

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

ILIDIO RODA NEVES

De Centro de Reabilitação a Cerest: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

ILIDIO RODA NEVES

De Centro de Reabilitação a Cerest: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social, sob a orientação do Prof. Dr. Odair Furtado.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

Dedico esta tese a todos aqueles que
lutam incansavelmente em defesa da
saúde dos trabalhadores contra a
sanha insaciável do capital

AGRADECIMENTOS

Fazer uma lista de agradecimentos em um trabalho envolvendo tanta gente é, no mínimo, um desafio pois a possibilidade de esquecer alguém ou de sermos injustos é muito grande.

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador, Professor Odair Furtado pela tranquilidade e camaradagem em me ouvir nos momentos de maior tensão e dúvida e, com sua orientação certa me trazer à razão sem perder a ternura.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) por atender meu pleito de afastamento para o momento final de escrita da tese.

À direção do Campus do Pantanal (Cpan), em nome do então diretor, Professor Wilson Ferreira Melo, que desde minha chegada em Corumbá foi um entusiasta desta pesquisa, aconselhando e orientando nos trâmites internos da Universidade e intermediando junto a pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação pelo meu afastamento.

À coordenação do curso de Psicologia da UFMS/Cpan, pela sensibilidade com a necessidade de mais tempo para a pesquisa.

Aos amigos e colegas do curso de Psicologia da UFMS/Cpan que não só contribuíram com ideias e questionamentos, como se desdobraram para me substituir no tempo em que estive afastado para a pesquisa. À Vanessa, que ajudou a refletir sobre muitos aspectos da saúde do trabalhador e abriu caminhos para a realização da tese, aos igualmente parceiros Ana Maria, Beatriz, Carmen, Jolise, Luis Fernando, Luiz Bernardino, Pablo, Ronny e Sandra seja porque acompanhando desde o início ou depois, na fase final. A todos muito obrigado.

À equipe do Cerest Corumbá, razão desta tese, pela generosidade em me receber, a paciência em me ouvir e tolerância nos embates, por partilhar dúvidas, trocar ideias, dialogar e discutir sobre a saúde do trabalhador na realidade de Corumbá.

Aos companheiros de luta da Cist e do Conselho Municipal de Saúde de Corumbá, que juntos começamos um movimento importante para a implantação de uma saúde **dos trabalhador para os trabalhadores**. Ao companheiro Aurélio, *in memoriam*.

À amigas e companheiras do Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Ensp/Fiocruz) Ana Cecília, Estela, Mabé e Rita que me trouxeram reflexões importantes e alimentaram o debate incessante e “quente” sobre a saúde do trabalhador no Mato Grosso do Sul.

À amiga Andrea Ferreira Costa, que me ajudou muito com a tradução do abstract. Thanks a lot!

A minha família que, ao modo dela, me ajudou e apoiou. Ao meu pai (*in memoriam*), que começou sua vida no Brasil com “um cavalo e uma carroça” e, neste sentido, fonte de inspiração, obrigado, a minha mãe que, mesmo não compreendendo minhas escolhas, as respeitou e com labor diário me fez pensar desde cedo sobre as questões relacionadas ao trabalho.

Aos meus amigos que, sem eles, não conseguiria forças para chegar onde cheguei. Tanto os que me ouviram incessantemente, como meu amigo e irmão Alexandre, quanto aqueles que compreenderam minha ausência e distância durante o tempo da pesquisa.

À tia Rose, que me escuta pacientemente por mais de 10 anos, que com sua, inteligência, alegria de viver, disciplina e determinação e, ao mesmo tempo, simplicidade, foi sempre um exemplo para mim e um consolo nos momentos difíceis desta jornada, mandando eu “segurar o touro a unha” e não deixar escapar, quando fraquejava.

À minha Natacha minha mais entusiasmada apoiadora, esposa linda, companheira inseparável.

À minha filha, Nayara que entendeu o sacrifício da pesquisa e a luta pela causa dos trabalhadores.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento da pesquisa.

Há uma diferença muito grande entre saber e acreditar que se sabe.

Saber é ciência. Acreditar que se sabe é ignorância.

Mas, cuidado! Saber mal não é ciência. Saber mal pode ser muito pior que ignorar.

Na verdade, sabe-se somente quando se sabe pouco, pois com o saber, cresce a dúvida,

Que é preciso idolatrar sempre!

Antônio Abujamra, 2011.

RESUMO

NEVES, Ilidio Roda. **De centro de reabilitação a Cerest**: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul. Tese de doutorado. PUC-SP, 2013.

A saúde do trabalhador, direito da população e dever do Estado, garantido pela constituição brasileira, tem na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador a sua proposta de construção no interior do SUS e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) o seu instrumento de execução. Nesta tese analisamos o processo de implantação da política de saúde do trabalhador na microrregião de Corumbá, onde o Cerest é sua principal estratégia. A pesquisa se vale do conceito de rede para interconectar informações obtidas em documentos produzidos pela união, estado, município, Cerest, conselho municipal de saúde e mídia local, com trabalhos de conclusão de curso, observações diretas, diálogos informais, gravações de áudio e vídeo e a participação ativa na comissão intersetorial de saúde do trabalhador (Cist) e no curso de especialização voltado aos profissionais do Cerest, para construir, através da trama destas informações, uma leitura dessa implantação, apontando as mudanças ocorridas nestes quatro anos de pesquisa de campo, sobretudo após a efetiva participação dos trabalhadores no controle social e dos profissionais de saúde, alunos do curso de especialização, concluindo que o Cerest Corumbá não surge das demandas populares, mas antes das pressões da União e do Estado. A forma como era gerida e executada a saúde do trabalhador no município (tradicional, hegemônica, biocêntrica) era a antítese da própria saúde do trabalhador e colocava seus profissionais sob condições laborais contra as quais a própria saúde do trabalhador se contrapõe, provocando a alienação do trabalho e a sua ausência de sentido. No entanto as intervenções da Cist e dos profissionais de saúde/alunos do curso de especialização provocaram mudanças no serviço que podem levar à ruptura do até então posto e a construção de um centro de referência em saúde **do** trabalhador, **pelos** trabalhadores.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, rede, renast, controle social.

ABSTRACT

NEVES, Ilidio Roda. **From rehabilitation centre to Cerest**: An analysis of a regional reference centre in workers' health in the countryside of Mato Grosso do Sul. Doctoral dissertation. PUC-SP, 2013.

The workers' health, human rights and duty of the state guaranteed by the Brazilian Constitution, has its proposal of construction in the National Network of Integrated Attention to Worker's Health (Renast) within the Unified Health System (SUS) and its instrument for implementation in the Reference Centres in Workers' Health (Cerest). In this dissertation we seek to analyse the implementation process of the workers' health policy in the microregion of Corumbá, where Cerest is its main strategy. The research relies on the network concept to interconnect information obtained from documents produced by the Union, state, municipality, Cerest, municipal health council as well as local media, with information from final bachelor papers, direct observations, informal conversations, audio and video recordings, from the active participation in the intersectoral workers' health committee (Cist), and from the specialisation course intended for Cerest's professionals. Through the thread of all this information a reading of that implementation is made, highlighting the changes which occurred in the four years of field research, specifically after the effective participation of workers in the social control, as well as that of healthcare professionals and students of the specialisation course, concluding that Cerest Corumbá does not exist as a result of popular demand, but from the external pressures of the Union and the state. The way workers' health was managed and delivered in the municipality (traditional, hegemonic, biocentric) was its own antithesis and left the professionals under working conditions against the workers' health principles, resulting in work alienation and meaninglessness. However, interventions from Cist, healthcare professionals and students of the specialisation course resulted in changes in the service that may lead to a rupture of the previously enforced practices and to a reference centre in workers' health built by the workers.

Keywords: workers' health, network, renast, social control

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Caps i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Comunicação de acidente de trabalho
Cenper	Centro Padre Ernesto de Promoção Humana e Ambiental
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cesteh	Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Instituto Oswaldo Cruz – modalidade ensino à distância
Cgsat	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão intergestores bipartite
CIS	Centro Integrado de Saúde
Cist	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão intergestores tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
Cmsc	Conselho Municipal de Saúde de Corumbá
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Cosat	Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a)
CT-SST	Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Dant	Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos não-transmissíveis
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Diesat	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
Eacs	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
Embrapa	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EPC	Equipamento de proteção coletivo
EPI	Equipamento de proteção individual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
Forumcorlad	Fórum Permanente de Entidades Não Governamentais de

	Corumbá e Ladário
GTI	Grupo de trabalho Interministerial
Inss	Instituto Brasileiro de Seguridade Social
IST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
LER/Dort	Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
MOI	Movimento Operário Italiano
MPT	Ministério Público do Trabalho
Nasf	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
Nurest	Núcleo Regional de Saúde do Trabalhador
ONG	Organização não governamental
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PMC	Prefeitura Municipal de Corumbá
Pnsst	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
Pnst	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PP	Pesquisa Participante
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Previsul	Instituto de Previdência Social de Mato Grosso do Sul
PS	Pronto-Socorro Municipal
RAS	Rede de Atenção à Saúde do SUS
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SBC	Associação Beneficente de Corumbá
Senai	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesi	Serviço Social da Indústria
Sesmt	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sindeessaude	Sindicatos dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Corumbá/MS
Sinpaf	Sindicato Nacional dos Trabalhadores de Pesquisa e Desenvolvimento Agropecuário
Sinpsi-MS	Sindicato dos Psicólogos de Mato Grosso do Sul
Sintest	Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho no Estado do Mato Grosso do Sul

