

Renata Vasconcelos Neto • Gideon Borges
Leda Freitas de Jesus • Frederico Peres
Organizadores

Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH

CADERNO DE RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

VOLUME II

Saúde do trabalhador e controle social



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTEH

CADERNO DE RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

VOLUME II

Saúde do trabalhador e controle social





MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Presidente | *Nísia Trindade Lima*

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP)

Diretor | *Hermano Albuquerque de Castro*

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH)

Coordenadora | *Kátia Reis de Souza*



Renata Vasconcelos Neto • Gideon Borges
Leda Freitas de Jesus • Frederico Peres
Organizadores

Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTEH

CADERNO DE RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

VOLUME II
Saúde do trabalhador e controle social

Rio de Janeiro

Maio/2018



Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca - ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Copyright ©2018 dos autores

Todos os direitos reservados à Fundação Oswaldo Cruz/ENSP/Cesteh

ORGANIZAÇÃO

Renata Vasconcelos Neto, Gideon Borges, Leda Freitas de Jesus e Frederico Peres

COMITÊ DE AVALIAÇÃO

*Amanda Ribeiro, Maria Blandina Marques dos Santos, Eliana Guimarães Félix,
Leandro Luis Dantas Gouget, Leda Freitas de Jesus, Lise Barros Ferreira,
Luciana de Assis Amorim, Lúcia Regina Souza Cruz, Marcelo Moreno Reis,
Maria Cristina Strausz e Renata Vasconcelos Neto*

REVISÃO

Marcelo Bessa

REVISÃO TÉCNICA

Arlete Oliveira e Eliana Guimarães Félix

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Carlos Fernando Reis

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C122c Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador. Saúde do trabalhador e controle social, 2 / organizado por Renata Vasconcelos Neto, et al. — Rio de Janeiro, RJ : Cesteh/ENSP, 2018.

162 p. : il.

ISBN: 978-85-9511-025-0

1. Saúde do Trabalhador. 2. Controle Social. 3. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 4. Promoção da Saúde. 5. Planejamento em Saúde. 6. Educação em Saúde. I. Vasconcelos Neto, Renata (Org.). II. Borges, Gideon (Org.). III. Jesus, Leda Freitas de (Org.). IV. Peres, Frederico (Org.). V. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

2018

Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh)

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ

CEP 21041-210

www.cesteh.ensp.fiocruz.br/

SUMÁRIO

Apresentação	7
Controle social e saúde do trabalhador	11
(In)visibilidade em saúde do trabalhador	15
EIXO I – ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR	
A Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo	21
Organização por local de trabalho: a experiência das Cissp nas agências do INSS em Santa Catarina	27
Plano Plurianual em Saúde do Trabalhador: uma experiência de participação e inclusão dos atores sociais no planejamento de ações de interesse do município e região	33
4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: contribuições para o controle social no Espírito Santo	41
Controle social em saúde do trabalhador no Rio de Janeiro: a prática do Consest – Controle social não é lei, é uma prática que faz ampliar e garantir a cidadania	47
O controle social na saúde do trabalhador: do conselho de serviço à Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador	53
Instauração do Fórum Intersindical Saúde, Trabalho e Direito do Estado de Goiás	59
Participação social na estruturação social do ambiente de trabalho do terminal rodoviário da Asa Norte – Brasília/DF	63
Em busca da concepção de saúde do trabalhador em uma empresa pública federal: um relato de experiência	69
Resistir como (re)existência: trabalho, saúde e resistências a partir de reflexões em conjunto com a Associação dos Trabalhadores Terceirizados da UFRJ (ATTUFRJ)	75

Controle social e saúde do trabalhador: a experiência do conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias/RJ	81
--	----

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Vigilância da perda auditiva induzida pelo ruído (Pair) nas equipes de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	89
Costurando relações entre trabalho e saúde	93
Capacitação da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador e do Controle Social em municípios goianos com exposição à sílica	99
Vigilância em saúde do trabalhador rural a partir da promoção da saúde e do controle social no território	105

EIXO III – FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

O Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em saúde do trabalhador	113
Bem-estar laboral e seus efeitos para a saúde dos trabalhadores dos Caps de Caxias/MA	119
Capacitação em saúde do/a trabalhador/a para o controle social como estratégia de fortalecimento das Cistt estadual e municipal	125
Capacitação em saúde do trabalhador e sensibilização para a criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na área de abrangência do Cerest/Missões	129
Videodocumentários: narrativas de acidentes de trabalho na rede de distribuição elétrica no Brasil	135
Curso de Introdução à Saúde do Trabalhador para conselheiros municipais de saúde da Macrorregião Missioneira/RS	141
A experiência do primeiro curso de capacitação para conselheiros de saúde e membros das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) do Cerest/Polo Duque de Caxias/RJ	147
Avaliação da exposição do benzeno em postos de gasolina no município do Rio de Janeiro: a utilização de personagem e seu uso em materiais gráficos educativos	151
A vigilância em saúde do trabalhador e suas interfaces com o controle social: Oficina de Formação para Dirigentes Sindicais	159

APRESENTAÇÃO

Com bastante satisfação, apresentamos aos serviços de saúde, à academia, aos movimentos sociais e à sociedade em geral o segundo volume do *Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador*, com a temática *Saúde do trabalhador e controle social*, que contém, em grande parte, experiências realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Trata-se de experiências a serem amplamente discutidas no IV Encontro sobre Formação em Saúde do Trabalhador, evento que originou no Encontro com Atores da Prática, em 2002, ano em que a Escola Nacional de Saúde de Pública Sergio Arouca (ENSP), motivada pela ideia de reorganizar seu projeto educacional por meio de programas de formação, realizou encontros sistemáticos com diversos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), para identificar e estabelecer competências necessárias aos cursos de pós-graduação por ela desenvolvidos.

O principal objetivo deste caderno é dar visibilidade às ações realizadas pelos “atores da prática”, que, no âmbito acadêmico, encontram cada vez menos espaço para publicar relatos de experiências em revistas científicas. O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) entende que essas experiências precisam ser difundidas e compartilhadas, pois contribuem sobremaneira para ampliar a troca de informações entre os serviços de saúde do trabalhador e, assim, fortalecer ainda mais a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Além disso, o caderno contempla experiências de outros serviços, além dos Cerest, porque elas refletem e realizam os princípios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Esta publicação também é resultado de encaminhamento feito no III Encontro sobre Formação em Saúde do Trabalhador – Diálogo com os Atores da Prática, realizado em 2016, quando o primeiro volume foi lançado e discutido. À época, os participantes julgaram necessária a continuidade da publicação, por sua importância e pelos reduzidos espaços para divulgar as ações realizadas por aqueles que estão na “ponta do serviço”.

Além disso, esses encontros sinalizaram para necessidade de se discutir permanentemente o tema da formação em saúde do trabalhador. Em 2008, em oficina nacional realizada em Salvador, apresentou-se resultado de estudo de mestrado que fez avaliação de especializações em saúde do trabalhador existentes no período de 1986 a 2006, o qual fortaleceu a ideia de organização dos cursos de saúde do trabalhador em torno de um programa.

No ano seguinte, em 2009, as discussões sobre o tema foram retomadas em outra oficina nacional, no Rio de Janeiro, que também apontou para organização dos cursos de especializações em saúde do trabalhador no país em torno de programa de formação.

Em 2014, realizou-se oficina em Belo Horizonte para discutir não apenas os cursos de especialização em saúde do trabalhador, mas a formação em saúde, trabalho e ambiente, de maneira mais ampla. Nesse evento, apresentaram-se seis experiências de formação em saúde do trabalhador, e os participantes mais uma vez destacaram o programa de formação como um dos desafios e perspectivas para o campo.

Em 2016, realizou-se a III Oficina sobre Formação em Saúde do Trabalhador, na qual se discutiu o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador do Cesteh, com o fito de contemplar as expectativas de pesquisadores desse Centro e de gestores de saúde e, principalmente, de incorporar as necessidades daqueles que lidam mais diretamente com o trabalhador e que são os principais demandantes pela formação nessa área. Nesse encontro, ocorreram o lançamento e a discussão do primeiro volume do *Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador* e recuperaram-se as propostas discutidas nos encontros anteriores que tiveram em comum a reflexão sobre a formação em saúde do trabalhador. A oficina pretendeu inaugurar continuidade de discussões sobre o tema envolvendo profissionais do serviço de saúde, professores e pesquisadores, sindicatos e controle social, além de outros interessados no assunto. Para tanto, considerou a oficina de 2009, realizada no Rio de Janeiro, como o primeiro encontro sobre formação em saúde do trabalhador e, como o segundo, a oficina realizada em 2014.

Apesar de esses eventos não serem necessariamente organizados dentro de uma perspectiva de continuidade, a presença do tema da formação mostra o elemento comum existente entre eles, de modo que batizar o evento como IV Encontro sobre Formação em Saúde do Trabalhador é uma metonímia que busca expressar simultaneamente dois movimentos: o de olhar para trás e consolidar as discussões realizadas sobre o tema e, ao mesmo tempo, anunciar a continuidade dessas discussões para os anos vindouros, com a perspectiva de avançar. Nossa expectativa é que essa ideia ganhe corpo e, de fato, se consolide em encontros regulares que tragam, na sua agenda,

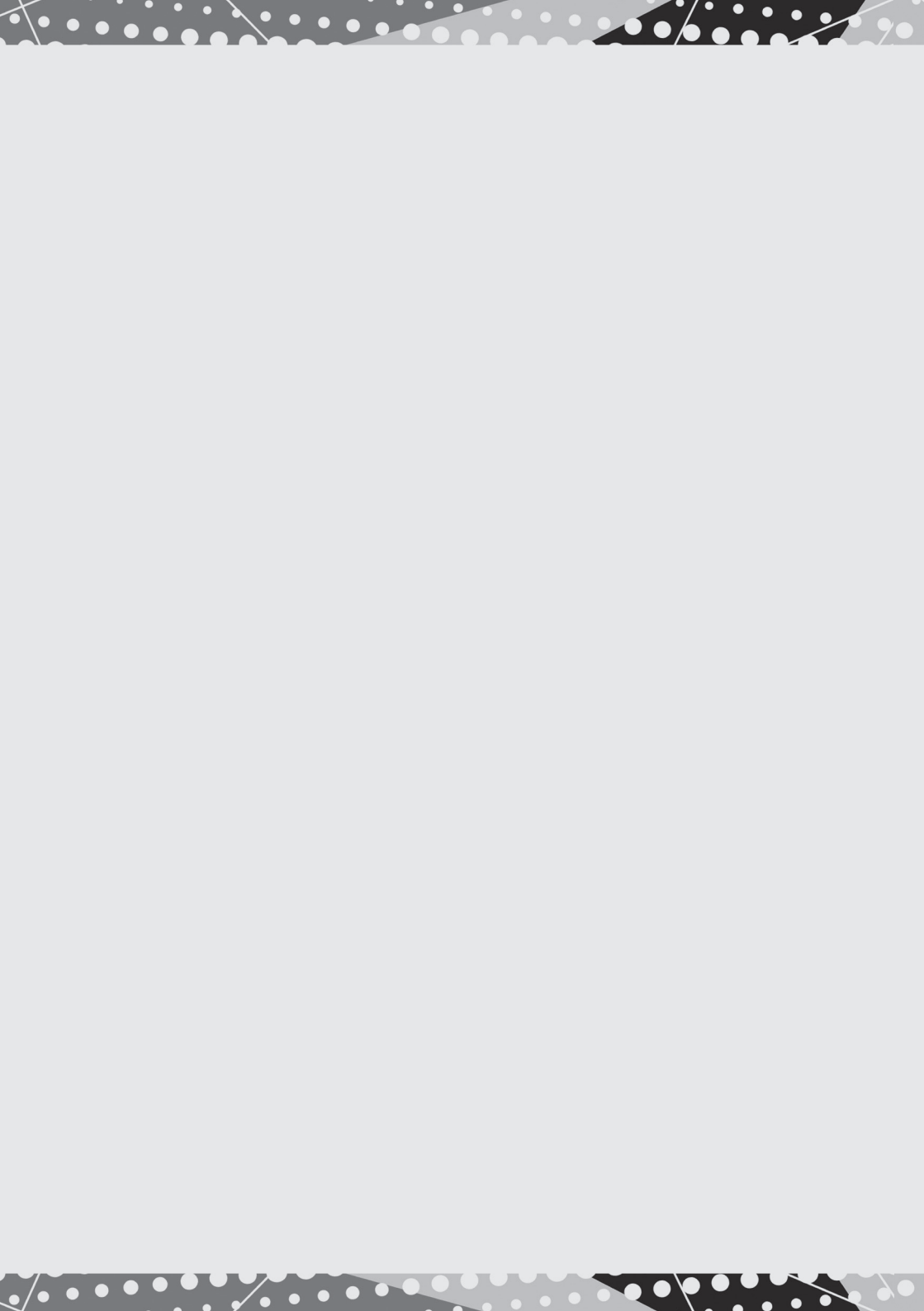
os sentidos da formação no campo da saúde do trabalhador. A mesma intenção temos para este caderno: que ganhe força e se torne uma publicação regular capaz de divulgar as ações relacionadas à saúde do trabalhador que ocorrem nos serviços de saúde, em especial nos Cerest.

O tema do segundo volume, *Saúde do trabalhador e controle social*, é bastante contemporâneo em uma época de crise das nossas instituições. Vivemos tempos sombrios quando nos referimos às situações de vulnerabilidade, intensificação, precarização, adoecimento, acidente e morte, que muitos trabalhadores estão vivenciando. O contexto é agravado pela crise econômica e política do país que insiste em ameaçar os princípios da reforma sanitária arduamente conquistados em tempos ainda muito recentes. O contexto é oportuno para convocar todos a tomar parte da política e das práticas que orientam a saúde do trabalhador no país. Nessa perspectiva, discutir o tema do controle social é o mesmo que debater sobre os modos de participação cidadã nos assuntos que dizem respeito à vida comum. Sob a ameaça de um processo em curso de despolitização da vida pública, refletir sobre os meios de aproximação da sociedade na sua relação com a administração pública não é mais uma iniciativa, e sim necessidade. Dentro do horizonte de possibilidades que as próximas páginas podem suscitar, apostamos que sirvam de farol para todos nós, pois, tal como a metáfora nos permite pensar, ainda que não saibamos ao certo aonde chegaremos, o sinal luminoso nos indica a presença de terra firme.

Assim, a presente publicação está organizada em torno de três eixos temáticos. No primeiro, são discutidos aspectos relacionados à organização de espaços estratégicos para o controle social em saúde do trabalhador. O segundo eixo apresenta ações e iniciativas de vigilância em saúde do trabalhador com ênfase na participação e no controle social. Por fim, o terceiro eixo traz experiências sobre formação, educação e promoção da saúde em sua articulação com o fortalecimento do controle social em saúde do trabalhador. Nossa expectativa é promover reflexões e interrogar-nos sobre a prática de todos nós: pensar no que estamos fazendo. Para além disso, esperamos que os relatos subsequentes sirvam de inspiração para novas ações de resistência em defesa do SUS e dos trabalhadores.

Boa leitura!

Gideon Borges



CONTROLE SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Manoel de Barros, poeta brasileiro, cuiabano, inúmero e infinito, diz que tem pela palavra a mesma fascinação que a lesma tem pelas pedras. Com a licença não dada, digo que nós – o povo da saúde do trabalhador – temos pelo controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) a mesma fascinação que o capital tem pela acumulação, mesmo que para isso perpetue a doença e a morte no trabalho.

O encantamento pelo controle social do SUS não é apenas pela questão estética como o é a lesma sobre a pedra, tampouco o é apenas pela questão ética – não há ética em saúde do trabalhador sem controle social –, mas é principalmente por uma questão de princípios, de fundamentos, de coerência e arquitetura conceitual.

Assim como, para o poeta, não podemos desprezar os gorjeios das palavras, nós – o povo da saúde do trabalhador – não podemos desprezar os murmúrios de dor e os sussurros da morte e do adoecimento no trabalho sem murmurarmos e sussurrarmos, com os trabalhadores tombados e suas famílias despetaladas, as palavras da indignação contra o poder econômico predatório e sem alma.

Mas de que controle social falamos? Para o poeta, quando as aves falam com as pedras e as rãs com as águas, é de poesia que estão falando, quando falamos de controle social estamos falando de algo introjetado como protagonista no pensar-fazer da saúde do trabalhador.

Falamos, pois, de controle social como expressão invertida e (quase) inventada pelo SUS, para dar conta do que nos determina a carta que (ainda) nos torna um estado de direito democrático em matéria de saúde: a participação da comunidade.

Se, para certas abordagens no campo da saúde pública e da saúde coletiva, a expressão controle social soa burocrática, normativa, meio vazia, para nós – o povo da saúde do trabalhador – ela é condição imprescindível e inevitável para que sobrevivamos como profissionais dos Cerest, das vigilâncias, dos serviços de saúde, pesquisadores, professores, trabalhadores, enfim, tão iguais àqueles que chamamos

de trabalhadores quando estão sob nossa responsabilidade institucional como agentes públicos na missão de pensar-fazer saúde do trabalhador.

Certa vez, perguntaram ao poeta Manoel: “Escuta aqui, o senhor escreveu que formiga não tem dor nas costas. Mas como é que o senhor sabe?” Talvez perguntem a nós: “Por que vocês, povo da saúde do trabalhador, insistem sobre esse negócio de controle social – Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist), sindicatos, associações, cooperativas, movimentos sociais e outras entidades de trabalhadores organizados com interesse na saúde do trabalhador – se vocês sabem que eles não participam?” Como responder a essa pergunta? O que precisamos saber sobre isso? Eis três sugestões:

1º – Os dispositivos citados de controle social não são nossos convidados a participarem, nós – o povo da saúde do trabalhador – somos seus delegados: ao controle social devemos a obediência civil de nossa missão.

2º – Se “eles” não vêm, não participam, não atendem a nosso chamado, por certo o problema não é deles: é nosso – o povo da saúde do trabalhador – ora porque eles não acreditam no aparelho do Estado que não lhes dá a resposta devida, ora porque nosso chamado tem a arrogância de uma pseudosuperioridade técnica, ora porque reproduzimos o patrimonialismo sobre a coisa pública, achando que somos donos das instituições de saúde (Cerest e vigilâncias, por exemplo). Não somos. Os trabalhadores são os donos, e nós apenas hóspedes.

3º – A participação não é um imperativo de nós para “eles” – é uma construção que se consigna ao longo do tempo com alguns ingredientes básicos: alteridade, construção compartilhada de saberes, descobertas solidárias de novos conhecimentos, camaradagem, poesia.

O poeta diz que usa um dialeto para escrever: “escrevo em idioleto manoelês arcaico [... para] atrapalhar as significâncias.” Nossa etnia da saúde do trabalhador necessita urgentemente de um dialeto para dialogar com o controle social. Distinto da língua que temos usado, talvez mais sofisticado pela simplicidade das palavras de ação; talvez mais sonoro por se distinguir do *mesmal*; talvez mais erudito por falar mais com os ouvidos.

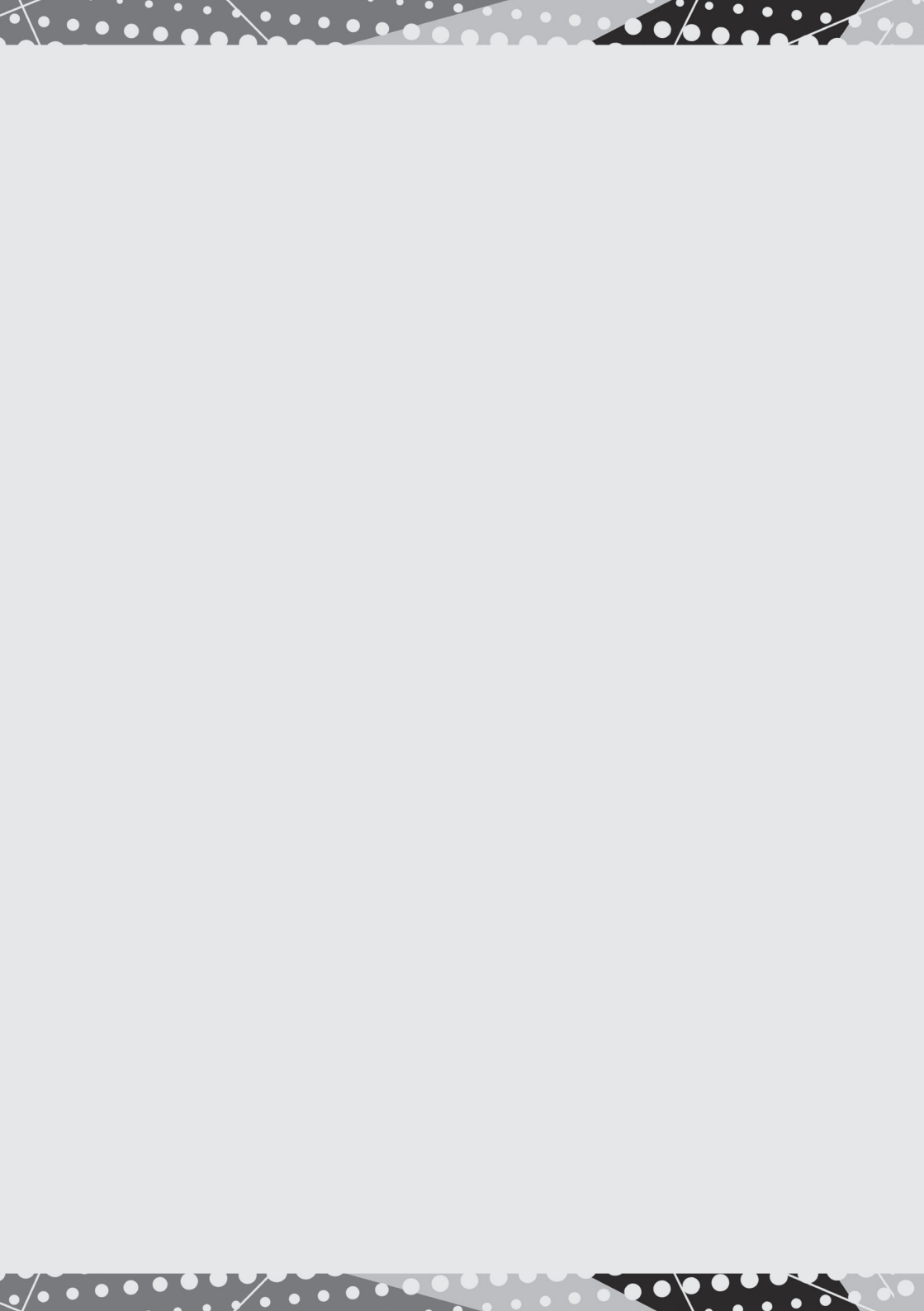
As significâncias do controle social, ainda que este tenha problemas como todos os seres que respiram – lesmas e borboletas, inclusive –, são muitas. Este *Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador*, com foco em controle social, traz algumas dessas significâncias. Muitas servirão para refletir, muitas servirão para

serem só lidas e guardadas, muitas servirão como guia e, ainda, muitas servirão para abrir a porta e apressar o passo.

Mas, no que as experiências relatadas têm de mais significância, elas trazem algo escondido como um mosquitinho na fenda de uma pedra. São as mãos dadas entre uma frase e outra, os sorrisos ao encontrar a palavra certa, o brinde ao ponto final, o beijo entre um verbo e uma vírgula, o coração desapertado ao cumprir o prazo, o tempo da flor desabrochando no parágrafo...

E, além de tudo, a significância-mor que está embutida nessas experiências, ou seja, a certeza do compromisso e a descoberta da criação de um novo pensar-fazer saúde do trabalhador: criar descobrimentos com o controle social dos trabalhadores.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos



(IN)VISIBILIDADE EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A invisibilidade das questões ligadas à saúde do trabalhador, que vão dos acidentes e morte ao adoecimento mental decorrentes do processo de trabalho, tem sido observada pela maioria dos estudos científicos do campo. Não muito diferente são as narrativas de militantes (ainda que parte destes assuma o papel de cientistas), as quais destacam a pouca visibilidade, na imprensa particularmente, dos eventos relacionados à situação de vulnerabilidade em que se encontram muitos trabalhadores brasileiros.

Sabemos que o enfrentamento a essa adversidade não é algo trivial, visto que os mais potentes veículos de divulgação são de ampla dominação hegemônica e envolvem a complexidade das relações de trabalho que, atualmente, vem impondo aos trabalhadores uma espécie de “desobrigação” com as questões que dizem respeito à vida pública, política, econômica e social.

E, de fato, o cidadão comum não lê, vê ou ouve na imprensa notícias diárias sobre acidentes e adoecimento de trabalhadores ou sobre eventos que impactam direta e indiretamente a saúde do trabalhador, exceto se o tema for bastante sensível aos olhos da comunidade nacional e internacional, como é o caso da recente Portaria 1.129, que alterou os procedimentos de combate ao trabalho escravo. Até mesmo a mais conservadora imprensa suspeitou que esse gesto fosse para proteger as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade.

Objetivamente falando, as condições de saúde da grande maioria dos trabalhadores no Brasil estão sob constante ameaça. Basta destacar que, segundo dados da Organização Internacional do Trabalho, o Brasil ocupa nada menos que o quarto lugar no *ranking* de acidentes de trabalho, sem considerar as subnotificações, o que é uma realidade, e, além disso, amarga a vergonhosa taxa de 12 milhões de desempregados.

Reconhecemos tratar-se de um limite apresentar quaisquer razões insuspeitas dessa invisibilidade, algo que não deixa de ser uma curiosidade, pelo fato de esse assunto também ocupar as poucas linhas das conclusões de teses e dissertações

desenvolvidas no campo. Embora alguns intelectuais tenham se dedicado a fazer uma discussão, ainda que isolada, considerando o baixo número de trabalhos que trouxeram a temática em seus objetos de estudos, especialmente aqueles voltados para quaisquer situações de trabalho, iluminar as ações em saúde do trabalhador tem sido uma constante preocupação dos profissionais do campo. Por outro lado, não deixa de ser um paradoxo falar em invisibilidade quando o assunto ganha a esfera dos assuntos visíveis, como é caso deste caderno.

Controvérsias à parte, não sem razão, um conjunto de iniciativas está sendo criado com a finalidade de tornar as ações em saúde do trabalhador amplamente acessíveis e, assim, de superar as dimensões continentais que caracterizam o território brasileiro. No centro dessa estratégia, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) tem como uma de suas finalidades a criação de rede de comunicação e troca de experiência no campo, a fim de minimizar as distâncias impostas pelo continente, otimizar práticas de intervenção e divulgar ações exitosas desenvolvidas em vários estados e municípios do país, ampliando a esfera de atuação do controle das políticas públicas do país e contribuindo efetivamente para o desenvolvimento da saúde do trabalhador no país.

Nesse contexto, o *Caderno de Relatos de Experiências em Saúde do Trabalhador* é, portanto, potente dispositivo para divulgação e troca de experiências no campo, trazendo ingrediente particular: o fato de a temática versar sobre o controle social, instituição de grande relevância para saúde pública. Essa relevância não somente reside no fato de ser um espaço em que o cidadão comum acompanha as políticas públicas em curso no país, mas também é o lugar onde se criam as oportunidades de formação para aqueles agentes que deliberam sobre a vida comum, sobre a política, sobre a sociedade e, portanto, é a esfera onde o trabalhador toma parte da vida democrática e decide sobre os rumos da saúde pública no país.

Nesse contexto, sindicatos e outras organizações representativas de trabalhadores são indispensáveis, não apenas porque encarnam o “saber operário” na produção de saúde, algo que encontra assento substancial no campo, mas também, e em decorrência disso, porque contribuem para repensar estratégias de fortalecimento do campo e, com isso, nutrir ainda mais as ações do controle social.

Portanto, a realização de um evento como o IV Encontro sobre Formação em Saúde do Trabalhador e a publicação de experiências exitosas sob o controle social reforçam e dão visibilidade a um aspecto de extrema relevância para instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) rumo à construção de uma sociedade democrática.

Sabemos que o SUS possui amplo arcabouço normativo que dá respaldo às ações formativas no campo. Apesar disso, de fato, o amparo legal instituído ao longo dos anos é insuficiente para consolidar o controle social no país. Portanto, dar visibilidade a ideias que deram certo, na perspectiva de adaptá-las a novas realidades locais e, além disso, inspirar novas ações é importante ferramenta de fortalecimento da saúde do trabalhador. Nisso reside a importância dos textos descritos neste caderno.

Daphne Braga

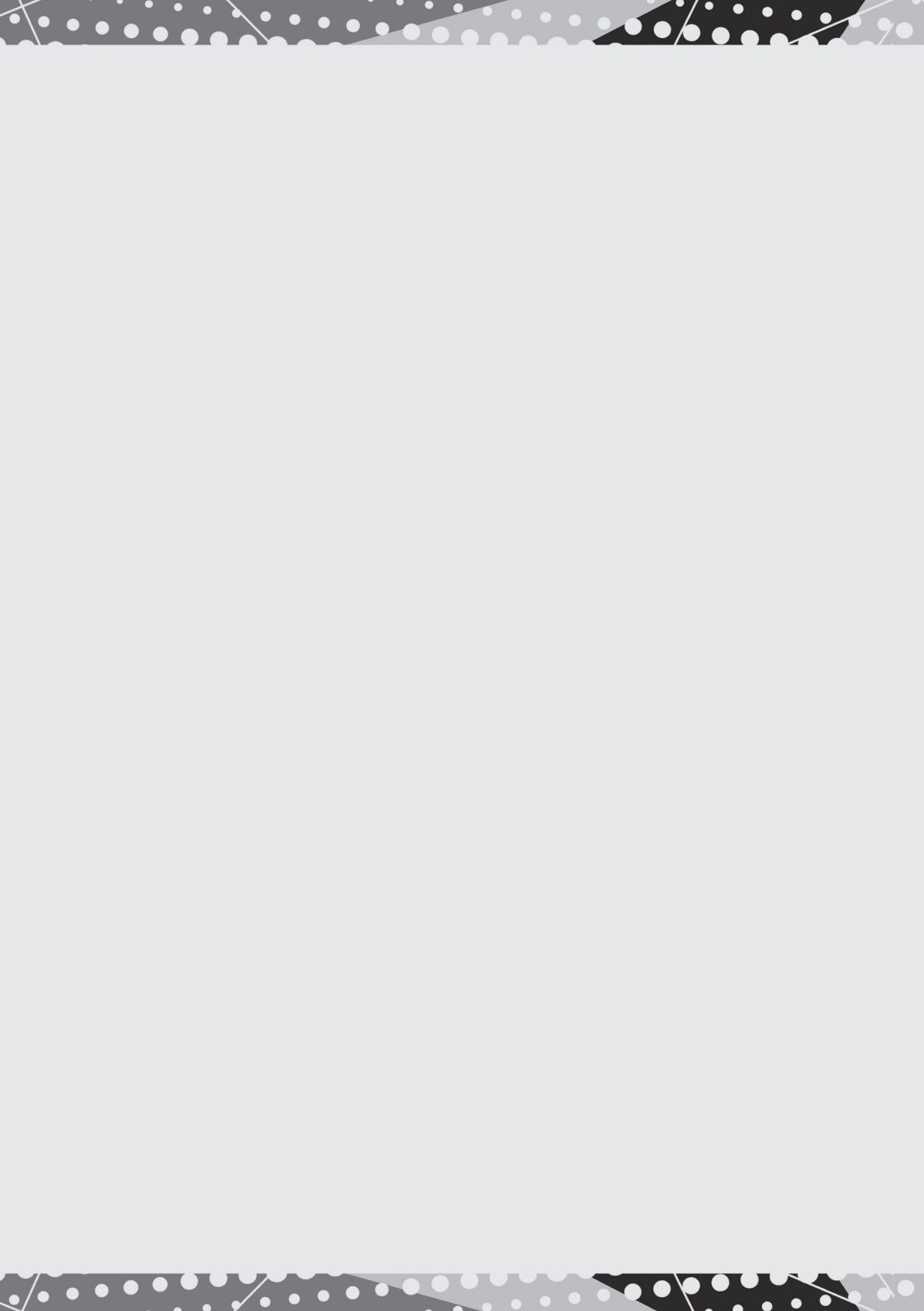
Elinaldo Leite

Fernando Nunes Alves

Gideon Borges

Renata Vasconcelos Neto

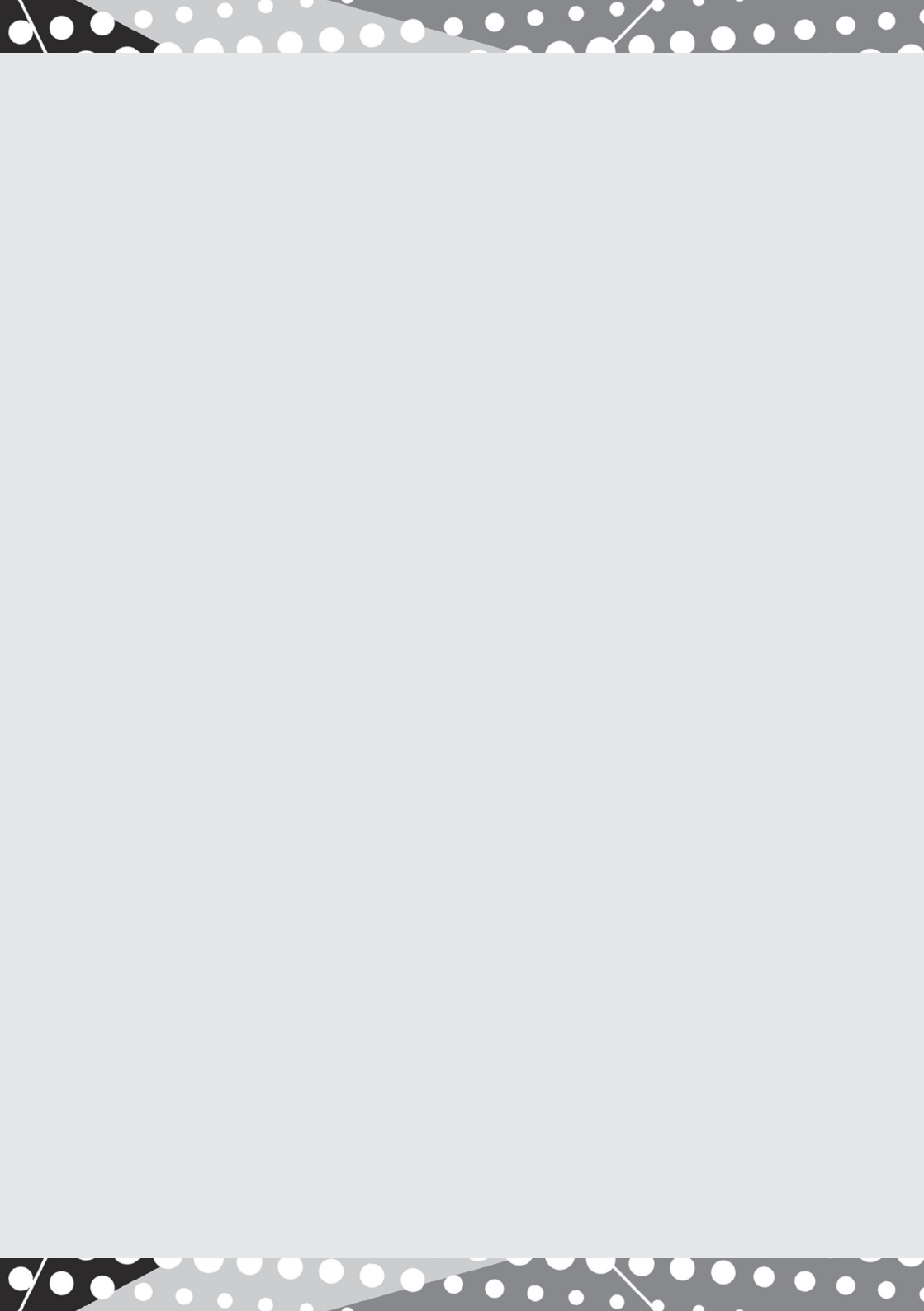
Silvio Olon





Eixo I

ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR



A Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo

Arnaldo Marcolino da Silva Filho,¹ Benedito Alves de Souza,¹ Persio Dutra,¹
Rogério de Jesus¹ e Fátima Sueli Neto Ribeiro²

¹ Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo – São Paulo/SP

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ

INTRODUÇÃO

A história da saúde do trabalhador no município de São Paulo tem início com a implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) (COSTA et al., 1989), um modelo assistencial que se deparou com as dificuldades de enfrentar a contradição estrutural do mundo ocidental, o embate trabalho-capital, reconhecer o processo “saúde-doença” determinado por essa contradição e intervir por meio da criação de formas e métodos de trabalho a partir da perspectiva da área da saúde, aqui entendida não como processo biológico ou ação meramente medicalizante.

A rede municipal de saúde da cidade de São Paulo não dispunha, até 1989, de nenhum serviço nessa área. No âmbito estadual, apenas existia o Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte, hoje Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que possui outras atribuições além da assistência prevista no modelo CRST (LACAZ, 1992).

Nos anos 1980, os trabalhadores iniciaram movimento reivindicando melhores condições de trabalho e de vida e passaram a exigir do poder público ações de saúde que levassem em conta o adoecimento e a morte decorrentes do trabalho. A partir de 1989, atendendo às reivindicações do movimento sindical, iniciou-se o Programa Municipal de Saúde do Trabalhador (PST) de São Paulo. Esse programa se organizou com o gerenciamento e a participação popular nos serviços de saúde e se estruturou em unidades locais denominadas CRST, com seus respectivos conselhos gestores, compostos basicamente de sindicatos dos trabalhadores. Totalizaram seis unidades entre 1989 e 1992 distribuídas nas regiões produtivas do município.

A PLENÁRIA DOS CONSELHOS GESTORES

A forte presença do movimento sindical na Plenária dos Conselhos Gestores, em conjunto com técnicos dos CRST e grupos interessados na área, garantiu a continuidade do PST durante os governos Maluf/Pitta, de 1993 a 2000, quando se implantaram as experiências privatizantes e a transferência da gestão pública para a iniciativa privada (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013). A estrutura e a forma de gestão do PST como programa de saúde coletiva foram garantidas pelas forças reunidas e as lutas enfrentadas pela Plenária.

Nesse período, a Plenária realizou a I Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador (CMST), em 1997, com o tema Cidadania é Trabalho com Saúde. Nessa conferência, deliberou-se sobre a necessidade de regulamentação dos CRST e realização de nova conferência a cada dois anos.

Em 1999, com a II CMST, A Cidade Construindo o Trabalho Saudável, a Plenária de Conselhos Gestores muda de nome e passa a se chamar Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador – SP e se organiza por fora de qualquer estrutura governamental. Fatos marcantes na história desse movimento foram o envolvimento com a saúde mental a partir de uma pesquisa-ação, a realização do Fórum contra a Privatização do Seguro Acidente de Trabalho e a participação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).

