Paulo, v.8, nº 1, jan/ mar. VASCONCELOS. VASCONCELOS A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: ABEPSS, 2006.

VASCONCELLOS, L. C.F. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L.C.F ; OLIVEIRA,M.H.B(Org). **Saúde, Trabalho e Direito: Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

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

Anexo I



ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Nome:	Data:
Cargo/função na época:	Período:
Ator interno - Bio-Manguinhos ()	Ator externo – CST/NUST ()
<p>1) Quando se fala em Saúde do Trabalhador, qual o seu entendimento? O que vem a sua mente?</p> <p>2) Como surgiu a necessidade de criar um serviço de atenção à saúde do trabalhador em Bio-Manguinhos?</p> <p>3) Fale sobre como foi o processo para a implantação do serviço? Que articulações foram feitas?</p> <p>4) Quais os suportes recebidos/oferecidos para a criação do serviço (benchmarking, consultoria externa, capacitação pela CST)?</p> <p>5) Houve interação/interlocução sobre as diretrizes da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e/ou com o Programa Fiocruz Saudável?</p> <p>6) Na ocasião, foram identificadas dificuldades para integrar ações entre NUST/CST e o serviço de Bio (Nust-Bio). Quais?</p> <p>7) Os trabalhadores representados pelo Sindicato ou CIPA participaram de alguma forma desse processo?</p> <p>8) Caso tenha ocorrido, de que forma a CST acompanhou as ações e serviços de Bio?</p> <p>9) Por que ocorreu de o setor oficialmente chamar-se Seção de Medicina do Trabalho - SEMTR?</p> <p>10) O que você acha da Engenharia e Segurança do Trabalho (AESTM-Assessoria de Engenharia, segurança do trabalho e meio ambiente) e a SEMTR serem setores separados? (AESTM- Assessoria da Vice de Gestão e SEMTR- Seção do Departamento de Recurso Humanos-DEREH)</p> <p>11) Como foram os diálogos e a interação entre estes dois setores (Medicina/Saúde e Segurança)? Houveram dificuldades? Quais?</p> <p>12) O que considerou ponto positivo/ avanço com a criação de um serviço de atenção à saúde dos Trabalhadores em Bio? O que poderia ser aperfeiçoado?</p> <p>13) Quanto a iniciativa do Programa de Qualidade de Vida de Bio, como foi incorporado essas atividades e por quê? .</p> <p>14) No seu ponto de vista, quais os principais elementos da área da Saúde do Trabalhador?</p> <p>15) Gostaria de complementar com mais alguma contribuição/informação/ sugestão?</p>	

Anexo II



Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**A Saúde do Trabalhador em uma unidade de produção da Fiocruz - contextualização histórica e reflexões para a consolidação do campo**” desenvolvida por Maria Cristina Jorge de Carvalho, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Maria Helena Barros Oliveira e do Professor Dr. Renato José Bonfatti.

O objetivo principal desta pesquisa é realizar um resgate do processo histórico da construção da Saúde do Trabalhador em Bio-Manguinhos em seus aspectos institucionais, organizacionais e operacionais. O estudo pretende refletir sobre as diferentes abordagens que permeiam as relações saúde - trabalho na unidade: Saúde Ocupacional (Medicina do Trabalho e Segurança do Trabalho), Saúde do Trabalhador e o Programa Qualidade de Vida - buscando a compreensão das influências nas práticas implementadas sob a perspectiva do Campo da Saúde do Trabalhador.

A pesquisa será realizada com os atores que participaram da implantação e implementação do Centro de Saúde do Trabalhador de Bio-Manguinhos/Fiocruz, denominado oficialmente como Seção de Medicina do Trabalho (SEMTR). Sua participação se deve a identificação de ser um significativo ator desse processo. Tais atores são diretores, coordenadores, gestores de departamento e seção, e profissionais que atuaram diretamente para que o Centro de Saúde do Trabalhador fosse criado e suas ações implementadas. Sua participação poderá contribuir para melhorias nos processos de trabalho, programas e serviços prestados e, conseqüentemente, benefícios para a saúde dos trabalhadores da unidade.

Você está sendo convidado a participar voluntariamente na forma de entrevista individual e possui plena autonomia para decidir se quer participar ou não participar deste processo, assim como, interromper sua participação a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, saliento que sua participação é fundamental para a execução da pesquisa.

Sua participação consistirá em responder um roteiro de entrevista sobre o tema da pesquisa. Para a garantia do anonimato, serão classificados como atores internos, aqueles que atuam ou atuaram na unidade de produção, e, externos, os atores que atuam ou atuavam na Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e no Núcleo de Saúde do Trabalhador da Fiocruz (Nust). Seguindo esta classificação, serão referenciados por ordem numérica, de acordo com a ocorrência das entrevistas (ex: ator interno 1). Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Entretanto, considerando o uso de vocábulos e expressões que lhe sejam peculiares, há o risco de identificação indireta, porém, todo o cuidado e esforço serão feitos para evitá-los. Além do possível risco de identificação do participante já citado, estão previstos riscos de constrangimento durante a entrevista, desconforto físico e/ou emocional decorrentes da recordação de fatos ou relatos de situações pessoais ou de trabalho.

A data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade e será realizada em local privado, priorizando a facilidade de sua mobilidade garantindo a privacidade e confidencialidade das informações prestadas. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. A gravação da entrevista em áudio é opcional, porém, é altamente recomendada, considerando o volume de informações produzidas e o risco de perda e/ou alteração de sentido na coleta exclusivamente escrita.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terá acesso às mesmas a pesquisadora a equipe da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo. Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante e para a comunidade científica através de dissertação de mestrado e artigos a serem publicados.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, o participante do estudo poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

- Telefone e Fax - (0XX) 21- 25982863
- E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
- [http ://www.enso.fiocruz.br/etica](http://www.enso.fiocruz.br/etica)
- Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Caso queira entrar em contato com a pesquisadora:

Maria Cristina Jorge de Carvalho (Pesquisadora de campo/responsável)

Mestranda em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz- Subárea Saúde, Trabalho e Ambiente)

- Tel: (21) 98833-3077 / 3882-7136
- e-mail: maria.cristina@bio.fiocruz.br / m.crisjc@gmail.com

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

() Autorizo a utilização de meu nome verdadeiro e/ou da minha instituição no trabalho final.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

(Assinatura da pesquisadora)

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2015