Sintsprev	Sindicato dos Trabalhadores Públicos em Saúde, Trabalho e Previdência em Mato Grosso do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSS	Secretaria de Saúde e Segurança
ST	Saúde do trabalhador
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O PROTAGONISMO DO TRABALHADOR SOBRE A SUA SAÚDE.....	14
2 A REDE INTEGRADA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR	24
2.1 A SAÚDE ORGANIZADA EM REDE.....	24
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	36
2.2.1 A Renast: Rede ou emaranhado?.....	49
2.2.2 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.....	54
2.2.3 O papel dos profissionais de Saúde na PNST e na Renast.	90
2.2.4 A participação da classe trabalhadora: um nó essencial da rede.....	92
3 SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA	98
3.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	111
4 CORUMBÁ-LADÁRIO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	112
4.1 CORUMBÁ E LADÁRIO: CARACTERÍSTICAS E PECULIARIDADES DA FRONTEIRA SUDOESTE DO BRASIL.....	112
4.2 O SUS NA MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ.....	123
4.3 A RENAST EM CORUMBÁ: UM HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA MICRORREGIÃO.....	129
5 O CEREST CORUMBÁ	144
5.1 NOTAS SOBRE SUA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO.....	155
5.2 A REDE EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM CORUMBÁ.....	195

6 A GESTÃO DA SAÚDE E O TRABALHO EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM CORUMBÁ.....	200
6.1 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	205
6.2 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA.....	216
6.3 CONSOLIDANDO A MUDANÇA: PENSANDO POSSIBILIDADES DE UMA GESTÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	220
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	241
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROTAGONISMO DO TRABALHADOR SOBRE A SUA SAÚDE

A saúde do trabalhador como campo de ação e pesquisa, é fruto de um movimento histórico que se inicia em meados do século XVIII com o surgimento da medicina do trabalho na Inglaterra em resposta às legislações e normatizações do processo de industrialização da época (DIAS e HOEFEL, 2005). Os industriais começavam a sentir o efeito das pressões dos trabalhadores que reivindicavam melhores condições de trabalho, com menores riscos de acidentes e doenças e passaram a contratar médicos para suas empresas, que deveriam prestar serviços que levassem à diminuição dos danos e riscos à saúde decorrentes do trabalho. A fragilidade do sistema de saúde à época fez com que os serviços prestados pelos médicos do trabalho acabassem por assumir o lugar do serviço público de saúde¹, contribuindo para criar e manter a dependência do trabalhador (e, por vezes, de seus familiares), diminuir as faltas decorrentes de adoecimento e um maior controle sobre as condições produtivas da força de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

A medicina do trabalho desenvolvia e desenvolve, segundo Dias e Hoefel (2005), suas atividades focadas no ambiente laboral e no indivíduo. Entre estas atividades estavam a seleção daqueles aptos física e mentalmente ao trabalho nas tarefas designadas, buscando com isso uma mão de obra que trouxesse menos problemas com a interrupção da produção e gastos com obrigações sociais, um controle sobre o absenteísmo da força de trabalho já empregada e o retorno mais rápido do trabalhador à produção. Seu foco era a manutenção dessa força produtiva em seu nível mais elevado.

¹ O mesmo pode ser observado na atualidade quando ter ou não um plano de saúde corporativo acaba sendo um diferencial apresentado pelas empresas no momento da seleção de pessoal.

Orientada pela teoria da unicausalidade (para cada morbidade, um agente desencadeador) e um enfoque eminentemente biológico, a medicina do trabalho procurava as causas das doenças e acidentes em riscos específicos, isolados, refletindo em uma inclinação a atuar sobre os resultados dos acidentes e doenças e não nas suas causas, medicalizando os sintomas e sinais (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).²

Esta forma de ver/tratar o tema torna difícil a identificação dos processos geradores dos adoecimentos e acidentes de trabalho (sobretudo, porque eles não são unicausais), atendendo à necessidade do capital de manter o operário no trabalho o máximo de tempo possível, detectando os processos laborais que trazem danos à saúde e à produção, ao mesmo tempo em que isenta o empregador de responsabilidades sobre os empregados no que tange ao tema, uma vez que está a cargo do médico. Assim, este profissional tem sua ação voltada à produção e à produtividade do trabalhador e não prioritariamente à sua saúde.

Este modelo de atenção ao trabalhador, presente até hoje no espaço laboral, evolui com as transformações tecnológicas e dos processos produtivos do mundo do trabalho fabril, sobretudo no período entre a primeira e a segunda grande guerra mundial, onde os custos da perda de vidas por acidentes ou doenças de trabalho traziam graves consequências não só ao setor produtivo, carente de mão de obra, mas também às companhias seguradoras e ao próprio esforço de guerra.

A crescente insatisfação e questionamento dos trabalhadores e empregadores demonstra que o campo industrial traz uma complexidade que a medicina do trabalho sozinha não consegue abarcar, o que leva à ampliação das

² É bom que se diga que a crítica que se faz aqui a profissionais e correntes de pensamento existentes na medicina são identificadas em outras profissões como a psicologia, mas não com o mesmo destaque e repercussão social e política. Dai então entender que estas são correntes de pensamento que atravessam o campo da saúde e, como tal devem ser exploradas.

disciplinas e profissionais envolvidos na problemática, agora com um enfoque maior sobre o ambiente de trabalho. Surge assim, nas grandes empresas fabris o serviço de saúde ocupacional, com traços multidisciplinares, ênfase na higiene industrial, ergonomia e segurança ocupacional (DIAS e HOEFEL, 2005), incorporando à análise das doenças e acidentes decorrentes do trabalho, o conhecimento e a prática da epidemiologia, da medicina preventiva e da clínica (LACAZ, 2007).

O serviço de saúde ocupacional apresenta como característica a ação conjunta, na maioria das vezes sobreposta, de engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, fonoaudiólogos, enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas. Baseada na Higiene Industrial, na avaliação clínica e em indicadores ambientais e biológicos de exposição, incorpora a teoria da multicausalidade: a doença é causada por um conjunto de fatores que abrangem o ambiente, o trabalhador e o agente causador do acidente ou doença (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997). Dito de outra forma, envolveriam a: "... interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores." (LACAZ, 2007, p. 759)

Apesar da ampliação do potencial de ação de uma equipe multidisciplinar, suas atuações são centradas no ambiente de trabalho, atreladas à "limites de tolerância" considerados cientificamente seguros e os trabalhadores sujeitos passivos das ações (DIAS e HOEFEL, 2005) e do controle sobre o ambiente, devendo, segundo a saúde ocupacional, apenas seguir as normas de segurança para que estejam seguros.

As intervenções da saúde ocupacional sobre os riscos mais evidentes são

pontuais. Há a normatização da forma segura de se produzir e a utilização de equipamentos de segurança (via de regra individuais) – que muitas vezes levam a “um quadro de prevenção simbólica”, na medida que ignoram os fatores que podem levar o trabalhador a burlar as regras de segurança em resposta às pressões produtivas, deslocando a responsabilidade da segurança e dos acidentes no trabalho para o indivíduo, personalizando-a. Neste sentido a psicologia teve sua cota de contribuição com o desenvolvimento, por exemplo, da “teoria do ato inseguro” que serviu para criar uma lógica de culpabilização do trabalhador por seu próprio acidente (OLIVEIRA, 1997).

A imagem ícone da saúde ocupacional é o cartaz (referente ao controle de acidentes de trabalho, comumente ligado às CIPAS) onde se vê um dedo indicador em riste e abaixo a frase: “você também é responsável pela segurança!”. Caso ocorram acidentes e adoecimentos esses são vistos como decorrência de uma postura individual de imprudência, de atos inseguros (OLIVEIRA, 1997) do trabalhador e não das condições de trabalho e produção (LACAZ, 1997).

Repetindo na prática as limitações da medicina do trabalho, a saúde ocupacional vê os agentes causadores da doença e os riscos de acidentes existentes no ambiente laboral como parte do meio, sua peculiaridade. Para Lacaz (2007), a saúde ocupacional privilegia a ação sobre os indivíduos, "... o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica..." (p.759), tomando o trabalhador como paciente e objeto da atuação técnica, em detrimento da sua subjetividade e dos aspectos próprios da dinâmica do trabalho e da sua organização do trabalho como: a pressão produtiva, o controle dos tempos e movimentos, a jornada de trabalho, o trabalho em

turnos alternados e a divisão/fragmentação das tarefas, o que faz dela limitada para compreender as formas atuais de adoecimento decorrente do trabalho, como é o caso dos distúrbios mentais e das doenças crônico-degenerativas relacionadas ao trabalho.

Também é importante colocar que a saúde ocupacional desenvolve-se longe de um controle mais direto do poder público, que pouco se mobiliza para a questão trabalho e para enfrentar as empresas que produzem adoecimento (MENDES e DIAS, 1991).

A saúde do trabalhador, como esmiuçaremos e entendemos para esta tese começa a ser gestada na década de 1960, na Europa, num contexto de melhoria das condições de vida e de políticas públicas aprimoradas pelo *Estado de bem estar social* e a reorganização pós-guerra dos movimentos sociais, criando as condições necessárias para o surgimento de novos questionamentos por parte dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a necessidade de mudanças que tragam melhorias ao ambiente e qualidade de vida aos trabalhadores (DIAS e HOEFEL, 2005).

A Itália é um dos locais onde estas inquietações afloram com mais intensidade. A participação operária no movimento pela reforma sanitária traz à tona as condições de trabalho a que estavam submetidos e a necessidade de transformação, que eles assumem como princípio a não delegação do controle sobre sua condição de saúde, exigindo que o ambiente de trabalho não seja um espaço de risco de acidentes e doenças e que tenham o direito de decidir questões que envolvam diretamente sua saúde e segurança (ODDONE *et al.*, 1986).