A existência de grande quantidade de sindicatos denotava o grande desafio de aproximá-los da discussão e organização da saúde do trabalhador. Essa estratégia mostrou-se necessária e indispensável durante o período da implantação da Plenária e assim continua.

Internacionalmente, o crescimento do capital financeiro evidenciou a vitória final do individualismo sobre o bem-estar coletivo. A América Latina sofreu com o projeto da globalização e terceirização a partir da promessa de um mundo do trabalho tecnologicamente acessível a todos. Na verdade, aprofundou ainda mais as diferenças sociais e econômicas entre os povos e de sua relação com a natureza, tornando o Terceiro Mundo mais dependente e mais miserável (ESTENSSORO, 2003).

No Brasil, a tarefa de defesa do SUS e da história da saúde do trabalhador impulsionou o caminho de um sistema único público, com a participação popular e efetivo controle desse sistema (SPEDO, 1998). E a saúde do trabalhador, sob a lógica do controle social e da transparência das ações, caracterizava um processo transformador no que se refere à intervenção nos processos e ambientes de trabalho.

A Plenária, com consciência desse quadro, começa a transformar seu papel, de centro de resistência para usina de novas ideias. Deixa de ser uma instância que agrega os conselhos gestores dos CRST para se transformar em um movimento independente da relação institucional, voltado não só para as ações de saúde, mas também para o trabalho amplo de reunir toda a sociedade civil em projetos e políticas públicas para garantir os direitos dos trabalhadores. Esse é o desafio que os novos tempos apresentam aos trabalhadores, aos sindicatos e ao Estado.

Vale destacar a participação ativa e o reconhecimento social da atuação da Plenária nas atividades locais e nacionais de saúde do trabalhador, tais como conferências, encontros de Cist e outros (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Atualmente, a Plenária é composta de sindicatos (Bancários, Comerciários, Sintraemfa, Sintetel, Radialistas, Eletricitários, Associação dos Expostos e Intoxicados por Mercúrio Metálico, Sindsep, Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Prestação de Serviços de Asseio e Conservação e Limpeza Urbana de São Paulo e Movimento Popular de Saúde). Reúne-se mensalmente às quartas-feiras do mês, de modo itinerante, nas centrais sindicais.

Aos conselhos gestores locais cabe o papel fundamental de implementar a descentralização, conforme os princípios do SUS na comunidade. Na macropolítica, esse papel caberá à Plenária, na qual, consequentemente, esses conselhos terão espaço assim como diversas outras entidades comprometidas com o desenvolvimento da justiça, da liberdade e da igualdade entre os homens.

DISCUSSÃO

Pode-se dizer que, ainda hoje, mais de 15 anos depois de implementada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), as ações de atenção à saúde do trabalhador urbano e rural encontram-se em processo de implantação, em experiências diversas e multiformes, de acordo com as pressões e as realidades locais, regionais e sem uma liderança nacional (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

De maneira geral, os principais problemas ou limitações ainda sobrevivem à implantação e/ou execução das ações de saúde do trabalhador no SUS, além das dificuldades que afetam esse sistema como um todo: a crise financeira, a falta de prioridade dos distintos governos e a persistência do modelo centrado na consulta médica individual, em detrimento das ações coletivas de vigilância em saúde.

O conhecimento dessa realidade reitera que a vigilância necessita ser um procedimento que só pode ser construído com o movimento sindical, que precisa de um olhar multiprofissional e, quando se vincula à assistência, torna-se fonte efetiva de dados (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013). Por outro lado, os conselhos gestores devem fortalecer a sua participação nos Cerest, aprimorando os mecanismos de avaliação e acompanhamento das ações de saúde do trabalhador em toda rede do SUS.

O conselho gestor deve ainda participar efetivamente de cada conselho distrital correspondente a subprefeituras em sua área de abrangência, ocupando espaços políticos e técnicos, contribuindo para implantar de fato uma política de saúde do trabalhador nos municípios, de forma descentralizada, e respeitando as características da cada área, como deve ser o SUS.

Saúde não se situa na discussão dos diversos tipos de doenças que os trabalhadores apresentam (LACAZ, 1992). Na verdade, é o modelo de desenvolvimento que destrói uma cidade, como Mariana/MG, e não é tomada como determinante da saúde local e nacional nem mesmo quando epidemias de febre amarela acometem a região afetada.

Atualmente, presencia-se o que a filosofia chama de “julgamento da intenção”, modalidade de sofisma que consiste em desacreditar uma pessoa na perspectiva moral e sob premissa insuficiente, pois trata como fato algo que não é provado (MONTEIRO, ESPÍRITO SANTO e BONACINA, 2005). Essa situação vem ocorrendo em vários “acidentes ampliados”, mas possui como ícones o processo de destruição de duas figuras nacionais, constituída por um trabalhador e por uma mulher, modelos de presidentes eleitos que fogem do arquétipo e dos valores do capital classista. A importância desse processo retoma para a instância das relações sociais que reforçam o individualismo e a aglutinação em momentos isolados, e não sob utopias comuns.

CONCLUSÃO

Entre outras lições, as ações da Plenária apontam que o movimento sindical precisa conhecer e ocupar os espaços de controle social, apropriar-se dos planos de gestão e financiamento do SUS e conhecer o território, para além da base de cada sindicato. A política de saúde do trabalhador se dá no conselho e nas conferências de saúde, que devem ser o foco da ação, não apenas dos sindicatos, mas principalmente do trabalhador. Este, por sua vez, deve conhecer o território e participar dos conselhos locais. Nessa perspectiva, ele se torna uma extensão do sindicato e, se a extensão for forte, mudará toda a sociedade.

Há perigo de se apropriar da posição do opressor e repetir o modelo hegemônico autoritário e burocrático na forma de conduzir e participar nos movimentos sociais. O exemplo disso ocorre na construção de planos nacionais de saúde que exclui o cuidado com o cuidador (profissional de saúde) e se configura num paradoxo de quem faz saúde para fora, e não para dentro. A construção da real saúde do trabalhador não se resolve em sindicatos, mas com a sociedade.

O perigo latente é que “só um igual destrói um igual”. O perigo está dentro do movimento, em modelos e estratégias capazes de aniquilar a construção de décadas. A questão financeira pode ser uma dessas armadilhas.

A organização em fórum ou plenária não resolve o problema, mas fortalece os participantes. O tempo precisa ser um aliado, o tempo sempre é longo para quem sofre, mas a apropriação do tempo longo deve ser o de se realizar, de forma consistente e definitiva, a utopia do SUS e da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

COSTA, D. F. et al. **Programa de saúde dos trabalhadores**: a experiência da zona norte – uma alternativa em saúde pública. São Paulo: Hucitec, 1989.

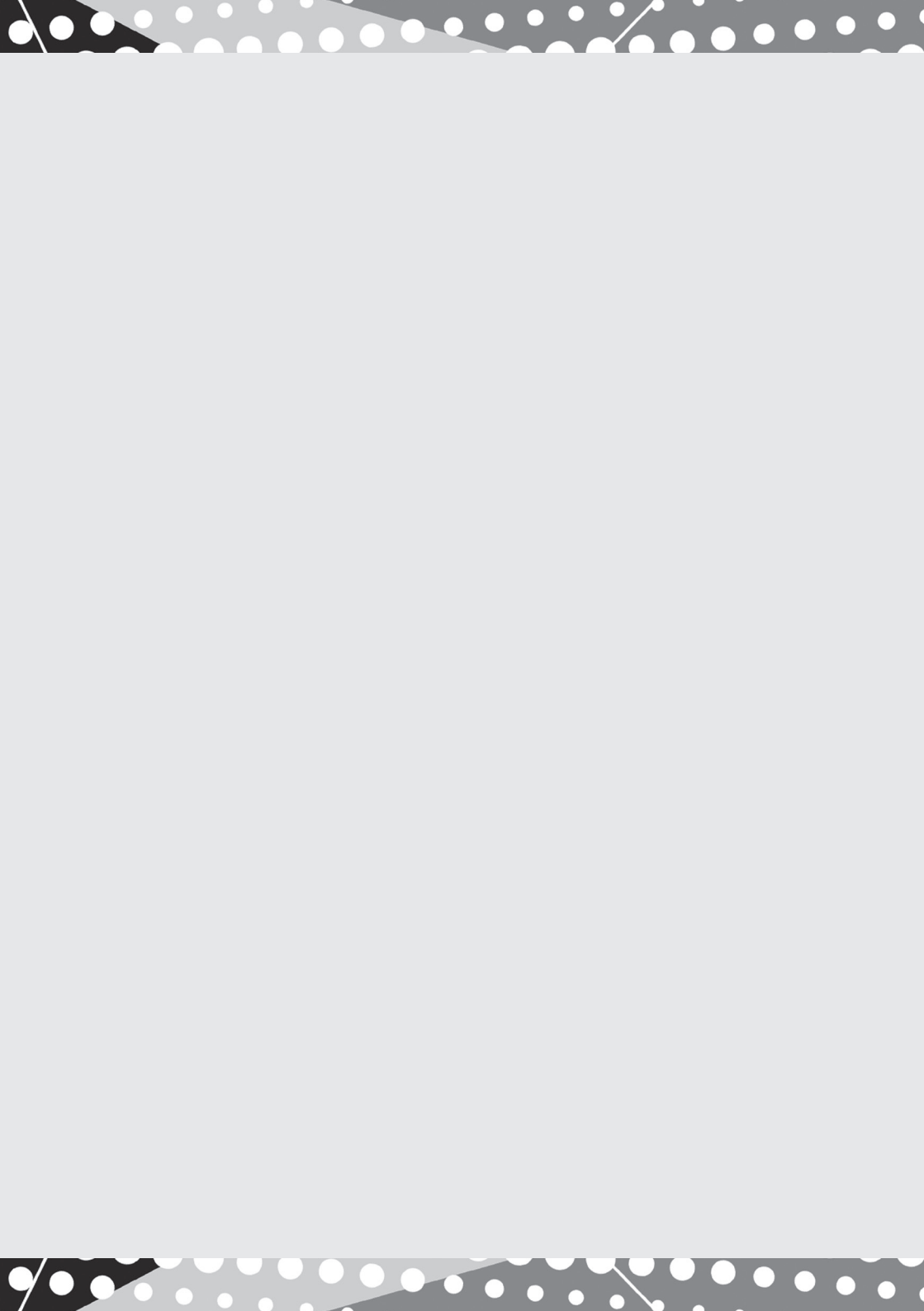
ESTENSSORO, L. **Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2003.

LACAZ, F. A. C. O programa de saúde dos trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. **Saúde em Debate**, n. 36, p. 41-47, 1992.

MONTEIRO, J. K.; ESPIRITO SANTO, F. C.; BONACINA, F. Valores, ética e julgamento moral: um estudo exploratório em empresas familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 237-246, 2005.

RIBEIRO, S. N.; LEÃO, L. H. C.; COUTINHO, S. R. A. saúde do trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Revista em Pauta**, v. 11, n. 32, p. 32-63, 2013.

SPEDO, S. M. **Saúde do trabalhador no Brasil**: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS). 1998, 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.



Organização por local de trabalho: a experiência das Cissp nas agências do INSS em Santa Catarina

Elisa Ferreira,¹ Cleber Rodrigues de Paula² e Caren Delfino Pivetta¹

¹ Departamento de Saúde do Trabalhador/Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal em Santa Catarina – Florianópolis/SC

² Programa de Qualidade de Vida no Trabalho/Instituto Nacional do Seguro Social – Florianópolis/SC

INTRODUÇÃO

Ancoradas em normas vigentes, as Comissões Internas de Saúde do Servidor Público (Cissp) baseiam-se no protagonismo dos trabalhadores. Trata-se de postura contra-hegemônica, anticapitalista, uma cogestão para o desenvolvimento da ação de estabelecer espaços coletivos que promovam a difusão de conhecimento e a reflexão crítica. Sato (2002) defende a construção de estratégias de diálogo e reconhecimento do “saber operário” como modo de racionalizar e humanizar os processos de trabalho. As Cissp traduzem o olhar do Modelo Operário Italiano, cujo saber dos trabalhadores se configura em instrumento-chave de reorganização desses processos. Para Daniellou (1999), o triângulo “poder pensar, agir e debater”, se bloqueado, leva ao adoecimento, de modo que a experiência da constituição das Cissp se mostra como espaço privilegiado para a promoção da saúde. Nessa construção, o trabalhador se implica na mudança do seu cotidiano, uma vez que pode, por meio da organização coletiva, reorganizar o trabalho, conhecer os riscos a que está submetido e ser agente de proteção da sua própria saúde, rompendo a bolha de alienação.

O processo de constituição das comissões é acompanhado pelo Departamento de Saúde do Trabalhador do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal de Santa Catarina (Sindprevs-SC), em parceria com o programa de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho da Superintendência Regional Sul do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Essa participação tem como princípios

o controle social e a formação crítica, procurando garantir a plena participação dos trabalhadores e a construção de canais de negociação com a gestão. Percebe-se que a Cissp é espaço potente de ação de base e que a saúde é tema permanente, que sustenta as ações sindicais, uma vez que fala diretamente ao sujeito, seu cotidiano laboral e os contingentes nele contidos. Esse espaço se torna canal de expressão e acolhimento.

A articulação na estruturação das Cissp seguiu chamado da base, que se refere às dores vivenciadas nos locais de trabalho, causadas por processos laborais deficientes e ambientes precarizados. Surgiu, assim, articulação para construir ações, entre elas um fórum de discussões envolvendo trabalhadores do INSS de Santa Catarina. Os trabalhadores foram convidados a participar do processo de mudança de sua realidade no local de trabalho. O indicativo de corresponsabilidade na construção de ações efetivas entre gestão, trabalhador e sindicato foi pactuado num encontro em dezembro de 2016, em que foram sugeridas ações articuladas entre as entidades e os trabalhadores participantes.

O resultado desse momento potente foi a descoberta de que o ente sindical se configura em agente fundamental de articulação e apoio, tanto no levantamento das demandas como na organização de espaços de resolução delas, e de que o protagonismo dos trabalhadores é elemento fundamental de reconfiguração da realidade, ainda que a gestão tenha responsabilidade de conhecer e tratar as deficiências na organização do trabalho. O sindicato, por meio de seu Departamento de Saúde do Trabalhador, tem percorrido os locais para levantar as demandas específicas e realizar planos de ação conforme cada realidade local. Concomitantemente, articula-se com o programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do INSS da região Sul e organiza com ele espaço de resolução das demandas em formato de câmara técnica, em que são recebidas, avaliadas e encaminhadas solicitações advindas dos locais de trabalho.

DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS, MÉTODOS OU PROCESSOS DE TRABALHO IMPLEMENTADOS

O primeiro contato com o tema ocorreu numa reunião, em 2012, articulada pelo então coordenador do programa de QVT da Superintendência Regional do INSS Sul, em que estiveram presentes militantes, profissionais e trabalhadores do INSS, o Departamento de Saúde do Trabalhador do Sindprevs-SC, a Universidade Federal de Santa Catarina, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estadual, entre outros. Propôs-se, na reunião, a implantação das Cissp, fundamentadas na Política de Atenção à Saúde do Servidor (Pass).

Desde então, realizaram-se diversas reuniões para estabelecer estratégias e critérios de implantação. Inicialmente, o critério básico estabelecido foi a capacidade da unidade (agência do INSS) em acolher a proposta, levando-se em conta a existência de servidores com interesse e formação que facilitassem diálogo de aproximação (em geral, assistentes sociais do quadro de servidores) e apoio da chefia da unidade.

A constituição das comissões nas referidas unidades obedeceu ao seguinte roteiro:

1. Diagnóstico em saúde, utilizando o inventário de QVT, segundo Ferreira (2012). As respostas foram tabuladas e distribuídas em seis fatores previamente definidos pelo autor.
2. Devolutiva e escolha da comissão. Reunião com toda a unidade para apresentação do diagnóstico do local de trabalho e lançamento da proposta de constituição da comissão como estratégia de enfrentamento e encaminhamento às questões referidas.
3. Emissão de portaria, formalizando a comissão.
4. Reuniões e capacitações.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS OU ESPERADOS

Instauraram-se, até o momento, 21 comissões (do total de 250 agências), sendo 7 em Santa Catarina. Dos levantamentos preliminares para instauração das comissões, três fatores ficaram em evidência em todos os grupos pesquisados: as condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais.

Nos processos de negociação abertos pelas comissões instauradas, percebe-se o interesse por respostas dos gestores diante das demandas identificadas. Houve diferentes formas de levantamento e encaminhamento das demandas, sendo a mais usual o envio de *e-mail* para as áreas demandadas. Algumas solicitações de reunião com gestores e negociações foram feitas diretamente com os setores.

Na atuação direta das comissões, observaram-se levantamentos para mudança de *layout*, entrevistas de colegas para investigação de necessidades, intervenções em prol de terceirizados, reuniões sistemáticas para discussão de mudanças em processos de trabalho, entrevista e acolhimento de novos colegas, negociações de turnos e fluxos de atendimento nas agências etc.

Na tentativa de sistematizar e apoiar as ações de construção das Cissp, foram criados grupos de trabalho com participação do Departamento de Saúde do Tra-

balhador do sindicato e integrantes do programa de QVT do INSS. Entre 2012 e 2013, ocorreram três reuniões.

Em fevereiro de 2017, realizou-se reunião para composição de câmara técnica, como modo de sistematizar e legitimar a participação das entidades de servidores e dos setores do Instituto. Dificuldades de agenda e o processo de mudança da diretoria sindical dificultaram novas reuniões.

No dia 8 de dezembro de 2016, houve encontro de base específico para tratar do tema, contando com participação de 13 servidores, alguns integrantes de Cissp e diretores de base. Nesse encontro, com foco na saúde dos ambientes de trabalho e organização local, extraíram-se um fórum permanente e novo encontro, que ocorreu em 31 de março de 2017, com a presença de 60 servidores de Santa Catarina e uma representante do Paraná. Nesse encontro, foi unânime a percepção de que cabe aos sindicatos promover o debate e apoiar firmemente a organização por local de trabalho com foco na saúde, bem como construir espaços permanentes de negociação e construção conjunta com diferentes entidades e instituições.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES

A experiência mostrou que é possível e necessário apostar no saber e na autonomia dos trabalhadores, com comissões totalmente eleitas pelos servidores, e ter transparência, com acesso, por parte dos servidores, a resultados de exames e avaliações e no direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave e eminente.

Também é fundamental a formação, não apenas nas questões básicas de saúde e segurança, mas que reforce a capacidade de pensar e formular questões.

O direito de informação é fundamental, principalmente sobre riscos, acidentes e doenças nos ambientes de trabalho, atividades e medidas preventivas existentes no serviço, sobre a planificação e organização da prevenção, entre outras, acerca da segurança e saúde.

Além disso, os processos e a organização do trabalho devem ser postos sobre a mesa, considerando o direito dos trabalhadores a serem consultados e informados diante de novas medidas (antes de sua execução) que afetem sua segurança e saúde, mudanças de operações, processo, método de trabalho, conteúdo, organização do trabalho e novas tecnologias. Isso afeta a condição psicológica dos trabalhadores, que precisam se apropriar do conhecimento de sua subjetividade, em construção no contexto do trabalho, a fim de romper a culpabilização.

Todo esse processo aqui descrito foi e só seguirá possível pelo protagonismo de trabalhadores militantes em todas as etapas e espaços. Não são instituições que se preocupam com o tema, mas trabalhadores que sofrem o cotidiano do trabalho, buscam informação e formação e enfrentam o *status quo* numa tentativa permanente de transformar seu sofrimento em ato político (PAULA, 2015).

REFERÊNCIAS

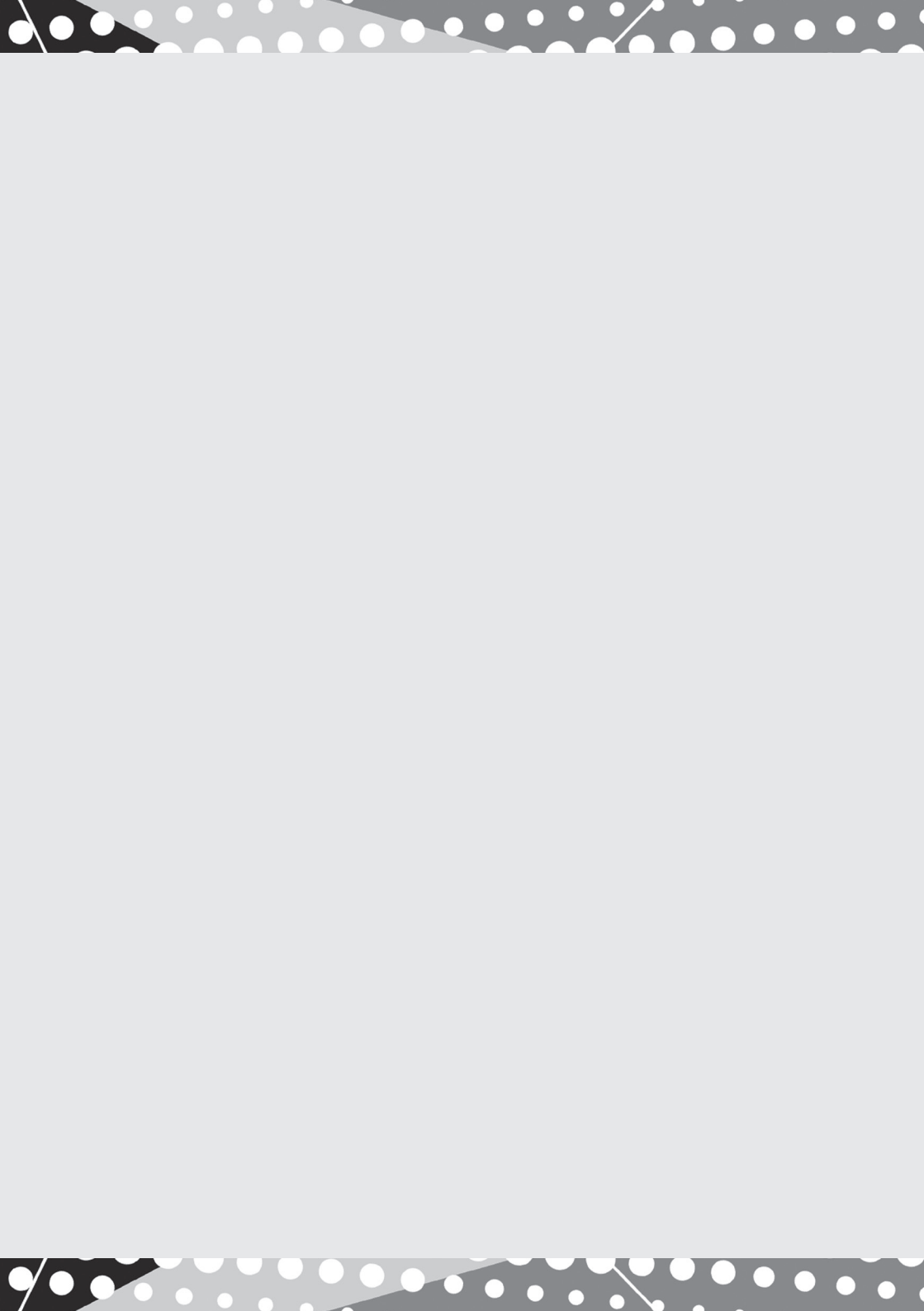
DANIELLOU, F. Les TMS, symptôme d'une pathologie organisationnelle.

BTSNewsletter, Bruxelles, n. 11/12, p. 34-37, 1999.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2012. 341 p.

PAULA, C. R. Assédio moral, trabalho e sofrimento: um olhar ético. In: TOLFO; OLIVEIRA (Org.). **Assédio moral no trabalho**: características e intervenções. Florianópolis, SC: Lagoa, 2015. p. 223-248.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-1166, set.-out. 2002.



Plano Plurianual em Saúde do Trabalhador: uma experiência de participação e inclusão dos atores sociais no planejamento de ações de interesse do município e região

Vilton Raile¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Osasco/SP

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública cuja finalidade de estudo e intervenção são as relações entre trabalho, saúde, doença e ambiente. Suas ações visam à promoção e à proteção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2011). Para tal, é de fundamental importância incorporar o desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, como também a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.823/2012 (BRASIL, 2012), estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT). A portaria define e aponta, de forma clara, as ações em saúde do trabalhador na rede de serviços nas esferas federal, estadual e municipal. Tais ações devem ser assumidas pelo Sistema Único de Saúde como um todo, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e os níveis mais complexos do SUS (BRASIL, 2009).

O alvo da estratégia proposta pela PNSTT é fazer que ações em saúde do trabalhador possam alcançar todos os trabalhadores do país, cumprindo o preceito constitucional e determinações da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a atenção à saúde do trabalhador, além das ações intrasetoriais no SUS, deve abranger práticas intersetoriais em diferentes níveis de atenção e esferas de governo, como setores de previdência social, trabalho, meio ambiente, poder judiciário, educação e movimento social. A participação da comunidade e sindicatos é fundamental, pois democratiza as informações e conhecimentos nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das consequências dessa exposição para a sua saúde, bem como no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras das doenças e acidentes relacionados ao trabalho (BRASIL, 2007).

OBJETIVO

Desenvolver plano plurianual de ações em saúde do trabalhador da macrorregião de abrangência do Cerest/Regional Osasco, que atenda às diretrizes federais e estaduais e responda a demandas regionais apresentadas pelo movimento social, sindicatos, Conselhos Municipais de Saúde, Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (Cist), entre outros atores sociais.

METODOLOGIA

O Plano de Ação em Saúde do Trabalhador é uma ferramenta de planejamento, em que se delineiam ações necessárias para atingir resultado desejado ou resolução de problemas. Portanto, trata-se de plano propositivo que descreve as ações a serem desenvolvidas pelo Cerest na área de saúde do trabalhador do SUS.

No ano de 2016, o Cerest/Regional Osasco formatou, apresentou e aprovou no Conselho Municipal de Saúde de Osasco o plano de ações para o quadriênio 2016-2019. Contemplando esse plano, foram atendidas as orientações e diretrizes do Cerest estadual e, também, da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), por meio das diretrizes definidas pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST) do Ministério da Saúde. Portanto, o plano de ações foi concebido dentro das normativas preconizadas pelo Cerest estadual, pela Renast e pela PNSTT.

Outrossim, com o objetivo de contemplar e ajustar o plano às necessidades e aos interesses da macrorregião, durante todo o mês de novembro de 2015, disponibilizou-se base de dados (via *web*) que pudesse inferir avaliações e sugestões de demandas no campo da saúde do trabalhador dos municípios de abrangência desse Cerest. Primando pela liberdade de expressão, todas as informações colhidas foram feitas

anonimamente; para tanto, bastava identificação do segmento pertinente (gestor, trabalhador do SUS, sindicalista, conselheiro ou munícipe).

O questionário disponibilizado foi construído com 29 quesitos que abrangiam respostas únicas, múltiplas, em escala e abertas, com colocações diretas e objetivas, buscando incluir as principais necessidades em saúde do trabalhador do município e região de abrangência do Cerest/Regional Osasco.

A base de dados foi intensamente divulgada e socializada com gestores e técnicos do SUS, Conselhos Municipais de Saúde, Cist, movimento sindical da macrorregião, entres outros. Estimularam-se, em todos esses segmentos, divulgação e multiplicação a todos interessados em contribuir com sugestões de ações em saúde do trabalhador de nossa macrorregião.

RESULTADOS

Coletaram-se 38 formulários de diversos municípios da região de abrangência do Cerest/Regional Osasco. Desse total, 20 eram de participantes do sexo feminino. A instituição e o município dos participantes são descritos nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1 – Formulários respondidos segundo as instituições de origem – Osasco/SP, 2015

Respondentes	Instituição
3	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist)
5	Conselho Municipal de Saúde (CMS)
5	Ex-alunos do curso de pós-graduação em Saúde do Trabalhador
6	Gestores municipais
6	Munícipes
6	Sindicatos
7	Trabalhadores do SUS

Fonte: Cerest/Regional de Osasco.

Quadro 2 – Formulários respondidos segundo os municípios de abrangência do Cerest/Regional Osasco – Osasco/SP, 2015

Respondentes	Município da macrorregião
1	Barueri
3	Carapicuíba
2	Embu das Artes
2	Embu-Guaçu
2	Itapecerica da Serra
1	Jandira
22	Osasco
3	São Lourenço da Serra
2	Taboão da Serra

Fonte: Cerest/Regional de Osasco.

Com relação a questionamentos de respostas únicas, destacam-se algumas das propostas em que os participantes manifestaram interesse ou não pela respectiva ação em seu município, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Resultados que consideram o interesse do município de propostas de ações a serem desenvolvidas pelo Cerest contemplando os municípios de abrangência – Osasco/SP, 2015

Propostas apresentadas	Sim	Não
Capacitação em saúde do trabalhador aos membros do CMS e da Cist	100%	—
Capacitação de profissionais da área de saúde, para serem multiplicadores nas questões relacionadas à notificação Sinan dos acidentes de trabalho e doenças do trabalho	100%	—
Interesse em receber material impresso abordando a importância da notificação Sinan dos agravos relacionados ao trabalho	100%	—
Interesse em destacar profissionais do SUS de seu município para participarem de capacitação e educação continuada em Investigação de Acidentes Graves e Fatais oferecido pelo Cerest	95%	5%
Interesse de que profissionais do SUS de seu município sejam capacitados para desenvolverem ações relacionadas ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti)	100%	—
Interesse de que profissionais do SUS de seu município sejam capacitados para desenvolverem ações relacionadas ao risco de exposição ao benzeno nos postos de gasolina	97%	3%
Interesse de que profissionais do SUS de seu município sejam capacitados sobre prevenção, vigilância e acolhimento de trabalhadores com exposição ao amianto	100%	—
Interesse em aumentar o número de profissionais do SUS com pós-graduação em Saúde do Trabalhador	97%	3%
Interesse em capacitar profissionais de saúde de seu município para realizar o matriciamento em saúde do trabalhador da sua rede de atendimento do SUS	97%	3%

Fonte: Cerest/Regional de Osasco.

Com pontuação de 0 a 10, em uma escala Likert, considerando, respectivamente, a pior e a melhor situação de atendimento de demandas em saúde do trabalhador do município de residência do participante desse inquérito, observou-se média de 4,5. Para a iniciativa do Cerest/Regional Osasco de oferecer espaço na participação da construção do Plano Plurianual de Ações em Saúde do Trabalhador, considerando-se a mesma escala de avaliação, observou-se média de 8,0.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os critérios para alocação de esforços na construção da Renast no SUS, além de envolver as diretrizes nacionais e estaduais, devem estar alinhados horizontalmente às necessidades regionais (BRASIL, 2002). Para tanto, o Cerest/Regional Osasco utilizou estratégia que propiciou equidade com o propósito de que atores sociais de todos os segmentos tivessem a oportunidade de voz na participação para construção do Plano Plurianual do Cerest de sua região de abrangência.

Pode-se observar a participação voluntária de 38 integrantes, de diversos segmentos do movimento social, que, de forma anônima, ofereceram ao Cerest a oportunidade de conhecer com maior amplitude os anseios e as necessidades, tanto regionais como específicas, de cada município da região de abrangência do Cerest.

Concluindo, verificou-se, de forma clara e significativa, a importância da horizontalidade no desenvolvimento e aperfeiçoamento na criação de indicadores para ações locais e regionais em saúde do trabalhador no SUS. A participação e a inclusão dos atores sociais no planejamento de ações de interesse do município e região são fatores fundamentais para construção do Plano Plurianual do Cerest.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1, p. 53.

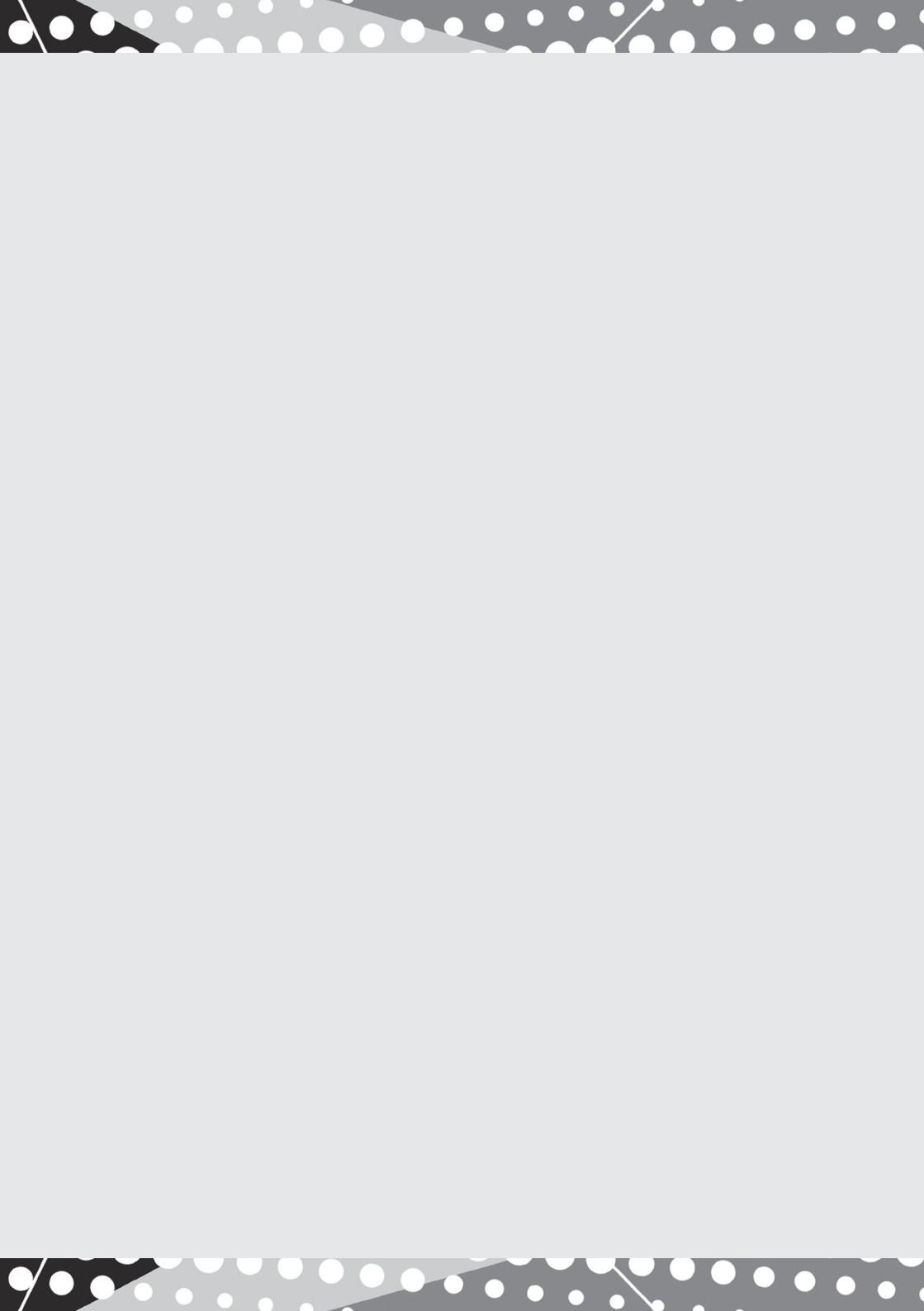
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 76.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.



4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: contribuições para o controle social no Espírito Santo

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama¹ e Alexandre Custódio Pinto²

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Vitória/ES

² Fundação Jorge Duprat e Figueiredo/Centro Estadual do Espírito Santo – Vitória/ES

CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Em 2015, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), realizada no Espírito Santo, contou com intensa participação de técnicos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/ES) e da Fundacentro/CEES na comissão organizadora e de relatoria, bem como nos desdobramentos do evento.

A 4ª CNSTT apresentou o tema “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado” e teve como objetivo a proposição de diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Os eixos temáticos de discussão e proposição foram: o desenvolvimento socioeconômico, a participação e o controle social, a efetivação e o financiamento da PNSTT, considerando a integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, 2014).

Assim, o objetivo do presente relato é descrever o processo de devolutiva da 4ª CNSTT no Espírito Santo, com análise das propostas estaduais, e apresentar elementos para subsidiar a formulação de estratégias de reorientação dos modos de participação popular e controle social realizados no estado espírito-santense, tendo como horizonte o efetivo exercício da participação popular e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

PROCESSOS DE TRABALHO IMPLEMENTADOS

No Espírito Santo, realizaram-se cinco conferências no primeiro semestre de 2014: quatro etapas macrorregionais (norte, central, metropolitana e sul) e uma etapa estadual, sendo eleita a delegação de representantes para a etapa nacional.

Tendo em vista que a 4ª CNSTT se insere como antecedente temático à 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), uns dos intuitos de sua realização são o debate e a inclusão de pautas e demandas, compreendendo a saúde do trabalhador em sua transversalidade aos serviços e linhas de cuidado da saúde. Como afirmam Graça Hoefel e Denise Severo, “[m]ais do que o evento em si, é o processo que o precede e a capacidade de dar concretude às deliberações realizadas que influencia as potencialidades” (HOEFEL; SEVERO, 2014).

Assim, realizou-se, em Vitória/ES, a Oficina de Devolutiva das Etapas Nacional, Estadual e Macrorregional Metropolitana, cujo objetivo principal foi construir estratégias para a efetivação das propostas aprovadas no âmbito do estado e dos municípios representados, bem como estimular o debate e reflexão acerca de proposições a serem levadas para a 15ª CNS. Para tanto, realizou-se o resgate e a sistematização da 4ª CNSTT, em todas suas etapas. Para o presente relato, daremos enfoque às questões estaduais.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

As etapas macrorregionais do estado ocorreram: na macrorregião norte, no município de Conceição da Barra, com 120 participantes; na macrorregião central, no município de Colatina, com 113 participantes; na macrorregião metropolitana, no município de Serra, com 121 participantes; e na macrorregião sul, no município de Cachoeiro de Itapemirim, com 116 participantes. Totalizou-se a participação de quase 470 atores, entre usuários, profissionais e gestores do SUS.

A etapa estadual capixaba foi realizada em Guarapari, com mais de 200 participantes, entre delegados, convidados e comissão organizadora. Nessa etapa, aprovaram-se 18 propostas de responsabilidade estadual e 12 propostas submetidas para a etapa nacional.

Das 18 propostas de âmbito estadual, a grande maioria das propostas (13) reivindica a garantia, implantação ou implementação de itens legislados por portarias e dependentes de gestão, organização e protagonismo localregional para sua operacionalização, tal como: “Implantar e implementar a Vigilância em Saúde

do Trabalhador e da Trabalhadora em todos os municípios do estado”. Três propostas (17%) dizem respeito especificamente à medicina do trabalho, como: “Garantir exames admissionais, de rotina, periódicos e demissionais, retorno ao trabalho e mudança de função para trabalhadores e trabalhadoras do setor público e privado”. Apenas duas formulações (11%) apresentam delineamento e direcionamento de natureza mais propositiva: “Instituir, nas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, comitês para análise de óbitos por acidente de trabalho, em parceria com a Superintendência Regional do Trabalho e Delegacia de Acidente de Trabalho” e “Estabelecer parceria entre Cerest, Conselhos Municipais e Telessaúde-ES com a finalidade de incluir a temática saúde do trabalhador e da trabalhadora”.