Defendem também a saúde como bem público sendo necessário, portanto, a

intervenção e ação do Estado sobre a relação capital-trabalho e sobre os riscos que os trabalhadores sofrem no interior das organizações. O trabalhador deve ser um agente ativo das relações e questões relacionadas a sua saúde, tratado como tal e ter espaços para defender este direito, dentro da empresa, junto a sociedade e ao governo. Questionam os “limites de tolerância” e a “exposição segura” conceitos cientificamente estabelecidos e que fundamentaram a saúde ocupacional por mais de 50 anos (MENDES e DIAS, 1991), fazendo uma crítica radical ao pagamento de indenização por insalubridade.

Assim, a saúde do trabalhador pode ser definida como um campo de atuação e pesquisa que estuda o processo de saúde e doença de grupos humanos em relação ao seu trabalho, levando em conta não só as dimensões objetivas das relações laborais, como também as subjetivas, rompendo com isso a lógica hegemônica na saúde que estabelece o vínculo causal para a doença (MENDES e DIAS, 1991). A defesa da saúde é mais do que a eliminação de agentes patológicos, é uma ação ética que equivale a condenação das condutas que levam o humano, não só em sua corporalidade, mas em sua razão e emoção, a opressão, submissão e dominação (SAWAIA, 1994).

Esta discussão inicial sobre a saúde do trabalhador nos permite ter clareza de que tanto a medicina do trabalho como a saúde ocupacional defendem perspectivas teóricas e grupos de interesse antagônicos e conflitantes com os da saúde do trabalhador e que neste campo de ação e pesquisa não há neutralidade, como de fato não há em qualquer campo de ação e pesquisa (DEMO, 2004). Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), apesar dos avanços na construção de conhecimento teórico e prático sobre a relação saúde-trabalho e os impactos sobre

a saúde do trabalhador, permanece a hegemonia da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

A saúde do trabalhador no Brasil ganha um grande impulso em meados dos anos 1970 e tem na saúde coletiva, nos movimentos sindicais e populares e no movimento operário italiano seus principais pilares de sustentação teóricos e políticos (LACAZ, 2007).

Crítica do modelo higienista, a saúde coletiva destaca que o processo saúde-doença é fruto de problemas que não podem ser explicados apenas por agentes patológicos, ao contrário, a saúde no Brasil e na América Latina está intrinsecamente relacionada com a pobreza, a concentração de riquezas e a falta de políticas públicas voltadas ao bem estar da grande maioria da população, defendendo a universalidade do acesso a bens de saúde e tratamentos de doenças (MENDES e DIAS, 1991). Traz a orientação programática das ações em saúde do trabalhador (LACAZ, 2007), partindo de uma leitura marxista da centralidade do trabalho para o campo da saúde e para a compreensão da forma e dos motivos pelos quais aqueles que vivem do trabalho adoecem e morrem (CFP, 2008).

Como campo de saber, a saúde do trabalhador faz parte da saúde coletiva, entendendo o processo de saúde e doença como uma produção social e histórica, na qual as relações de poder e opressão dos donos dos meios de produção sobre aqueles que vendem sua força de trabalho levam a formas diversas de adoecer e sofrer, de acordo com a possibilidade de acesso a bens e recursos de saúde.

No final dos anos 1970, o movimento sindical se inspira no movimento operário italiano, que trouxe à tona a importância do saber acumulado dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, seus riscos e a possibilidade de

transformação e tinha como base três eixos fundamentais de luta: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação nas decisões sobre a organização produtiva e seus riscos à saúde e a atenção integral à saúde (DIAS e HOEFEL, 2005).

O resgate deste saber é uma ação não só de relevância intelectual para o campo como também permite àqueles que vivem do trabalho recuperar um poder sobre seu ofício que a estrutura organizacional busca tolher.

Ao contrário da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador tem como preocupação central o bem estar, a vida e a saúde de quem vive do trabalho e suas ações fazem parte das atribuições do Estado, que deve buscar a adequação das condições produtivas presentes nas empresas, ao bem estar da população trabalhadora. Nela, o biológico, o psíquico e o social são vistos e entendidos como indissociáveis, sendo que o desequilíbrio entre eles expressa-se na forma de uma grande variedade de transtornos, sofrimentos e adoecimentos que podem se manifestar como doenças já conhecidas pelo campo ou na forma de mal-estares difusos (CFP, 2008). Tem como postura a defesa inflexível da integridade do trabalhador, buscando a manutenção do seu bem estar, mesmo que isto acabe por representar a redução da lucratividade das empresas e/ou da jornada de trabalho, da intensidade da produção e questionamento da organização laboral. O que a coloca em conflito e antagonismo com os interesses imediatistas e arraigados do capital por lucro.

Desta forma, a saúde do trabalhador no Brasil se propõe a ser um campo de conhecimento, de investigação, de interdisciplinaridade³ e de interlocução com os

³ Entendendo por interdisciplinaridade um conhecimento não hierarquizado, comum, composto a partir da integração dinâmica de diferentes saberes disciplinares que constituem a sua base, como é o caso da saúde do trabalhador.

trabalhadores, voltado para a promoção, proteção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde de quem vive do trabalho, através de estudos e ações propostas e desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela academia, que agrega o conhecimento de uma vasta gama de disciplinas (engenharia, biologia, psicologia, química, sociologia, epidemiologia, entre outras), a ação interdisciplinar e o conhecimento prático que provém dos trabalhadores (CFP, 2008) e pressupõe o compromisso político, jurídico, técnico e ético de todos os envolvidos.

No entanto, apesar destes avanços, o que se observa historicamente no Brasil é a falta de compromisso dos agentes de saúde estatais em assumir sua responsabilidade frente às questões que envolvem a saúde do trabalhador (DIAS e HOEFEL, 2005). Destaque dado ao município que na lei orgânica da saúde, em seu artigo 18, seção II, capítulo IV, é o responsável pela “execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho” e “executar serviços de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1990b) Considerando que cabe a este a atenção básica à saúde, é de se pensar que é nela que deveriam ocorrer as principais ações de saúde do trabalhador. Não é o que acontece até agora, como poderemos discutir adiante.

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997) as ações governamentais neste campo são segmentadas, sobrepostas, desintegradas e desarticuladas, decorrente de conflitos de concepção e de prática, bem como de interpretação sobre a competência jurídico-institucional das instâncias de governo:

- As superintendências regionais do trabalho e emprego (SRTE), apoiadas por segmentos empresariais, acabam realizando inspeções que se prestam

apenas ao cumprimento de agendas burocratizadas e exigências legais, não promovendo mudanças significativas nas condições de saúde;

- A má formação dos profissionais de saúde, além do desinteresse pelo campo e a sua marginalidade frente a outras especialidades da saúde, tem levado a reprodução da prática dos Sesmt e uma baixa qualidade de atendimento ao cidadão adoecido ou acidentado pelo trabalho, não só na assistência privada, como também pública de saúde. (DIAS e HOEFEL, 2005) e
- A descontinuidade das ações, quer por pressões dos empresários, quer por interesses políticos de cunho imediatista dos gestores públicos, têm levado a práticas muito distantes do que se encontra em lei, nas propostas e produções teóricas e nas necessidades dos trabalhadores.

Com o intuito de superar estes problemas, objetivando integrar, definitivamente, a saúde do trabalhador como ação em todo o sistema único de saúde, em particular na atenção básica e procurando com isto definir uma Política de Saúde do trabalhador para o SUS (BRASIL, 2006), foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast (BRASIL, 2002), onde o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) é sua principal estratégia de implantação desta política.

Destarte, propomos analisar uma realidade específica de implantação desta política de saúde do trabalhador, materializada nas ações de um Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, no município de Corumbá e, ao mesmo tempo que o conhecemos, contribuir para o seu desenvolvimento.

2 A REDE INTEGRADA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

2.1 A SAÚDE ORGANIZADA EM REDE

A saúde é uma questão complexa e de difícil explicação mas que, entretanto, sabemos que envolve o acesso aos bens de consumo, aos serviços de saúde, à previdência social e à educação, assim como ao meio ambiente, a economia e as relações capital-trabalho (DEJOURS, 1985; SANTANA, 2005), tendo como fatores que a regulam e definem:

... entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990b, p. 18055).

Esta heterogeneidade e complexidade de elementos que se articulam e permeiam no campo da saúde, como as relações entre os poderes executivo, legislativo e judiciário; público e privado; união, estados e municípios, os conflitos sociais, o sistema produtivo e as formas de subjetivação, exprimem-se numa pluralidade de maneiras. Decodificar e atuar na realidade da saúde exige capacidade para lidar de forma produtiva com o diferente, o contraditório e o conflitivo, disponibilidade para o contato, manejo de tensões, senso crítico e autoanálise, estabelecendo um esforço permanente de convivência na diversidade, o que torna a rede um elemento fundamental (FRANCO, 2006) e não apenas um padrão de interação, mas a maneira como o serviço público de saúde é estruturado para atender as necessidades da sociedade (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007)

Há uma grande disparidade na concepção de rede em saúde. Conforme Trevisan e Junqueira (2007), circula no meio oficial de governo uma leitura sobre o SUS na qual rede quer significar, simplesmente, uma ligação entre as diferentes

esferas de gestão, estruturas de transmissão de normas e produtos de execução, não orgânica. Ao tratar da questão da autonomia da gestão dos municípios no SUS, estes autores retomam o artigo 198 da Constituição Federal que diz que as “...ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...” (BRASIL, 1988, p. 19518), descentralizado para afirmar que: se, por um lado, houveram avanços importantes na regionalização e hierarquização o mesmo não poderia ser dito sobre a ideia de rede – base para que qualquer sistema possa vir a tornar-se descentralizado, que pouco teria se desenvolvido, sendo necessário para o seu avanço ações intersetoriais conjugadas com um aumento da participação popular, de fato, nos processos decisórios, o que por um lado implica divisão de poder, mas, por outro, também, de responsabilidades entre populares, profissionais de saúde e instâncias de poder do Estado, com claros e definidos graus de responsabilidade e responsabilização sobre as resoluções tomadas pelo seu conjunto: “O nome dessa arquitetura de distribuição de poder, em nome do resultado final, é 'pacto de gestão'. (...) Integralizar as ações do sistema é, exatamente, construir o 'pacto de gestão’”. (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007, p. 899).