Dessas duas últimas propostas, destacamos sua consonância com o contexto nacional e suas perspectivas inter e intrassetorial, respectivamente, afirmando a transversalidade da saúde do trabalhador (BRASIL, 2012). A análise de acidentes de trabalho tem sido apresentada como prioridade pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST/MS), bem como a articulação das ações de saúde do trabalhador com as equipes e os trabalhadores da atenção primária, público-alvo do Telessaúde.

Ambas as propostas vêm sendo implantadas pelos serviços de saúde do trabalhador do estado e de alguns municípios – principalmente os da Grande Vitória, como a capital Vitória, Cariacica e Serra –, com convites e divulgação para instâncias de controle social, como sindicatos de trabalhadores e as próprias Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) desses municípios.

A Oficina de Devolutiva foi organizada de modo a apresentar as propostas aprovadas referentes a cada âmbito das etapas, propiciando momento inicial e disparador de interação e reflexão conjuntas entre os diversos atores responsáveis por sua efetivação. Com representantes de serviços relacionados à saúde e ao controle social, entre conselhos de saúde e sindicatos, totalizaram-se 32 participantes, de 9 municípios do estado, 50% provenientes da capital Vitória, seguida por Vila Velha, Cariacica, Itapemirim com mais de um participante, e Anchieta, Cachoeiro de Itapemirim, João Neiva, São Domingos do Norte e Serra, com um participante cada.

Realizaram-se grupos de trabalho (GT) com representantes de gestores, trabalhadores e usuários do SUS para se debruçarem sobre as propostas de âmbito estadual a fim de realizar priorização das propostas e elaborar plano de ação detalhando os responsáveis (setor, serviço, instituição) e estratégias de ação para a efetiva implementação e desdobramento de proposições advindas da conferência. Tais planos conseguiram priorizar ações no foco de sua concretude, separando a implementação

de mecanismos já previstos na legislação e que carecem de regulamentação, de outras demandas emergentes da participação social.

Os participantes da Oficina de Devolutiva experimentaram, assim, nova forma de participação, mais global, localizando suas reivindicações específicas, retificando, reafirmando ou qualificando seus discursos ao acessarem a análise das propostas da 4ª CNSTT e suas correlações entre si e entre os eixos temáticos da 15ª CNS.

Os planos de ação construídos na Oficina de Devolutiva servem como subsídio para o Cerest/ES e equipes municipais de saúde do trabalhador para a implantação de ações. No entanto, pouco foi concretizado, principalmente, em razão da rotatividade de profissionais, gestores ou representantes do controle social, o que acaba por não dar continuidade no que vinha sendo construído anteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A 15ª CNS teve como tema central: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Ao analisarmos suas propostas aprovadas na etapa nacional, sob a perspectiva do campo da saúde do trabalhador e considerando a participação popular e o controle social, foi possível perceber que, assim como nas etapas da 4ª CNSTT descritas anteriormente, a grande maioria das propostas tem caráter reivindicativo mais do que propositivo e não abrange a temática de saúde do trabalhador de modo específico.

Em seu regimento, houve especificação da população trabalhadora: representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade (BRASIL, 2015). Tendo ocorrido a participação de trabalhadores representantes de seus sindicatos e centrais sindicais, bem como conselheiros de saúde membros de Cist, e trabalhadores do SUS que têm alguma interface com a vigilância em saúde, resta-nos a pergunta sobre a real porosidade do campo da saúde do trabalhador quando ampliamos o debate para a saúde, em toda sua amplitude.

Ainda que não tenha sido possível a transmissão efetiva das propostas do campo da saúde do trabalhador, em especial aquelas que dizem respeito à sua intra e intersectorialidade, na 15ª CNS, consideramos o processo que estamos vivenciando no estado, de efetivação e implementação de ações estratégicas, como o Comitê de Análise de Acidente de Trabalho e a articulação com o Telessaúde, uma oportunidade ímpar de exercício e fortalecimento do controle social, que permite desde a proposição até o acompanhamento, monitoramento e avaliação de tais ações de uma ponta a outra.

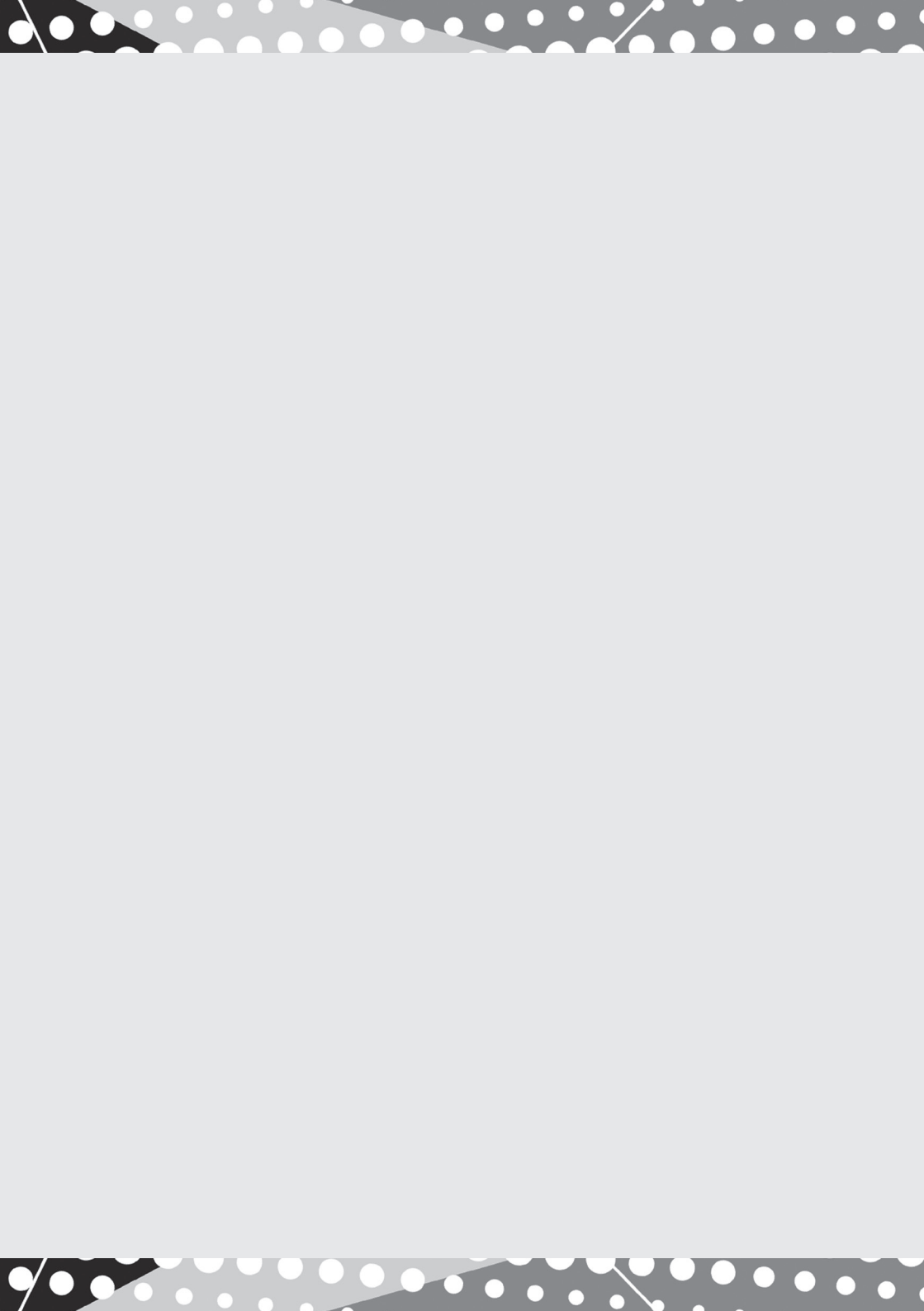
E o intuito, ao longo de sua implementação, é que os membros do controle social possam se apropriar desses espaços, ocupando lugar de representante da população a ser beneficiada por essas ações e fornecendo informações e opiniões de suas bases para potencializá-las. E o controle social seja elemento ativo nas ações de saúde do trabalhador.

Apesar da regulamentação e institucionalização da participação nos instrumentos de conferência e conselhos, que restringe a própria participação, o exercício feito aqui é o de extrair desses processos-resultados possibilidades de avanços para além do que está garantido pelas políticas.

Assim, pensando que esta seja a finalidade de conferências de saúde – avançar para além das políticas já legisladas –, cabe cuidarmos metodologicamente das próximas conferências, a partir da retomada dos encaminhamentos das anteriores, bem como ter o retorno de quais propostas e em quais lugares elas foram possíveis de se efetivarem (LACAZ; FLÓRIO, 2009). Isso, inclusive, se apresenta como potencial função da Cist, alimentando-a nos interstícios entre as conferências de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 500, de 12 de fevereiro de 2015. Aprova o Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2015/Reso_500.pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, 4, 2014. **Documento orientador**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Documento_Orientador.pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.
- HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O. Movimentos sociais e participação em contexto de conflitos socioambientais: uma proposta de matriz de análise. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 27-45, 2014.
- LACAZ, F. A. C; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2018.



Controle social em saúde do trabalhador no Rio de Janeiro: a prática do Consest - Controle social não é lei, é uma prática que faz ampliar e garantir a cidadania

Fatima Sueli Neto Ribeiro¹

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ

INTRODUÇÃO

Fruto de luta histórica dos trabalhadores e intimamente relacionada às origens do Sistema Único de Saúde (SUS), a área de saúde do trabalhador (ST) emerge com o compromisso da atuação sob a égide do controle social.

Ainda não há, hoje, consenso sobre o melhor modelo de controle social como matriz do SUS. A ausência de diretiva por ocasião da implantação da área de ST no SUS facultou que cada estado ou município implementasse a área de acordo com seu momento histórico-político. Isso facilitou que modelos com distintas configurações de poder e negociação fossem criados, ainda que nunca tenham sido sistematizados e avaliados no que diz respeito à sua eficácia e repercussão.

No Estado do Rio de Janeiro, o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest) foi criado em 1991, com objetivo de elaborar e acompanhar a política de ST, sob o entendimento de que as atividades técnicas estão relacionadas de forma visceral ao movimento social organizado desde a sua criação. A análise dessa experiência representa a revisitação de um modelo bem-sucedido de controle social.

O Consest

No Estado do Rio de Janeiro, liderado pelo Programa Estadual de Saúde do Trabalhador (PST) do SUS, o locus de articulação do controle social na década de 1990 se deu com a criação do Consest, sob a Resolução SES/RJ n. 605 de 27/12/1990. Aliás, foi cria-

do antes mesmo da institucionalização do Conselho Estadual de Saúde. Sua formação e suas atribuições foram regulamentadas pela Resolução SES/RJ n. 676/1991: “elaborar, acompanhar a execução e avaliar a política de saúde do trabalhador, estabelecendo as estratégias das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de atenção integral aos trabalhadores para o Estado do Rio de Janeiro” (VASCONCELLOS, 2007, p. 32).

Ainda que a atribuição da ST estadual incluísse a estruturação da assistência, a maior atuação do Consest se deu nas ações de vigilância do ambiente e processos de trabalho. Com a abrangência estadual e natureza bipartite, poder público e movimento social, a composição inicial previa a participação de sindicato dos trabalhadores de cada ramo produtivo, das centrais sindicais, universidades públicas, órgão ambiental estadual, Fundacentro e Fiocruz, Ministérios da Previdência Social e do Trabalho, municípios com programas locais e de associações de portadores de doenças ocupacionais. A organização das ações ocorreu por meio de câmaras técnicas (CT), organizadas por temas específicos em fóruns coletivos de discussão e sustentação técnica, oferecendo respaldo operacional para as ações do Consest (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Costa (2009) registra que, na CT de municipalização, representantes das diferentes regiões do estado relatavam dificuldades relacionadas à coleta de dados do perfil produtivo, capacitação, intensificação da vigilância, falta de recursos financeiros, fraca articulação interinstitucional e baixa adesão das representações sindicais.

As atividades do Consest podem ser dimensionadas por Costa (2009): no ano de 1997, houve atuação de 12 CT, que subsidiaram 38 visitas e inspeções a diversas empresas.

PRINCIPAIS AVANÇOS

O compromisso com os princípios da área de saúde do trabalhador, que enfatiza a atuação nos determinantes dos problemas identificados, muitas vezes levou o processo administrativo iniciado por denúncia particular à assinatura de termos de compromisso cuja meta era a mudança tecnológica, cabe destacar o processo da empresa Pan-Americana (MELO, 1993).

Outro exemplo paradigmático ocorreu com a vigilância da indústria naval, entre 1989 e 1996. A recusa empresarial em assinar o termo de compromisso resultou na primeira lei brasileira impedindo processo tecnológico por causar problemas à saúde dos trabalhadores: a Lei Estadual 1.979, de 23/3/1992, que proibiu a operação de jateamento com areia no estado.

Ainda nesse processo, o PST criou, em 1992, a Comissão Técnica Estadual de Pneumopatias Ocupacionais, para a assessoria em diagnóstico e acompanhamento dessas doenças. O papel dessa comissão, formada por professores de pneumologia de universidades públicas e da ENSP/Fiocruz, foi fundamental na vigilância da silicose nos anos 1990 e foi retomado, dez anos depois, no apoio ao processo da vigilância do amianto anfíbio usado como isolante acústico em um cinema do Rio de Janeiro, cuja ação de retirada controlada ainda é contabilizada como as poucas realizadas na América Latina.

As ações de vigilância do Consest partiam do modelo de “intervenção ética de impacto” (VASCONCELLOS, 1994) nas maiores empresas dos setores econômicos. Assim se deu nos setores metalúrgico, siderúrgico, químico, das construções civil e naval e das indústrias de amianto e cimento. A mesma lógica foi adotada para empresas estratégicas para a economia denunciadas pelos sindicatos, tais como a Pan-Americana, Bayer, Casa da Moeda do Brasil, Arsenal da Marinha, Álcalis, Companhia Siderúrgica Nacional, Thyssen Fundições e Refinaria Duque de Caxias (COSTA, 2009; MACHADO, 1996; MELO, 1993; VASCONCELLOS, 1994).

Os membros do Consest organizaram em conjunto fóruns e debates sistemáticos para temas diversos (entre eles, LER/Dort, centros de referência, saúde do servidor público, acidentes de trabalho e métodos de árvore de causa) e culminou com a realização da 2ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, em 1993.

Pelos princípios do SUS, o Consest induzia novo modelo de contratação social, cujo horizonte previa transformações nos processos produtivos que tomaram corpo em legislações estaduais ou nacional. O exemplo da lei estadual que proibiu o jateamento de areia foi replicado no Paraná e no Espírito Santo. Resulta dessa experiência ampliada a Portaria SIS/MTE n. 99, de 19/10/2004, que proibiu o processo de jateamento com areia seca ou úmida como abrasivo em todo o país.

Entre as muitas dificuldades, cabe citar que não havia nenhuma dotação orçamentária para o Consest, nem para o PST. Isso reduziu a amplitude das ações, mas gerou articulação solidária entre as instâncias que participavam, doavam e se envolviam no mesmo processo. As diferenças na orientação institucional também se expressavam, cabe destacar a dificuldade de participação do Ministério do Trabalho e Emprego neste processo.

Em 1998, o seminário de avaliação do Consest identificou os seguintes entraves: deficiente divulgação das ações do conselho, esvaziamento das CT e redução na política dos sindicatos com as questões de saúde. Na ocasião, apenas cinco CT estavam em

funcionamento, mas as ações nos programas municipais encontravam-se em franca atividade, em particular nos seguintes municípios: Volta Redonda, Quatis, Resende, Barra do Piraí, Piraí, Campos dos Goytacazes, Cabo Frio e Cantagalo.

A descontinuidade do Consest é atribuída ao retraimento dos sindicatos, ao esvaziamento de profissionais no PST e ao dissenso entre integrantes do controle social a partir de 2005 (FREIRE, 2010). Vasconcellos (2007) atribuiu, de modo mais amplo, a mudanças dos governos, incompreensão do trabalho como categoria central da ação em saúde, ausência de articulação intrassetorial, esvaziamento sindical e ausência de política de Estado que priorize a negociação como mecanismos estratégicos.

A saída de técnicos se relaciona com a drástica redução salarial à época. Outro ponto relacionado à retração sindical a partir de 2003 foi a tomada de postos públicos no governo do Partido dos Trabalhadores, justamente das lideranças com luta pela saúde que não formaram representantes nos quadros sindicais. Não se pode deixar de destacar a descontinuação das ações de vigilância, definida como “modelo de ação” pela coordenação do PST que assumiu em 2004.

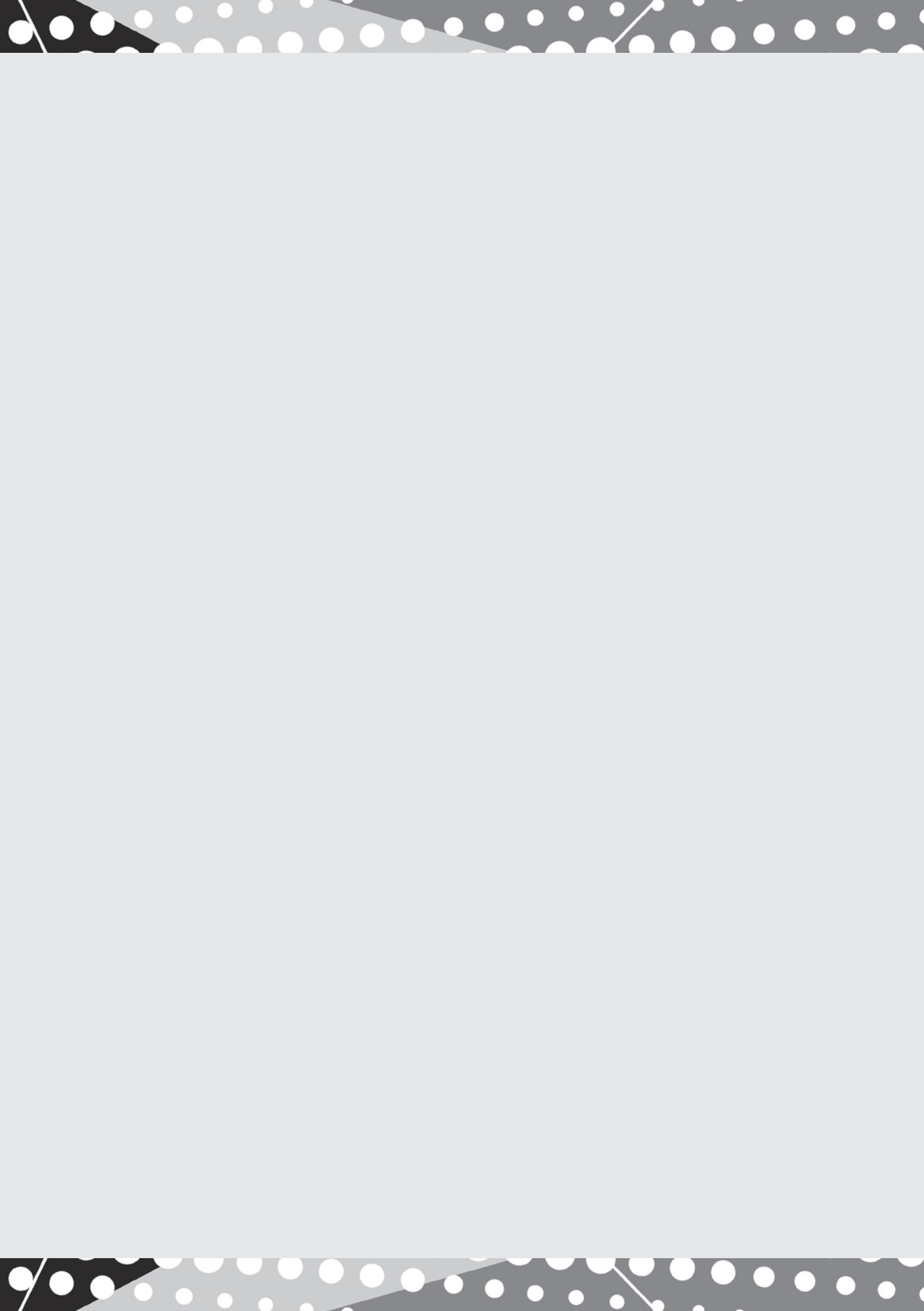
A 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2006, sob forte crise de organização, de lideranças e disputas variadas, resultou no enfraquecimento do modelo e na substituição do Consest pela Cist estadual nos moldes propostos pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), qual seja, tripartite e vinculada como órgão assessor do Conselho Estadual de Saúde. Desde então, o protagonismo do Estado do Rio de Janeiro desapareceu.

O Consest pode ser considerado experiência singular pelo protagonismo desse colegiado interinstitucional e intersindical, pela eficácia de suas ações com uma composição bipartite: poder público e representante dos trabalhadores, o que resultou numa efetiva prática do controle social sobre o poder público.

Neste momento de intensificação do neoliberalismo, exclusão social e alienação dos debates populares, a questão do controle social assume dimensões urgentes e, aliada à flexibilização dos direitos sociais, caráter dramático.

REFERÊNCIAS

- COSTA, K. C. F. **Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro**. 2009. 68 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- FREIRE, L. M. B. Movimentos sociais e controle social em saúde do Trabalhador. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 289-313, jun. 2010.
- MACHADO, J. M. H. **Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador**: a heterogeneidade da intervenção. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- MELO, A. I. S. C. **Contracena de diferentes**: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores. 1993. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1993.
- RIBEIRO, F. S. N. R.; LEÃO, L. H. C., COUTINHO, S. R. Saúde do trabalhador no Brasil nos anos 1980 e 2000. **Revista em Pauta**, v. 32, n. 11, p. 39-63. 2013.
- VASCONCELLOS, L. C. F. **Os caminhos do caminho**: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde. 1994. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- VASCONCELLOS L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**: apontamentos para uma política de Estado. 2007. 439 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.



O controle social na saúde do trabalhador: do conselho de serviço à Comissão Intersectorial da Saúde do Trabalhador

Márcia da Silva Anunciação Lazarino¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Betim/MG

APRESENTAÇÃO

A participação social na área da saúde foi legalizada pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) com objetivo de ampliar o envolvimento da sociedade nas decisões políticas, garantindo a efetivação do controle social sobre o poder do Estado. Assim, conforme disposto na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) se dará em cada esfera do governo, por meio das conferências e dos conselhos de saúde.

A Portaria 1.679, de 19 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS, definiu, em seu artigo 7º, que o controle social na saúde do trabalhador ocorrerá por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais, por intermédio das instâncias de controle social do SUS, em consonância com a legislação vigente.

Entende-se aqui controle social como mecanismo de participação de todos os trabalhadores ou suas entidades representativas na gestão das políticas públicas por meio de: denúncias de irregularidades, monitoramento, proposições, avaliação dos gastos públicos e deliberações, especialmente nas políticas que compõem a seguridade social e em qualquer iniciativa de participação política (BRAVO, 2000).

OBJETIVO

Relatar a experiência do município de Betim com o controle social na saúde do trabalhador com intuito de contribuir para o debate sobre o tema.

O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA REGIÃO DE BETIM

O serviço de saúde do trabalhador da cidade de Betim foi criado no ano de 1995 por meio de unidade de saúde especializada para desenvolver ações de vigilância e assistência em saúde do trabalhador. Em 2002, após a criação da Renast, o serviço foi habilitado pelo Ministério da Saúde (MS) para ser Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) com atuação regional, tendo, em sua área de abrangência, 13 municípios.

Em cumprimento à exigência da área técnica em saúde do trabalhador do MS, responsável pelo repasse do recurso da Renast, liberado mensalmente pelo MS, para os municípios que possuem Cerest habilitado, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Betim, em plenária realizada no dia 8/8/2006, aprovou a constituição do conselho de serviço do Cerest, que foi homologada pelo secretário municipal de saúde de Betim.

A composição do conselho de serviço do Cerest se deu de forma paritária e, considerando que as ações em saúde do trabalhador devem ocorrer de forma interministerial, tiveram assento no referido conselho representantes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), da Gerência Regional do Trabalho (GRT) da cidade de Betim, além dos sindicatos com atuação na região, do CMS de Betim, do Cerest e da Comissão Intergestores Bipartite da região de saúde de Betim.

O conselho de serviço do Cerest caracterizou-se como órgão colegiado e contribuiu na formulação do plano de trabalho da saúde do trabalhador, acompanhamento do planejamento, da execução dos gastos e prestação de contas da aplicação dos recursos.

A partir da Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), os conselhos de serviços dos Cerest deixam de ser requisito para repasse do recurso da saúde do trabalhador, fundo a fundo. A portaria de 2009 indicou, como instância de controle social, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), cuja finalidade é emitir notas técnicas e elaborar relatórios para subsidiar as tomadas de decisões dos conselhos de saúde sobre temas específicos no âmbito do SUS.

Como o regimento do CMS de Betim já contemplava a criação de comissões técnicas intersetoriais, compostas de até 12 membros, com representação paritária, indicados pelos respectivos segmentos, os membros do conselho de serviço do Cerest optaram por encerrar as atividades desse conselho e criar a Cist, seguindo critérios estabelecidos no regimento do CMS para a criação de comissões técnicas.

Assim, não foi possível contemplar na Cist todas as entidades que tinham assento no conselho de serviço. A definição dos sindicatos que teriam assento na nova comissão seguiu a ordem de chegada do pedido da instituição para participar da

Cist. Dessa forma, alguns membros do conselho tomaram posse na Cist em abril de 2010. Aqueles que não tiveram assento assegurado na comissão foram convidados a participar das reuniões.

A transição de conselho de serviço para Cist, no município de Betim, foi marcada por alguns acontecimentos que dificultaram a atuação dessa comissão. Os principais foram:

1. Ter seguido a composição predefinida pelo CMS no que se refere ao número de integrantes e na paridade: os representantes dos sindicatos que não obtiveram assento sentiram-se preteridos e recusaram-se a participar como convidados; os representantes da GRT e do INSS deixaram de participar assiduamente, comparecendo somente quando convidados para algum esclarecimento específico.
2. Definição do coordenador da Cist: considerando que o coordenador deveria ser membro do CMS, a indicação foi feita pelo conselho, sem a participação e as devidas explicações para demais integrantes da comissão. Esse fato provocou a saída de dois sindicatos e uma associação da Cist.

Ressalta-se que, mesmo com as dificuldades elencadas, a Cist seguiu funcionando desde abril de 2010, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 1 – Número de reuniões planejadas e realizadas da Cist/Betim (MG)

Ano	Reuniões realizadas	Reuniões previstas que não ocorreram
2010	6	5
2011	8	4
2012	6	8
2013	10	3
2014	5	7
2015	3	9
2016	6	3
2017	7	5

Fonte: Livro de atas da Cist/CMS de Betim (MG).

Nesse período, reuniões extraordinárias ocorreram para responder a um parecer técnico solicitado pelo CMS, e a comissão produziu cartilha sobre a Cist, que foi entregue aos trabalhadores pelos sindicatos. Integrantes da comissão participaram de reunião na cidade de Belo Horizonte e em outra na cidade de Contagem, com objetivo de subsidiar os municípios na implantação das Cist. Participaram, ainda, do seminário de saúde do trabalhador na cidade de Vespasiano e da campanha de combate ao trabalho infantil, ocorrido em Betim, e de três encontros nacionais das Cist.

No primeiro semestre de 2017, as reuniões não se realizaram. No mês de julho, após articulação de alguns integrantes da Cist, ocorreu a primeira reunião da comissão do ano de 2017, com presença das instituições que fizeram parte do extinto conselho de serviço e/ou da Cist. Na oportunidade, fez-se avaliação do percurso da comissão, ressaltando os pontos que estavam dificultando a participação de todos. Acordou-se que, na próxima reunião da Cist, seria feita proposta de modificação no funcionamento da comissão a ser apresentado para a mesa diretora do CMS.

Assim, na reunião subsequente, ocorrida no mês de agosto, os presentes encaminham as seguintes propostas:

1. Não se respeitar o critério da paridade para a composição da Cist.
2. Não limitar o número de participantes, de modo que todos os sindicatos com atuação no município de Betim possam ter assento na Cist.
3. Instituir o coordenador adjunto.
4. Definir o mandato dos coordenadores em dois anos, podendo haver reeleição.

As propostas foram apresentadas ao plenário do CMS em sua reunião ordinária realizada no dia 23 de agosto de 2017, tendo sido todas aprovadas e publicadas na resolução do CMS n. 23/2017. Na reunião subsequente, representantes dos sindicatos interessados, da GRT e do INSS tomaram posse e realizou-se eleição para coordenação da comissão. Desde então, as reuniões ordinárias ocorreram com regularidade e presença da maioria dos membros e ainda foi realizada reunião extraordinária para elaboração do plano de trabalho da Cist de Betim para o próximo ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha se verificado fragilidade do controle social, decorrente das mudanças no movimento sindical resultantes dos processos de reestruturação produtiva e da não incorporação dos trabalhadores crescentemente inseridos no setor informal da economia, os conselhos de serviço e as Cist são instâncias reconhecidas, legalmente constituídas, como modelo de participação e controle social.

Processos de formação em saúde do trabalhador para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros visando ao fortalecimento do controle social não têm sido suficientes para a efetivação do controle social por parte dos trabalhadores.

A experiência de Betim evidencia a necessidade de criação de mecanismos regimentais que possibilitem a participação de todos. Os resultados apontam, ainda, a importância de se organizarem arranjos capazes de garantir o acesso e a voz aos diferentes grupos de trabalhadores, de instituições públicas parceiras e de outras áreas além do setor da saúde, garantindo a efetiva participação de todos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 24 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1, p. 53.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: a experiência dos conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 7. **Anais....** Brasília, DF: Abepes, 2000.

Instauração do Fórum Intersindical Saúde, Trabalho e Direito do Estado de Goiás

Danniella Davidson Castro,¹ Sander Antônio Pereira da Silva,¹ Lucimeira Aparecida da Costa,¹ Marivalda Marinho de Sousa,² Márcia Peixoto dos Santos Peres,¹ Albertino Dias Lira,² Huilma Alves Cardoso² e Larissa Di Oliveira Santhomé³

¹ Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador/Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância em Saúde – Goiânia/GO

² Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância em Saúde – Goiânia/GO

³ Coordenação de Gestão de Processos/Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância em Saúde – Goiânia/GO

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador se constitui em campo transdisciplinar, em que o trabalhador é, ao mesmo tempo, a peça-chave para que haja movimento em diversas direções e o destinatário das ações. Para Hoefel e Severo (2011), o que hoje é denominada área da saúde do trabalhador, campo tanto teórico como prático da saúde pública, pode ser pensada como avanço, ao superar a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, suas precursoras.

Na história de lutas e conquistas da saúde do trabalhador, houve necessidade da articulação de diversas instâncias sociais e movimentos para que a classe trabalhadora pudesse ser respeitada. Desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), ficou garantida a participação do controle social nas ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos conselhos de saúde, com representação paritária dos usuários. Entre as comissões presentes no conselho, a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (Cist), com seu caráter consultivo, traz a responsabilidade de assessorar o conselho e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) nas ações de saúde do trabalhador. Entretanto, com a prática cotidiana nas ações de vigilância,

percebe-se que a participação do controle social na saúde do trabalhador pode ser ampliada por meio de diversos mecanismos e ferramentas e agregar outros atores sociais e representantes dos trabalhadores.

A instauração do Fórum Intersindical Saúde, Trabalho e Direito em Goiás representa essa agregação, por meio da realização de uma aspiração conjunta despertada no curso de Formação de Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), ofertado, em 2014, pela ENSP/Fiocruz. A Visat em Goiás há muito fazia ações pontuais e fragmentadas, as solicitações de inspeção sanitária chegavam via denúncia, sem ouvir as demandas, necessidades, dificuldades e os sofrimento dos trabalhadores. Após a segunda e definitiva etapa do curso de Formação de Multiplicadores de Visat, apresentou-se a consolidação do Fórum Intersindical em Cuiabá, com a participação dos sindicatos relacionados às construções civil e pesada do Estado do Mato Grosso. Perceberam-se a presença maciça dos trabalhadores e a ativa participação.

Nesse sentido, pensou-se uma aproximação estratégica com a ENSP/Fiocruz e com o Fórum Intersindical no Rio de Janeiro, que também serviu de inspiração para a criação do fórum em Goiás. No entanto, alguns requisitos ainda eram necessários para que ele fosse instaurado: formar a equipe em Visat, iniciar a articulação com os sindicatos, buscar a parceria da universidade e estreitar a aproximação com o controle social. No Conselho de Saúde, a Cist sempre acompanhou as ações de vigilância em saúde. Nesse histórico de parceria, desenvolveu-se plano de trabalho para que fossem implantadas Cist nos municípios, fortalecendo as ações em saúde do trabalhador. Cada uma dessas etapas foi cumprida com muito esforço e dedicação de toda a equipe e o suporte fundamental da Fiocruz. O fórum tem a capacidade de atuar como potência, em uma correlação de forças, que pode se tornar terreno fértil para a construção de propostas e deliberações, sem deixar de ser flexível, com a necessidade de cautela e firmeza para que permaneça um equilíbrio entre todos os atores. São propósitos do fórum: ser ambiente público de discussão, lugar de exercício da democracia, intersetorialidade, compartilhamento de saberes, validade das falas, construção de políticas públicas, legitimidade (dar voz) e validade das falas e das ideias. O fórum visa consolidar espaço de articulação, discussão e atuação entre o Estado, o controle social e a academia para promoção da saúde do trabalhador (MINAYO, VASCONCELLOS, 2009).

OBJETIVO

Criar espaço no qual os trabalhadores tenham voz, suas demandas sejam escutadas e, a partir do relato deles, sejam propostas ações efetivas em Visat.

METODOLOGIA

Em um primeiro momento, foi preciso realizar articulação interna para sensibilizar, esclarecer e convencer a equipe da necessidade de ampliar as ações por meio de uma ferramenta para ouvir os trabalhadores, que é o fórum. Em novembro de 2016, como metodologia de capacitação da equipe por meio do curso de multiplicadores, ocorreu seminário para os sindicalistas e o controle social. Nesse encontro, pôde ser percebido que, apesar da presença de muitos sindicatos, não havia elo com os representantes dos trabalhadores que pudesse possibilitar a criação do fórum. Assim, adiou-se a implantação do fórum e seguiu-se uma fase de alicerce e construção conjunta. Desde janeiro 2017, houve mergulho nessa proposta, em que se buscou vivenciar o discurso do fórum, aproximação com a Universidade Federal de Goiás (UFG) e com o Cerest/DF.

Na construção do fórum, foram feitas várias reuniões de articulação, uma reunião em Brasília com o Sindicato dos Bancários, o Cerest e a Universidade de Brasília (UnB). A tônica do fórum se deu em direção a uma forma progressiva de aproximação com o trabalhador. Na fase de preparação para a instauração do fórum em abril 2017, foi necessária reformulação, ou seja, maior mobilização de todos os envolvidos, já que o fórum não foi constituído em um primeiro momento.

Para estruturar o fórum, elegeu-se comissão operacional paritária, com estabilidade de um ano. A comissão se reuniu nos meses de abril a julho para alinhamento, estudo, planejamento e organização das reuniões do fórum, uma vez que a história dos trabalhadores tem como pano de fundo um contexto histórico de lutas e de perdas de garantias e direitos, que se repetem na atualidade, com a precarização do trabalho e do ser humano. Delimitaram-se as linhas de funcionamento do fórum, ou seja, não há regimento, apenas reflexões sobre os compromissos assumidos por cada instituição e pelo controle social: quem é quem? Qual será o papel de cada um dos atores? Definiram-se lugares da reunião rotativos, para que cada sindicato e cada instituição pudessem receber o fórum. Estiveram presentes os sindicatos, o Conselho de Saúde, os Cerest regionais e o Cerest estadual e a Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A primeira reunião do fórum realizou-se em maio 2017, com incipiente participação dos sindicatos, apesar de todo o envolvimento da equipe de trabalho. Na segunda reunião em junho 2017, propôs-se, como estratégia, curso intersindical, para instrumentalizar e aproximar os sindicalistas e as instituições, não apenas pelo desenvolvimento ou conhecimento, mas para construir vínculos e fortalecer as parcerias entre o sindicato, a universidade, o controle social e o poder público, com

finalidade de tornar dignas as condições de trabalho dos que laboram de sol a sol, tanto no campo como na cidade, dos que estão no chão da fábrica. Ainda que o objetivo do fórum seja problematizar as questões sindicais, evidencia-se dificuldade de adesão dos sindicatos, que não comparecem com frequência às reuniões do fórum. Para efetivar a instauração do fórum e diante das dificuldades, foi necessário rever as estratégias de aproximação do controle social. Realizou-se oficina de técnicas de capacitação pedagógica para rever a metodologia utilizada e traçar plano de ação conjunto com a equipe da Visat. Estabeleceu-se uma rotina: reunião preparatória para cada reunião, relatoria em várias mãos, reunião de avaliação do encontro anterior com profunda reflexão de cada ator envolvido, revisão e distribuição de papéis entre o grupo do fórum.

RESULTADOS

O fórum foi implantado com a participação de 11 representantes sindicais e diversas instituições, no dia 7 de abril de 2017, com desempenho ativo da academia e dos Cerest. Iniciou-se, em agosto desse ano, o curso intersindical com participação da equipe do fórum do Rio de Janeiro, em quatro módulos, com periodicidade mensal. Há, ainda, previsão de grupos de trabalho previstos para o ano de 2018.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 24 set. 2017.
- HOEFEL, M. da G. L.; SEVERO, D. O. Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 119-138, 2011.
- MINAYO, G. C.; VASCONCELLOS, F. C. L. (Org.). **Controle social na saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

Participação social na estruturação social do ambiente de trabalho do terminal rodoviário da Asa Norte - Brasília/DF

Célia Regina da Costa Silva Pires¹ e Luzia Castro Hermes Meira Lima¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Brasília/DF

INTRODUÇÃO

A equipe de Vigilância da Saúde dos Trabalhadores do Trânsito (Vigitrans) do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/DF) vem desenvolvendo suas atividades de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) voltadas para trabalhadores e trabalhadoras que desempenham suas práticas profissionais no trânsito, bem como participando de alguns comitês e grupos de trabalho com foco nesse trabalhador (BRASIL, 1998).