Construir de fato uma rede implica, portanto, estabelecer internamente constantes pactuações da gestão, questão que não se coloca em diversas esferas de governo, mas é necessária para que tenhamos aqui ações que potencializem um projeto maior de sociedade – solidária e envolvida no seu desenvolvimento e essencial para que ocorra a participação dos diferentes atores sociais na construção das políticas públicas. Um exemplo de problema que se enfrenta na constituição da

rede diz da forma como se dá o repasse de verbas do governo federal aos municípios na medida em que apresenta duas formas de transferência de recursos: um subsídio *per capita* e outro por produção. O primeiro, mais coerente com uma dinâmica de rede, o segundo funciona numa lógica produtivista, mais ao gosto das gestões tradicionais, centrada nos procedimentos profissionais e concentrando seus fluxos de assistência no profissional médico e na lógica de atenção biológica e distante do ato de cuidar do outro como um todo (MERHY e FRANCO, 2008). De acordo com Traverso-Yépez *et al.*(2007, p. 594):

... o campo técnico assistencial da saúde pública no Brasil identifica-se a biomedicina tradicional como modelo hegemônico de produção de cuidado, caracterizado por uma prática de atenção à saúde voltada para a doença, o diagnóstico e tratamento. A maioria dos profissionais, até por limitações de tempo e de espaço, ou por falta de formação ou de disposição, ou ainda pela ditadura da rotina, tendem a se preocupar apenas em definir, na maior brevidade de tempo, o diagnóstico e tratamento para uma patologia que dê conta dos sintomas, negligenciando o caráter multifacetado e complexo do processo saúde-doença.

Victoria e Chagas (2008), escrevendo em nome da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no Brasil, vêm o trabalho em rede como uma oportunidade de desenvolvimento de ações que democratizem o acesso e a participação de uma multiplicidade de atores sociais, em constante troca de informações. Além disso esta forma de trabalho propicia a conjunção de objetivos comuns e/ou complementares ao potencializar a criação de canais de comunicação entre os agentes sociais que o compõe. As atividades planejadas desta forma – associativa, colaborativa e compartilhada – apresentariam um grande potencial de sucesso, sendo muito mais eficientes do que as elaboradas e desenvolvidas a partir do modelo gerencial tradicional/hegemônico e convergente com a proposta de troca

de experiências e saberes com a classe trabalhadora elaborada por Oddone *et al.* (1986).

As redes como suporte para as políticas públicas, para Mendes (2010), tem sido uma proposta em franco crescimento e desenvolvimento e seriam uma forma de organização mais flexível, estabelecendo entre os seus membros uma solidariedade, um co-compromisso e interdependência de objetivos e resultados, num contexto onde são necessárias ações ágeis e eficientes para tratar de questões sociais cada vez mais complexas, da expansão das organizações não governamentais, do processo de descentralização e globalização e fortalecimento do controle social. Entre as vantagens destaca o desenvolvimento da aprendizagem, produção e propagação de conhecimentos em decorrência da profusão de informações que transitam, o prestígio, a legitimação social e a segurança para a execução das ações e o desenvolvimento dos programas por conta dos diversos vínculos que se estabelecem entre seus participantes (pessoas e organizações) e o ganho em escala, com a melhoria na qualidade dos serviços e a diminuição dos custos em decorrência da intensificação das relações de troca. Não obstante, o autor também aponta para novos desafios e dificuldades no âmbito da gestão, no que destaca a dependência recíproca que, se por um lado, traz uma maior horizontalização das relações, por outro, pode emperrar o controle e o trabalho de coordenação, o grande número de atores sociais implicados e a fluidez nos critérios de participação que fazem com que as responsabilidades se diluam, podendo acarretar num empecilho para se estabelecer e fazer cobranças, bem como para atingir os objetivos estabelecidos .

Franco (2006) observa que a área da saúde, como um todo, em sua dinâmica de trabalho, funciona em redes, que se estruturam em campos de conhecimento, práticas, signos, significados e subjetividades definidas, sendo importante pensarmos aqui o perfil que assumem em termos de organização do trabalho na saúde. De acordo com Traverso-Yépez *et al.* (2007, p. 595):

... todo trabalho em saúde é um encontro de subjetividades diferenciadas em função de histórias e contextos de vidas diferentes, que definem valores, idéias e concepções diversas. Como todo encontro num espaço institucional, este não acontece num vácuo, mas está perpassado por práticas técnicoassistenciais, bem como aspectos sociais, econômicos, culturais, ideológicos, e pelos correspondentes processos de significação e geração de sentido.

Em situações específicas podemos notar algumas redes que se organizam com uma hierarquia rígida, de forma modular e estrutura piramidal, onde suas práticas seguem preceitos fordista-tayloristas, como é o caso da serialização do cuidado, que quebra e dificulta o estabelecimento de relações entre singularidades, tanto entre os trabalhadores de saúde, como entre usuários e uns com os outros, da repetição e reprodução da realidade e da normatização excessiva e burocratização da organização do trabalho (sustentando e seguindo com métodos de trabalho e cuidados anacrônicos, que não levam em conta as necessidades singulares e onde há um baixo nível de troca entre os atores sociais envolvidos no processo de cuidado da saúde.) Em outras situações temos as redes organizadas de tal forma que produzem, ao mesmo tempo em que são produzidas, sujeitos singulares, protagonistas das ações em saúde, constituindo-se numa teia de “fluxos contínuos de cuidado”, onde sob seu fios e conexões trafegam informações e conhecimentos sobre a realidade, de forma intensa e dinâmica, o que potencializa o

desenvolvimento do novo, da ousadia das ações, do *vir a ser* nos serviços de saúde, focados no atendimento às necessidades de subjetividades desejanças, o que envolve profissionais de saúde e usuários na dinâmica do *trabalho vivo em ato*⁴. Há, ainda, situações em que o trabalho modular e o *trabalho vivo em ato* estão presentes e confrontam-se numa mesma rede, onde podemos perceber a diversidade de processos laborais existentes no interior de uma mesma estrutura de saúde e a tensão constante e disputa permanente entre o instituído e o instituinte (BAREMBLITT, 1992), o que é especificamente mais intenso em momentos de mudança, onde há a transição entre o velho e o novo, mas também notado em situações de maior homeostase institucional, onde pequenas mudanças devem se fazer presentes, provocando alterações nas conexões e fluxos de informação e conhecimento presentes nas redes.

Desta forma, conforme nos aponta Rocha (2005), o êxito da organização em rede não pode ser medido por métodos de gestão tradicional, baseada em dados numéricos, mas sim pela competência em estabelecer e cumprir objetivos claramente definidos, que queiram criar, produzir, ampliar no espaço em rede da qual façam parte, de tal maneira que isto mobilize e contribua para compor e articular o grupo, levando a produção de ações cooperadas. Quando não conseguem encontrar objetivos comuns, atividades integradoras que unam os

4 Merhy e Franco (2008, p. 430) chamam de *trabalho vivo em ato* o trabalho “no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”.

Para Merhy (2007, p. 48-49): “...o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção... o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.”

sujeitos sociais, as redes não existem ou acabam “laceando” seus nós e com isto desagrega-se na medida em que não há troca de informações, experiências, aprendizado coletivo e perdendo a razão de existir.

Muito embora o trabalho em rede não seja uma novidade na sociedade contemporânea ou no campo da saúde, sendo que a primeira proposta de rede de saúde foi apresentada no *Relatório Dawson*, em 1920 (FIOCRUZ, v. 5, 2007), é com o desenvolvimento nas últimas décadas das redes cibernéticas que se tornou possível a expansão, o crescimento e avanço de uma “inteligência coletiva” nas diversas redes, em especial da área da saúde que, na medida em que vai se integrando através das conexões eletrônicas possibilita a maior difusão das informações e a participação ativa da população, uma vez que potencializam a integração nos processos de discussão e decisão de diferentes atores sociais (ROCHA, 2005), resignificando o campo e a própria forma como este organiza-se, buscando incorporar e ele outra lógica de funcionamento, mais horizontalizado, democrático e participativo, dentro dos princípios preconizados pela lei 8080 e 8142 (BRASIL, 1990b e 1990c), contrapondo-se à gestão tradicional hierarquizada (SANTANA, 2005), apontando alternativas viáveis para o desenvolvimento de processos democráticos de interação, para a construção de políticas públicas, com a interlocução de um amplo espectro da sociedade interagindo e participando das tomadas de decisão, ultrapassando o restrito e fechado espaço dos especialistas e dos grupos que, tradicionalmente, fazem parte das deliberações (o que vale também para os conselhos de saúde, na medida em que podem se tornar 'grupos de especialistas' em participação popular) (ROCHA, 2005).

O Ministério da Saúde, a partir da portaria 4279 de 2010, propõe, com a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sobrepujar a fragmentação que existe nos serviços de saúde oferecidos e na gestão do SUS e intensificar as relações em rede. Aponta também neste documento que a regionalização e a organização do sistema sobre a forma de rede é estratégia fundamental para que se cumpra os seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, destacando “a construção de vínculos de solidariedade e cooperação” como principais atributos. A RAS pode ser definida como um conjunto de “... arranjos⁵ organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado...” (BRASIL, 2010, p. 89) tendo a atenção básica como ponto central da rede e por objetivo integrar de forma sistêmica as ações e os serviços de saúde com a oferta de atenção equânime, de qualidade e humanizada, ampliando a sua eficácia clínica, sanitária e econômica. Constitui-se como rede na medida em que agrega relações horizontais no que denomina de “pontos de atenção”: “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010, p. 89) onde a Atenção Primária em Saúde (APS) é fio condutor e coordenador do cuidado, na busca pela superação da fragmentação presente no SUS. Aqui a ideia de pactuação/contratualização/gestão ramifica-se, de tal forma que chega às unidades de serviço. O que se espera com isto é o aperfeiçoamento constante da gestão e,

5 Diz da flexibilidade dos serviços organizarem-se de acordo com as necessidades locais, tendo sempre em mente que deve objetivar sempre o melhor atendimento aos usuários do SUS, às suas necessidades, sem que isso signifique, por sua vez, a opressão dos profissionais de saúde. Os *arranjos* estarão sempre no fiel da balança, buscando, na medida do possível, equilibrar estes interesses através das pactuações que se estabeleçam entre usuários e trabalhadores (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

consequentemente, criar um processo contínuo de aprendizagem.

De acordo com Mendes (2010), as RAS são organizações onde o poder de gestão pulveriza-se por diversos serviços de saúde, sendo os pontos unificadores e de vinculação entre si os objetivos e propostas comuns e as ações cooperadas e interdependentes, possibilitando oferecer à uma determinada população a atenção contínua e integral necessária. Orquestrada pela atenção primária que, por sua proximidade com a comunidade, pode oferecer uma atenção mais humanizada e no momento certo, evitando que sejam necessárias intervenções de maior porte e custo. O autor aponta que há evidências de que as RAS podem representar melhorias significativas para a qualidade do atendimento clínico, do trabalho sanitário, da satisfação dos usuários do sistema, além da redução dos custos da atenção como um todo.

Ao tratar de rede em saúde estamos também falando de integração vertical e horizontal. Conceitualização advinda da teoria econômica onde a integração vertical se refere a articulação de organizações ou unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade e de focos de ação que são responsáveis por serviços e ações de natureza distinta, ainda assim, complementares. Já a integração horizontal refere-se à articulação entre organizações ou unidades de saúde de mesma natureza de serviços, nível de complexidade, necessidade tecnológica e conhecimento, onde são feitos acordos para troca de saberes e auxílio, de tal forma que, no conjunto, possam atender melhor as demandas da comunidade coberta pelos seus territórios⁶,

6 O território consiste num espaço geográfico onde se dão as condições concretas “para a produção, a circulação, a residência, a comunicação e a sua relação com as condições de vida.” (SANTOS e LACAZ, 2012, p. 1144). Contempla não só o físico e objetivo, mas também revela o subjetivo e os afetos nele depositados, as peculiaridades da vida cotidiana, a sua paisagem, a sua dinâmica espacial, o fluxo das pessoas nele inseridos e “como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a

buscando assim ampliar o campo de atuação e diminuir os custos com o ganho em escala (MENDES, 2011, BRASIL, Departamento de Atenção Básica 2010). A integração das estruturas de saúde:

... deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justifiquem-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários ... (BRASIL, 2010, p. 90).

A expectativa com este tipo de integração é que as estruturas de saúde trabalhem alinhadas com um objetivo comum, um mesmo propósito, sob uma única linha de comando, uma gestão única e que a comunicação flua entre as diferentes unidades de saúde, desenvolvendo suas ações de forma cooperada e interdependente (MENDES, 2011).

Acompanhando a maneira como funciona as redes de cuidado do SUS, Franco (2006) pôde observar que a comunicação e o trabalho mútuo ocorrem e as relações em rede estabelecem-se entre as diversas estruturas, seja numa relação horizontal ou vertical. O cuidado, assim, é inferido pelo autor como motriz das redes

moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.” (GONDIM e MONKEN, 2008, p. 398). Conhecer o território faz com que se consiga olhar para o sujeito e conhecer a história e o lugar de onde vem, onde vive, lidar com ele como um todo e ver os fatores de fundo que estão relacionados com o processo de adoecimento.

Neste sentido, o território de saúde configura-se como um espaço a partir do qual uma rede de assistência à saúde atua. Sua organização e operacionalização espacial estão pautadas pelas pactualizações e legislações que, no caso do SUS, regem a ação dos três níveis de gestão, estabelecendo e delimitando as “unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde.” (GONDIM e MONKEN, 2008, p. 396), permitindo identificar seus problemas abarcando suas fraquezas, determinantes e necessidades (SANTOS e LACAZ, 2012), possibilitando aos poderes públicos definir táticas e tomar decisões, colocando-se como estratégia central para a organização do trabalho em saúde na medida em que atende a necessidade de capilarização das ações do SUS.

em saúde sempre desenvolvendo-se em rede, sendo então um tipo de relação própria, independente do nível em que se articula, onde processos econômicos, políticos, culturais, naturais e psíquicos (cognitivos, emocionais, sensoriais, simbólicos e subjetivos) inter cruzam-se e coexistem num todo.

Este trabalho vivo nos serviços de saúde, para Franco (2006), é composto por uma grande quantidade e variedade de linhas em conexão nas quais ocorrem encontros que são, ao mesmo tempo, “operativos, políticos, comunicacionais, subjetivos”, uma forma de linguagem que potencializa a criação e o desenvolvimento de vínculos interpessoais e intersociais, fluxos permanentes plurais e amplos de trocas entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema, as instâncias de gestão e a sociedade civil organizada (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007), formando uma rede complexa de relações de múltiplas direções e sentidos que ocorrem a partir de pactuações estabelecidas entre si – que podem tanto se compor a partir de tensões e conflitos como de acordos consensuais – que atuam no desenvolvimento das linhas de cuidado em saúde, a partir das quais materializa-se e adquire valor de uso (CAMPOS, 2000) perante o usuário do SUS, possibilitando acontecer as ações em saúde bem como o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Isso dá as redes ao mesmo tempo um caráter caótico e um potencial revolucionário de ações de transformação institucional.

Se esta rede for pactuada e desenvolvida de forma colaborativa, de fato, a complexidade de fatores, questões e elementos que a englobam e a ela estão ligados produzem em quem participa um forte sentimento de pertença. Os trabalhadores, assim como a equipe, sentem-se parte de algo maior, que os

transcendem e que se interconecta com outras equipes, serviços, pessoas e redes, à aqueles que vivem nos territórios de saúde: suas casas, ruas e bairros, compreendendo que na saúde não existem atividades autossuficientes, o trabalho é sempre coletivo e a ação isolada de um único profissional não basta e resolve de forma simples e satisfatória as necessidades terapêuticas dos usuários (MERHY e FRANCO, 2008). As exigências e desafios existentes no campo da saúde demandam o trabalho interdependente de vários profissionais, com diferentes níveis e graus de formação, não só atuando conjuntamente, mas em rede (FRANCO, 2006).

Desta forma, o envolvimento dos profissionais na rede, as contratualizações, pactuações e participações na gestão dos serviços são fundamentais para a sua valorização como trabalhadores da saúde. De acordo com a portaria 4279 “É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde”. (BRASIL, 2010). A saúde como um campo de pesquisa e trabalho extremamente complexo que deve envolver o conjunto dos seus profissionais, sendo neste sentido um dos grandes desafios e característica das redes a busca por articular desejos e interesses pessoais e profissionais com as necessidades e anseios da sociedade na medida em que são usuários do sistema de saúde (SANTANA, 2005).

As ideias de Campos (2007, 2000 e 1999) estão presentes no corpo do texto da portaria 1823 (BRASIL, 2012), direcionando a atuação dos Cerest para a prática do apoio matricial às equipes de referência. Uma proposta ainda em processo de

instalação, como constata Santos e Lacaz (2012).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Lançada pelo Ministério da Saúde em agosto de 2012 como a portaria 1823⁷, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) procura regular sobre os preceitos presentes na constituição federal⁸ (BRASIL, 1988), nas leis 8080⁹ e 8142¹⁰ (BRASIL, 1990b e c), no pacto pela saúde – portaria 399¹¹ (BRASIL, 2006), no decreto 7602 (BRASIL, 2011)¹² e na portaria 2728 (BRASIL, 2009)¹³ no que diz respeito à saúde do trabalhador, buscando englobá-la no âmbito do SUS.

A constituição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador responde ao anseio de uma área da saúde que tem sido criticada pelas ações fragmentadas, segregadas e isoladas das demais no campo da saúde (LACAZ e SANTOS, 2010; DIAS e HOEFEL, 2005; BRASIL, 2004) e em especial da vigilância, apesar dos esforços dos órgãos representativos dos trabalhadores e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Busca criar as condições políticas necessárias para a incorporação da saúde do trabalhador no cotidiano do SUS, de forma integrada e coerente, envolvendo o conjunto de atividades de saúde e as diferentes inserções do trabalhador no mundo do trabalho: urbano/rural; formal/informal (BRASIL, 2004),

7 Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

8 Nos referimos aqui ao Artigo 200 e seu parágrafo II: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (BRASIL, 1988, p. 19599)

9 De acordo com a Lei Orgânica da Saúde: “Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: ... VI - saúde do trabalhador.” (BRASIL, 1990, p. 18055)

10 Refere-se a participação e controle social sobre o SUS.

11 Dispõe sobre a pactuação do SUS em torno atenção básica como ação prioritária do SUS.

12 Aborda a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

13 Trata da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em substituição à portaria 2437 (BRASIL, 2005).

convergiendo as ações individuais (assistência clínica e recuperação), coletivas (promoção e manutenção da saúde; vigilância e fiscalização dos ambientes laborais; intervenção nos fatores que põe em risco a vida e a saúde dos trabalhadores) de planejamento, gestão e organização dos serviços de saúde, com os conhecimentos técnico-científicos, a subjetividade (dos profissionais de saúde e trabalhadores-usuários do serviço) e as práticas institucionais.

Oliveira e Vasconcellos (2000) apontam que, desde 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, inicia-se uma articulação nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) para a organização de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, cabendo a direção do SUS coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990). A portaria 1823 é, portanto, o resultado histórico de 22 anos de disputas, articulações e pressões e também de um novo arranjo dos grupos responsáveis pela área, apresentando a mudança mais profunda entre as políticas que vinham sendo aplicadas pelo governo federal na área até aqui.