O Comitê Interinstitucional de Promoção da Segurança e Saúde do Trabalhador em Transporte Rodoviário (Cistrans), instituído pela Portaria SRTE/DF n. 30, de 28 de fevereiro de 2015, realiza reuniões ordinárias mensais e extraordinárias pautadas por princípios gerais de regulamentação em segurança e saúde no trabalho de transporte rodoviário de passageiros, nas quais a equipe do Vigitrans tem participado com outros parceiros, tais como: representantes das empresas de transporte rodoviário urbano do Distrito Federal, Transit (associação formada por quatro empresas de transporte rodoviário no Distrito Federal), Ministério Público do Trabalho/DF, Superintendência Regional do Trabalho e Emprego/DF, Sindicato dos Rodoviários de Transporte Urbano/DF (Sittrater), Secretaria de Mobilidade/DF (Semob/DF), Transporte Urbano do Distrito Federal (DFTrans), Subsecretaria de Fiscalização, Auditoria e Controle (Sufisa/DF) e Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região (PRT10) (BRASIL, 2015a).

A atual equipe do Vigitrans passou a integrar o Cistrans em 6 de junho de 2016 e teve conhecimento de que o Sittrater já vinha pautando nas reuniões a situação precária em que os rodoviários atuavam na área disponibilizada para o terminal

da Asa Norte-Brasília. No dia 4 de julho de 2016, essa equipe solicitou ao grupo o relatório da visita realizada anteriormente no terminal da Asa Norte, para tomar conhecimento acerca da situação relatada. Em razão da insistência, deliberou-se, nessa reunião, nova visita ao referido terminal no dia 13 de julho de 2016, com a participação de todos os membros do comitê e órgãos responsáveis pelo transporte rodoviário no Distrito Federal.

As condições de trabalho de motoristas, trocadores e despachantes de transporte coletivo urbano podem ser consideradas importante fator para a qualidade de vida e saúde desses trabalhadores. A labuta desses profissionais consiste em fazer contínuos deslocamentos (“transportamentos”), levando e trazendo pessoas aos destinos predeterminados. Possui um “macrolocal de trabalho”, que é o trânsito, e um “micro”, que são os ônibus e os terminais rodoviários, que possuem papel importantíssimo de apoio.

O trabalho dos motoristas, trocadores e despachantes de transporte coletivo urbano está diretamente relacionado ao ambiente no qual é realizado. Diferentemente das pessoas que desempenham suas atividades profissionais em ambientes fechados, como salas ou lojas, esses profissionais desempenham suas atividades num ambiente público, qual seja, o trânsito, o que caracteriza ambiente inadequado para realização de suas necessidades básicas. Dessa forma, esses profissionais utilizam o terminal rodoviário, a fim de satisfazê-las (BRASIL, 2015b).

OBJETIVO

Motivar, com representantes dos rodoviários, as empresas de transporte rodoviário urbano e o poder público a construírem instalações adequadas e seguras para os trabalhadores que laboram no terminal rodoviário da Asa Norte.

METODOLOGIA

Em razão dos fatos descritos anteriormente, o Cistrans realizou visitas técnicas ao terminal rodoviário provisório da Asa Norte para analisar as condições estruturais do ambiente de trabalho dos motoristas, trocadores e despachantes das empresas que atuam no local.

Conforme deliberação em reunião do Cistrans, a primeira visita foi realizada em 13 de julho de 2016, quando se verificou que existem três empresas de ônibus que fazem “ponto de apoio” no terminal rodoviário da Asa Norte: Viação Piracicabana, Urbi e São José.

O local em que funciona o terminal constitui-se em ampla área, descampada e a céu aberto, com buracos, sem pavimentação, brita ou qualquer revestimento sobre o solo, com muita poeira e incidência direta de raios solares.

A estrutura de apoio aos trabalhadores não era adequada, visto que funcionava em três microcontêineres. Os sanitários químicos encontravam-se em péssimo estado de conservação e higiene, não havia micro-ondas/fogão, geladeira ou qualquer outro utensílio de cozinha, o que impossibilita que os trabalhadores almocem naquele local de maneira digna.

Pelas características encontradas, foi possível inferir que o conjunto de fatores poderia acarretar alto nível de desgaste tanto físico como mental e aumentar o absenteísmo, número de acidentes, custo do serviço em razão de licenças médicas e aposentadorias precoces, além de conflitos entre pares.

Visando à preservação da saúde e à integridade física e mental dos trabalhadores, reconhecendo e avaliando a necessidade de controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, firmou-se acordo com os representantes das empresas de transporte rodoviário urbano que atuam no terminal, DFTrans e com apoio de todos os parceiros integrantes do Cistrans, para que as partes apresentassem uma planta baixa, contemplando infraestrutura mínima, e em observação à norma regulamentadora vigente, para fins de edificação.

A planta baixa foi apresentada e aprovada em reunião do Cistrans com data para início da obra.

Em 12 de janeiro de 2017, a equipe do Vigitrans realizou visita para verificar o andamento da obra. Observou-se que já existia área construída, com seis salas, três sanitários individuais e um coletivo.

No momento da visita, a área construída ainda se encontrava sem reboco, piso grosso, sem janelas e não foi observada qualquer instalação elétrica e hidráulica nas salas e sanitários. Na única sala aberta no momento da visita, identificaram-se quatro furos no telhado de amianto. A área continua com terra vermelha, sem nenhuma pavimentação, propiciando o levantamento de poeira.

Os trabalhadores continuam desempenhando suas atividades nas mesmas condições que as observadas na visita técnica realizada seis meses antes.

Em 13 de março de 2017, os participantes do Cistrans realizaram visita ao local para acompanhamento da obra, sendo observado que as salas estavam pintadas, instalação elétrica e hidráulica funcionavam, havia piso de cimento queimado e forro

de PVC e estava em conclusão a construção da caixa de esgoto. A pavimentação de responsabilidade do DFTrans ainda estava em processo de aplicação; obra em fase de conclusão, com algumas pendências.

O terminal rodoviário provisório da Asa Norte começou a funcionar em março de 2017, sem ocorrer entrega oficial e sem a presença do Cistrans, conforme planejado, com salas destinadas às empresas Viação São José, Piracicabana, Marechal e Viação HP-ITA (Urbi).

RESULTADOS ALCANÇADOS/ESPERADOS

Apesar de todas as dificuldades de cumprimento do acordo firmado entre empresas e o DFTrans, a edificação foi concluída pelas empresas, retirando os trabalhadores da situação precária em que desempenhavam suas atividades.

Atualmente, cada empresa tem sua sala devidamente identificada, algumas realizaram benfeitorias internas, como substituição de piso e instalação de comodidades para que seus colaboradores realizem refeições de forma adequada.

No que se refere à limpeza das áreas comuns e sanitários, apesar de o DFTrans ter contratado empresa terceirizada para realização rotineira, o local não se encontra adequado, em razão da poeira.

Embora tenham alcançado melhorias, não foram concluídas todas as etapas previstas no projeto de estruturação do terminal rodoviário provisório da Asa Norte.

Como não esteve presente na entrega da obra, a equipe do Vigitrans retornou ao local, em 14 de junho de 2017, com o objetivo de verificar as não conformidades existentes na estrutura. Na oportunidade, verificou-se que externamente o local continua com buracos, com pavimentação somente ao redor da edificação, o que contribui para o levantamento excessivo de poeira, prejudicando a manutenção da limpeza e expondo os trabalhadores a riscos químicos.

No que se refere à água para consumo humano, ela é ofertada em galões de água mineral disposta em filtros portáteis, visto que a água de abastecimento público se encontra aparentemente fora dos padrões de qualidade.

Observou-se, ainda nas proximidades, a venda de produtos alimentícios por ambulantes, em razão da inexistência de prestador do serviço de alimentação no interior do terminal. Isso expõe os profissionais a riscos sanitários decorrentes da ingestão de alimentos acondicionados de forma inadequada.

CONCLUSÃO

Apesar de todo esforço empregado pelos membros do Cistrans para que o projeto do terminal rodoviário da Asa Norte fosse concluído na sua íntegra, a parte de responsabilidade do DFTrans (governo) ficou muito a desejar.

O terminal teve sua edificação concluída no que competia às empresas, porém necessita de melhorias na área externa e interna da edificação para que os trabalhadores do trânsito possam desenvolver suas atividades sem riscos.

A equipe do Vigitrans continua, em parceria com o Sindicato dos Rodoviários, a empreender esforços na busca de melhorias contínua para proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

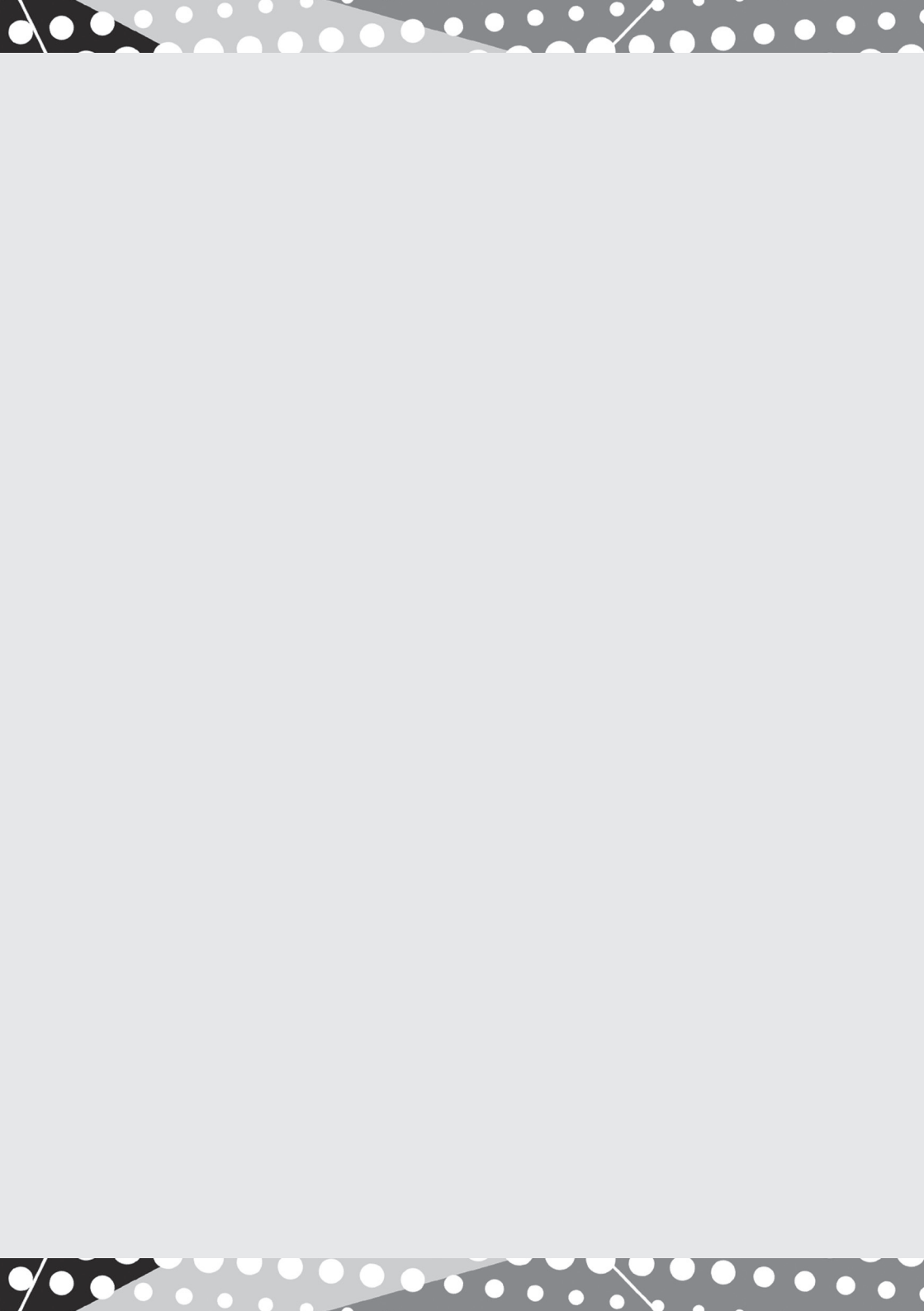
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998.**

Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Superintendência Regional do Trabalho e Emprego no Distrito Federal. Portaria n. 30, de 28 de fevereiro de 2015. Institui o Comitê Interinstitucional de Promoção da Segurança e Saúde do Trabalhador em Transporte Rodoviário de Passageiros. **Lex:** coletânea de legislação e jurisprudência: legislação federal e marginalia, São Paulo, fev. 2015a. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26523842_PORTARIA_N_30_DE_28_DE_FEVEREIRO_DE_2015.aspx>. Acesso em: 24 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 510, de 17 de abril de 2015. Estabelece as condições de segurança, sanitárias e de conforto nos locais de espera, de repouso e de descanso dos motoristas profissionais de transporte rodoviário de passageiros e de cargas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 74, 20 abr. 2015b. Seção 1, p. 107. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=107&data=20/04/2015>>. Acesso em: 24 nov. 2017.



Em busca da concepção de saúde do trabalhador em uma empresa pública federal: um relato de experiência

Aline Possa Silva Anjos¹

¹ Casa da Moeda do Brasil – Rio de Janeiro / RJ

INTRODUÇÃO

Este trabalho versa sobre experiência de estudo realizada no ano de 2016, tendo sido realizada pesquisa empírica e teórica sobre a temática em saúde do trabalhador. Objetivamos, com o estudo, conhecer como os profissionais de saúde e representantes dos trabalhadores concebem a temática, bem como sua atuação cotidiana em uma empresa pública federal.

O interesse por pesquisar o tema saúde do trabalhador deu-se em função da minha inserção profissional há 11 anos como assistente social na Casa da Moeda do Brasil (CMB). A partir dessa inserção, a inquietação central diz respeito às novas exigências em saúde de uma empresa pública tricentenária, que é a CMB,¹ localizada na zona oeste do Rio de Janeiro e composta de três principais fábricas (cédulas, gráfica industrial e moedas e medalhas).

É importante ressaltar que a empresa, no ano de 2017, vem sofrendo ameaças do governo do presidente Michel Temer, uma vez que, em fins de 2016, aprovou-se medida provisória que permite ao Banco Central, nosso maior cliente, “comprar” papel-moeda em país estrangeiro, caso a CMB não consiga atender a demanda de emissão de papel-moeda. Isso coloca em risco eminente nossa soberania no que diz

¹ Empresa pública vinculada ao Ministério da Fazenda, cujo ramo de atividade é o desenvolvimento de projetos, fabricação, fornecimento e emissão de produtos gráficos e metalúrgicos. Prevê, sobretudo, o monopólio de cédulas e moedas brasileiras. Nos últimos anos, competia no mercado com altos índices de lucratividade, apresentando outros produtos, como a fabricação de selos de bebidas e cigarros controlada pela Receita Federal.

respeito à fabricação de moedas e cédulas nacionais. Já se questionou e boicotou-se, a partir das últimas gestões, a capacidade de produzir o montante necessário, bem como a necessidade de modernizar o parque industrial, a fim de atender aos ganhos de produtividade esperados. Também se cogita processo de privatização perverso de uma empresa tricentenária que gera lucratividade aos cofres públicos e nunca deixa de atender às demandas do Banco Central e de outros órgãos do governo.

Ao longo de sua história, a empresa passou por reestruturações que acompanham os vários cenários econômico-políticos brasileiros.² Suas atuais exigências são a busca por novos mercados nacionais e/ou internacionais, que geram competitividade e lucratividade. Desse modo, estão sendo criadas novas exigências de trabalhos que impactarão, sobretudo, a saúde dos trabalhadores, o que se reflete nos índices de adoecimento evidenciados pelos setores de saúde da empresa.

Para tanto, adotamos, como objeto em questão, os desafios postos à materialização da concepção de saúde do trabalhador pelos diferentes atores sociais na empresa, sobretudo, alguns profissionais de saúde e representantes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) e do Sindicato dos Moedeiros. Este estudo propõe como hipótese: os sujeitos que representam órgãos coletivos, de controle e prevenção, bem como demais profissionais que prestam assistência em saúde na empresa, não concebem suas práticas na perspectiva de saúde do trabalhador. Por isso, há dificuldade de se pensar essa atuação na perspectiva mais ampliada na CMB.

OBJETIVOS

Adotamos como objetivo geral compreender o campo da saúde do trabalhador e os desafios postos à sua efetivação na CMB e como objetivos específicos: contextualizar o atual mundo do trabalho e seus impactos à saúde dos trabalhadores; abordar o campo, confrontando à realidade estudada; e problematizar a concepção e as estratégias de intervenção em saúde pelos diferentes sujeitos (profissionais e trabalhadores) na empresa.

METODOLOGIA APLICADA

² Também se podem citar as mudanças em seus processos com enxugamento de gastos, a criação de metas por unidades de negócios, com redução de setores e gerências, planos de demissões voluntárias (PDVs), controle acirrado de absenteísmos, entre outras medidas adotadas, justificando recuperação econômico-financeira das receitas da CMB, medidas semelhantes às tomadas pelo governo Temer de contenção, desalento e contrárias aos direitos dos trabalhadores.

Utilizamos-nos da pesquisa social de caráter quantitativo e qualitativo, por meio da realização de entrevistas³ semiestruturadas aos atores supracitados, vislumbrando conhecer sua compreensão sobre o campo, bem como as estratégias de intervenção vigentes em atenção à saúde dos trabalhadores moedeiros.

Nossa amostra compreendeu 15 pessoas entrevistadas, das quais 8 eram profissionais de saúde de empresa terceirizada do nosso ambulatório médico, em um universo de 84 profissionais dessa empresa. Esse quantitativo de profissionais fora selecionado por estarem, sob a minha ótica, implicados nos índices mais expressivos do quadro de saúde-doença da CMB. De igual modo, selecionamos 7 trabalhadores do quadro próprio da empresa, em um universo aproximado de 3 mil empregados próprios, entre profissionais de saúde que prestam assistência direta aos trabalhadores, técnico de segurança do trabalho que atua com os riscos à saúde no trabalho, membro da comissão de saúde do Sindicato dos Moedeiros e o presidente da Cipa, estes dois últimos por entendermos que podem vir a exercer o controle social no ambiente de trabalho.

Mendes e Wünsch (2011), em suas análises, informam que a atuação em saúde do trabalhador pelos profissionais e até pelas lideranças representativas dos trabalhadores nem sempre passa pela ótica e perspectiva ampliada de saúde do trabalhador, reconhecendo os processos que envolvem a relação contraditória entre capital e trabalho, por exemplo, à medida que estão permeadas de uma lógica alienada de reprodução, muitas vezes até culpabilizando os próprios trabalhadores pelos atos inseguros e seu processo de adoecimento.

ALGUNS DOS PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

É importante ressaltar que o conceito de saúde do trabalhador abrange aspectos políticos, sobretudo, em razão do momento histórico de fins dos anos 1980, com protagonismo de movimentos sociais e sindicais que iam para além dos processos de saúde-doença ou securitários, a fim de se construir conceituação ampla e de atuação mais abrangente. Os autores Mendes e Dias (1991), em seus escritos, discorrem amplamente sobre os conceitos que originam a saúde do trabalhador, definindo-o sob uma perspectiva ampla de saúde e participativa, sendo o trabalhador o protagonista de todo o processo. Vasconcellos e Oliveira (2011) de igual modo conceituam e discorrem sobre o conceito, tratando de toda a trajetória histórica e política advinda dos

³ Aplicamos questionário de pesquisa autorizado pela empresa, bem como solicitamos a cada um dos participantes autorização para entrevistá-los, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

movimentos sociais e sindicais, levantando aspectos importantes para a construção do arcabouço teórico-prático que, hoje, orienta os profissionais e as lideranças em saúde do trabalhador.

Quadro 1 – O que se entende sobre o conceito de saúde do trabalhador?

Categorias profissionais	Respostas
Assistente social	Cuidado que a empresa deve ter com a saúde do trabalhador a partir dos exames periódicos, oferta de vacinas, médicos e outros. Levar em conta os aspectos ambientais, ergonômicos e relacionais que impactam a forma e a intensidade do processo de trabalho. Como esses aspectos interferem na vida e no desenvolvimento do trabalhador.
Médico do trabalho	Aspectos físicos, cognitivos, sociais e ambientais que, se mantidos em equilíbrio, proporcionarão bem-estar ao trabalhador. Saúde de uma forma geral, contemplando sua felicidade e satisfação no trabalho.
Psiquiatra	Manutenção do equilíbrio biopsicossocial, considerando as condições sociais, físicas e emocionais para sua manutenção.
Ortopedista	Manutenção do seu estado pleno por toda jornada ocupacional, evitando as doenças inerentes a sua função.
Fisioterapeuta	Aspectos emocionais, pessoais e familiares que impactarão em prejuízos ou não na saúde global do trabalhador.
Enfermeiro do trabalho	Prevenção de doenças, com trabalho dos indicadores de saúde para manutenção da integridade física e mental dos trabalhadores.
Técnico de enfermagem	Prevenção, cuidado, assistência e educação em saúde.
Nutricionista	Trabalhador deve ser visto de forma holística, no todo (física, mental e emocional).
Fonoaudiólogo	Prevenção de doenças e manutenção da integridade física e mental dos trabalhadores.
Psicólogo	Harmonia para condução da vida pessoal e no trabalho, necessária a partir da preservação da saúde física e mental.
Técnico de segurança do trabalho	Responsabilidade que a empresa deve ter com a integridade física do trabalhador, a partir da garantia de boas condições de saúde.
Representante sindical	Equilíbrio entre as relações familiares, âmbito privado.
Membro da Cipa	Conceito envolve os acidentes que acontecem no âmbito do trabalho e afetam o desenvolvimento do trabalhador.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Essas foram algumas respostas colhidas em questionário e que refletem aproximação com o conceito, mas ainda estão distantes de uma prática articulada, multidisciplinar, intersetorial. Tais considerações são relevantes ao alcance de ações que venham responder ao cenário de saúde-doença dos trabalhadores desta empresa tricentenária que veio a modernizar seus processos recentemente e que tem vivido constante incerteza sobre seu futuro.

Antunes (2002), em seus escritos sobre o mundo do trabalho, retrata bem a insegurança e incerteza por que passam os trabalhadores na cena contemporânea, com elevação dos índices de desemprego, desalento e precarização do trabalho, sendo a chamada *classe que vive do trabalho* caracterizada, com as atuais crises cíclicas do capital, como a *classe dos que vivem sem o trabalho*.

Em novos escritos do autor supracitado e da psiquiatra Praun, fala-se até mesmo da elevação do quadro de adoecimento mental e até de suicídios devidos não somente às atuais exigências do mundo do trabalho, mas em razão dos índices de desalento e precarização por que passam os trabalhadores na atualidade.

CONCLUSÕES

Outra questão bastante relevante a ser considerada na conclusão de nosso estudo é a análise que podemos realizar a partir do atual cenário de contrarreformas, sobretudo no atual governo “ilegítimo” de Michel Temer, com mudanças não somente na gestão política em corpo de executivos na empresa, mas, principalmente, na gestão da força de trabalho, com intensificação do ritmo e com perdas numeráveis de mercado, gerando insegurança aos trabalhadores na atualidade.

Portanto, muitos são os desafios a serem enfrentados, seja a partir da luta coletiva, seja a partir do fortalecimento dos laços de solidariedade⁴ entre os trabalhadores, seja por meio das mudanças reais das condições objetivas e subjetivas da vida dos sujeitos.

⁴ Com a ofensiva do capital sobre o trabalho, promovem-se a individualização e o isolamento, que buscam dismantlar cotidianamente o sentimento do pertencimento de classe dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. L. C. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ANTUNES, R. L. C.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: ago. 2015.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Orgs.) In: **Saúde, Trabalho e Direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 357-421.

Resistir como (re)existência: trabalho, saúde e resistências a partir de reflexões em conjunto com a Associação dos Trabalhadores Terceirizados da UFRJ (ATTUFRJ)

Sergio Dias Guimarães Junior¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ

O desejo de compartilhar a experiência em questão parte de pesquisa que vem sendo realizada há três anos com trabalhadores e trabalhadoras com vínculo de trabalho terceirizado em diferentes unidades da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os pesquisadores envolvidos no estudo fazem parte do Núcleo Trabalho Vivo, sediado no Instituto de Psicologia da referida instituição e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da mesma universidade.

É preciso elucidar, neste primeiro momento, as razões que justificam a escolha dessa experiência como relato a ser compartilhado em um território de discussões e debates no campo da saúde do trabalhador e, mais especificamente, com o recorte particular de aspectos referentes ao controle social.

De acordo com Antunes e Druck (2015), a terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil. Na consideração dessa afirmativa, e dentre as diversas sinalizações obtidas durante a pesquisa de campo realizada, um ponto destaca-se por sua relevância e ousadia em meio à multifatorialidade instrumental dos contextos contemporâneos de trabalho: a criação e manutenção, por parte dos próprios subcontratados, da Associação dos Trabalhadores Terceirizados da UFRJ (ATTUFRJ). A partir dessa consideração, podemos observar os motivos pelos quais tal experiência merece ser observada à luz das contribuições teórico-práticas da saúde do trabalhador e pode, paralelamente, representar importante dispositivo para a emergência de reflexões articuladas ao controle social, principalmente pelo fato de orbitarem em torno de fatores que se direcionam para horizontes voltados

para a promoção de saúde (por parte dos próprios trabalhadores e trabalhadoras) e emancipação dos sujeitos comumente nomeados de “terceirizados”.

No que se refere ao processo de pesquisa em questão, o primeiro contato com os/as participantes se deu por meio da realização de trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia na UFRJ, cujas intervenções metodológicas foram efetivadas a partir da aplicação de 139 questionários e 4 entrevistas individuais de caráter semiestruturado com amostra total de 143 sujeitos subcontratados da própria universidade – dos setores de limpeza, almoxarifado e portaria. Com o passar dos anos – e tal parceria ocorre desde 2013 – esse elo foi mantido e atualmente as reflexões incitadas pelo encontro materializaram-se numa pesquisa de mestrado que está sendo realizada somente com membros da ATTUFRJ. Por conta do seu estágio inicial, as escolhas metodológicas e de análise de resultados do estudo ainda estão em fase de escolha e planejamento.

De saída, precisamos deixar claro de quais pontos de partida são originadas nossas reflexões. Nesse sentido, destaca-se que a noção de trabalho aqui considerada refere-se à mobilização de gestos, do saber-fazer, do engajamento do corpo, da inteligência, da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações (DEJOURS, 2004). As contribuições dejourianas nos oferecem subsídios para pensar o tensionamento entre as prescrições e os fatores intempestivos do trabalho, cuja dinâmica localiza o trabalhar entre o que deve ser realizado e o que se revela inesperadamente como experiência do real, que, consequentemente, representa convite à subjetividade nos contextos laborais.

Em consonância com a noção de trabalho, é preciso ressaltar que o conceito de saúde que pavimenta o nosso percurso reflexivo provém da criticidade da obra de Canguilhem (2009), cujos efeitos encontram eco nas contribuições de Safatle (2011). Aqui, a saúde é pensada como permanente movimento instaurador de normas, como normatividade vital. Processo capaz de questionar normas usuais, já conhecidas, tomadas a priori, determinadas. Normatividade essa que necessariamente propõe reconfigurações a partir da invenção de novas normas para a existência, instaurando, assim, outras ordens de vida (e trabalho). Norma entendida como capacidade de mudar de norma.

Tal provocação direciona nosso olhar para o cenário enrijecido de cristalização e fixação de normas instituídas e modos de ser, sentir, pensar e agir dos contextos de trabalho na contemporaneidade. Se entendemos o sujeito como ente normativo, capaz de instituir novas normas e regras de trabalho, podemos considerar as formas de resistência nesses cenários como dispositivos instauradores de saúde, uma vez que seu

exercício reconfigura linearidades homogêneas, instituindo novas formas de vida no trabalho. Em contrapartida, podemos articular a ideia de adoecimento às prescrições deterministas desses contextos, materializadas nas impossibilidades de desvios em seus meandros por meio da imposição de campo restrito de possibilidades.

Diante desses aspectos, consideramos a criação da ATTUFRJ como um movimento que afirma a potência dos coletivos de trabalho e das ações de resistência ante as capturas instituídas e engessadas dos contextos laborais. Dejours (2012) afirma que os espaços de discussão e os coletivos de trabalho representam dispositivos pelos quais os sujeitos constroem, coletivamente, novas regras para o seu fazer. Em consonância, Schwartz (2011) atesta que é por meio desses coletivos que os sujeitos são capazes de construir um processo de renormatização das situações de trabalho, de criar novas regras e normas de saúde nesses contextos.

No curso de nossas reflexões, podemos considerar as formas de resistência como “linhas desobedientes que problematizam os princípios de ordenação e conservação da vida” (HECKERT, 2014, p. 469). Tal desobediência problematizadora é observada nos efeitos provocados pela criação da referida associação e também pelas transformações ocorridas na realidade dos sujeitos subcontratados a partir de sua continuidade.

É importante observar que a ATTUFRJ foi fundada no ano de 2015 em decorrência de série de problemas que os trabalhadores e trabalhadoras subcontratados enfrentavam desde os anos subjacentes a sua mobilização mais organizada. Tal qual uma flor que insiste em nascer em local infértil e não propício, a associação foi formada e é mantida pelos próprios subcontratados da universidade e possui como principal objetivo maior representatividade para questões inerentes a sua classe trabalhista.

Em meio à ambígua relação de forças presentes, como o apoio aos subcontratados por parte de determinados segmentos da universidade (servidores/as, professores/as e estudantes) e a forte resistência das empresas terceirizadas aos trabalhadores e trabalhadoras organizados no movimento, a associação obteve conquistas como o recebimento de salários atrasados, a diminuição da exploração e da carga horária de trabalho, campanhas de arrecadação de alimentos e maior aproximação nos diálogos com a reitoria da instituição.

Imersos no horizonte sombrio ao qual é direcionado o cenário trabalhista brasileiro – anunciado pela recente aprovação da reforma trabalhista e da Lei 13.429/2017 – e no imperativo das formas hegemônicas de trabalho encontradas na realidade dos sujeitos subcontratados, observamos que o surgimento de movimentos de resistência e enfrentamento representa certa materialização do potente incômodo desses sujeitos

para com os limites instituídos que se sobrepõem à potência do seu fazer. Movimento de resistência para uma espécie de (re)existência, para outras formas de existir e trabalhar. Como exemplo, cita-se a ATTUFRJ, germinada por meio da mobilização coletiva dos subcontratados a favor de sua legitimidade, representatividade, garantia de direitos e afirmação ético-política.

Destaca-se, portanto, que a pesquisa de mestrado em andamento – que envolve os membros da referida associação – tem como principal objetivo investigar as condições de (im)possibilidade de formas de resistência (macro ou micropolíticas) nos contextos contemporâneos de trabalho nos quais a lógica da terceirização se faz presente. Tal proposta, em seus futuros desdobramentos, revela-se como potente dispositivo para a elaboração de ações institucionais planejadas – por parte da universidade – em prol da classe de trabalhadores e trabalhadoras terceirizados, assim como aquece e fermenta o território de produções acadêmicas acerca dessa temática.

Movimentos de resistência, corporificados em ações de controle social, revelam-se como práticas instituintes que engendram possibilidades de emancipação no trabalho, representando desvios no campo cristalizado de exploração do trabalho pelas ofensivas do capital. Na consideração dos potentes efeitos provenientes da criação e manutenção da ATTUFRJ, observa-se que a velocidade do fluxo do processo de terceirização encontra grande obstáculo em seu curso e é circunscrita pelos movimentos de resistência de afirmação de formas de vida ética e politicamente referenciadas, no caminho para o encontro com veredas de saúde, imprevisibilidades e outros possíveis.

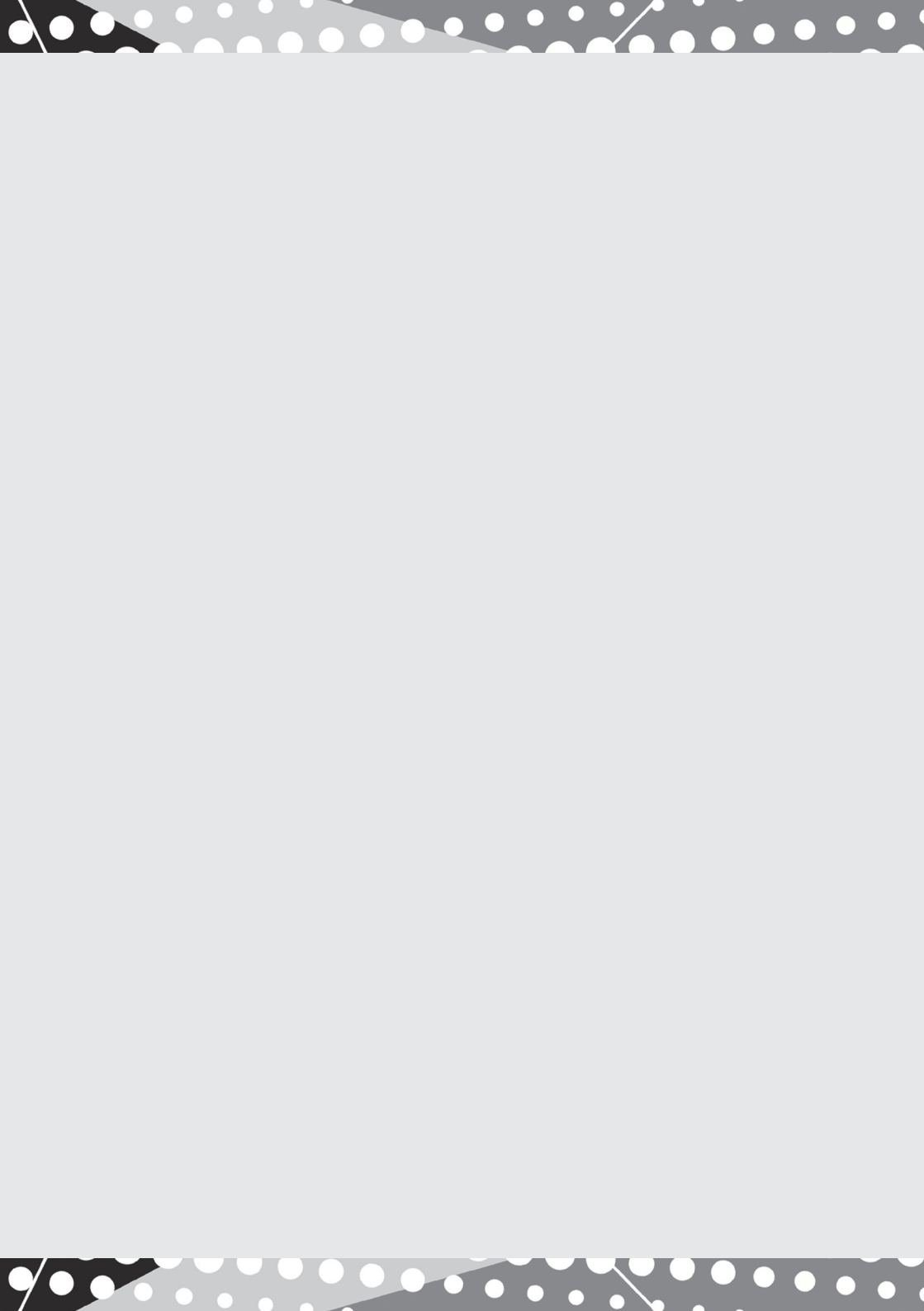
REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R.; DRUCK, M. G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 34, p. 19-40, ago./set. 2015.
- CANGUILHEM, G. Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico: vinte anos depois. In: _____. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 88-106.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.
- DEJOURS, C. Trabalho e emancipação. In: _____. **Trabalho vivo**. Brasília: Paralelo 15, 2012. v. II.

HECKERT, A. L. C. Os exercícios de resistência no contemporâneo: entre fabulações e contágios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, p. 469-479, 2014.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P; SOBOLL, L. A. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 132-66.



Controle social e saúde do trabalhador: a experiência do conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias/RJ

Cláudia Gouveia dos Santos¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Duque de Caxias/RJ

INTRODUÇÃO

A instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) configura-se por trazer, em seu escopo de atuação, a garantia de estruturas de controle social. Além dos mecanismos de controle social previstos na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990) – conselhos e conferências –, a Renast estabelece que tal controle deve ocorrer por meio do conselho gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist).

O objetivo deste texto é apresentar a experiência do conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias, que abrange os municípios de Duque de Caxias, Magé, São João de Meriti e Queimados, pertencentes à Baixada Fluminense, que integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

O conselho gestor é responsável pelo controle direto das ações do Cerest. É um órgão colegiado que possui caráter permanente, deliberativo e fiscalizador. Compõe-se de forma paritária de representantes da direção do Cerest, dos trabalhadores de saúde e dos trabalhadores da área de abrangência da unidade.

A proposta dos conselhos gestores insere-se no contexto de constituição de novo modelo de assistência à saúde, que vem em contraposição a um modelo marcado pela rigidez, pelo tecnicismo e o autoritarismo, característicos da hegemonia médico-curativa, guiado por interesses mercantis e centralizadores de poder. Na construção desse novo modelo, dá-se importância aos atores sociais envolvidos com as questões da saúde em âmbito regional, em que o conceito de território adquire importância, como território econômico, político, cultural e epidemiológico.

Nesse contexto, a redefinição das práticas de saúde do trabalhador e a organização do serviço devem se realizar em consonância com a especificidade e o conhecimento da realidade local – tanto no referente ao perfil produtivo e quadro epidemiológico como na configuração dos sujeitos políticos. O planejamento das ações sanitárias deve ocorrer no âmbito local, numa relação horizontalizada entre os diversos sujeitos sociais (direção da unidade, profissionais de saúde e trabalhadores), por meio da construção de espaço em que a diferença no plano do saber coloca as questões da saúde do trabalhador num patamar de discussão mais democratizado.

BREVE HISTÓRICO SOBRE O CONSELHO GESTOR DO CEREST/POLO DUQUE DE CAXIAS

A criação do conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias está relacionada à implementação da Renast, por meio da Portaria 1.679/02 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre o estabelecimento dos Cerest. Conforme essa portaria, o acompanhamento das ações do Cerest deve ocorrer pelo controle social. Nesse momento, a equipe técnica do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Duque de Caxias começava a pensar que controle social seria esse, tendo em vista que a legislação não discriminava o mecanismo sob o qual ele deveria se realizar.

Nesse período, o PST, em parceria com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – Agência Duque de Caxias, contava com o Fórum dos Trabalhadores Formais e Informais, que reunia todas as instituições que atuavam com a questão do trabalhador (sindicatos, associações, INSS, Subdelegacia Regional do Trabalho, entre outras). A equipe do PST levou a discussão para dentro do fórum, e juntos iniciaram levantamento das experiências de controle social em saúde do trabalhador no país. Por meio disso, observaram que as experiências existentes referiam-se a comissões ou à Cist, mas nada que fosse democraticamente escolhido, no sentido de uma composição paritária.

Quando soube que o Cerest teria âmbito de atuação regional – e que esse controle social também teria de dar conta da participação dos outros municípios que fariam parte do polo –, a equipe propôs a criação de um conselho gestor.

A partir do Fórum dos Trabalhadores Formais e Informais, propôs-se a realização do I Seminário sobre o Controle Social Regional na Saúde dos Trabalhadores dos Municípios de Duque de Caxias, Magé, São João de Meriti e Queimados, ocorrido em 13 de maio de 2005, em Duque de Caxias. No seminário, discutiu-se a composição do conselho gestor e decidiu-se a data da I Conferência Regional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu em 26 e 27 de setembro do mesmo ano, no município de Queimados, e na qual se instituiu oficialmente o conselho gestor.

Em 14 de julho de 2005, ocorreu a eleição do Conselho Gestor Regional de Saúde do Trabalhador, no Sindicato dos Petroquímicos de Duque de Caxias (Sindiquímica).

O CONSELHO GESTOR DO CEREST/POLO DUQUE DE CAXIAS

Conforme definido no regimento interno do conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias, cabe a ele discutir, identificar, acompanhar, avaliar, deliberar e fiscalizar a formulação e execução das ações do Cerest nos limites da sua competência (DUQUE DE CAXIAS, 2005).

É composto de forma paritária por 16 membros, englobando todos os municípios integrantes do polo. Desse total, 50% são representantes do segmento dos usuários (entidades e movimento dos trabalhadores, preferencialmente); 25% são representantes do segmento dos gestores/prestador de serviços (coordenação dos PSTs dos municípios e, no caso do município-polo, pela direção do Cerest); e 25% são representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos/associação dos trabalhadores de saúde), que, no município-polo, cabe aos trabalhadores do Cerest.

O mandato dos conselheiros é de dois anos, quando se realizam o Encontro Regional de Saúde do Trabalhador e a homologação dos representantes eleitos nos municípios, por meio da realização de Encontros Municipais de Saúde do Trabalhador.

A publicação dos representantes eleitos ocorre no boletim oficial do município-polo, por intermédio do Conselho Municipal de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência do conselho gestor do Cerest, torna-se fundamental afirmar que a constituição de conselhos deliberativos e paritários representa avanço na democratização da relação Estado e sociedade, pois contribuem para nova concepção de esfera pública caracterizada pelo reconhecimento do direito de todos à participação da vida pública com vistas à socialização da política e do poder.

No caso da saúde do trabalhador, conforme aponta Vasconcellos (2007), o controle social, diferentemente de outras áreas da saúde pública, vincula-se à própria concepção da área, sua origem, vida e trajetória. Isso significa dizer que a participação das representações dos trabalhadores é condição indispensável para sua existência. Qualquer distanciamento entre o pensar e o agir político inviabiliza o processo.

O conselho gestor enfrenta diversos desafios que limita seu potencial democratizante, diante dos ideários neoliberais de contrarreforma do Estado, de desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural e aumento do trabalho precarizado. Há, sim, inibição da esfera pública e ataque ao patrimônio público-universal da saúde. Além disso, existem dificuldades oriundas da falta de reconhecimento do campo de saúde do trabalhador como ação do SUS, o que tem impossibilitado a sua efetivação.

As principais dificuldades enfrentadas pelo conselho gestor do Cerest são:

- A inexpressiva participação dos movimentos dos trabalhadores nos espaços do controle social do SUS, que, em parte, está associada ao fato de, no movimento sindical, a questão de a saúde estar secundarizada na agenda de reivindicações. Por outro lado, observa-se que, em parte dos municípios, os programas de saúde do trabalhador não investem na mobilização e no diálogo com o movimento dos trabalhadores.
- A fragilidade das Cist nos municípios que abrangem o Polo Duque de Caxias.
- Falta de compromisso dos gestores municipais com as ações de saúde do trabalhador.

Apesar das dificuldades apresentadas, considera-se que o conselho gestor do Cerest/Polo Duque de Caxias vem vivenciando momentos importantes de aprendizado democrático, no sentido de construção de nova cultura política, com prevalência do compromisso da gestão da unidade com a transparência da coisa pública, com o cumprimento das deliberações do conselho, com a participação dos conselheiros na formulação e planejamento das ações de saúde do trabalhador na região.

Finalizando, destacam-se algumas estratégias que podem contribuir para o fortalecimento do conselho gestor do Cerest:

- Fortalecimento da articulação do conselho gestor com os Conselhos Municipais de Saúde, por meio do investimento nas Cist.
- Rearticulação do Fórum dos Trabalhadores Formais e Informais, reformulando-o para que passe a ter base regional, congregando todos os municípios do polo.
- Capacitação continuada dos conselheiros de saúde e membros das Cist, por meio de assessoria permanente, que congregue dimensões política e técnica, com vistas a instrumentalizá-los e politizá-los.

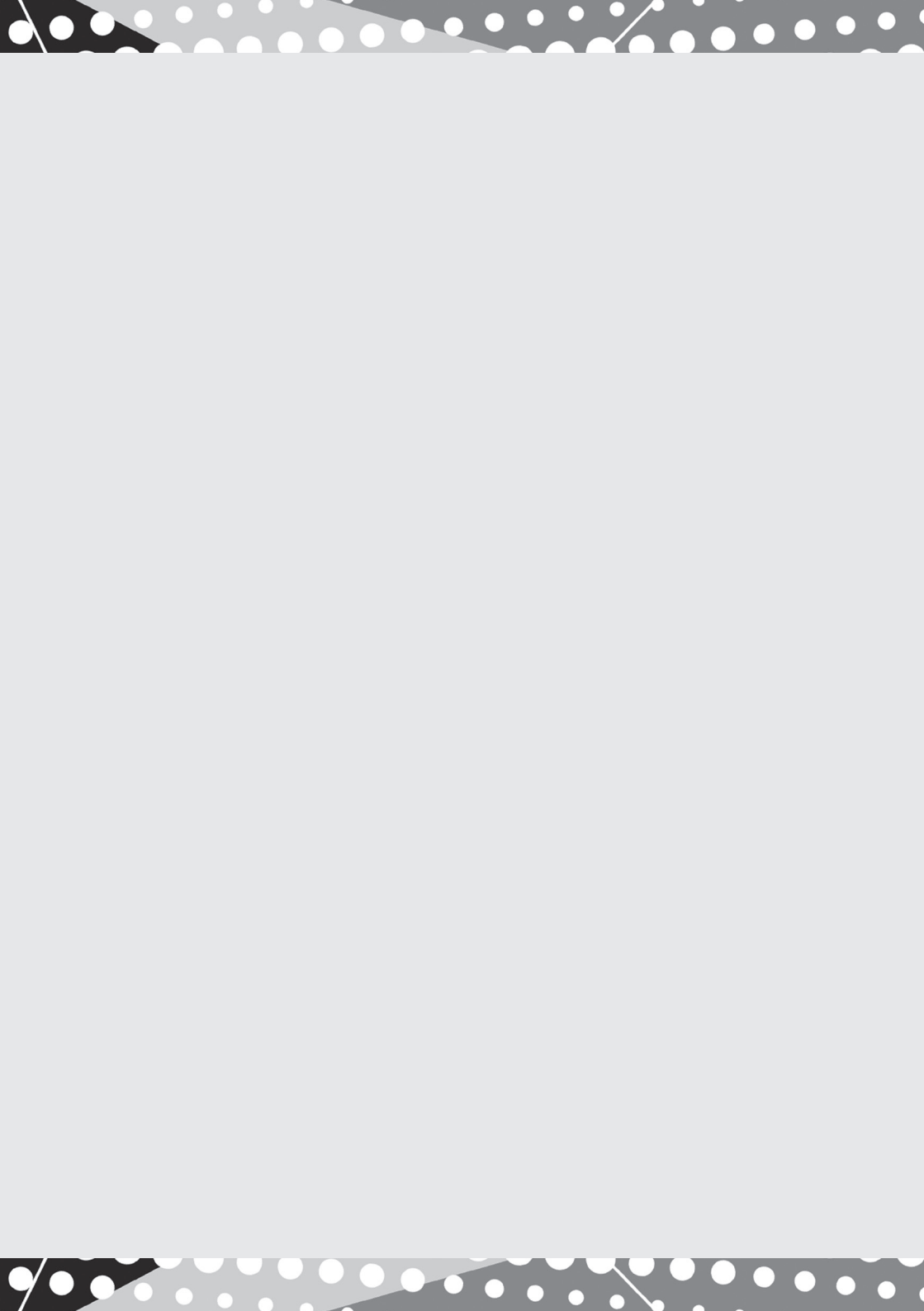
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1, p. 53.

DUQUE DE CAXIAS (RJ). Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Conselho Gestor. **Regimento interno do Conselho Gestor de Duque de Caxias**. Rio de Janeiro, 2005.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. 439 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

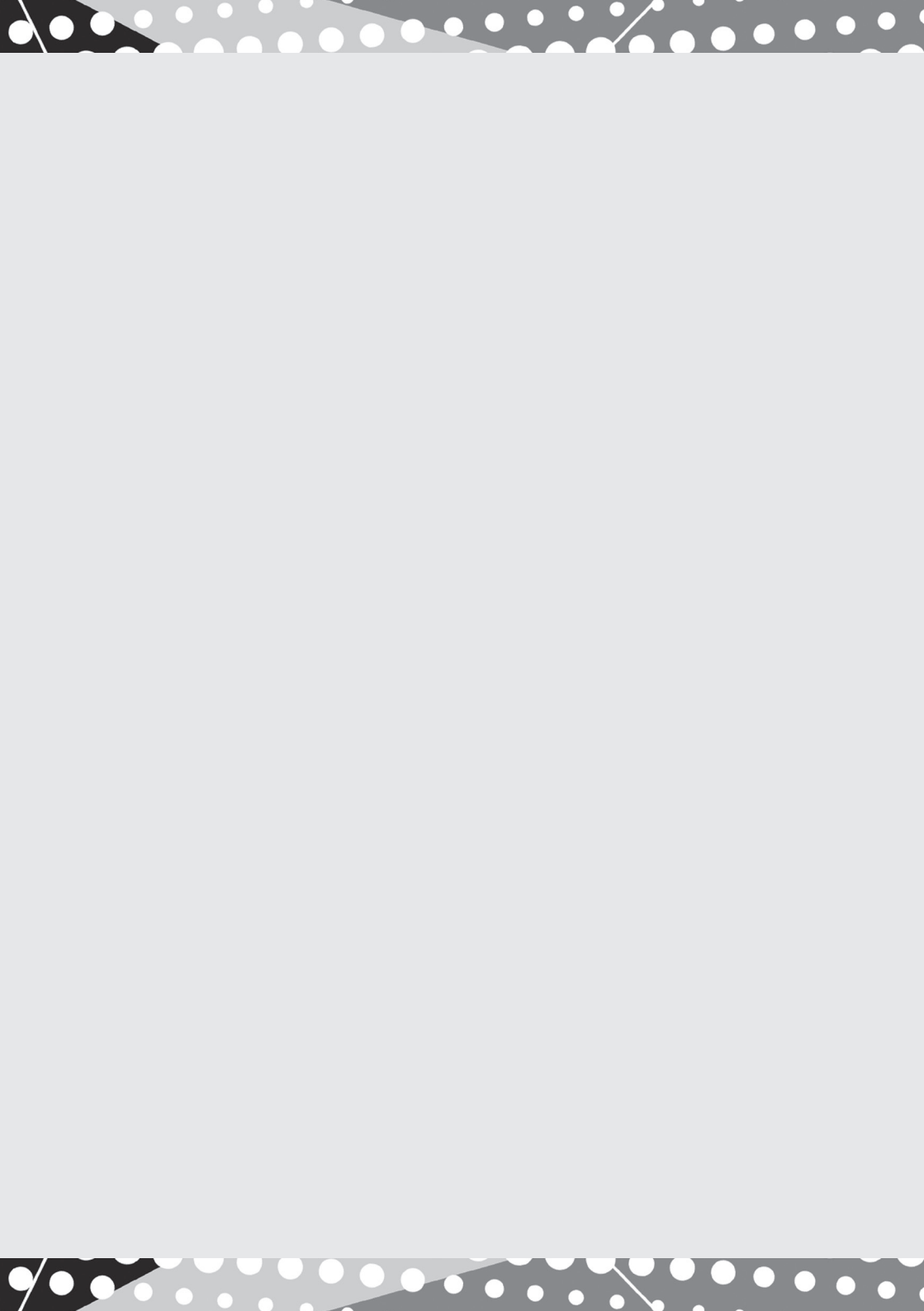




Eixo II

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR





Vigilância da perda auditiva induzida pelo ruído (Pair) nas equipes de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Giovanna de Sabóia Bastos¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Brasília/DF

INTRODUÇÃO

Na vida moderna, o ruído ocupacional é considerado a doença que mais atinge o sistema auditivo e que, sem dúvida alguma, é um dos mais graves problemas sociais que acomete o trabalhador brasileiro (GUIDA, 2007). A perda auditiva induzida por ruído (Pair) é considerada uma entre as dez principais etiologias de perdas auditivas populacionais, sendo que, de todas as causas de lesão auditiva, é a que apresenta maior possibilidade de prevenção (AZEVEDO; FIGUEIREDO, 2004).

A exposição ao ruído, além da perda auditiva, acarreta alterações importantes na qualidade de vida do trabalhador, uma vez que provocam nervosismo, irritabilidade, cefaleia, insônia, alterações circulatórias, alteração de visão, alterações gastrointestinais, entre outros apontados como efeitos não auditivos (BRASIL, 2006). Em conjunto, essas alterações comprometem as relações do indivíduo, no seio família, nas relações no trabalho e no convívio social.

Um grupo de profissionais está particularmente ameaçado pelos efeitos do ruído: os odontólogos, que, durante um dia de trabalho, passam várias horas expostos a ruídos de alta intensidade originados principalmente das turbinas e dos compressores de ar, com intensidade de até 100 dB, além de outros fatores como som ambiente e ruído externo (CAVALCANTI; ANDRADE, 2012).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal (Cerest/DF) tem como missão planejar, coordenar e articular ações de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua abrangência, em conformidade com a Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde

do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), visando à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores urbanos e rurais do Distrito Federal.

Em decorrência de demanda por parte de profissionais da área de odontologia, expostos a ruídos intensos, que atuam na Regional de Saúde de Planaltina e do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal, o Cerest/DF iniciou, em maio de 2014, o Projeto Pair, a fim de desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção a danos auditivos e extra-auditivos para aquela categoria de profissionais.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Definir o perfil epidemiológico do agravo na população de profissionais de odontologia na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Objetivos específicos

- Mapear, na SES/DF, os profissionais de saúde bucal expostos a ruídos em decorrência do exercício da profissão.
- Promover educação em saúde auditiva.
- Fortalecer o papel da vigilância por meio de investigações, notificações e intervenções em ambientes e processos de trabalho da equipe de saúde bucal da rede de atenção à saúde do DF.
- Realizar atividade de inspeção na área de vigilância em saúde do trabalhador para verificar a adequação à legislação.

METODOLOGIA

O projeto inicia-se com uma palestra sobre Pair ministrada por médico otorrinolaringologista, que aborda: conceito, causas, consequências, características, fatores influenciadores, principais sintomas, cuidados e recomendações. Após a palestra, realiza-se exame otoscópico dos participantes. Na sequência, procede-se o agendamento para avaliações audiológicas, com dia e hora marcados.

Os pacientes encaminhados são submetidos a entrevista, investigação clínica, anamnese, a exames audiométrico, audiológico e imitanciometria, realizados por fonoaudióloga da equipe.

Concluída a fase de investigação, os pacientes recebem orientações quanto aos problemas auditivos e extra-auditivos em decorrência da exposição ao ruído. Aqueles que apresentam sinais audiométricos de Pair são notificados, sendo alguns encaminhados para serviços de otorrinolaringologia, e outros recebem orientações sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), devendo repetir o exame em um ano.

Durante a execução do programa, o Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal demandou realização de inspeção em unidade de saúde pública de atividade mista, que, entre várias especialidades, apresentava consultórios odontológicos para atendimento. O setor contava com seis odontólogos, três técnicos em saúde bucal e quatro auxiliares de enfermagem.

Todas as informações foram adequadamente registradas no formulário FormSus, a fim de gerar dados que subsidiem novas intervenções em ambientes de trabalho.

RESULTADOS

De 2014 a 2017, avaliaram-se 226 indivíduos que exercem atividade relacionada à área de odontologia. Os profissionais que trabalham em consultórios odontológicos estão expostos a ruídos de alta intensidade, em sua maioria por mais de 8 horas diárias, há pelo menos 15 anos.

Durante a investigação, os profissionais relataram que, além da exposição a ruídos, estão expostos a produtos químicos e a vibrações, o que aumenta a predisposição para a perda auditiva, de acordo com a literatura.

Ainda no momento da investigação, houve queixas quanto aos sintomas auditivos e extra-auditivos importantes, tais como: insônia, dores de cabeça e ansiedade.

Os sintomas relatados são reconhecidamente desencadeados pela exposição a níveis de pressão sonora elevada e podem, muitas vezes, prejudicar o desempenho profissional, assim como refletir no convívio social dos trabalhadores.

De acordo com os dados coletados e analisados, 21% dos indivíduos avaliados apresentavam sinais audiométricos de Pair, 20% dos indivíduos apresentavam perda auditiva não relacionada à exposição ao ruído (graus leve a moderado) e 59% apresentavam a audição dentro da normalidade.

Durante a inspeção na unidade de atendimento odontológico demandado pelo sindicato, constatou-se, entre outras inconformidades, o alto nível de ruído em um dos consultórios que se propagava para os demais, em razão do mau funcionamento

da bomba de ar a vácuo. O preposto da unidade foi orientado sobre a importância da análise e gestão de riscos ambientais, sanitários e ocupacionais e recomendou-se que a gerência estabelecesse estratégias de melhoria para a unidade, em atenção ao cumprimento da legislação.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

De acordo com o programa, concluiu-se que parcela considerável da população avaliada apresenta perda auditiva em menor ou maior grau, seja relacionada ou não à atividade desenvolvida.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1996), a necessidade de implementação de programa de conservação auditiva ocorre a partir do momento em que há suspeita de presença de ruído nocivo, ou seja, os trabalhadores são incapazes de se comunicar na presença do ruído, relatam zumbido depois de várias horas e mantêm mudança temporária de limiar após o trabalho, afetando a compreensão da fala.

Desse modo, recomenda-se: o planejamento de ações de inspeção de ambientes e processos de trabalho, investigação e educação em saúde auditiva necessita ocorrer de forma continuada; os indivíduos com diagnóstico de Pair devem ser incluídos em programa de conservação auditiva (PCA); os casos de Pair devem ser incluídos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, A; FIGUEIREDO R. Atualização em zumbido. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 70. n. 1, p. 56-69. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Perda auditiva induzida pelo ruído (Pair). In: **Saúde do trabalhador: protocolos de complexidades diferenciada**. Brasília, DF, 2006. 38 p.
- CAVALCANTI, T. L. O; ANDRADE, W. T. L. Efeitos auditivos e extra-auditivos decorrentes do ruído na saúde do dentista. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 161-166. 2012.
- GUIDA, H. L. Efeitos psicossociais da perda auditiva induzida pelo ruído em ex-funcionários da indústria. **Acta ORL**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 78-83. 2007.

Costurando relações entre trabalho e saúde

Vera Regina Cavalcante Barros Rodrigues,¹ Roselane de Castro Souza¹ e
Tatiana Vieira Souza Chaves¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Teresina/PI

INTRODUÇÃO

A indústria do vestuário tem como marco o início da indústria têxtil no Brasil. Caracteriza-se por ser um ramo constituído de milhares de estabelecimentos que, na sua maioria, são micro, pequenas e médias empresas, atrasadas do ponto de vista tecnológico e que utilizam mão de obra barata e com baixa escolaridade.

O Município de Piripiri, localizado a 157 quilômetros de Teresina/PI, tem despontado nos últimos anos como importante polo de desenvolvimento da indústria de confecções no Piauí. Estudo realizado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) indica que essa atividade econômica fatura anualmente mais de R\$ 22 milhões e gera cerca de 600 empregos diretos nesse município.

A indústria de confecção é um ramo industrial baseado no uso intensivo de mão de obra, limitada à máquina de costura industrial e ao trabalho manual, cuja produção desenvolve-se com poucas inovações técnicas (ARAÚJO, AMORIM, 2000). As máquinas utilizadas por esse setor são de fácil manuseio, as indústrias de vestuário são formadas por empresas de médio e pequeno porte. Tais empresas fabricam produtos com baixo valor agregado, utilizando, em larga escala, a mão de obra barata. A cadeia desse ramo é muito extensa e pode proporcionar ganhos de escala nas etapas do processo produtivo. Como características principais apresentam: tecnologias de produção, matérias-primas inovadoras e estratégias de *design*, comércio e distribuição (IEL, 2003).

A saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública, cujo objeto de estudo e intervenção são as relações entre o trabalho e a saúde. Seus objetivos são a

promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em vigor desde 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012) objetiva definir princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância. Visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, e, entre as estratégias, destaca-se o estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, no acompanhamento das ações específicas de vigilância em saúde do trabalhador (Visat).

Na PNSTT, cabe aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores.

A participação dos trabalhadores na definição de prioridades, execução e acompanhamento das ações de Visat estrutura e qualifica ações e respostas para a melhoria das condições de trabalho.

Nesse sentido, o Cerest Estadual, com a participação do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Confecção de Roupas do Estado do Piauí e a Procuradoria do Ministério Público do Trabalho, realizou essa ação nas empresas de confecção.

OBJETIVOS

Garantir a melhoria das condições de trabalho das indústrias de confecção da região de Piri-piri e, por consequência, prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

METODOLOGIA

Essa ação na indústria têxtil fez parte do plano de ação do Cerest, discutido no Conselho Estadual e na Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador. A proposta foi debatida em reunião com o sindicato da categoria, ocasião em que foram sugeridas abordagens e adequações de como intervir nesse setor produtivo.

As inspeções foram realizadas no período de 17 a 20 de agosto de 2015, com a Vigilância Sanitária (Visa) do município de Piripiri, o Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Confecção de Roupas do Estado do Piauí e o Ministério Público do Trabalho.

A escolha das empresas ocorreu após consulta feita à Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), tendo, como critério de inclusão, as indústrias com o maior número de trabalhadores registrados.

Utilizou-se roteiro de inspeção contemplando a organização da empresa e dos trabalhadores, saúde e segurança, processo de produção e relação com o meio ambiente, além de entrevista com os trabalhadores no posto de trabalho.

RESULTADOS ENCONTRADOS

Das 14 indústrias selecionadas, 11 foram devidamente inspecionadas, considerando que 3, do total referenciado, não eram formalizadas e sua mão de obra era executada por familiares com produção pequena e insuficiente para outros mercados.

Com relação aos programas e serviços, constatou-se que 7 das 11 empresas inspecionadas possuíam os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), apenas 1 possuía comissão interna de prevenção de acidentes do trabalho (Cipa) e somente 3 empresas apresentaram alvará de funcionamento. A maioria das empresas tinha extintores de incêndio, que nem sempre estavam no prazo de validade, e os trabalhadores não receberam treinamento para seu uso.

Os equipamentos de proteção individual (EPIs) eram fornecidos na maioria das empresas, mas algumas não forneciam o material adequado nem orientavam sobre a importância e exigência de seu uso. Em duas empresas, os trabalhadores usavam máscara e protetor auricular. Sobre o uniforme, a maioria fornece camisetas padronizadas. Imunização e exames periódicos, na maioria, não são realizados. Alguns trabalhadores afirmam ter tomado vacina, mas não foi apresentada comprovação. Não houve, em nenhuma empresa, preenchimento de comunicação de acidente de trabalho (CAT). Na entrevista com os trabalhadores, não foi referida ocorrência de acidente.

No que se refere ao processo de produção, verificou-se que, na maioria das empresas, as máquinas estavam em bom estado de conservação. As máquinas de costura dispõem de placa de plástico na frente da agulha para proteger o rosto do trabalhador, caso ela quebre. No entanto, em alguns casos, o próprio trabalhador retirou a proteção, com a justificativa de que ela o incomodava. Não é realizado

treinamento admissional, já que relatam serem trabalhadores provenientes de outras empresas. Não se exige produtividade nem cumprimento de metas.

Quanto à relação com o meio ambiente, as sobras dos tecidos são retiradas diariamente, algumas são doadas e/ou comercializadas para artesanato e outras são colocadas no lixo e coletados pela limpeza pública. Observou-se grande quantidade de pó proveniente dos tecidos.

Quando perguntados sobre a percepção de riscos na atividade realizada, a maioria dos trabalhadores respondeu “sim”, mas não relacionava os sintomas apresentados como “dor nas costas”, “gripe” e “dor de cabeça” com o trabalho.

Enfatizam-se a importância da articulação com o sindicato da categoria na elaboração das propostas e seu apoio na sensibilização das empresas e trabalhadores para a efetivação dessa ação de Visat.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Mediante as inspeções realizadas nas indústrias de confecções, com preenchimento de roteiro apropriado, observações locais e análise dos dados obtidos, concluiu-se que, apesar de ser atividade econômica em expansão no município, geradora de emprego e renda, as condições de trabalho de alguns estabelecimentos ainda são precárias e, muitas vezes, improvisadas, não se observando o cumprimento das regras básicas de prevenção à saúde e segurança do trabalhador.

Os itens que mais chamaram a atenção da equipe, quanto à prevenção de doenças, estão relacionados à temperatura (calor excessivo), iluminação (baixa luminosidade) e ergonomia inadequada.

Propôs-se realização de evento com objetivo de valorizar o trabalho desenvolvido no município e, especialmente, discutir as medidas para melhoria e correção dos itens em não conformidade ou que sugiram algum tipo de risco à saúde do trabalhador na realização da atividade. Para tanto, conta-se com participação do sindicato dos trabalhadores e administradores das empresas do ramo, bem como profissionais diversos (fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, médico, entre outros).

De uma forma geral, podemos sugerir as seguintes medidas:

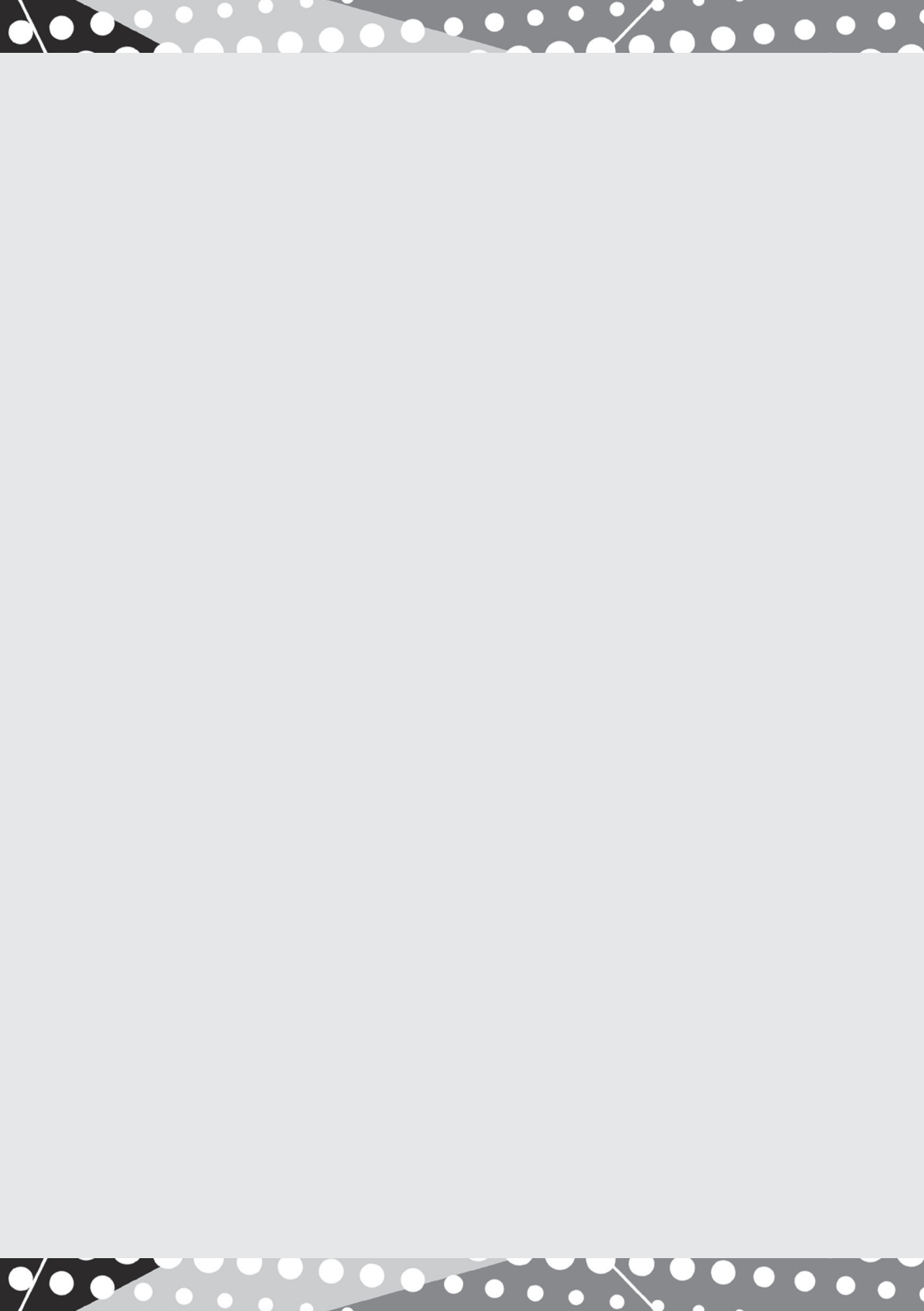
- manutenção das máquinas, com a correta substituição de peças danificadas;
- limpeza e assepsia constantes das áreas utilizadas;

- aquisição de equipamentos adequados e conscientização dos trabalhadores por meio de orientações *in loco*;
- melhoria do arranjo físico;
- enclausuramento de partes móveis das máquinas;
- substituição de produtos por outros mais adequados;
- trabalho de informação, orientação e conscientização preventivas;
- medidas de controle propostas para cada setor;
- palestras sobre riscos ambientais;
- alerta sobre a importância do uso de EPIs na prevenção de acidentes, doença do trabalho e saúde ocupacional;
- realização de seminário para proprietários e trabalhadores do setor de confecção em Piripiri.

Em síntese, constata-se que o município de Piripiri, por se destacar como polo industrial no ramo de confecções, requer programa de ações continuadas, envolvendo as áreas da saúde, ação social e direitos trabalhistas para melhor acompanhamento e contribuição das melhorias das condições de trabalho e prevenção de doenças ocupacionais.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. M. C.; AMORIM, E. R. A. Redes de subcontratação e trabalho em domicílio na indústria de confecção: um estudo na região de Campinas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 24., 2000, São Paulo. **Trabalhos apresentados...** São Paulo: Anpocs, 2000. 1-27 p. Disponível em: <<http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/24-encontro-anual-da-anpocs/gt-22/gt20-18/4881-aaraujo-redes/file>>. Acesso em: 24 nov. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.
- INSTITUTO EUVALDO LODI. **Diagnóstico da indústria do vestuário de São João Nepomuceno**. Belo Horizonte, MG: IEL, 2003.



Capacitação da Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador e do Controle Social em municípios goianos com exposição à sílica

Lucimeira Aparecida da Costa,¹ Larissa Di Oliveira Santhomé,² Sander Antônio Pereira da Silva,¹ Danniella Davidson Castro¹ e Márcia Peixoto dos Santos Peres¹

¹ Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador/Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância em Saúde – Goiânia/GO

² Coordenação de Gestão de Processos/Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador/Superintendência de Vigilância em Saúde – Goiânia/GO

INTRODUÇÃO

A sílica livre cristalina (ou óxido de silício) é um mineral que está na maioria das rochas, no quartzo, na areia e em outros materiais. É a principal matéria-prima para a fabricação do vidro e do cimento (DIAS et al., 2017). A exposição à sílica pode causar diversas doenças: pneumoconioses, dermatoses, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças autoimunes do tecido conjuntivo, neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões. A silicose é a principal pneumoconiose no Brasil. É uma doença incurável, causada pela exposição à poeira de sílica, que leva ao endurecimento dos pulmões e dificulta a respiração, o que pode levar à morte. É importante ressaltar que não há tratamento eficaz para qualquer tipo de pneumoconiose, incluindo a silicose.

A partir das denúncias do Hospital Geral de Goiânia (HGG), percebeu-se a necessidade de intervenção da vigilância em saúde, já que havia vários pacientes com histórico de pneumoconiose e não tinham correspondência com as notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), segundo estudo realizado pelo Cerest Estadual (BRANDÃO, 2015). Diante de denúncias de fábricas de cimento e jateamento de areia, das fiscalizações nos municípios de Edealina, Cezarina, Cocalzinho, Caçu, Caiapônia e Senador Canedo, e tendo na repetição como alerta de que algo precisava ser feito para proteger os trabalhadores expostos ao risco crônico,

nocivo e silencioso da sílica, ficou clara a necessidade de se formar a população e os trabalhadores das fábricas sobre os riscos da sílica, bem como de se realizarem capacitações para os profissionais da rede de atenção municipal. Conforme preconiza o Programa Nacional de Eliminação de Silicose (ALGRANTI et al., 2015), optou-se pela orientação dos serviços de saúde do trabalhador para repensarem a vigilância à saúde onde há exposição à sílica, nesses municípios, por fabricação do cimento. Há nesses municípios a imponente força econômica e política da sílica como atividade econômica predominante e o desconhecimento das vigilâncias locais sobre o potencial risco de tal atividade.

A Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso III, definiu que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde, em fevereiro de 2004, instituiu, por meio da Portaria 198/GM/MS (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Educação Permanente, visando à formação e capacitação dos profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, de acordo com os princípios do SUS. Desde 20 de agosto de 2007, a Portaria GM n. 1.996 (BRASIL, 2007) dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Definida como aprendizagem no trabalho, a educação permanente incorpora o aprender e o ensinar ao cotidiano das instituições e à rotina do trabalho. Propõe-se que os processos educativos dos trabalhadores da área de saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas, do serviço e do controle social, intencionando a transformação das teorias, conceitos, práticas profissionais e da própria organização do trabalho despertando no profissional a habilidade de aprender a aprender. E buscar, a partir de sua realidade, meios para solucionar questões do cotidiano. Ricaldoni e Sena (2006) considera a educação permanente em saúde como processo educativo que possibilita o surgimento de espaço para pensar e fazer no trabalho, sendo que as instituições de saúde são essenciais para o desenvolvimento permanente das capacidades dos trabalhadores, contribuindo para o bem-estar social.

OBJETIVO

São objetivos deste trabalho:

- Instrumentalizar as vigilâncias municipais, os Cerest regionais, os sindicatos dos trabalhadores e o controle social e, também, realizar inspeções em saúde do trabalhador nos ambientes e processos de trabalho expostos à sílica.

- Capacitar a atenção básica para realizar a triagem dos casos dos trabalhadores vinculada à ocupação.
- Fortalecer as relações intra e intersetoriais.
- Refletir sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador relacionadas à sílica no contexto do município.

METODOLOGIA

A equipe realizou revisão sobre o tema que resultou na elaboração de nota técnica (SANTHOMÉ, 2016) a respeito do Programa de Proteção Respiratória 2016. Daí, iniciou-se articulação intrassetorial com a equipe estadual da vigilância em saúde ambiental para se construir a proposta de ação. Em seguida, procedeu-se à construção do projeto de capacitação com os Cerest regionais e os sindicatos envolvidos. Para isso, elaborou-se roteiro de entrevista que foi aplicada nos sindicatos e nos Cerest regionais. Essa fase de entrevista revelou o completo desconhecimento dos sindicatos sobre o risco da exposição à poeira da sílica. Com tal percepção, priorizou-se, no momento de acolher os trabalhadores das fábricas de cimento local e a população circunvizinha, informar sobre os sinais e os sintomas iniciais de pneumoconiose e a legalidade da inspeção em ambientes e processos de trabalho pelos fiscais municipais. Na fase de capacitações, estiveram presentes as Secretarias de Saúde e do Meio Ambiente, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a atenção básica, a atenção hospitalar e o controle de endemias dos municípios. Também participaram as regionais de saúde, os Cerest regionais e os representantes das empresas fiscalizadas. Os encontros ocorreram de maneira compartilhada, o que propiciou fazer um giro nas produções discursivas dos profissionais e provar reflexão sobre a sua prática.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A capacitação foi realizada em forma de exposição dialogada e conjunta, problematizadora, com carga horária de quatro horas, com ementa que abordou o tópico específico dos riscos de exposição da sílica, suas implicações na saúde do trabalhador, estratégias de intervenção e articulação da rede de assistência para identificar e encaminhar os casos suspeitos. Iniciamos o retorno às fábricas para inspeção sanitária, com a experiência de multiplicadores da vigilância em saúde do trabalhador (Visat), participação ativa dos sindicatos, entrevistas com os trabalhadores e empoderamento dos fiscais da vigilância municipal. Concomitantemente, a vigilância em saúde ambiental

deu início à análise de saúde da população circunvizinha às fábricas e dos sensores de avaliação ambiental para controle da qualidade do ar no município.

Observou-se forte envolvimento do Cerest regional de Itumbiara com participação ativa nas discussões e no planejamento desse projeto e a participação dos sindicatos dos trabalhadores ligados ao cimento no Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito do Estado de Goiás. Elaborou-se material educativo para instrumentalizar a população desses municípios sobre os riscos da exposição à sílica. A regional de saúde se propôs a pensar e monitorar o acolhimento na rede desses municípios envolvidos.

RESULTADOS ESPERADOS

Melhora das notificações em pneumoconiose no Sinan. Sensibilização do Cerest regional, dos sindicatos e dos profissionais da rede de atenção em saúde do trabalhador local quanto aos riscos da sílica, com o compromisso assumido para se realizar uma triagem dos casos, que vincula ocupação ao adoecimento e melhora das notificações em saúde do trabalhador. Elaboração do Projeto de Vigilância em Saúde do Trabalhador das Populações Expostas à Sílica em Fábricas de Cimento no Estado de Goiás para implementação na Programação Anual de Saúde (PAS) 2018.