A complexidade das atividades desenvolvidas exigirá não só uma adesão a proposta e um grande esforço e investimento coletivo e individual de todos os envolvidos, mas também mudanças profundas na organização e no processo de trabalho do próprio SUS. Ela pressupõe alterações que transcendem o campo da saúde do trabalhador, envolvendo **toda** a rede de atenção a saúde e dependendo, antes, da vontade e disposição política das três instâncias de governo e da sociedade civil organizada para atuar de maneira mais integrada, com menor rigidez e maior compromisso dos envolvidos nas ações, de adotarem tal conjunto de medidas que vão além das explicitadas na Portaria 1823/2012, mas que a subsidiam

e subtendem para que possa contemplar, de fato, a transversalidade, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a articulação entre: as ações individuais e coletivas; planejamento e avaliação de práticas de saúde; conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde com o sensível, cotidiano e observado dos usuários-trabalhadores; de promoção, prevenção e vigilância dos ambientes e processos laborais com a assistência e recuperação dos agravos à saúde, assim como a intervenção nas situações/eventos/equipamentos que representem riscos à saúde do trabalhador, convergindo com o trabalho de teorização das práticas da saúde desenvolvido por Campos (1999, 2000, 2007) e Cunha e Campos (2011) que envolve conceitos/ações como cogestão de coletivos, equipes de referência, matriciamento na saúde e clínica ampliada como eixos programáticos para a rede de saúde. Desta forma, a PNST pretende ser um instrumento orientador da atuação em saúde do trabalhador no SUS, que integre o sistema na sua complexidade e nas suas contradições (BRASIL, 2004).

Princípios Gerais

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) apresenta o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, podendo provocar acidentes graves, com lesões irreversíveis e por vezes o óbito, fruto do modelo produtivo e de desenvolvimento econômico adotado por nossa sociedade, devendo o SUS garantir a atenção integral e os cuidados necessários à promoção e proteção à saúde da totalidade dos homens e mulheres que dependem da venda da sua força de trabalho ao capital para a sobrevivência – seja qual for a

inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), o vínculo empregatício (público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativo, aprendiz, estagiário, doméstico ou aposentado) ou a localização (urbana ou rural) – priorizando os grupos e pessoas em situações de maior vulnerabilidade. Também deve garantir a participação social das comunidades, dos trabalhadores e do controle social no acompanhamento, discussão e decisão sobre as ações, respeitando seu conhecimento de classe.

Inclui-se nesta política de saúde do trabalhador o princípio da precaução como um conceito central, de interlocução com a lógica do SUS de promoção, proteção e manutenção da saúde. Quaisquer novas formas de produção, organização do trabalho ou implemento de tecnologias (seja no trabalho ou como produto deste) devem garantir antecipadamente à sua instalação que não causem riscos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente. Cabe à empresa o ônus de provar, cientificamente, que estes não causam danos em curto, médio e longo prazo, seja a saúde do trabalhador, seja ao meio ambiente (AUGUSTO e FREITAS, 1998). Busca-se assim, “... prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros.” (BRASIL, 2012, p. 50) e exigindo-se parecer técnico da saúde do trabalhador para o licenciamento, instalação ou ampliação de processos produtivos.

Pontos Centrais

São sete os pontos centrais desta política:

1. Fortalecimento e integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) às demais vigilâncias;
2. Promover ambientes e processos de trabalho saudáveis;
3. Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador em toda a RAS;
4. Que a saúde do trabalhador seja entendida e concebida como uma ação transversal;
5. Fortalecer, ampliar e articular ações intersetoriais;
6. Garantir, fortalecer e ampliar a participação comunitária e das organizações representativas da classe trabalhadora no controle social e
7. Garantir a qualidade da atenção à saúde do trabalhador.

1 - Fortalecimento e integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) às demais vigilâncias.

As ações de vigilância em saúde do trabalhador partem do princípio de que o adoecimento e o acidente decorrentes do trabalho não são inevitáveis ao labor ou “ossos do ofício”, antes, são eventos controláveis, preveníveis e evitáveis, exigindo medidas que assegurem que não venham mais a ocorrer e que os ambientes de trabalho sejam saudáveis e de qualidade. Entre as medidas neste sentido, devem ter destaque aquelas que caracterizam os processos laborais, identificando os fatores e situações que produzam riscos e desgastes físico, cognitivo e emocional aos trabalhadores no ambiente de trabalho (BRASIL, 2004).

Para tanto deve-se – em conjunto com a atenção primária e com o apoio, colaboração e participação das lideranças comunitárias, dos trabalhadores e suas

entidades representativas – traçar o perfil produtivo do conjunto da População Economicamente Ativa Ocupada (o que inclui aqui os envolvidos em atividades informais) e das condições de saúde dos trabalhadores inseridos no território de saúde, identificando, mapeando e analisando as atividades produtivas, as estruturas laborais e estabelecendo o perfil da população que vive do trabalho, os casos de adoecimentos e acidentes decorrentes da atividade laboral, para, a partir daí, identificar, analisar e divulgar as características epidemiológicas da sua área de abrangência.

Desta maneira pode-se: identificar as atividades produtivas que expõem os trabalhadores aos riscos – através de “indicadores de morbimortalidade e de situações de risco” (BRASIL, 2012) –; estabelecer as prioridades e demandas de ações de intervenção e monitorá-los; definir a lista de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e investigação obrigatória (sendo esta revisada periodicamente); produzir protocolos e normas técnicas e regulamentares em conjunto com entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais (ONG) e controlar e avaliar a qualidade dos serviços de saúde e segurança do trabalho nas empresas públicas e privadas.

No planejamento das ações e definição das prioridades de vigilância é fundamental que se faça uso de critérios epidemiológicos, entre eles: a investigação a partir dos casos notificados, das situações de risco identificados ou de casos-índice; que se faça a busca ativa de casos; sejam aplicados inquéritos epidemiológicos e que parta-se de eventos sentinelas para investigação. O uso destes critérios exige ações de educação continuada em saúde para que se tornem

familiares e comuns a todos os agentes envolvidos nas ações de vigilância (BRASIL, 2004).

As vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador) deverão se integrar, o que exigirá a composição e o planejamento conjunto de prioridades, metodologias de investigação, ação, avaliação e monitoramento, bem como de indicadores de saúde, instrumentos de registro, notificação de agravos e eventos, protocolos e normas. Isto permitirá aos agentes de vigilância incorporar às suas práticas à avaliação, ao controle e à vigilância dos riscos ocupacionais, o que pode demandar a alteração ou atualização dos códigos sanitários municipais e estaduais para que contemplem as atribuições e competências de autoridade sanitária de vigilância em saúde do trabalhador.

2 - Promover ambientes e processos de trabalho saudáveis, executando ações que levem à identificação e erradicação do trabalho infantil e em situação análoga ao de escravo; à preservação e fiscalização das condições de trabalho de adolescentes; ao estabelecimento e adoção de parâmetros protetores nos ambientes e processos laborais e a presença em instâncias de poder responsáveis pela formação das políticas de desenvolvimento econômico e social para que projetos de fomento sejam definidos a partir da exigência legal do acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos licenciamento ambiental e concessão de incentivos à produção.

3 - *Garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador em toda a RAS* devendo ser contemplada nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e envolver o desenvolvimento conjunto de protocolos de atendimento e apoio matricial¹⁴ para todo o Sistema, identificando o usuário do SUS como trabalhador e buscando todas as informações possíveis deste quesito que deve fazer parte da rotina de atenção e dos sistemas de informação em saúde.

4 - *Que a saúde do trabalhador deve ser entendida e concebida como uma ação transversal no SUS.* Para isso, a Renast deve estar estruturada para que a relação saúde-trabalho seja identificada em todos os pontos e instâncias da RAS: atenção básica, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência. Em todo serviço de saúde deve fazer parte do prontuário do usuário perguntas como: posto; atividade; local; tempo de serviço e trabalho e histórico laboral. Estas informações devem ser levadas em conta na análise, diagnóstico clínico e nas ações de vigilância e promoção de saúde. Em caso de nexos com o trabalho deve ser emitida a Comunicação de Acidente de trabalho (CAT) e feito o encaminhamento para tratamento, o que implica numa rede eficiente de referência e contra referência para continuidade na atenção, e a articulação com o apoio matricial do Cerest para as equipes de referência¹⁵ sempre que necessário e o estabelecimento de parcerias intersetoriais.

Na atenção primária – além do mapeamento das atividades produtivas, o reconhecimento e identificação da população trabalhadora e os potenciais riscos das

14 Mais adiante explicaremos o conceito de apoio matricial e o papel do Cerest neste tipo de ação.

15 Da mesma forma que o apoio matricial, até porque são conceitos que se inter-relacionam.

atividades produtivas – deverá ser feita a investigação da suspeita de relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, sendo que, seguindo a lógica da equidade, a prioridade deve ser dada aos trabalhadores em situação de trabalho análoga à escravo, infantil e juvenil, em subemprego, gestantes ou nutrízes trabalhando, acidentados e/ou doentes decorrentes do trabalho e aquele que exercem trabalho em sua própria residência. Em ambulatórios, hospitais e serviços de urgência/emergência as ações de saúde do trabalhador devem ser incorporadas à rotina com a identificação no prontuário do trabalhador, do local de trabalho, a causa de acidente/adoecimento/morte e o registro nos sistemas de informação apropriados e encaminhamento para a rede de referência - contra referência para continuidade na atenção e reabilitação. Os serviços de saúde deverão ainda incluir entre suas atividades à atenção ao trabalhador que tenha sofrido alguma seqüela laboral e que precisem de tratamento de reabilitação, devendo para isto estar aparelhado e ter recursos para próteses e órteses (BRASIL, 2004).

5 – Fortalecer, ampliar e articular ações intersetoriais como fiscalizações conjuntas e integradas com outros poderes públicos como o Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e o Ministério Público, priorizando os casos de perigo eminente e condições insalubres e/ou degradantes, devendo as informações decorrentes destas ações serem compartilhadas e publicizadas por cada instituição, podendo gerar a constituição de observatórios para que haja a adequada análise, priorização e monitoramento. Neste sentido, deve-se implementar redes de informações que contemplem a saúde do trabalhador em articulação com outras

bases de dados de interesse da área, não só para acesso, mas também para que se criem estratégias de comunicação e divulgação das informações sobre saúde do trabalhador, seja nos meios populares, públicos e/ou acadêmicos.

6 – Garantir, fortalecer e ampliar a participação comunitária e das organizações representativas da classe trabalhadora no controle social. O que presume a busca pela articulação com as entidades, instituições, organizações que representam os trabalhadores formais e informais e a comunidade, que estes tenham acesso a informações de forma clara, rápida, transparente e sem burocracia, que suas demandas sejam acolhidas e respondidas e incluídos em programas de educação continuada sobre a saúde dos trabalhadores (sendo necessário e relevante, para isso, que sejam firmados convênios com Universidades, Centros de Pesquisa, ONG e Organizações Sindicais) e que haja estímulo e apoio para que participem dos conselhos de saúde e das Cist nas três esferas de gestão do SUS.

Além disso, as ações de saúde do trabalhador devem ser elaboradas e conduzidas de forma integrada com membros representativos da classe trabalhadora, buscando encontrar soluções conjuntas e assumir compromissos coletivos para a promoção e proteção à saúde do trabalhador. Lembrando que a classe trabalhadora não é homogênea e que a sua forma de inserção no mercado de trabalho e nos setores produtivos dos quais fazem parte vão levar a distintas formas e graus de consciência sanitária e a defesa de temas e ações específicas, referentes a seus grupos de origem (BRASIL, 2004).

7 - Garantir a qualidade da atenção à saúde do trabalhador.

O que envolve:

- a. A regulação e atribuição de poderes de inspeção sanitária aos profissionais de saúde para exercer a vigilância em saúde do trabalhador nas esferas estaduais e municipais;
- b. O monitoramento dos indicadores pactuados entre os gestores para a avaliação das ações e serviços, a avaliação e auditoria às ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador
- c. O estabelecimento de rotinas de sistematização, processamento, análise, divulgação e facilitação do acesso aos dados gerados;
- d. A valorização dos profissionais de saúde, acabando – por uma questão de coerência – com vínculos de trabalho precário que possa haver no funcionalismo público;
- e. Políticas de educação permanente que contemplem as diferenças e peculiaridades regionais, incorporando entre seus princípios o cooperativismo, a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, a colaboração e troca de experiências e conhecimentos acumulados por diferentes instâncias de governo na área, além de:
 - I. Agregar os conteúdos de saúde do trabalhador em programas de educação voltados às especificidades e necessidades da atenção primária em saúde, da emergência e urgência, dos ambulatórios e hospitais, atentando-se para as peculiaridades e necessidades específicas de cada nível de atenção, aos diferentes cargos, com destaque para os de gestão,

e para as ações de promoção e proteção à saúde e de vigilância e fiscalização em saúde do trabalhador.

II. Investimento na formação continuada e especializada dos membros do Cerest e no seu treinamento como apoiadores matriciais.

III. Inclusão na educação formal de conteúdos e disciplinas que tratem da saúde do trabalhador em cursos de nível técnico e superior da área de saúde, assim como temáticas referentes a saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, garantindo maior acesso a população de informações referentes a relação saúde – trabalho.

Estas ações vão exigir articulações intra setoriais com os três níveis de gestão da Educação e intersetoriais com às áreas de educação da saúde.

f. Apoio ao desenvolvimento de investigações científicas e, conseqüentemente, um estreitamento de laços entre instituições de pesquisa e ensino, organismos sociais e o SUS para o desenvolvimento de pesquisas que:

I. partam da realidade dos serviços e que contribuam para a estruturação da saúde do trabalhador no SUS;

II. respondam a questões identificadas pelo controle social e pela comunidade;

III. articulem promoção, vigilância, assistência, reabilitação;

IV. levem ao desenvolvimento de tecnologias limpas e/ou com baixo impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente e propiciem organizações de trabalho saudáveis e

V. garantam aos membros da comunidade e os representantes dos

trabalhadores a participação no desenvolvimento dos estudos, pesquisas, aplicação e divulgação dos seus resultados.

As responsabilidades de cada um dos níveis de gestão do SUS sobre a Saúde do trabalhador

Os gestores do SUS em seus três níveis têm como atribuições garantir a transparência, equidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde do trabalhador, coordenar em seu âmbito a implantação da PNST (incluindo-a no Plano e Programa de Saúde Nacional, Estadual e Municipal), prescrever e organizar ações e serviços de saúde do trabalhador, assegurando a sua oferta regional, estabelecendo e garantindo a “articulação sistemática” entre os diversos setores públicos para que possam pactuar uma agenda intersectorial de ações, dar apoio técnico, executar e conduzir as negociações nas instâncias do SUS de sua competência.

Especificamente, a gestão Estadual deve pactuar no estado e nas regiões, ações e indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador, garantir que os serviços privados e públicos de saúde notifiquem casos de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, assim como alimentar regularmente os sistemas de informação com os agravos de notificação compulsória e outros dados pertinentes à saúde do trabalhador e, onde e quando couber e for do interesse loco-regional, definir em conjunto com as equipes municipais projetos especiais a serem definidos e executados. Cabe também à gestão estadual organizar e assegurar o desenvolvimento das ações de promoção, vigilância e assistência, definindo

conjuntamente com os municípios os mecanismos e fluxos de referência, contra referência e apoio matricial.

À gestão municipal compete, especificamente a execução desta política: compor a retaguarda técnica em saúde do trabalhador que deverá atuar como apoio matricial; definir medidas que garantam o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador como é o caso do fluxo de referência e contra referência, a articulação regional e regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços em saúde do trabalhador em seu âmbito de competência.

2.2.1 A Renast: Rede ou emaranhado?

Conceitualização

Principal estratégia para operacionalizar a PNST, ao falarmos de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) nos reportamos ao esforço coletivo de construção, no interior do SUS, de uma cultura sanitária de reconhecimento da relação capital-trabalho como relevante e potencial produtora de saúde e doença e da competência e responsabilidade do sistema como um todo para promover, proteger, manter, tratar e recuperar a saúde no que tange à sua faceta com o trabalho, levando em conta o ambiente e as condições laborais em que se encontra, numa perspectiva tanto singular como coletiva, rompendo, assim, com a fragmentação e marginalização em que vive a saúde do trabalhador, por vezes restrita a seu “gueto” de especialistas (BRASIL, Cosat, 2007a), descentralizando as ações e espalhando-as por todo o SUS (DIAS e HOEFEL, 2005). Nos referimos a

uma estratégia de operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012) na forma de uma rede integrada e articulada de ações de atenção, vigilância e promoção de saúde, tal como preconiza a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990b), com papéis e responsabilidades atribuídas aos três níveis de gestão e uma política permanente de financiamento (BRASIL, 2003).

A Renast busca, assim, organizar e implementar ações desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, a promoção e prevenção de saúde, além da vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador (CFP, 2008), envolvendo os três níveis de governo.

De acordo com Garbin (2005) a saúde do trabalhador por muito tempo não foi uma prioridade dos governos em relação à saúde. Com a Renast ocorreu um aumento do investimento do Ministério da Saúde nos Centros de Referência e um estímulo a sua implantação.

Criada através da portaria 1679 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a Renast busca, desta forma, organizar o serviço de saúde do trabalhador, integrando-o e incorporando-o ao cotidiano do SUS, capilarizando este tipo de atenção e ação a toda a rede de saúde, a começar pela atenção primária, uma vez que a saúde do trabalhador não pode ser pensada descolada da relação com o meio ambiente e a comunidade que nele vive.

De concepção sistêmica, a Renast apresenta um tecido multifacetado formada por um conjunto de linhas que se inter cruzam, conectam e trocam entre si informações, observações, vigilâncias, diagnósticos, análises toxicológicas,

assistências, reabilitações, investigações e pesquisas, comunicações, aprendizagens e educação permanente, controle e apoio social advindo de sindicatos, organizações não governamentais – ONG e associações de defesa dos trabalhadores (SÃO PAULO, 2003).

Por atenção integral à saúde do trabalhador entende-se, então, um modelo que se desenvolve compondo organicamente e estabelecendo uma relação intercomunicante no seio do SUS. De forma intra setorial articula todos os dispositivos, equipamentos e serviços (BRASIL, Cosat, 2007b) da rede de atenção à saúde, possibilitando ao trabalhador, individualmente, acesso aos diferentes níveis de complexidade de atenção: primária (em especial a estratégia saúde da família, porta de entrada no sistema e mais próximo do cotidiano dos trabalhadores), secundária e terciária, necessários à garantia dos seus direitos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde na interface com o trabalho e coletivamente, nos casos diagnosticados de acidente/adoecimento, relacionados ao trabalho que estes desencadeiem na rede um conjunto de ação de vigilância, investigação, fiscalização e monitoramento (BRASIL, 2012) no sentido de identificar *in loco* suas causas e propor ações de proteção ao que nele estão inseridos e para evitar que voltem a ocorrer. Na medida em que os casos de agravo a saúde e de doenças relacionadas ao trabalho são registrados e inseridos num sistema informatizado é possível a sua coletivização e a integração das ações que ocorrem em diferentes serviços, de diversos níveis em distintos pontos do país, tornando as ações de vigilância mais precisas e resolutivas nas intervenções sobre os ambientes laborais, para transformá-los em ambientes mais salubres e potenciais à vida.