REFERÊNCIAS

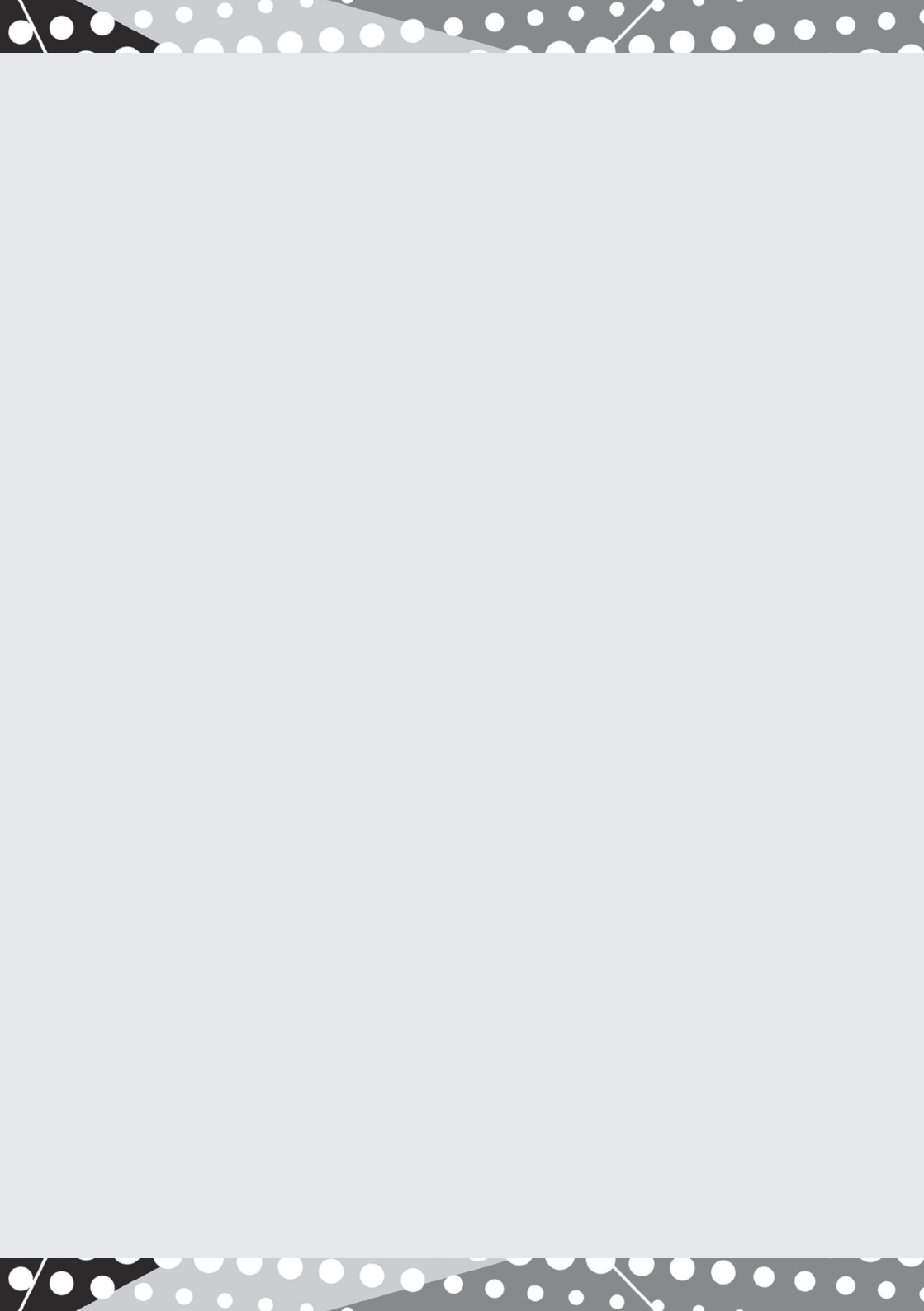
- ALGRANTI, E. et al. Exposição à sílica, silicose e o Programa Nacional de Eliminação da Silicose no Brasil (PNES). **Ciencia & Trabajo**, Chile, v. 6, n. 11, fev./mar. 2004. p. 1-13.
- BRANDÃO, O. L. Avaliação quantitativa de todos os campos da ficha de notificação de doenças relacionadas ao trabalho: pneumoconioses – 2015, exposição à sílica. Cerest Estadual, 2015. Disponível em: <<http://www.visa.goias.gov.br/post/ver/161951/boletins>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- BRASIL. (Constituição, 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 24 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p. 37-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

DIAS, C. E. [et. al.]. **Atenção à saúde dos trabalhadores expostos à poeira da sílica e portadores de silicose, pelas equipes de atenção básica/saúde da família**: protocolo de cuidado. Belo Horizonte: Nescom/UFMG, 2017. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/atencao-saude-trabalhadores-expostos-poeira-silica-portadores-silicose-pela-equipes-atencao>>. Acesso em: 22 set. 2017.

RICALDONI, C. C.; SENA, R. R. de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, dez. 2006.

SANTHOMÉ, L. di. O. Nota técnica sobre Programa de Proteção Respiratória – 2016. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2016-10/programa_protecao_respiratoria_atualizado.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.



Vigilância em saúde do trabalhador rural a partir da promoção da saúde e do controle social no território

Joseane Prestes de Souza¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Brasília/DF

INTRODUÇÃO

Esse relato de experiência faz menção à execução de ações de saúde cujo tema principal é a atenção à saúde do trabalhador rural, com foco nos agravos relacionados ao uso de agrotóxicos nessa população. A equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador Exposto à Intoxicação Exógena (VigiToxE), da diretoria do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal (Cerest/DF), é composta de uma enfermeira do trabalho e técnica em vigilância em saúde do trabalhador (Visat) e conta com colaboração de uma médica toxicologista do Centro de Informações e Assistência Toxicológica (CIATox). A saúde do trabalhador e o uso do agrotóxico foi o eixo mais atuante do projeto cujo objetivo foi desenvolver ações de saúde para populações expostas ao agrotóxico, orientando-as sobre os efeitos dessa substância química (SOUZA, 2016). A estruturação do VigiToxE se baseia na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria GM/MS n. 1.823, de 23 de agosto de 2012, inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que recomenda, em seu artigo 9º, inciso V, a estratégia da PNSTT: “o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social” (BRASIL, 2012). Com base nessa estratégia, a PNSTT indica:

[...] a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; e) [...] inclusão da comunidade e do controle

social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, [...] com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador. (BRASIL, 2012).

O VigiToxE é responsável pelo planejamento e pela organização dos serviços de saúde nos casos de intoxicação exógena (IE) por agrotóxicos nas localidades rurais do Distrito Federal (DF) e tem articulação intersetorial direta com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Distrito Federal (Emater-DF). Trabalhadores rurais, agricultores e produtores são identificados pelas associações e cooperativas na comunidade que solicitam a parceria da Emater com a Secretaria de Estado da Saúde (SES-DF), neste caso, com o Cerest/DF, na figura da equipe VigiToxE, para acompanhamento de saúde da população exposta ao risco.

A unidade federativa do DF conta com 15 assentamentos ou agrovilas, 35 colônias agrícolas e 44 núcleos rurais espalhados pelas regiões administrativas (RA), totalizando 94 localidades rurais, segundo o documento *Dossiê rural* (BRASIL, 2017). A SES-DF implantou 253 equipes de saúde da família (eSF). Desse total, existem 19 equipes de saúde da família rurais (eSFR), que atendem 53 localidades.

A parceria entre a VigiToxE e a Emater resultou em 12 ações de saúde realizadas em 2016, chamadas Dia Especial de Saúde. Nessas ações, estavam presentes 472 trabalhadores rurais de 32 localidades.

OBJETIVOS

Promover saúde entre os trabalhadores rurais presentes nas ações de saúde e estimular neles o desenvolvimento de consciência crítica sobre o uso e manejo de agrotóxicos.

METODOLOGIA

A atenção à saúde do trabalhador rural foi idealizada de forma a garantir-lhe o acesso ao serviço de saúde, estimulando o cuidado individual e coletivo, promovendo a qualidade de vida, identificando intoxicações por agrotóxicos e outros agravos e reduzindo riscos e danos pela exposição a esse produto. O início dessa atividade ocorreu a partir da aproximação das associações de trabalhadores, cooperativas e lideranças da comunidade com as equipes técnicas da VigiToxE e da Emater-DF, em

que os representantes solicitavam orientação para o trabalho que realizavam e tinham o papel de estimular os trabalhadores rurais a participarem do dia da ação de saúde.

O trabalho realizado ocorreu em três etapas a partir da coordenação dos serviços de saúde envolvidos pela equipe VigiToxE e resultou na participação de 12 eSFR (Tabatinga, Rio Preto, São José, Taquara, Santos Dumont, Chapadinha, Cariru, Vargem Bonita, Boa Esperança, Ponte Alta, Ponte Alta Norte e Engenho das Lages), 4 laboratórios regionais (Planaltina, Ceilândia, Paranoá e Núcleo Bandeirante) e o Laboratório Central de Saúde Pública do DF.

As etapas foram assim concretizadas:

- Etapa 1 – Reunião de capacitação dos servidores da saúde – Encontro para orientação dos riscos no uso de agrotóxicos, informações do território e as competências de cada serviço. Nessa etapa, os agentes comunitários de saúde (ACS) – ou seja, “alguém que se identifica em todos os sentidos, principalmente na cultura, linguagem, costumes e valores com sua própria comunidade, pois aumenta sua capacidade de liderança, convertendo-se em ações que realmente possam melhorar as condições de vida e de saúde da população” – eram orientados a ratificar o convite feito pela Emater aos trabalhadores rurais de sua microárea e identificar e convidar outros trabalhadores rurais e familiares que estivessem sob risco, incentivando ainda mais sua participação. (SALIBA et al., 2011, p. 320-321)
- Etapa 2 – Ação de saúde denominada Dia Especial de Saúde – Encontro com a finalidade de promover diversas atividades de saúde para os trabalhadores rurais, entre elas: coleta de sangue para realização de exames laboratoriais, avaliação dermatológica e, principalmente, rodas de conversas com temas pertinentes para estimular a mudança de hábito do trabalhador rural. Nesta etapa, eram feitas as notificações compulsórias pelo VigiToxE de casos suspeitos de IE a partir do relato de sintomas referenciados em entrevista prévia às atividades do dia, mediante uso de ficha de triagem.
- Etapa 3 – Devolutiva de saúde – Consulta individual pelo médico da eSFR, matriciada pela equipe VigiToxE, para esclarecimentos de dúvidas sobre intoxicações por agrotóxicos e possíveis encaminhamentos após entrega dos resultados dos exames laboratoriais. Nesta etapa, havia participação dos acadêmicos de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), que tinham oportunidade de realizar atendimento aos trabalhadores rurais e investigação de casos suspeitos de IE (SOUZA, 2016, p. 50).

RESULTADOS ALCANÇADOS/ESPERADOS

Apresentam-se, a seguir, os resultados alcançados e esperados.

Alcançados

- Participação de trabalhadores rurais, agricultores, produtores e empregadores nas ações de saúde e sensibilização destes quanto ao risco iminente do agrotóxico.
- Aproximação dos sindicatos, associações de trabalhadores e lideranças durante o planejamento e a realização das ações de saúde.
- Identidade da equipe VigiToxE do Cerest/DF na realização do seu trabalho, a partir do estudo sobre o trabalhador rural e suas necessidades.
- Atualização da equipe VigiToxE no conhecimento em relação aos agrotóxicos (cursos sobre a temática: EAD Moodle UFRGS, curso do CIT, curso da Emater sobre manejo com agrotóxicos).
- Apresentações e rodas de conversa com profissionais da eSFR, alunos da UnB e agricultores.
- Articulação intrassetorial com os serviços de saúde da SES-DF.
- Integração intersetorial com gerência da sede e dos escritórios locais da Emater.
- Implantação da devolutiva/consulta individual aos agricultores no território, com parceria da eSFR.
- Consolidação da participação dos serviços de saúde da SES-DF (VigiToxE/ Cerest/DF, eSFR da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, Laboratório Central de Saúde Pública e laboratórios regionais).
- Fortalecimento da articulação e organização intrassetorial de serviços do SUS reconhecidos pela Emater.
- Implementação do modelo de apoio matricial sobre IE.
- Implantação da participação de laboratórios regionais para coleta e análise dos exames complementares ao exame de colinesterase plasmática.
- Participação dos alunos de Medicina da UnB nas etapas 2 e 3.

Esperados

Participação mais efetiva de lideranças locais para o controle social em todas as etapas da experiência, como representantes de associações de trabalhadores, sindicatos, líderes comunitários e agentes comunitários de saúde.

CONCLUSÃO E/OU RECOMENDAÇÕES

Quando se entra num universo mais específico como a área rural e sua população residente, nota-se que há déficit de participação social na implantação de estrutura competente e militante na saúde do trabalhador, o que aparentemente não poderia ocorrer em razão de tantos estudos sobre os riscos dessa população, principalmente no que diz respeito ao agrotóxico e suas fragilidades em relação à morte precoce por vulnerabilidade e pela dificuldade na identificação da relação adoecimento e trabalho.

A intenção do projeto é fazer que a iniciativa apresentada nesta experiência seja replicada nos próximos anos de forma cada vez mais efetiva, com garantia de acesso e qualidade nos serviços prestados, a fim de maximizar a participação dos trabalhadores com suas reivindicações em todas etapas do processo e reforçar, assim, o papel do controle social construído no SUS.

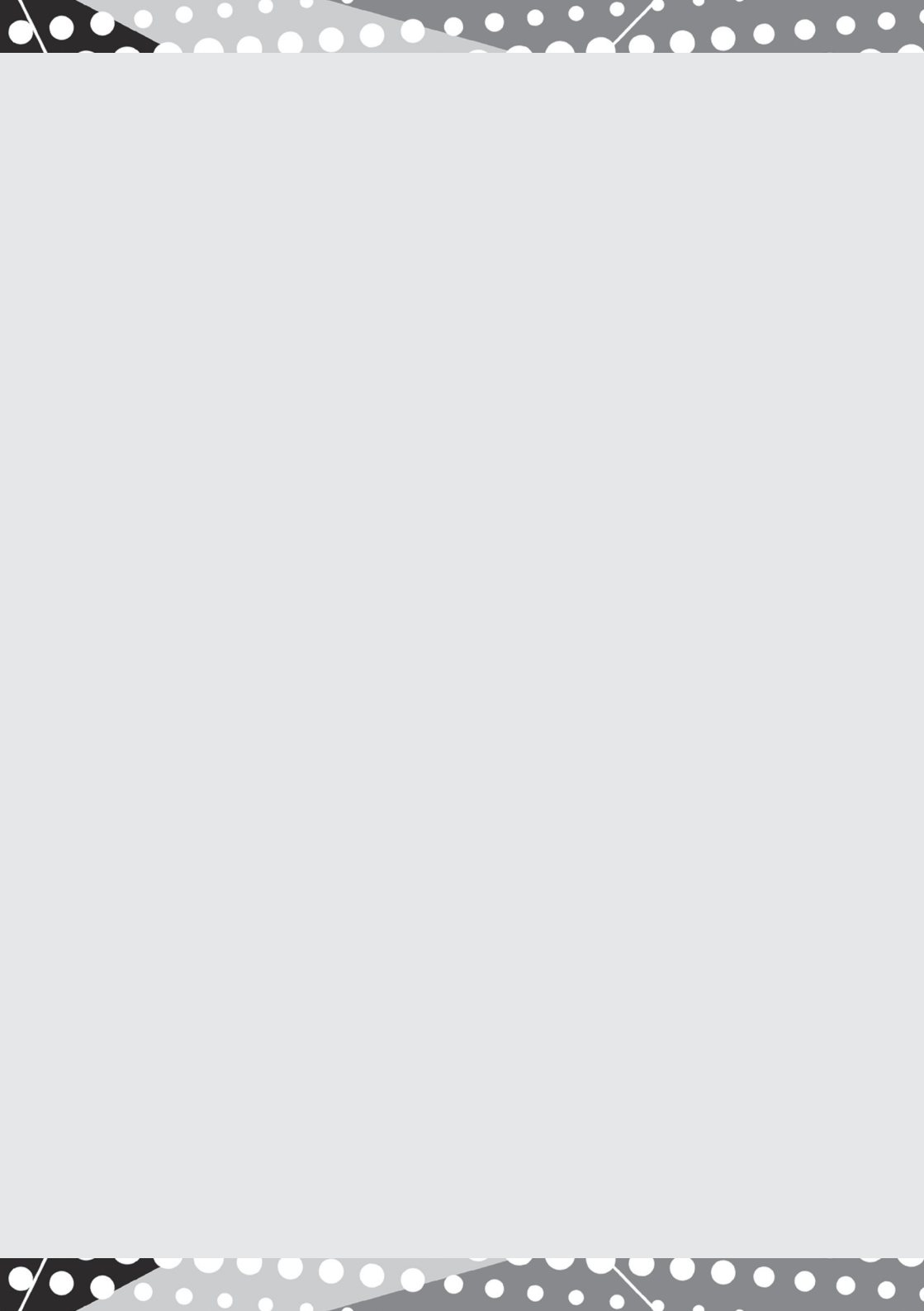
REFERÊNCIAS

BRASIL. Governo de Brasília. Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação. **Dossiê rural**: dossiê núcleos rurais. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.habitacao.df.gov.br/dossie-rural.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.

SALIBA, N. A. et al. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2011.

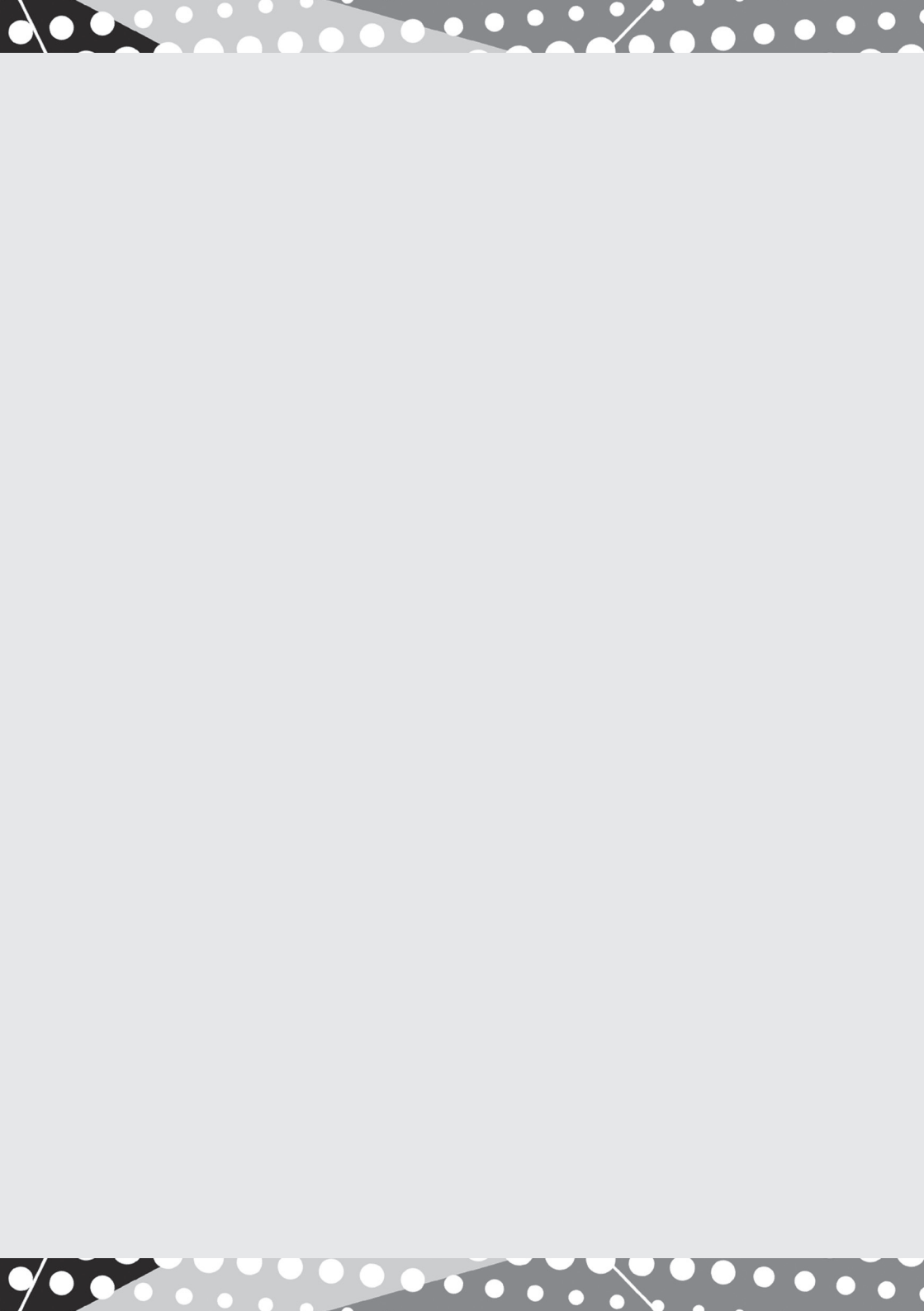
SOUZA, J. P. de. A vigilância em saúde do trabalhador a partir da integração do projeto VigiToxE/Cerest-DF com acadêmicos de medicina da UnB. In: SANTOS, G. B. dos; VASCONCELOS NETO, R. (Org.). **Caderno de relatos de experiências em saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: Cesteh, 2016. 1 v.





EIXO III

FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO
DA SAÚDE DO TRABALHADOR



O Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em Saúde do Trabalhador

Ana Paula M. B. dos Santos,¹ Ana Carolina de O. Mendes,¹ Jacqueline W. Caldas,¹
Luciene A. D. B. Coutinho,¹ Luiz Carlos F. de Vasconcellos¹ e Renato J. Bonfatti¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro/RJ

INTRODUÇÃO

As estatísticas demonstram que os graves perfis de morbimortalidade (GUIMARÃES, 2012) carecem de novas formas e estratégias de aproximação entre atores institucionais e sociais para o enfrentamento de tais situações. Novos espaços precisam ser arquitetados para tentar viabilizar novas soluções.

O Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em Saúde do Trabalhador (FIS) se estabelece como estratégia que enseja espaço de diálogo, abarcando os setores comprometidos com a defesa da saúde do trabalhador. Tem como referencial a comunidade ampliada de pares (FUNTOWICZ, RAVETZ, 1997), em que há diálogo entre os saberes dos trabalhadores, da academia e dos profissionais inseridos nas instâncias executivas provedoras das políticas públicas na matéria.

O FIS conta com parcerias imprescindíveis de representações de sindicatos e associações de trabalhadores, dos conselhos de saúde, das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) e demais representações de trabalhadores.

Também estabelece parcerias institucionais para suas atividades: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST/Ministério da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Coordenações Estaduais de Saúde do Trabalhador, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) estaduais e regionais, escolas de saúde pública, universidades e demais instituições que abarcam as funcionalidades do fórum.

Assim, o FIS não pertence a nenhuma entidade especificamente. É uma comunidade estabelecida para a democratização de saberes por meio do diálogo crítico, aberto e de ação que dá voz a todas as partes envolvidas.

OBJETIVOS

São seus objetivos:

1. Possibilitar a articulação entre as instâncias públicas, que têm como missão a defesa da saúde do trabalhador, e os trabalhadores e suas representações.
2. Fomentar a participação dos trabalhadores e demais instâncias do Sistema Único de Saúde na Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).
3. Capacitar representantes dos trabalhadores, das instituições públicas de vigilância, acadêmicas e outras com interesse para a Visat, especialmente nos componentes da informação e da intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho.
4. Criar mecanismos de qualificação para a ação de Visat.
5. Estimular a integração entre as diversas instâncias participativas para o aprimoramento da governança da saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

A organização do Fórum se dá por encontros mensais, que ocorrem na última sexta-feira do mês. São realizados no Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (Dihs) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) ou nos sindicatos, conforme demandas.

A dinâmica dos encontros desenvolve-se em quatro momentos:

1. Apresentação – Por ser um espaço aberto, ao longo dos encontros ocorre a interação entre convidados e demais participantes.
2. Encaminhamento – São encaminhados os informes de todas as representações presentes.
3. Leitura dialogada do boletim do fórum referente ao mês vigente – O boletim funciona como norte para discussões entre os saberes disciplinares das ciências e os saberes da experiência, mediada por membro da coordenação do fórum. Isso permite que todos tenham voz e não haja monopólio da fala.

4. Oficina temática – Surge da demanda dos membros do FIS para que um tema seja debatido criticamente por todos. Geralmente, é apresentada por um convidado com experiência no assunto.

Um dos métodos para alcançar as ações em saúde do trabalhador constitui os grupos de trabalho (GT) temáticos que são organizados sob a forma de câmaras técnicas para a discussão entre os participantes do FIS, nas vertentes de ensino, pesquisa e ação de vigilância.

Cada GT conta com membros representantes dos três segmentos: academia, serviço e sindicato. No período de instalação, conta com um facilitador vinculado à coordenação do FIS, de modo a garantir sua logística inicial.

À medida que o GT se consolida, outro facilitador deve ser designado por decisão de seus membros componentes, assim como um coordenador e um suplente.

O GT também oferece atividades itinerantes com instituições parceiras do fórum.

DESCRIÇÃO

O FIS nasceu da provocação do companheiro metalúrgico Jorge Gonçalves de Sousa, o Jorginho, quando ele buscou articulação para criar espaços de formação entre o Sindicato dos Metalúrgicos do RJ com a Fundação Oswaldo Cruz, em 2012 (BOLETIM INFORMATIVO [DO] FÓRUM INTERSINDICAL SAÚDE-TRABALHO-DIREITO, 2015). Essa iniciativa foi inspirada nas suas vivências e de outros trabalhadores no Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (Consest), do Estado do Rio de Janeiro, nos anos 1990 (RIBEIRO; LEÃO; COUTINHO, 2013).

Assim, a aproximação dos sindicatos – primeiramente dos metalúrgicos – deu início à primeira turma do curso intersindical. A segunda edição foi ampliada com a participação de outras instituições sindicais. Em resumo, a experiência resolutive do Consest foi uma das iniciativas que suscitaram a criação do FIS.

Com os projetos “Estudos e pesquisas voltados para ações de vigilância e prevenção à saúde do trabalhador” e “Estudos e pesquisas voltados para capacitação de profissionais em saúde do trabalhador (nacional)”, de formação continuada em vigilância em saúde do trabalhador, vigentes desde 2013, observou-se a necessidade de estreitar os laços entre o movimento sindical, as instituições públicas de vigilância da saúde e as instituições de ensino, pesquisa e extensão, além de outras instituições com interesse nas relações saúde-trabalho. Daí, o FIS ganha forma e força, a partir de agosto de 2015.

Com a vinculação aos referidos projetos de formação, objetivou-se alcançar a instalação de fóruns similares, com o apoio da Fiocruz e dos Cerest locais, ficando o fórum do Rio de Janeiro como deflagrador de proposta que pretende se estender nacionalmente.

Desta forma, o FIS tornou-se espaço de formação e discussão das relações saúde-trabalho-direito, articulando o saber dos trabalhadores e o conhecimento sobre os seus problemas de saúde e o saber e conhecimento dos técnicos que atuam na área, em conformidade com a proposta do campo da saúde do trabalhador. Além de ser, principalmente, espaço para ação em saúde do trabalhador, provoca debate, revela conhecimentos das principais complexidades das relações do mundo do trabalho e busca respostas que demandam ações com qualidade.

O FIS constitui-se de forma apartidária e não possui estatuto legal, mas suas diretrizes e seus objetivos foram validados pelos pares e ratificados no seu boletim mensal informativo, principalmente o número zero do boletim, que regula suas ações e objetivos.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Ao longo de dois anos de implementação do FIS, podemos contabilizar várias ações desenvolvidas.

No ano de 2015, realizaram-se o II Curso Intersindical, a instalação do Fórum Intersindical – RJ, o lançamento do boletim intersindical e a 1ª Reunião para Formação do Fórum Intersindical – Mato Grosso.

Em 2016, desenvolveram-se as seguintes atividades: reunião com a CGST e com o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) em Brasília; III Curso Intersindical; 1º Encontro dos Cipeiros do Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas de Saneamento Básico e Meio Ambiente do Rio de Janeiro (Sintsama-RJ); instalação do Fórum Intersindical na Paraíba; oficina para instalação do Comitê de Óbito; curso básico de Visat do Rio de Janeiro; audiência pública na Alerj; celebração de um ano de Fórum Intersindical; audiência pública na Câmara Municipal/RJ; debate de articulação entre o FIS, Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações e Operadores de Mesas Telefônicas do Município do Rio de Janeiro (Sinttel Rio) e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro); Encontro Nacional da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalho (Cist); Encontro Reconstrução das Ações dos Sindicatos e do Diesat Sindicato dos Bancários RJ e DF; reunião de avaliação do curso básico de Visat do RJ; articulação para instalação do Fórum Intersindical – Goiânia.

No ano de 2017, contamos com o curso de multiplicadores de Visat do Rio de Janeiro; articulação para instalação do Fórum Intersindical – Distrito Federal; articulação para instalação do Fórum Intersindical – Goiás; implementação do I Curso Intersindical em Alagoas, em parceria com a Universidade Federal de Alagoas.

Em andamento, listam-se: reuniões para instalação do Comitê de Óbito; GTs; oficinas temáticas; publicação dos boletins; articulação para instalação do FIS – Maranhão, Tocantins, Minas Gerais e Acre; e parcerias com a Diesat, o Espaço da Cidadania de Osasco e outros fóruns.

CONCLUSÕES

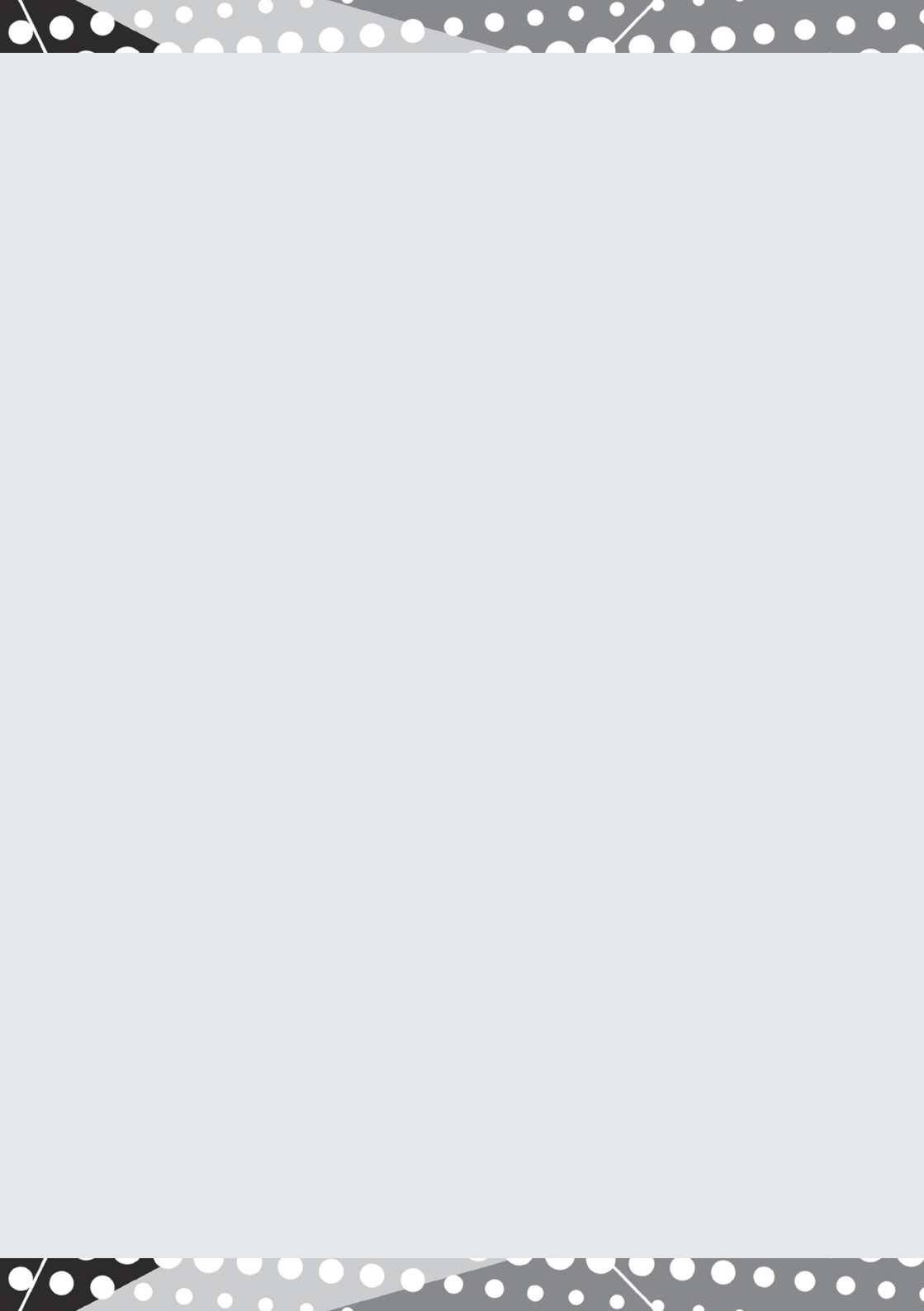
O fórum é um espaço que se consolida a partir da força que se estabelece pela participação de todos os atores interessados na resolução dos problemas sobre a saúde do trabalhador (sindicatos, Cerest, academia e instituições afins).

Efetivamente, o fórum se constitui em fonte de novo conhecimento, gerado pela troca de saberes nas discussões dos boletins; nas oficinas temáticas; nos grupos de trabalho; e em todas suas atividades, especialmente no espaço do debate.

É possível aferir que a grande diversidade do fórum possibilita visão de várias oportunidades individuais e coletivas para encontrar as soluções dos complexos problemas concernentes ao mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- BOLETIM INFORMATIVO [DO] FÓRUM INTERSINDICAL SAÚDE-TRABALHO-DIREITO. Rio de Janeiro, ano 1, n. 0, out. 2015. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/15557d_6193c64e46ea4d9193836671d517b95e.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-230, jul./out. 1997.
- GUIMARÃES, J. R. S. (Coord.). **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da federação durante a segunda metade da década de 2000. Brasília, DF: OIT, 2012. 416 p.
- RIBEIRO NETO, F. S.; LEÃO, L. H. C.; COUTINHO, S. R. A. Saúde do trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 39-63, 2013.



Bem-estar laboral e seus efeitos para a saúde dos trabalhadores dos Caps de Caxias/MA

Valeska Cíntia Oliveira da Rocha,¹ Elyda Cristina de Sousa Nunes,¹ Eliel dos Santos Pereira,¹ Darla Raquel Pereira Cruz,¹ Dyener de Moura Pereira Cruz,¹ Vyrlanne Mayara Sousa Braga,¹ Vanessa Lopes Lima,¹ Lorena Karinne Fernandes Torres¹ e Vania Celia Oliveira da Silva¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Caxias/MA

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no ritmo de trabalho, extensas jornadas, repetitividade e rotina de atividades, conflitos de papéis, relações interpessoais, isolamento social, falta de poder de decisão e maior controle da força de trabalho comandada pelo tempo levaram a diversas questões sobre o adoecimento do trabalhador (BAHIA, 2014). Este projeto se justifica pelos índices de transtornos mentais que são um dos principais grupos de agravos relacionados ao trabalho. Por isso, desenvolver ações de protocolo de saúde mental e trabalho entre os profissionais de saúde se torna relevante uma vez que possibilita vivência direcionada aos técnicos para compreender o prazer-sofrimento no trabalho e buscar meios de minimizar os resultados negativos, advindos do sofrimento, e potencializar os positivos, resultantes do prazer e do manejo do sofrimento.

As vivências de prazer-sofrimento são consideradas pela psicodinâmica do trabalho como coexistentes entre si, com preponderância de uma sobre a outra, em um dado momento. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho. O sofrimento é vivenciado quando é experimentado o desgaste em relação ao trabalho que vem na forma de desânimo e descontentamento. O sofrimento, em um primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença. É visto como um processo dinâmico vinculado à organização do trabalho. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994 apud BAHIA, 2014, p.12)

Nesse sentido, a saúde do trabalhador é, na atualidade, uma preocupação da sociedade de um modo geral, pois se tornou uma área de conhecimento, investigação e intervenção nas últimas décadas em razão do número de adoecimentos ocasionados pelas diversas condições de ambientes laborais vivenciados pelos trabalhadores brasileiros.

O trabalho ocupa lugar de condições socialmente estabelecidas, no qual o ser social se modifica e se condiciona ao ambiente em que vive. Logo, essas modificações ocorrem desde do corpo físico até o estado mental do trabalhador, e seus efeitos podem ser considerados saudáveis ou benéficos – possibilitando o bem-estar, o prazer e a criatividade – bem como maléficos, indicando exaustão, estresse, insatisfação, insalubridade, entre outros (DEJOUR, 2008).

Outrossim, saúde e trabalho se complementam, uma vez que possibilitam condições de vida laboral satisfatória, que afeta diretamente o comportamento e as relações sociais dos indivíduos para com as organizações, apresentando menor ocorrência de doenças tanto no que se refere à saúde física como à mental (FERREIRA; MENDONÇA, 2012).

Com base nessas condições, o protocolo de saúde mental e trabalho busca disponibilizar orientações técnicas que auxiliem os profissionais dos serviços de saúde pública no enfrentamento do fenômeno do crescimento dos transtornos mentais no país, como ferramenta para manejo das principais situações de adoecimento e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

O projeto se fundamenta a partir dessa realidade, que é comum à sociedade de um modo geral e, também, à cidade de Caxias/MA. Ao longo de mais de oito anos de vivência na política de saúde do trabalhador implantada nessa região, realizaram-se observações tanto nos atendimentos em demanda espontânea ao Cerest, bem como nos relatos advindos das visitas técnicas à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de observação *in loco*.

Dessa forma, o projeto buscou sensibilizar trabalhadores da saúde pública que são cuidadores e, ao mesmo tempo, necessitam estar atentos à sua saúde como trabalhadores, por meio da viabilização de momentos e ações benéficas à saúde e da contribuição de sua qualidade de vida nas atividades laborais. Partindo de ações orientadas como estratégia, a proposta permitiu, ainda, contínuo aprimoramento na orientação às ações de prevenção e intervenção positiva. Com isso, almejou propiciar vivência mais saudável nos próprios ambientes e processos de trabalho e fomentar o processo de saúde por meio da visão mais holística que a política de saúde do trabalhador propõe.

O público-alvo do projeto foram os trabalhadores da rede municipal de saúde mais especificamente os funcionários dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps): III, AD e Infantojuvenil, em que foram contempladas oito vagas para cada instituição. O projeto teve duração de quatro meses, divididos em nove encontros quinzenais no decorrer desse período.

Desse modo, o projeto acolheu demandas e necessidades emergentes desses trabalhadores de maneira participativa. Para tanto, promoveu diálogos acerca dessa temática por meio de oficina especializada e pontuou o que se refere à qualidade de vida e ao bem-estar, sob a ótica da saúde mental. Desse modo, fluíram aspectos do contexto laboral que colaboraram para possível adoecimento e despertou-se nos trabalhadores análise a respeito de seu fazer profissional, bem como as relações entre os demais funcionários da instituição.

OBJETIVOS

Geral:

- Sensibilizar trabalhadores e gestores a respeito da atenção à saúde dos trabalhadores da saúde, compreendendo-os por meio dos processos de saúde, produção e trabalho.

Específicos:

- Apontar os fatores de risco presentes no ambiente de trabalho.
- Refletir sobre a relação entre paciente e profissionais (“cuidadores”), bem como a relação instituição/cuidador e as exigências quanto ao profissional.
- Discutir estratégias de enfrentamento em relação às dificuldades da equipe, desenvolvendo ações de cuidado específicas voltadas ao “cuidador”, tanto no que se refere à saúde física como à psicossocial.
- Implantar programa de supervisão técnica, trabalhando dificuldades, conflitos e necessidades identificadas.
- Contribuir para melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho saúde física e, especialmente, psicossocial desses profissionais.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido por meio de ações específicas, com foco no profissional que trabalha na área de cuidados e precisa de atenção à sua própria saúde. Para efetivação, inicialmente se realizou articulação com a rede socioassistencial de saúde mental no município, com intuito de promover aproximação entre a instituição e a saúde do trabalhador (por meio do Cerest), por meio de visitas *in loco*, escuta sensível e diálogo com os gestores e equipe técnica visando à atenção à saúde do trabalhador, bem como, no mesmo ato, colher informação acerca das demandas existentes, com observação de cada realidade e situação vivenciadas no ambiente de trabalho.

Em seguida, realizou-se sensibilização dos profissionais *in loco* para se inscreverem no projeto. Posteriormente, os interessados foram convidados a participar na elaboração de estratégias para o desenvolvimento do projeto.

Em um momento subsequente, iniciou-se a apresentação do projeto aos técnicos e gestores por meio de evento de abertura do programa, em que foram acordadas datas, temáticas e condução dos encontros.

Os encontros foram divididos em nove temáticas que abordaram relações interpessoais, prazer e sofrimento no trabalho, estresse, técnicas alternativas pra redução de estresse, síndrome de *burnout*, depressão, suicídio, alimentação saudável no ambiente de trabalho, LER/Dort, vícios no ambiente de trabalho e cuidados com a voz. Tais temáticas foram conduzidas por profissionais das áreas correspondentes, que mediaram diálogo, técnicas de dinâmica de grupo, terapias específicas, aplicação de testes psicológicos e outras tantas estratégias de prática no ambiente de trabalho que viabilizem positivamente a relação dos processos de trabalho e saúde.

Por fim, o encerramento das atividades ocorreu com uma avaliação no último encontro, por meio de questionário e depoimentos para verificar o alcance dos objetivos do projeto.

RESULTADOS

O Projeto Bem-Estar Laboral, com base no protocolo de saúde mental e com contribuições de demais protocolos, teve alcance positivo na construção de nova perspectiva de trabalho e manuseio desse protocolo, favorecendo a prevenção e o cuidado em relação aos adoecimentos mentais no ambiente de trabalho.

As técnicas utilizadas promoveram sensibilização dos profissionais envolvidos, que assinalaram com *feedback* positivo, tanto na perspectiva pessoal como no ambiente laboral, impulsionando qualidade de vida e bem-estar, como se observou *in loco*.

Por meio dos questionários de avaliação, obtiveram-se respostas que apontam para a percepção do próprio adoecimento mental desses trabalhadores, do aprendizado de técnicas para relaxamento e busca do equilíbrio, do reconhecimento e alerta aos sinais de adoecimento e, ainda não menos importante, de sua caracterização como inovador, com grandes benefícios à saúde laboral.

O projeto alcançou aprovação superior a 90% dos participantes. Teve, ainda, resposta positiva dos coordenadores das instituições, que o reconheceram como benfeitor do próprio ambiente do trabalho, içando, desse modo, o objetivo precípua da sensibilização dos gestores para importância do cuidar desses trabalhadores no seu fazer laboral.

CONCLUSÃO

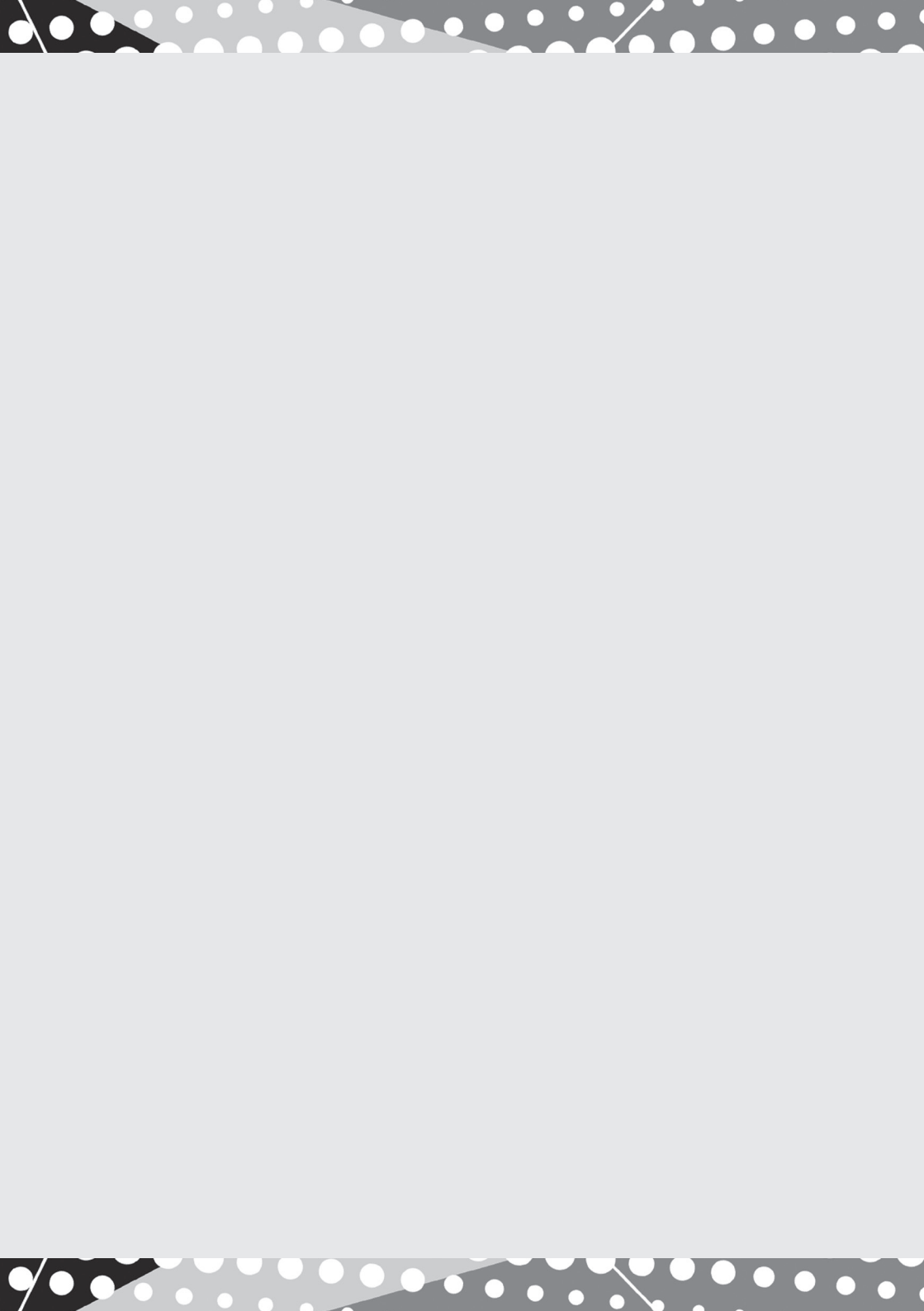
A proposta do projeto levou em consideração a importância do trabalho na vida das pessoas. A partir dos discursos relatados e das temáticas e dinâmicas realizadas, faz-se imprescindível política institucional que promova saúde e qualidade de vida no trabalho, baseada na determinação social do processo saúde-doença. Gestores e técnicos devem estar atentos à saúde mental intrínseca nessa relação, para que o sujeito possa contribuir com todo seu potencial, sentindo-se realizado naquilo que faz – favorecendo, desse modo, seu bem-estar e, conseqüentemente, sua saúde – e criando ambientes salubres e proporcionando melhor resultado institucional.

REFERÊNCIAS

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Salvador: Cesat, 2014. p. 12.

DEJOUR, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERREIRA, M. C; MENDONÇA, H. (Org.) **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais**. São Paulo: C. do Psicólogo, 2012. 374 p.



Capacitação em saúde do/a trabalhador/a para o controle social como estratégia de fortalecimento das Cistt estadual e municipal

Maria Helena de Siqueira Brito,¹ Geyser Paes Barreto Ribeiro,¹ Josineide de Sousa Vieira,¹ Adriana Guerra Campos¹ e Alyne Fernanda de Lima²

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Recife/PE

² Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador – Recife/PE

INTRODUÇÃO

Considerando o trabalho como eixo fundamental no processo de determinação social da saúde, as políticas públicas têm se voltado para essa influência dos ambientes e processos de trabalho na saúde dos/as trabalhadores/as a partir da criação de diversas diretrizes e estratégias. Componente fundamental nesse processo é o reconhecimento do papel de protagonista dos/as trabalhadores/as, sendo cruciais para o sucesso das intervenções o diálogo e a escuta das instâncias de representações desses/as trabalhadores/as (BRASIL, 2012).

Entre as instâncias de controle social, destacam-se as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt), estabelecidas com a finalidade de assessorar os conselhos de saúde, dos quais fazem parte, sobre as políticas e os programas de interesse para a saúde do trabalhador/a (BRASIL, 1990). Segundo as Portarias 3.908/98 (BRASIL, 1998), 2.728/09 (BRASIL, 2009) e 1.823/12 (BRASIL, 2012), a Cistt é instrumento fundamental para construção e implementação das ações do/a trabalhador/a.

Diante desse cenário e considerando os desafios de atuação na saúde do/a trabalhador/a, Pernambuco decidiu priorizar a capacitação das Cistt, empoderando os componentes das comissões, aumentando seu poder de reivindicação e consequente fortalecimento do controle social no nível local.

OBJETIVOS

Capacitar as Cistt em Pernambuco, membros dos conselhos municipal e distrital, de unidades básicas de saúde e de unidades sentinela em saúde do/a trabalhador/a em questões relacionadas à saúde do/a trabalhador/a e suas interfaces.

Especificamente pretendeu-se capacitar a respeito das legislações em saúde do/a trabalhador/a; compreender a determinação social do processo saúde/doença em diferentes processos produtivos; abordar o papel e a atuação estratégica da Cistt de forma qualificada nos conselhos de saúde; discutir os dispositivos (instâncias) em saúde do/a trabalhador/a em Pernambuco; fornecer subsídios para o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no estado.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE TRABALHO IMPLEMENTADO

As capacitações foram planejadas e executadas de forma intersetorial, envolvendo o Centro de Referência em Saúde do/a Trabalhador/a (Cerest) – Regional Recife, o Cerest estadual, a Gerência Estadual de Atenção à Saúde do/a Trabalhador/a (Geast) e a Cistt estadual.

A partir de reuniões para planejamento das ações, realizou-se a primeira turma, composta de membros das Cistt estadual e municipal, membros dos conselhos distritais, de unidades básicas e sentinela em saúde do/a trabalhador/a, totalizando 27 participantes.

A metodologia envolveu atividades expositivas e dialogadas, exibição de vídeos, roda de diálogo, atividade em grupo e oficina de dispersão. A carga horária total foi de 20 horas, divididas entre atividades presenciais (16 horas), dadas em dois módulos, e oficina de dispersão (4 horas).

O primeiro módulo das atividades abordou os seguintes conteúdos: histórico de lutas populares e marco regulatório no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde do/a trabalhador/a; histórico do controle social em saúde do/a trabalhador/a; seguridade social e avanços e desafios para o controle social. O segundo módulo envolveu atividades sobre: perfil produtivo dos territórios e relação com doenças e agravos em saúde do/a trabalhador/a; identificação, notificação e investigação em saúde do/a trabalhador/a; vigilância em saúde do/a trabalhador/a, com foco na questão de gênero sobre os riscos no processo de trabalho; Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH do SUS); dispositivos de saúde do/a trabalhador/a no SUS em Pernambuco, com abordagem nas atribuições das vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde do/a trabalhador/a; o papel da Geast.

Com a finalidade de aprofundar o conhecimento e a discussão do papel e da atuação estratégica da Cistt nos conselhos de saúde, realizaram-se atividades de dispersão por meio de oficinas, nas quais os/as participantes foram convidados/as a identificar situação que estivesse relacionada ao risco de adoecimento de um/a trabalhador/a. Escolhida a situação, apresentavam-se as etapas do encaminhamento da denúncia que deveria ser feita para reverter a situação. Mostraram-se três situações condicionantes e/ou agravantes de agravos relacionados ao trabalho: ausência de profissional médico, em razão de licença por vários meses prejudicando os usuários; unidade de saúde quase parada; e sala de vacina do PSF com infiltração, mofo, mau cheiro que deixa doentes trabalhadores/as, rinite alérgica, entre outros sintomas. Após a escolha da situação, os/as participantes foram instigados/as a refletir sobre os riscos e impactos à saúde dos/as trabalhadores/as (ambiente e/ou processo de trabalho) e a produzir registro escrito (formulação de denúncia) que deveria conter detalhamento da denúncia, fundamentação legal, proposição de soluções, parceiros envolvidos e, finalmente, a quem deveria ser dirigida a demanda.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Os participantes entenderam o papel e a atuação estratégica da Cistt, principalmente no que tange ao recebimento e encaminhamento das denúncias. Dos oito conselhos distritais no município do Recife, quatro participaram.

Importante desdobramento da oficina foi a indicação de conselheiros/as distritais para compor a Cistt municipal dos seguimentos usuário/a e trabalhador/a, fortalecendo, assim, o controle social municipal e, por consequência, a Cistt estadual.

Os trabalhos em grupo e a oficina ajudaram na compreensão da prática de formulação de denúncia sobre riscos e agravos decorrentes do processo e ambientes de trabalho e encaminhamentos para as instâncias do controle social e/ou para o Ministério Público, entre outros.

Os conselheiros, em sua avaliação, sentiram-se contemplados com os assuntos abordados, porém relataram que a carga horária deveria ser maior. Sugeriram também a extensão do curso para médicos e outros profissionais de saúde, principalmente nos distritos sanitários.

CONCLUSÃO

O trabalho conjunto entre a Geast, o Cerest estadual e o Cerest/Regional Recife cumpriu etapa importante do plano anual de saúde no que se refere à capacitação

para o controle social e agregou palestrantes de instituições diferentes mas que tinham interface com a saúde do/a trabalhador/a.

A formação realizada contribuiu para o reconhecimento da importância de ações de saúde do/a trabalhador/a no âmbito da rede de atenção à saúde. Foi possível garantir conselheiros mais conscientes e sensibilizados quanto à importância do fortalecimento da Cistt e às atribuições da comissão no que se refere à saúde do/a trabalhador/a, na articulação de políticas e programas de interesse à saúde do/a trabalhador/a no âmbito do SUS.

Como projeto futuro, pretende-se realizar capacitação para as demais Cistt dos municípios de abrangência dos respectivos Cerest.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.908/98, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. 46.

Capacitação em saúde do trabalhador e sensibilização para a criação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na área de abrangência do Cerest/Missões

Luciane Sarturi Antes¹ e Carlos Renato Vieira Sória¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Macrorregião Missioneira/Ijuí/RS

INTRODUÇÃO OU CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) sediado no município de Ijuí/RS integra a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e tem sua abrangência na Macrorregião Missioneira, que contempla três coordenadorias regionais de saúde (9ª CRS/Cruz Alta/RS, 12ª CRS/Santo Ângelo/RS e 17ª CRS/Ijuí/RS), com população de 829.190 mil habitantes, num total de 57 municípios. Conforme a Portaria 2.728/2009 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Renast, “os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais” (BRASIL, 2009).

No âmbito do controle social, entre as atribuições dos Cerest, ainda está prevista, na referida portaria, “a qualificação em saúde do trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como, por exemplo, representantes de conselhos de saúde, sindicatos de trabalhadores entre outros” (BRASIL, 2009).

A Lei Federal 8.080/1990 determina a constituição de comissões intersetoriais permanentes, criadas e estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para saúde. As Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cistt) são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como espaço legítimo do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dessas comissões, é possível desencadear processos de educação permanente no âmbito da saúde do trabalhador, direcionados a conselheiros municipais

de saúde, possibilitando-lhes a compreensão da estrutura e do funcionamento da saúde do trabalhador, como campo de atuação no SUS, e entendimento ampliado sobre saúde (BRASIL, 1990).

OBJETIVO

Instrumentalizar os Conselhos Municipais de Saúde para a criação das Cistt, capacitando os conselheiros municipais na construção de habilidades e atitudes para que possam discutir potencialidades e dificuldades acerca da saúde do trabalhador (políticas públicas, gestão, financiamento, legislação, programas e projetos) e fornecendo subsídios ao pleno do conselho na deliberação sobre suas recomendações.

DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS, MÉTODOS OU PROCESSOS DE TRABALHO IMPLEMENTADOS OU EM PLANEJAMENTO

Inicialmente, seguindo a programação de atividades e prazos a serem cumpridos, realiza-se contato com integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde para solicitar participação de profissionais do Cerest em reuniões desses conselhos para a inclusão da temática Cistt na pauta de reunião, com o objetivo de sensibilizar e convencer conselheiros municipais de saúde a implementar a referida comissão. Fomenta-se a discussão sobre a necessidade de o Conselho Municipal de Saúde criar a Cistt para a efetivação da Política Nacional em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Desse modo, incentiva-se a necessidade de o município desenvolver ações em saúde do trabalhador e ter um profissional da saúde como referência para essa política, exercendo, assim, o controle social.

Após a criação da comissão, a equipe do Cerest realiza capacitação dos conselheiros municipais de saúde quanto ao funcionamento e aos objetivos da Cistt, assim como a respeito de demais assuntos sobre a saúde do trabalhador.

O projeto está sendo desenvolvido em três etapas, elencadas conforme o porte do município, com base na classificação de dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010. A primeira etapa, desenvolvida em 2016, foi realizada em três dos quatro municípios de médio porte (50.001 a 100.000 habitantes) da abrangência do Cerest/Missões/Ijuí-RS, sendo estes os municípios-sede das Coordenadorias Regionais de Saúde. A segunda etapa está sendo desenvolvida neste ano (2017) em um município de médio porte e nos três municípios de pequeno

porte 2 (20.001 a 50.000 habitantes). A terceira etapa será realizada nos anos 2018, 2019 e 2020, nos 50 municípios de pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes).

Quadro 1 – Programação das atividades a serem desenvolvidas e seus respectivos prazos

	2016	2017	2018	2019	2020
Formatação e adaptação do projeto	x				
Integrar a Cistt estadual do RS	x	x	x	x	x
Municípios de médio porte (4 municípios)	x	x			
Municípios de pequeno porte 2 (3 municípios)		x			
Municípios de pequeno porte 1 (50 municípios)			x	x	x
Avaliação e encaminhamentos	x	x	x	x	x

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a criação da Cistt nos Conselhos Municipais de Saúde, realiza-se reunião que passa aos integrantes da Comissão e demais conselheiros de saúde, por meio de breve capacitação, informações acerca do papel do Cerest como apoio técnico especializado para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores, na rede de atenção à saúde do SUS, e sobre os objetivos, a importância e as ações das Cistt. São nominadas as ações em saúde do trabalhador, passíveis de realização por parte do município, com o apoio do controle social e do Cerest, dando, como exemplos, a alimentação dos sistemas de informações (Sist e Sinan) e, desse modo, fomentando a notificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador; a elaboração de mapas de riscos; as ações de prevenção e promoção à saúde do trabalhador e ações de educação continuada. Ainda, fomenta-se a busca de parceiros dos setores públicos e privados, sindicatos e associações para o efetivo controle social em saúde do trabalhador e assim a efetivação de Cistt. Como retaguarda especializada, um integrante da equipe do Cerest, que é o responsável técnico pelo suporte às equipes de saúde do município, atuará como facilitador e articulador entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e o Cerest.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS OU ESPERADOS

O referido projeto já estava em desenvolvimento nos municípios-sede das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), mas, após sua divulgação no Curso de Introdução à Saúde do Trabalhador para Conselheiros Municipais de Saúde, a adesão tornou-se mais efetiva. A implementação das Cistt nos três municípios-sede das CRS concluiu-se em 2017. A Cistt/Ijuí iniciou-se em 2015 e foi efetivada em 2016, e as Cistt de Santo Ângelo e Cruz Alta iniciaram em 2016 e foram efetivadas em 2017. Atualmente, há quatro municípios em que deverão ser implantadas (Panambi, São Borja, São Luiz Gonzaga e Tupanciretã), mas apenas dois encontram-se em tratativas, não sendo obrigatória a adesão de todos os municípios.

Em virtude da realização do Curso de Qualificação em Saúde do Trabalhador para Conselheiros Municipais de Saúde, ocorrido em 2016, estes têm se mostrado engajados na criação das Cistt em seus conselhos. Alguns dos conselhos de saúde (Ajuricaba, Joia, Coronel Barros, Cerro Largo, São Valério do Sul, Ubiretama e Vitória das Missões) já manifestaram interesse em serem instrumentalizados em 2018 para a criação das Cistt. Mas é necessário manter a busca ativa em outros Conselhos de Saúde para que se fomente a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR E PARA OS TEXTOS DA PRÁTICA

A execução desse projeto está sendo uma experiência de aproximação com o controle social e importante ferramenta de efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, visando fortalecer a saúde do trabalhador por meio da ação de outros atores sociais, entidades, sociedade e poder público.

Percebe-se grandes fragilidades nos conselhos de saúde, que versam sobre todas as políticas de saúde, sua formação, seu papel, sua atuação, por vezes atuando de forma irregular.

Os Conselhos Municipais de Saúde necessitam de maior apoio dos conselhos nacional e estaduais, bem como educação permanente de seus conselheiros para sua instrumentalização e funcionamento pleno.

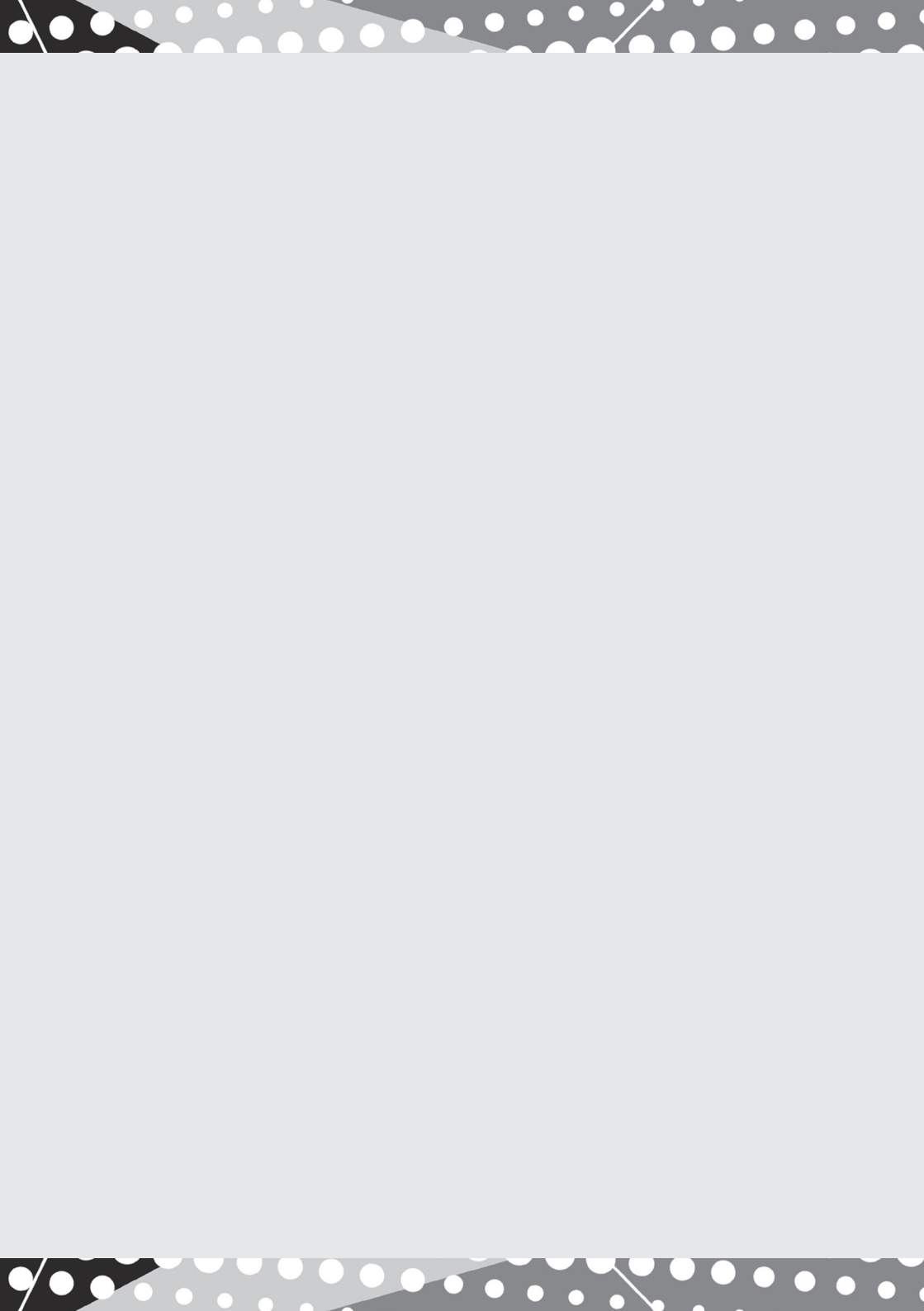
REFERÊNCIAS

ANTES, L. S.; SÓRIA, C. R. **Projeto Capacitação em saúde do trabalhador e sensibilização para a criação das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na área de abrangência do Cerest/Missões (2016-2020)**. Missões, 2015.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 set.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 76.

IBGE. **Critérios de classificação populacional dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.



Videodocumentários: narrativas de acidentes de trabalho na rede de distribuição elétrica no Brasil

Alessandro José Nunes da Silva,¹ Sandra Renata Canale Duracenko¹ e Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela²

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Piracicaba/SP

² Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo – São Paulo/SP

INTRODUÇÃO

A realidade dos trabalhadores do setor elétrico é preocupante. Pesquisa (SILVA, 2015) sobre o setor revela a precariedade das condições de trabalho dos eletricitários, principalmente dos trabalhadores terceirizados, que apresentam taxas de mortalidade muito acima dos trabalhadores próprios e acima de outros setores da economia. A acidentalidade no setor elétrico no período de 1999 a 2013 foi, em média, 4,8 vezes maior que a dos demais setores da economia no Brasil (SILVA, 2015).

Diante disso, existe a necessidade de acompanhar e entender o rápido processo de transformação que o setor elétrico atravessa e seus reflexos nas condições de trabalho, uma vez que há exposição dos trabalhadores aos perigos e riscos das interações com novos equipamentos e tecnologias, geralmente concebidas unicamente para a produção, sem que sejam consideradas as questões relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores.

Nesse cenário, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) Piracicaba, em conjunto com representantes dos trabalhadores e da universidade, organizou espaços coletivos para a construção de dois videodocumentários, com a finalidade de dar visibilidade ao tema e chamar atenção para a necessidade de intervenção formativa.

Esses tipos de vídeos, segundo Alves e Novaes (2009), são instrumentos pedagógicos de extensão universitária, voltados à discussão de questões do meio ambiente, das relações e condições de trabalho internas em nosso país e visam

provocar a reflexão crítica. Além de dar maior visibilidade social sobre essas condições de vida e de trabalho, também são meio eficaz para aproximar a universidade e os serviços de saúde do trabalhador da sociedade brasileira. Utiliza-se como estratégia de divulgação o uso dos documentários em salas de aula, oficinas de reflexão, difusão nas redes sociais etc., de modo a alcançar a sociedade civil e públicos diversos, que não são alcançáveis por meios tradicionais, como boletins ou artigos técnico-científicos.

OBJETIVO

Relatar a experiência de produção de dois documentários sobre acidentes de trabalho com a rede elétrica no setor de distribuição.

METODOLOGIA

Análise descritiva do processo de articulação do Cerest, Ministério Público do Trabalho (MPT), academia e grupos de comunicação para a produção de dois documentários relacionados à realidade acidentária do setor elétrico, nos estados de São Paulo (SP) e Minas Gerais (MG).

RESULTADOS

A trajetória inicia-se no fim de 2012, quando representantes do movimento sindical, em destaque o Sindicato dos Trabalhadores Energéticos do Estado de São Paulo (Sinergia)/Campinas e o Sindicato Intermunicipal dos Trabalhadores na Indústria Energética (Sindieletro)/MG, buscaram, no grupo do Fórum de Acidentes de Trabalho (AT), ajuda para discutir acidentes no setor.

A pesquisa tornou-se demanda a partir de debate realizado no 34º Encontro Presencial do Fórum AT, quando pesquisadores e dirigentes sindicais apresentaram quadro de elevado índice de mortes no setor de distribuição de energia elétrica no país atingindo trabalhadores próprios e terceiros.

O Cerest/Piracicaba, com a equipe do projeto temático (VILELA, 2013), articulou, em parceria com o Ministério Público do Trabalho da 15ª Região, apoio para realização de estudo (ALVES e NOVAES, 2009) sobre acidentes graves e mortes de trabalhadores do setor e de financiamento por meio de multa em ação civil pública (ACP) ou no descumprimento de termos de ajustes de conduta (TAC) para o desenvolvimento dos dois documentários.

As investigações do processo causal dos acidentes basearam-se no modelo de análise e prevenção de acidentes (Mapa) (ALMEIDA; VILELA, 2010), como forma de disseminar a abordagem organizacional em crítica à abordagem dominante do erro humano.

A cooperação com MPT teve apoio financeiro por meio do pagamento de multa proveniente do processo judicial, possibilitando a criação de dois grupos de comunicação, para o desenvolvimento e produção dos documentários. Uma equipe conduziu a elaboração de documentário no Estado de Minas Gerais (DUBLÊ DE ELETRICISTA, 2015) e no Estado de São Paulo (ELETRICITÁRIOS, 2015).

As equipes realizaram registros de imagens das condições de trabalho existentes nos reparos e na manutenção das redes de distribuição de energia, assim como gravações e entrevistas, previamente agendadas com trabalhadores acidentados, familiares de trabalhadores que morreram no ambiente de trabalho, dirigentes sindicais, pesquisadores e funcionários de empresas.

O primeiro curta-metragem, *Dublê de eletricista – Um documentário sobre a terceirização no setor elétrico brasileiro*, está disponível no YouTube, com 15.739 visualizações, até a presente data. O vídeo retrata a trajetória de vida de um trabalhador eletricitário, terceirizado e que se sente como um dublê, uma vez que substitui o trabalhador do quadro próprio, em condições precárias, assumindo o perigo da “cena da atuação” na rede sem receber os “créditos” correspondentes. O documentário teve participação direta dos diretores sindicais do Sindieletrô/MG (DUBLÊ DE ELETRICISTA, 2015).

A produção foi premiada em 2016, no Brazilian International Labour Film Festival Mostra Cine Trabalho, além de ser apresentada e debatida em audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Também desencadeou vários desdobramentos, como o encaminhamento de cópias do documentário para a Agência Nacional de Energia Elétrica, para os presidentes da Câmara Federal e do Senado e para o governador de Minas Gerais.

O segundo documentário, *Eletricitários*, também disponibilizado no YouTube e com 2.189 visualizações (ELETRICITÁRIOS, 2015) até a presente data, teve o foco da análise circunscrito a dois casos de acidentes. O primeiro trata-se de trabalhador vitimado por acidente de trabalho, ocorrido na troca de um cabo da rede secundária desenergizada, operação realizada por equipe de trabalhadores com a rede primária de distribuição energizada. O segundo caso relatado é de eletricista da distribuidora que faleceu durante atividade de trabalho em linha energizada. O documentário teve participação direta dos diretores sindicais do Sinergia – Campinas/SP.

Eletricitários teve lançamento no 50º Encontro Presencial do Fórum de AT, ocorrido em 11/11/2015, em Campinas/SP. Nesse evento, distribuíram-se cópias de DVD para os participantes membros do MPT, universidades, representantes sindicais e serviços de saúde do trabalhador.

Os vídeos têm sido utilizados, como instrumento pedagógico, em diversos eventos organizados pela equipe do Fórum de Acidentes de Trabalho, destacam-se os cursos de investigação de acidentes do trabalho para sindicalistas, para estudantes universitários e membros de serviços em saúde do trabalhador.

CONCLUSÕES

Este trabalho está em sintonia com as diretrizes da vigilância em saúde do trabalhador (Visat), uma vez que buscou, por meio dos documentários, disseminar as informações referentes ao setor elétrico e, conseqüentemente, dar visibilidade para o início de processo de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho.

A participação do controle social, com a incorporação dos trabalhadores e das suas organizações em todas as etapas do desenvolvimento dos documentários, foi estratégica para que estes fossem atores fundamentais na criação e na divulgação do material desenvolvido.

A abordagem multiprofissional com os vários saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, as narrativas dos trabalhadores foram imprescindíveis para o desenvolvimento dos documentários.

A difusão de análises de acidentes em forma de vídeos didáticos é uma das estratégias adotadas pelo comitê americano de investigação de acidentes químicos (ESTADOS UNIDOS, 2017), de modo a revelar o que aconteceu, as conseqüências dos acidentes e disseminar conhecimento para despertar ações preventivas em diferentes segmentos e atores sociais.

Nessa perspectiva, a construção dos dois videodocumentários vislumbrou a multiplicidade de olhares, propiciando a percepção de uma realidade social. A conjugação de esforços entre os serviços, as universidades e os representantes sindicais favorece e aprimora debates para desnaturalizar interpretações e, nesse processo, formar cidadãos com uma visão crítica da sociedade.

Em consonância com a abordagem adotada por Alves e Novaes (2009), a experiência de produção dos vídeos colaborou para a difusão, na forma didática e

pedagógica, de conhecimentos científicos e tecnológicos, contribuindo para o reconhecimento e fortalecimento das ações do Cerest/Piracicaba no campo das políticas públicas, desenvolvidas durante 14 anos, em torno da análise e prevenção de AT no âmbito da Visat.

Os documentários precisam gerar no público essencialmente reflexão, indignação, perplexidade, a fim de aperfeiçoar a forma de se ver o mundo. A estratégia do Cerest/Piracicaba na elaboração dos videodocumentários tem contribuído para essa desnaturalização e entendimento de que todos precisam de energia elétrica, mas nenhuma necessidade pode estar acima da vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M.; VILELA, R. A. G. **Modelo de análise e prevenção de acidente de trabalho – Mapa**. Piracicaba, SP: Cerest, 2010. 52 p.

ALVES, F. J. da C.; NOVAES, J. R. Migrantes-trabalho e trabalhadores no complexo agroindustrial canavieiro (os heróis do agronegócio brasileiro).

Revista Espaço de Diálogo e Desconexão, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 1-5, jan./jul. 2009. Disponível em: <<http://piwik.seer.fclar.unesp.br/redd/article/viewFile/1735/1414>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

DUBLÊ DE ELETRICISTA... Direção e produção de Benedito Maia; Carlos Machado. [S.l.]: USP, 2015. (20 min.), son., color. Documentário sobre a terceirização no setor elétrico brasileiro. Disponível em: <https://youtu.be/PuCoggk8_l8>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ELETRICITÁRIOS. Direção: Cleisson Vital. Produção: Alessandro Nunes. Consultor: Beto Novaes. São Paulo: Cerest; USP, 2015. Documentário sobre o processo de trabalho do setor elétrico brasileiro. (20 min.). Disponível em: <<https://youtu.be/fdigdml-UdY>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ESTADOS UNIDOS. Chemical Safety Board. **Mission**. Disponível em: <<http://www.csb.gov/about-the-csb/mission/>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SILVA, A. J. N. **Análise organizacional de acidentes de trabalho no setor de distribuição de energia elétrica**. 2015. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/139369>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

VILELA, R. A. G.; CHIESA, A. M; ALMEIDA, I. M.; CARDOSO, M. R. **Acidente de trabalho**: da análise sociotécnica à construção social de mudanças. São Paulo: USP, 2013. Projeto Temático. Apoio: Fapesp.

Curso de Introdução à Saúde do Trabalhador para conselheiros municipais de saúde da Macrorregião Missioneira/RS

Luciane Sarturi Antes¹ e Patricia Felden Torma¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Macrorregião Missioneira/Ijuí/RS

INTRODUÇÃO OU CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), tratando-se de ferramenta estratégica do SUS para disseminação das práticas em saúde do trabalhador na sua região de abrangência, entende, como recurso fundamental para a efetivação de suas ações de prevenção, a interface com os Conselhos Municipais Saúde. Para tanto, identifica a necessidade de aproximar-se do controle social, construindo parcerias e socializando conhecimentos teóricos e práticos, pois os conselhos de saúde são importantes ferramentas na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, e conselheiros municipais de saúde tornam-se possíveis colaboradores na efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Macrorregião Missioneira.

O curso ocorreu em 2016, com carga horária de 40 horas, e dividiu-se em 12 módulos sobre temas básicos e introdutórios em saúde do trabalhador, tais como: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e outras legislações, acidentes e doenças relacionados ao trabalho, processo de trabalho, saúde mental, ergonomia, trabalho infantil, acidentes de trabalho, controle social, previdência social e vigilância em saúde do trabalhador.

Os encontros propiciaram a sensibilização dos conselheiros no que tange à saúde do trabalhador, agregando conhecimentos e favorecendo trocas de experiências.

OBJETIVOS

Fornecer elementos teóricos do processo saúde e trabalho e sensibilizar conselheiros municipais de saúde para que se tornem protagonistas na construção e na efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios da Macrorregião Missioneira.

DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS, MÉTODOS OU PROCESSOS DE TRABALHO IMPLEMENTADOS OU EM PLANEJAMENTO

Inicialmente, realizou-se o cadastramento dos Conselhos Municipais de Saúde por meio do levantamento no banco de dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs) e contatos telefônicos com os gestores municipais da área de abrangência do Cerest. Na sequência, realizou-se reunião com os gestores municipais, presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde ou seus representantes e com responsáveis pela Política de Saúde do Trabalhador/a das Coordenadorias Regionais de Saúde para apresentação do projeto e elaboração do cronograma de atividades. Posteriormente, foram enviados ofícios/convites por *e-mail* às secretarias municipais de saúde e Conselhos Municipais de Saúde com informações para inscrições e cronograma dos encontros.

Ofertaram-se 120 vagas para conselheiros municipais de saúde dos municípios da área de abrangência do Cerest/Missões, que integram três coordenadorias regionais de saúde (9ª CRS – Cruz Alta; 12ª CRS – Santo Ângelo; 17ª CRS – Ijuí), preconizadas duas vagas por município, podendo cada conselho inscrever mais integrantes em cadastro reserva. As inscrições foram homologadas após análise das fichas de inscrição. A formação da turma referendou número mínimo de 20 e máximo de 120 participantes. Os encontros ocorreram em Ijuí/RS, município-sede do Cerest/Missões. O curso foi dividido em 12 módulos, cada um com carga horária de aproximadamente 3 horas, sendo o primeiro e o último módulo de duração maior, totalizando 40 horas, e, como critério de certificação, frequência mínima de 75%. As datas dos encontros foram acordadas com os participantes, com periodicidade média quinzenal, sendo desenvolvidos dois módulos por dia, total de seis encontros. As aulas foram ministradas por profissionais do Cerest/Missões e convidados. Os módulos versaram sobre a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora, legislações e previdência social, papel do Cerest na rede de atenção à saúde, papel da atenção básica nas ações em saúde do trabalhador, reconhecimento de processos de trabalho: riscos e implicações na saúde, sensibilização e identificação do trabalho infantil e proteção à infância e adolescência,

importância da participação do controle social e formação de Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, identificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador: diagnóstico, tratamento, vigilância e prevenção.

Quadro 1 – Cronograma

	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Formatação e adaptação do projeto	X				
Pesquisa Siacs e contatos com municípios		X			
Reunião de apresentação do programa do curso		X			
Divulgação do curso		X	X		
Módulo I: O Cerest e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador				X	
Módulo II: Agravos relacionados ao trabalho				X	
Módulo III: Processo de trabalho e saúde				X	
Módulo IV: Perda auditiva relacionada ao trabalho				X	
Módulo V: Saúde mental e trabalho				X	
Módulo VI: Ergonomia, posturas corporais e prevenção das LER/Dort				X	
Módulo VII: Controle social e saúde do trabalhador					X
Módulo VIII: Trabalho infantil					X
Módulo IX: Prevenção de acidentes de trabalho					X
Módulo X: Previdência social e saúde do trabalhador					X
Módulo XI: Bases legais em saúde do trabalhador					X
Módulo XII: Vigilância em processos e ambientes de trabalho					X
Avaliação, encaminhamentos e entrega de certificados					X

Após o encerramento dos módulos, os participantes tiveram prazo de três meses para apresentar os conhecimentos adquiridos em reunião do seu Conselho Municipal

de Saúde, formalizando por meio de ata enviada ao Núcleo de Educação em Saúde do Trabalhador do Cerest ou entregue no encontro presencial que ocorreu em março de 2017. Propôs-se que os conselheiros buscassem conhecer as ações planejadas e o profissional responsável pela política de saúde do trabalhador de seu município.

O processo de avaliação do curso ocorreu por meio do preenchimento de ficha de avaliação, conceituando cada módulo como bom, regular ou ruim. Oportunizou-se espaço para comentários verbais e escritos. Dos participantes do curso, 92% avaliaram como bom e 8% como regular.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS OU ESPERADOS

Após divulgação, a adesão ocorreu respeitando o número de vagas para formação da turma. Inscreveram-se 96 conselheiros municipais de saúde, participaram 87 conselheiros, representando 29 municípios integrantes da área de abrangência do Cerest/Missões/Ijuí-RS, das três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Concluíram o curso 60 conselheiros municipais de saúde, representantes de 21 municípios da área da abrangência do Cerest/Missões.

Durante o desenvolvimento dos módulos, observou-se participação efetiva da maioria dos conselheiros, sendo possível sensibilizá-los e instrumentalizá-los para a identificação de diversos fatores envolvidos no processo saúde, doença e segurança no trabalho. Participaram do curso representantes dos seguintes municípios: 9ª CRS – Cruz Alta, Ibirubá e Selbach; 12ª CRS – Cerro Largo, Mato Queimado, São Luiz Gonzaga, Santo Ângelo, Ubiretama e Vitória das Missões; e 17ª CRS – Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Chiapetta, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Joia, Panambi, São Valério do Sul e Sede Nova. Alguns conselheiros não conseguiram dar continuidade ao curso, justificando dificuldade de transporte por parte do município de origem.

No que se refere aos encaminhamentos dados ao fim do curso: apresentação dos conteúdos e relatos das experiências vivenciadas no Curso de Introdução à Saúde do Trabalhador em seus respectivos Conselhos Municipais de Saúde, aproximação com os profissionais responsáveis pela Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de seus municípios, reencontro dos conselheiros em 14/3/2017 com relatos das atividades desenvolvidas em seus conselhos. Nesse encontro, apresentaram-se os resultados da avaliação do II Curso de Introdução à Saúde do Trabalhador e distribuídas cartilhas *Orientações para conselheiros de saúde* (2ª edição, 2015), do Tribunal de Contas da União, uma por Conselho Municipal de Saúde participante do curso. O grupo

de conselheiros ainda teve oportunidade de conhecer ações do Grupo de Trabalho Macrorregional sobre os Impactos dos Agrotóxicos na Saúde e no Ambiente e o projeto Sensibilização para Criação de Cistt Municipais, do Cerest/Missões.

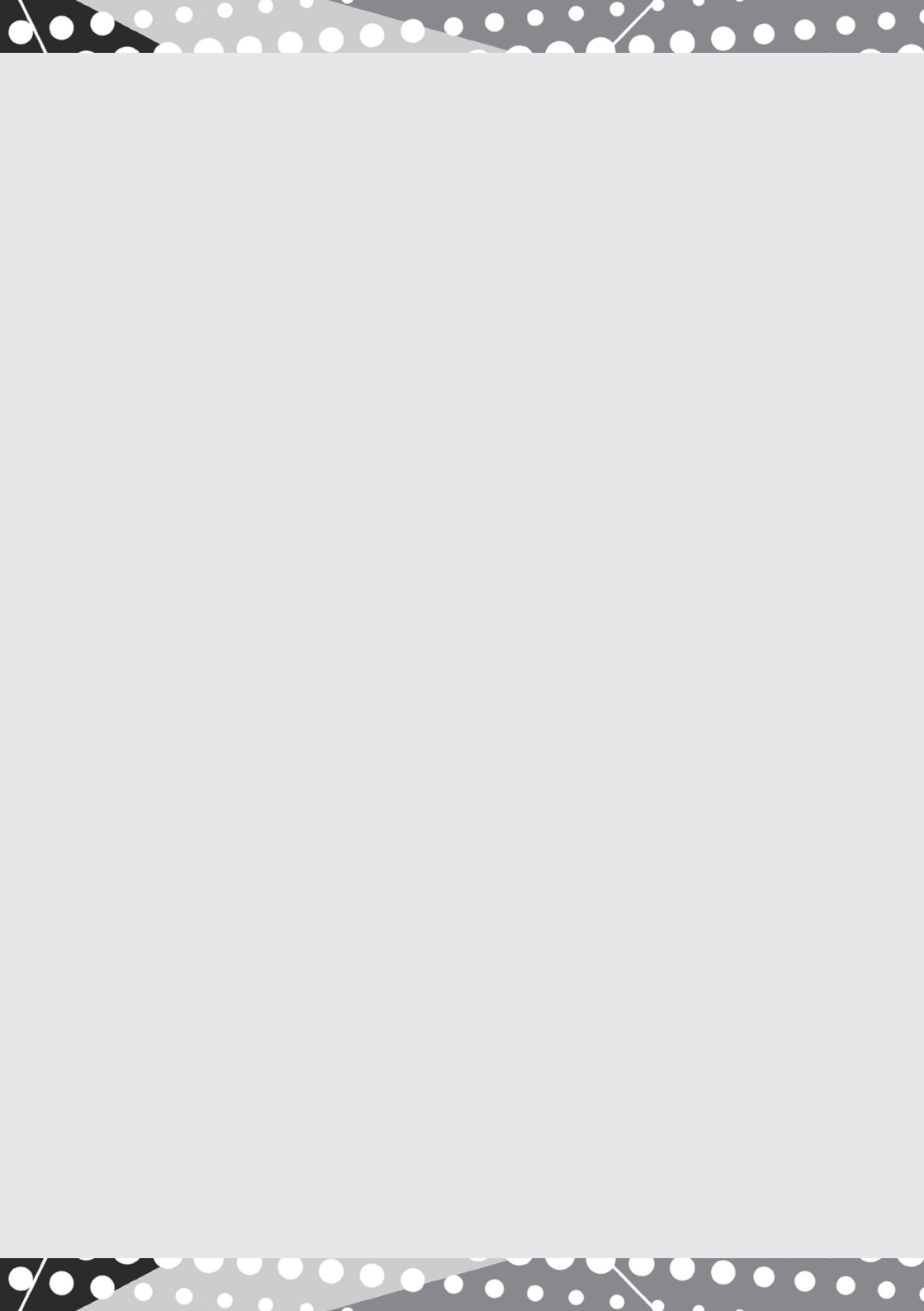
Atualmente, criou-se, por iniciativa desses conselheiros, grupo que se reúne trimestralmente para discutir e traçar estratégias de efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios e fortalecer o controle social, sendo o Cerest o mediador. Esses conselheiros estão engajados na criação das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em seus conselhos e na formulação de estratégias de compartilhamento de experiências entre os Conselhos Municipais de Saúde da Macrorregião Missioneira.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR E PARA OS TEXTOS DA PRÁTICA

A execução do curso foi uma experiência de aproximação e qualificação do controle social, com vistas a fortalecer a saúde do trabalhador por meio da capacidade de a sociedade atuar em políticas públicas, buscando funcionar em conjunto com usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Os participantes do curso identificaram, em diversos momentos, que a maioria dos conselheiros municipais de saúde possui dificuldades de entendimento da sua função, percebendo lacuna nas informações sobre suas atribuições. Identificaram a necessidade de capacitações dos conselheiros acerca de todas as temáticas que envolvem os Conselhos Municipais de Saúde, ampliando a formação a outros membros de seus conselhos. Atendendo à demanda, buscaram-se informações no Conselho Estadual de Saúde e constatou-se que, em 2017, existem capacitações disponibilizadas em âmbito estadual e nacional. O Cerest está fomentando a participação dos conselheiros.

O curso atingiu os objetivos propostos no que se refere à instrumentalização e à sensibilização dos participantes. Os reencontros têm sido importantes momentos de trocas de experiências entre os conselheiros municipais de saúde, possibilitando a construção de seu protagonismo nas ações de controle social e no desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção da saúde do trabalhador.



A experiência do primeiro curso de capacitação para conselheiros de saúde e membros das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) do Cerest/Polo Duque de Caxias/RJ

Débora Lopes de Oliveira,¹ Cláudia Gouveia dos Santos¹ e Tania Regina Martins Cubiça¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Duque de Caxias/RJ

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste texto é apresentar a experiência do curso de capacitação para conselheiros de saúde e membros das Cist, organizado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)/Polo Duque de Caxias, localizado na Baixada Fluminense, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que abrange os municípios de Duque de Caxias, Magé, São João de Meriti e Queimados.

A realização do curso foi resultado da demanda advinda dos conselheiros de saúde e de proposições das conferências regionais de saúde do trabalhador. Constou no plano de ação do Cerest e foi formulado e aprovado pelo conselho gestor da unidade, bem como pelo Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

Os objetivos do curso foram: capacitar teórica e politicamente conselheiros de saúde e membros das Cist para intervir, de modo qualitativo, nos espaços de controle social; democratizar informações e oportunizar formação crítica para instrumentalizar os conselheiros de saúde e membros das Cist para atuação política qualificada, que vá além de ação meramente tecnoburocrática; e formar multiplicadores que garantam a continuidade de participação política nos conselhos de saúde e nas Cist, assim como nas políticas sociais públicas.

O CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE E MEMBROS DAS CIST

O curso foi desenvolvido no período de 3 de março a 5 de maio de 2016, com a presença de 40 participantes, entre eles membros dos conselhos de saúde e das Cist dos municípios da área de abrangência do Cerest e membros do conselho gestor do Cerest. Nesse espaço, apresentaram-se e discutiram-se temas relacionados ao controle social, política de saúde e saúde do trabalhador.

PARTICIPANTES

O curso contou com 40 participantes: 13 representantes do município de Duque de Caxias; 10 do município de Magé; 7 do município de São João de Meriti; e 10 do município de Queimados.

De modo a garantir a igualdade de participação dos municípios no curso, disponibilizaram-se 10 vagas por município, e abriu-se lista de espera caso houvesse desistência ou algum município deixasse de preencher o número de vagas disponíveis.

Em relação às instituições/movimentos que os participantes representavam, listam-se: instituição de ensino superior privado (1); movimento negro (3); movimento comunitário (9); conselho profissional (1); movimento de *gays* e lésbicas (1); sindicatos/centrais sindicais (9); movimento de mulheres (3); profissionais de saúde (4); técnicos da saúde do trabalhador (6); e instituição filantrópica (3).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O curso foi ministrado por meio de aulas semanais, com duração de três horas num período de três meses, totalizando carga horária de 24 horas. As aulas foram divididas em duas partes: a primeira compreendida por apresentação do conteúdo, e a segunda para realização de debates e/ou oficinas.

O procedimento metodológico empregado foi o da exposição dialogada com o auxílio de recursos audiovisuais (datashow e vídeos). No decorrer do curso, disponibilizaram-se aos participantes materiais bibliográficos, de acordo com a programação apresentada por cada expositor.

TEMÁTICAS

A ementa, discutida e aprovada no conselho gestor do Cerest, foi organizada com o intuito de informar/formar sobre a construção histórico-política da ação do Estado e da sociedade civil organizada. Assim se distribuiu a ementa:

Mesa de abertura – Introdução ao campo da saúde do trabalhador.

Primeiro módulo – “As políticas sociais e a saúde do trabalhador no Brasil”, em que se discutiram os antecedentes históricos das políticas sociais no Brasil, o movimento da reforma sanitária e a Constituição Federal de 1988, e o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde do trabalhador no Brasil: a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Segundo módulo – “Controle social, participação cidadã e a saúde do trabalhador”.

Terceiro módulo – “Aspectos legais da saúde do trabalhador”, que apresentou a legislação do SUS (Leis 8.080 e 8.142) e a da saúde do trabalhador.

Quarto módulo – “Financiamento e orçamento público”.

Mesa de encerramento do curso – “Conjuntura e saúde do trabalhador”, na qual três expositores discorreram sobre as mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na saúde do trabalhador, o processo de privatização/mercantilização na área da saúde e o processo de contrarreforma da Previdência Social.

Para a exposição das temáticas, contou-se com a colaboração de técnicos do Cerest, professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), além de membros da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da capacitação técnico-política para conselheiros de saúde e membros das Cist vem se impondo como condição necessária para o exercício do controle social na saúde do trabalhador, tendo em vista as atribuições legalmente a eles conferidas. Entretanto, é importante assinalar que a capacitação não deve ser vista como uma panaceia, pois a desinformação generalizada é apenas um dos obstáculos para que a participação se efetive. Sendo assim, compreende-se que a capacitação dos conselheiros e membros das Cist é um dos fatores que contribui para o fortalecimento do controle social na saúde do trabalhador e que ela deve ser processo contínuo de formação e informação.

Nesse aspecto, como desdobramento da proposta relatada, definiu-se uma estratégia de formação continuada para as instâncias de controle social da área de abrangência do Cerest/Polo Duque de Caxias: a realização de ciclos de debate e mesas-redondas que abordem questões conjunturais e temas de interesse para a saúde do trabalhador, bem como a realização bianual do curso de capacitação.

A partir da realização do curso de capacitação, os participantes perceberam a necessidade de retomada da luta em prol da saúde pública na região da Baixada Fluminense, mediante os constantes ataques que o SUS vem sofrendo. Nesse aspecto, propôs-se a criação de fórum de rearticulação da luta na Baixada Fluminense, que se desdobrou em cinco encontros itinerantes e resultou na realização do II Encontro Popular de Saúde, realizado no município de Nova Iguaçu, no fim de 2016, organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro.

O desmonte das políticas públicas no Brasil, em particular no Estado do Rio de Janeiro, tem apresentado impactos no que tange à saúde e afastado os sindicatos das lutas sociais, haja vista a participação de apenas um sindicato no encontro realizado em Nova Iguaçu voltado para a discussão da saúde pública.

É importante mencionar a pouca participação de representantes sindicais no curso, reflexo da baixa participação sindical nas instâncias de controle social do SUS. Isso também demonstra que as Cist precisam de maior acompanhamento e fortalecimento, visto que vêm se constituindo basicamente de conselheiros de saúde e/ou funcionando de modo precário.

Nesse sentido, é preciso continuar fomentando a realização de cursos como esse nas instâncias de controle social e organização dos trabalhadores, a fim de contribuir com eles no debate sobre a saúde do trabalhador e fortalecer a participação dos trabalhadores nas instâncias de controle social.

Conforme aponta Vasconcellos (2007), o controle social na área da saúde do trabalhador, distintamente de outras áreas da saúde pública, vincula-se à própria concepção da área, sua origem, sua vida e sua trajetória, distintamente de outras áreas da saúde pública. Isso significa dizer que a participação das representações específicas do grupo (no caso dos trabalhadores) é condição indispensável para que a área exista. Qualquer distanciamento entre o pensar e o agir político inviabiliza o processo.

REFERÊNCIAS

VASCONCELLOS L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:** apontamentos para uma política de Estado. 2007. 439 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

Avaliação da exposição do benzeno em postos de gasolina no município do Rio de Janeiro: a utilização de personagem e seu uso em materiais gráficos educativos

Ana Claudia Corrêa Bittencourt Sodrê,¹ Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos,¹
Leandro Vargas Barreto de Carvalho¹ e Erica Tatiana Teles¹

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro/RJ

INTRODUÇÃO

Na área de saúde do trabalhador, ações estão sendo criadas para formular e implementar políticas de proteção à saúde, visando à redução das doenças relacionadas ao trabalho. Uma dessas ações foi promovida pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/ENSP/Fiocruz), em conjunto com o Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo do Estado do Rio de Janeiro (Sinpospetro/RJ), e consiste na redução do nível de exposição ao benzeno em postos de gasolina no município do Rio de Janeiro. O benzeno, um dos componentes da gasolina, é considerado a sexta substância de maior risco à saúde humana em razão de suas propriedades carcinogênicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN CONFERENCE OF GOVERNMENTAL INDUSTRIAL, 2003). Para tanto, foram desenvolvidos três projetos que visam estudar a exposição do frentista ao benzeno e implementar ações para minimizar o risco. O projeto-piloto reuniu cerca de 10 postos e avaliou 108 trabalhadores. Os resultados demonstraram que 30% apresentaram distúrbios hematológicos suspeitos de benzenismo, e sete desses indivíduos apresentavam distúrbios sugestivos de leucopenia. O projeto foi ampliado para a zona AP5.3 e, no momento, ainda está em desenvolvimento, avaliando o ambiente dos trabalhadores por meio de indicadores biológicos.

Personagem e narrativas, que identificassem costumes, hábitos e práticas cotidianas dos trabalhadores, foram elaborados para formar vínculos emocionais e aumentar a receptividade das informações contidas nos impressos. Para tal, a metodologia

utilizada levou em conta a vivência e a realidade dos frentistas, abordando aspectos que fazem parte do seu ambiente e de sua atividade laboral. A utilização de materiais gráficos é prática comum nos programas de saúde, com conteúdos que abrangem diversas áreas e são capazes de promover resultados expressivos na sua promoção e prevenção. Um personagem que caracterize a estratégia de comunicação para sensibilizar e estimular mudanças de comportamento da população também tem sido de grande valia no processo. Esse estudo demonstrou que o *design* de personagem pode ser utilizado para auxiliar campanhas de educação, conscientização e prevenção e configura-se como ótima ferramenta de transmissão de informações, aumentando a qualidade da disseminação dos conhecimentos científicos.

OBJETIVOS

Criar personagem e material gráfico educativo que sirvam como instrumentos de informação e proposta para alertar sobre os danos que o benzeno causa à saúde e ao ambiente. Estimular a mudança de comportamento dos frentistas e da população em geral, apoiar a Lei 6.964, do governo do Estado do Rio de Janeiro, que proíbe o abastecimento além da trava de segurança, e ressaltar a importância do *design* na promoção à saúde dos trabalhadores (RIO DE JANEIRO, 2015).

METODOLOGIA

A metodologia do *design thinking*, que parte da identificação e delimitação de um problema e se encerra com um projeto de produto, serviço, processo ou sistema que o solucione (BUCHANAN, 1992), utilizou informações (por meio do acompanhamento do trabalho dos frentistas e de reuniões com o sindicato) e iconografia (ilustrações e fotografias) pertinentes à realidade social desses trabalhadores e à sua cultura regional, a fim de embasar a concepção do personagem a ser utilizado no projeto. Em seguida, estabeleceu-se estado da arte de instrumentos gráficos de informação usados em campanhas de promoção à saúde, incluindo aqueles que fazem uso de personagens (como o Zé Gotinha).

A opção pelo emprego de personagens e narrativas se justifica pelo fato de a arte de contar histórias ser a forma original encontrada e desenvolvida pelos seres humanos de passar adiante conhecimentos e valores éticos. White (1981) lembra que, etimologicamente, o termo “narrar” chega até nós pelas palavras latinas *gnarus* (tomar conhecimento) e *narrō* (relatar, contar), depois de ter se originado da raiz sânscrita

gña, que significa “conhecer”. Isso demonstra que a narrativa é considerada, desde tempos remotos, forma de construir e transmitir conhecimentos.

Lyotard (2006) recupera, na contemporaneidade, o valor da narrativa como a forma original, natural ou habitual de edificar e passar adiante saberes, reafirmando o papel das histórias na formação do caráter e do espírito humano, pela representação de condutas humanas positivas ou negativas, que levam aos bons ou maus fins.

A imitação do comportamento de seus pares é a forma inicial de aprendizagem humana. É observando as escolhas de seus semelhantes que os indivíduos descobrem quais ações produzem efeitos positivos e negativos, passando a imitar os bons comportamentos e a evitar os maus. Sendo assim, os personagens são vetores prototípicos do caráter humano.

O presente trabalho aposta no *design* de personagens como recurso para educação, conscientização, prevenção e promoção na saúde do trabalhador.

ÁREA DE ESTUDO

Com extensão de 1.197,463 quilômetros quadrados, o município do Rio de Janeiro é o segundo no *ranking* dos mais populosos do Brasil e é administrativamente dividido em cinco áreas de planejamento (AP), 33 regiões administrativas (RA) e 160 bairros. Possui 1.108 postos de gasolina, dos quais aproximadamente 50% são sindicalizados.

Considerando a divisão do município, a AP 5, situada na Zona Oeste, é composta de cinco RA: Bangu, Realengo, Campo Grande, Guaratiba e Santa Cruz, sendo essa última, AP 5.3, a área de estudo do projeto (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba). Segundo dados da Secretaria de Fazenda do Estado, na AP 5.3 localizam-se empresas de grande porte, como Companhia Siderúrgica do Atlântico, Gerdau, Fábrica Carioca de Catalisadores, Casa da Moeda e Pan-Americana. Segundo informações de 2009 do Instituto Estadual do Ambiente (Inea), a AP 5.3, é área crítica em termos de poluição e é a segunda maior concentração de população, de veículos, de indústrias e de emissoras de poluentes do país (BARROS et al., 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Zé do Click foi criado participativamente com controle social, para o Projeto Benzeno, em conjunto com o Sinpospetro/RJ, em 2015, que solicitou ao Cesteh apoio na avaliação dos trabalhadores e em ações de promoção e prevenção. O argumento geral que estabelece o universo *diegético* e a *concept art* desse personagem foram

criados e, em seguida, desenvolvidas todas as peças publicitárias para a campanha “Motorista complete o tanque até o automático”. Também foram criados história em quadrinhos e teatrinho de marionetes do Zé do Click, reproduzindo cena do cotidiano dos frentistas.

Figura 1 – Personagem Zé do Click, versão final (2015)



Ilustrador: Marcelus Gaio.

Banco de imagens da Coordenação de Comunicação Institucional (CCI/ENSP/Fiocruz).

Figura 2 – Peças publicitárias da campanha “Motorista complete o tanque até o automático” (2015)

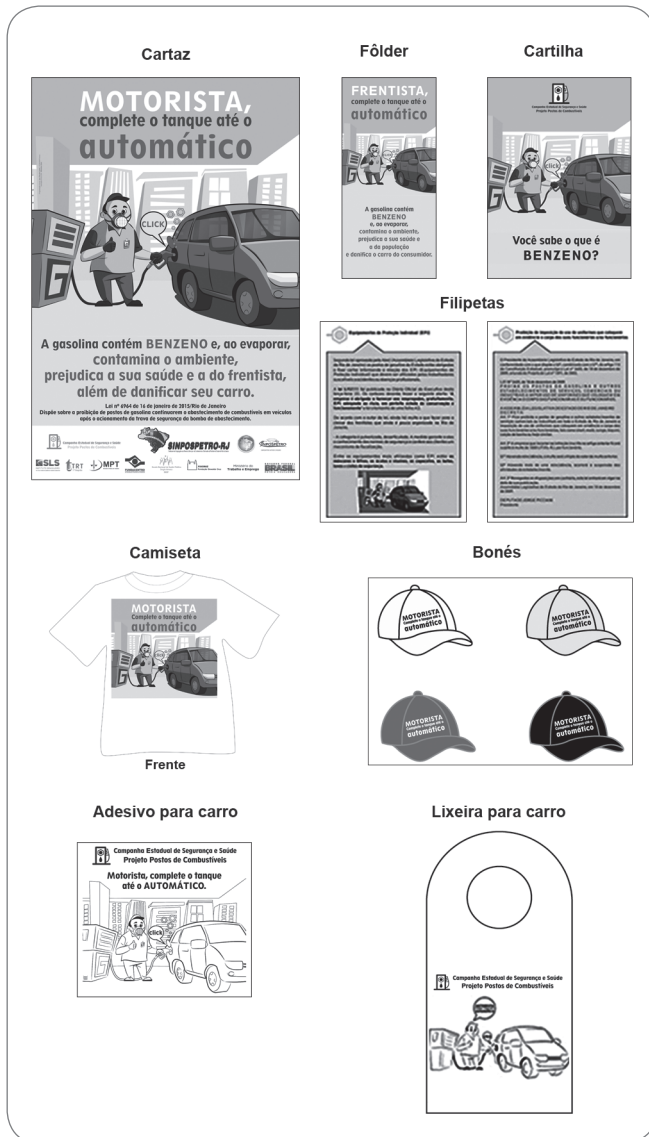
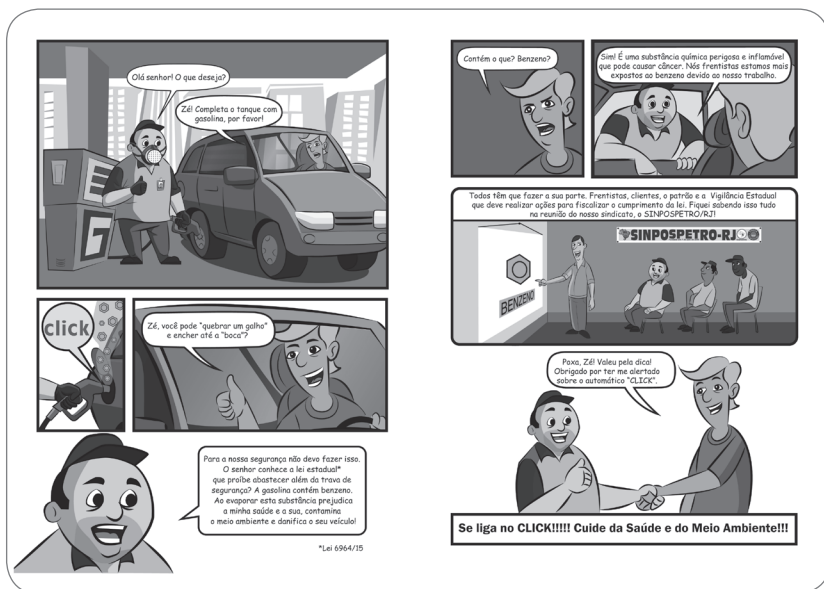


Figura 3 – História em quadrinhos para a campanha “Motorista complete o tanque até o automático” (2015)



Banco de imagens da CCI/ENSP/Fiocruz.

Figura 4 – Teatrinho de marionetes do Zé do Click, reproduzindo cena do cotidiano dos frentistas na hora de encher o tanque do carro do motorista



Foto: Ana Sodré.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa surgiu da necessidade de pensar proposta inovadora como estratégia de saúde do trabalhador que promovesse a melhoria ao acesso às informações sobre os males do benzeno.

A concepção do personagem Zé do Click contou com a colaboração de frentistas e do sindicato, que trouxeram saberes construídos a partir de suas experiências, para formar seu universo diegético e suas características visuais. O sucesso do Zé do Click entre os frentistas foi tanto que se reconheceram no personagem e, por meio da aprendizagem pela imitação do comportamento de seu par, passaram a utilizar as informações como forma de evitar a exposição ao benzeno.

Durante esse estudo, foi primordial ressaltar a importância do *design* nas ações de promoção em saúde e prevenção dos agravos na saúde do trabalhador. Essas ações precisam ser informadas aos trabalhadores. Para isso, devem ser veiculadas por meios materiais (cartilhas e campanhas publicitárias) que precisam transparecer em si a sociedade na qual estão inseridos e onde são produzidos. Precisam compreender valores ideológicos da sociedade que os produz, valendo-se de aspectos estéticos e funcionais. Precisam dar conta de diversas questões ao mesmo tempo, incorporar os avanços científicos de sua era, estimular sentidos e induzir forma de pensar. E, principalmente, precisam se aproximar da população envolvida e representar sua cultura. O *design* contribui para isso, de maneira considerável e incontestável.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CONFERENCE OF GOVERNMENTAL INDUSTRIAL HYGIENIST. **Threshold Limit Values for Chemicals Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices**. Cincinnati, 2003.

BARALE, R. Genotossità del benzene. In: MINOIA, C.; APOSTOLI, P.; BARTOLUCCI, G. B. (Orgs.). **Il benzene: tossicologia, ambienti di vita e di lavoro**. Milão: Morgan, 1995. p. 41-50

BARROS, D. et al. **Caracterização ambiental dos postos de revenda de combustíveis no Rio de Janeiro**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ÁGUAS SUBTERRÂNEAS, 15.; ENCONTRO NACIONAL DE PERFURADORES DE POÇOS FEIRA NACIONAL DA ÁGUA, 16., 2008, Natal. **Anais...** Natal: Abas, 2008.

BUCHANAN, R. Wicked problems in design thinking. **Design Issues**, Cambridge, v. 8, n. 2, p. 5-21, 1992.

LYOTARD, J. F. **A condição pós-moderna**. 9. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n. 6.964, de 16 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a proibição de postos de gasolina continuarem o abastecimento de combustíveis em veículos após o acionamento da trava de segurança da bomba de abastecimento. Disponível em: <<https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/162024792/lei-6964-15-rio-de-janeiro-rj>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

WHITE, H. The value of narrativity in the representation of reality. **Critical Inquiry**, Chicago, v. 7, n. 1, p. 5-27, out. 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Biomarkers and Risk Assessment concept and Principles**. Geneva, 1993. (Environmental Health Criteria, n. 155).

A vigilância em saúde do trabalhador e suas interfaces com o controle social: Oficina de Formação para Dirigentes Sindicais

José Carlos Cazumbá,¹ Admilson Machado Ramos,¹ Carlos Alberto Cavalcanti Valença,¹
Gleidson Castro Barbosa da Silva,¹ Maria Helena de Siqueira Brito¹ e
Flávia Karina Wanderley dos Reis¹

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Recife/PE

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat), em seu escopo de características, compreende atuação contínua e sistemática na perspectiva de identificar as relações pertinentes aos processos, à organização e aos ambientes de trabalho, observando os distintos determinantes sociais relacionados com a saúde, a exemplo do consumo, do trabalho, do meio ambiente e, ainda, do desenvolvimento. Destaca-se, entre seus objetivos, o reconhecimento da situação sanitária da população trabalhadora e o perfil de riscos e carga de trabalho; as atuais condições de adoecimento e morte relacionados ao trabalho; as intervenções nos determinantes de agravos e sua atenuação, eliminação ou controle por meio de ações fiscalizatórias ou de negociações coletivas. Nesse sentido, a Visat propõe intervenções sanitárias capazes de elevar os níveis da saúde da população trabalhadora consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu papel de reforma (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2009). O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município do Recife/PE (Cerest/Recife), instituído no ano de 2008 por meio da Resolução CIB-PE 1.236, de 5 de maio de 2008, compreende território de abrangência composto de oito municípios da região metropolitana do município do Recife, capital do Estado de Pernambuco. Inclui ainda, em seu território de abrangência, os municípios de Recife, Olinda, Camaragibe, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma e a Ilha de Itamaracá (PERNAMBUCO, 2008).

A premissa do desenvolvimento das ações de Visat é ser imprescindível a participação dos representantes dos trabalhadores no planejamento, desenvolvimento

e execução dessas ações, como proposto desde a Portaria 3.120, de 1º de julho de 1998, que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 1998). Nessa perspectiva, o Cerest/Recife, por meio da parceria com as centrais sindicais e seus sindicatos, realizou levantamento das convenções coletivas, no que diz respeito às cláusulas relacionadas à saúde do trabalhador. A partir desse levantamento inicial, construiu-se a estratégia da Oficina de Formação para Dirigentes Sindicais. Em julho de 2012, a equipe do Cerest/Recife, em parceria com os dirigentes sindicais, construiu a proposta, com objetivo de instrumentalizar os dirigentes sindicais para discussão de intervenções em parceria com o Cerest/Recife que repercutam na condição de saúde da população trabalhadora.

OBJETIVO

Formar dirigentes sindicais para atuarem em parceria com o Cerest/Recife, na perspectiva da implementação das ações de Visat, no território de abrangência do Cerest/Recife.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

O processo saúde-doença foi abordado por meio de exposição dialogada. Para tanto, utilizou-se metodologia de problematização, cuja proposta é adotada em situações nas quais os temas tratados estejam relacionados com a vida em sociedade. Visa proporcionar autonomia intelectual, possibilitando o pensamento crítico e criativo, além da preparação para atuação política, e levando a uma intencionalidade de ações no sentido da transformação, por parte dos participantes (PRADO et al., 2012).

As oficinas foram organizadas em duas turmas, para que pudessem ser contemplados todos os sindicatos que demonstraram interesse em participar. As atividades ocorreram no auditório do Cerest/Recife, com carga horária de 40 horas. A programação contemplou os seguintes temas: O que é o Cerest e qual é seu papel nos sindicatos?; A medicina do trabalho, a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador; O direito do trabalho e a saúde do trabalhador; Aspectos previdenciários e a saúde do trabalhador; A participação social e as ações de Visat; As convenções coletivas sindicais e suas interfaces com a saúde do trabalhador.

Propôs-se exercício prático: o mapa de riscos, realizado por meio de trabalhos em grupo e levantamento das condições de trabalho referentes aos sindicatos representados na oficina. Trabalhou-se com experiências práticas, vivências e percepções subjetivas dos dirigentes sindicais participantes da oficina, no sentido

de transpor a observação restrita das normas regulamentadoras (NRs), vistas como condições de proteção mínimas à saúde dos trabalhadores.

A partir desse exercício, abordaram-se e discutiram-se temas relacionados às convenções coletivas dos sindicatos representados naquele espaço. Além disso, observou-se quais contemplavam elementos que discutissem aspectos relacionados à proteção da saúde dos trabalhadores. No tocante a esse tema, constatou-se fragilidade a respeito da abordagem das questões relacionadas à saúde do trabalhador, sendo percebido que, na maioria das convenções coletivas, o tema não era notado.

RESULTADOS

Verificou-se o fortalecimento da investigação das condições de trabalho a partir dos instrumentos de levantamento e análise da organização e do processo de trabalho.

Com relação aos temas abordados na oficina, os participantes declararam:

[...]“Em todos os momentos, foi bom demais aprender novas ações.”

“Foram temas muito importantes que abordaram a saúde do trabalhador e a questão do meio ambiente.”

“Aumentou mais os meus conhecimentos.”

“Foram apontados os caminhos. Resta as pessoas responsáveis cumprirem seu papel.” (informação verbal)¹

Esses relatos demonstram que os objetivos propostos foram alcançados, considerando ser indispensável a participação da representação dos trabalhadores no desenvolvimento das ações de Visat.

Por meio do instrumento de avaliação aplicado, foi possível observar o reconhecimento por parte dos participantes da importância da inserção de cláusulas relativas à proteção à saúde dos trabalhadores em suas convenções coletivas. Destaque deve ser dado à incorporação da lógica da Visat na rotina de atuação do Cerest em parceria com os sindicatos.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A construção e a execução dessa proposta de oficina, como primeiro movimento de aproximação interinstitucional, tiveram o cunho imprescindível para construção

¹ Transcrição do dirigente sindical, na ficha de avaliação da Oficina sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador para o Movimento Sindical

de estratégia que corrobore com as orientações de implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. É importante observar que as ações de Visat, planejadas e desenvolvidas dentro do preconizado, são instrumento valioso para proteção e promoção da saúde dos trabalhadores.

Como já relatado, os participantes avaliaram a oficina como positiva e importante para o fortalecimento e desenvolvimento das ações de Visat na rede de saúde. Porém, ainda há muito a ser feito a respeito da continuidade dessas oficinas e, principalmente, dos desdobramentos provocados pela atividade que realmente forma implementados nas práticas das equipes do Cerest/Recife e dos sindicatos participantes.

Nesse sentido, a oficina possibilitou integração consistente entre a equipe do Cerest/Recife e os dirigentes sindicais, proporcionando reflexão no papel que cada um deles tem a desempenhar na implementação das ações de vigilância em saúde do trabalhador, com vistas à incorporação da dimensão do trabalho e sua importância nos aspectos de condicionamento e determinação da saúde ou da doença da população trabalhadora.

Espera-se que, a partir da adoção dessa estratégia, a realização das ações de Visat sejam incorporadas à rotina de atuação do Cerest/Recife e dos sindicatos, de forma contínua e sustentável, com objetivo de implementar a intersetorialidade, como proposto na Portaria 3.120/98, e melhorar a condição de saúde da população trabalhadora.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC00000000042912.PDF>>. Acesso em: 6 ago. 2017.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Resolução CIB n. 1.236, de 5 de maio de 2008. Aprova o processo de regionalização e implantação de unidades sentinela em saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco.
- PRADO, M. L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, jan./mar. 2012.
- VASCONCELLOS, L. C. F. de; ALMEIDA, C. V. B. de; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 445-462, nov. 2009.

ISBN: 978-85-9511-025-0



9 788595 110243