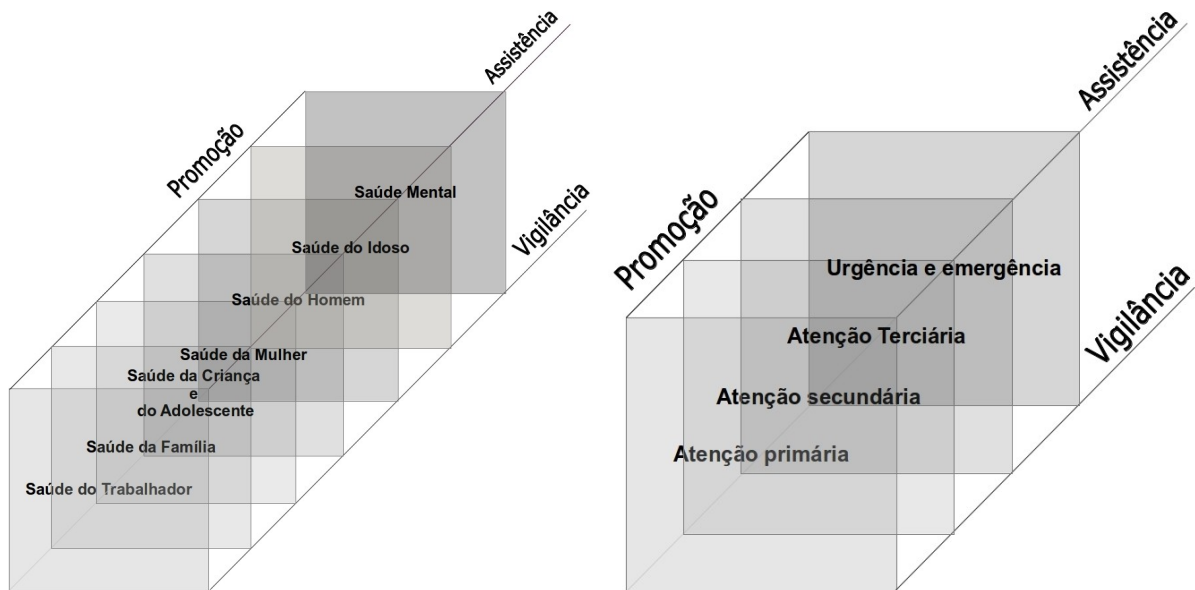


Figura 1: Exemplo de integração da saúde do trabalhador no SUS

A Renast também deve compor relações de integração intersetoriais, seja com diferentes pastas de um mesmo nível de governo (como é o caso do governo federal que a partir de ações interministeriais envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e Saúde e representantes dos trabalhadores e empregadores compôs a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSS (BRASIL, 2011) e criaram a comissão tripartite de saúde e segurança no trabalho – CT-SST), nos níveis estadual e municipal, ações envolvendo as pastas da saúde, meio ambiente, agricultura e trabalho e outras com diferentes níveis de gestão, órgãos públicos e/ou privados¹⁶, como: o ministério público do trabalho, o INSS, as secretarias estaduais e municipais de saúde, sindicatos, ONG, enfim a

¹⁶ Um exemplo é o caso Shell-Paulínea.

sociedade civil organizada, não só em ações de fiscalização e investigação, mas também atuando na gestão da saúde do trabalhador, estabelecendo entre si mecanismos de comunicação, troca de informações, conhecimento, aprendizagem e cooperação técnica, o que permite a melhoria e aperfeiçoamento dos papéis, compreensão das realidades e a consolidação de ações conjuntas (BRASIL, 2012; SÃO PAULO, 2003).

Entre estas ações em rede, Souza e Machado (2011) destacam o Observatório de Saúde do Trabalhador¹⁷, que envolve a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (Cgsat) do Ministério da Saúde, a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) e as seis Centrais Sindicais existentes no Brasil¹⁸ como projeto estratégico, espaço virtual de debate coletivo de temas eminentes para o campo da saúde do trabalhador. Enfim, a Renast deve estabelecer relações com diversas instâncias de governo, níveis de políticas públicas conexas e/ou convergentes, além de instituições de pesquisa e ensino (BRASIL, 2007) para seu desenvolvimento e aprimoramento, o que exige uma abordagem interdisciplinar e uma gestão participativa que envolva trabalhadores, profissionais de saúde e gestores, de forma equitativa (BRASIL, 2006).

A Renast não é uma rede pronta. Está em processo de construção e não são poucas as pontas soltas neste emaranhado de fios que ora se encontram, conversam e convergem, ora se trombam, se desalinham, desafiam, desconversam e divergem. Ao falar em saúde do trabalhador tratamos de um campo não só de práticas e saberes, mas também político, multifacetado e conflitivo, que envolve a

17 <http://www.observatoriosst.com.br/home.php>

18 Central dos trabalhadores e trabalhadoras do Brasil, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil, Central Única dos Trabalhadores, Força Sindical, Nova Central Sindical de Trabalhadores e União Geral dos Trabalhadores.

justiça, a economia, a agricultura, o comércio e a indústria, a ciência e tecnologia, o meio ambiente, a educação e, é claro, o trabalho e a previdência social. Devendo estimular a participação e se articular com as organizações da sociedade civil e dos trabalhadores na busca por garantir que o trabalho seja um espaço seguro, promotor de saúde, de desenvolvimento e enriquecimento do ser humano e não apenas de sobrevivência, ou pior, promotor de adoecimento, acidentes e morte (BRASIL, 2006).

Para sua estruturação e implementação, os Cerest estaduais e regionais são peças fundamentais (BRASIL, Cosat, 2007b).

2.2.2 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Histórico

No Brasil da década de 1980, impulsionado pelo novo sindicalismo advindo das lutas e das greves da segunda metade da década de 1970 começam a surgir movimentos de reivindicação de melhores condições de saúde no trabalho. É desta década a criação do departamento intersindical de saúde do trabalhador (Diesat) e os programas de saúde do trabalhador (PST) que posteriormente seriam sucedidos ou se tornariam os Cerest.

Os PST, foram a resposta aos anseios da classe trabalhadora, materialização das demandas e propostas na rede pública de saúde, com forte influência da reforma sanitária e do movimento operário italiano (MAENO e CARMO, 2005).

Criados em alguns municípios e Estados¹⁹ com o apoio de Universidades e

19 Exemplos: No estado de São Paulo temos o PST de Bauru criado em 1985, na baixada santista o Centro de Saúde do Trabalhador (Cesat) (MAENO e CARMO, 2005) e o PST/Zona Norte na cidade de São Paulo, ambos em 1986 (LIMA *et al.*, 1993), no Rio de Janeiro o Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro, na Bahia o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador, criado em 1988, em Minas Gerais o PST-MG, em Goiás, a divisão de Proteção à

sindicatos exerciam ações de tratamento e vigilância sanitária nos ambientes de trabalho com a participação dos trabalhadores e com o seu envolvimento direto nas ações, trazendo visibilidade a esta problemática à sociedade (DIAS e HOEFEL, 2005), sendo suas atividades de fundamental importância para a consolidação da saúde do trabalhador como preceito legal na saúde (CFP, 2008) e sua explicitação na carta magna, fruto da luta dos trabalhadores que viram pela primeira vez na história do país o Estado se responsabilizando de forma explícita pela saúde dos trabalhadores.

Santos e Lacaz (2011) ao falarem sobre os debates do final da década de 1980 sobre a estruturação da saúde do trabalhador no SUS observam que havia duas teses antagônicas sendo apresentadas: a primeira defendia a criação de centros de referências regionais como polos irradiadores das ações de saúde do trabalhador, a segunda dizia que estes centros poderiam contribuir para a concentração e manutenção de um distanciamento da saúde do trabalhador das demais questões a serem desenvolvidas pelo SUS. São criadas então os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) como inicialmente “serviços específicos e especializados, de nível secundário, e que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância” (SANTOS e LACAZ, 2011, p. 89). Estes centros são estruturas que vão proliferar durante a década de 1990 em várias cidades e estados do país, notadamente no sul, sudeste e parte do nordeste brasileiro, possibilitando aos trabalhadores atendimento e acolhimento às suas necessidades de tratamento,

Saúde do Trabalhador, ligada à Superintendência de Vigilância Sanitária, o PST do Pará e ainda em Ribeirão Preto e Londrina (FRIAS JUNIOR, 1999)

feitas as comunicações de acidentes de trabalho (CAT), a vigilância em saúde do trabalhador (buscando agir preventivamente diante dos fatores de risco) e fiscalização às empresas, lembrando que os CRST produziam informações como o perfil de morbi-mortalidade decorrentes do trabalho, sobre risco no ambiente laboral que deveriam ser divulgadas e mantinham o diálogo direto com os sindicatos na busca por melhorias das condições de trabalho (GARBIN, 2005).

No entanto, mesmo com estes centros de referência representando um importante passo para uma atenção adequada a saúde do trabalhador no SUS, de acordo com Dias e Hoefel (2005) eles eram em número reduzido, não atingiam todos os Estados e municípios, havendo assim uma baixa cobertura, não integravam ao restante do SUS e tinham uma tímida articulação com os demais setores do Estado. Se por um lado, a criação dos centros de referência representou um avanço na implementação da saúde do trabalhador no SUS, acumulando experiências e conhecimento técnico, por outro, propiciou que permanecessem como uma estrutura à parte e a “margem das políticas de saúde do SUS” (HOEFEL, DIAS e SILVA, 2005), na medida em que a implementação de ações intersetoriais com os demais setores da saúde era tímida e limitada a avaliações pontuais e de baixa eficácia na implementação de mudanças nos ambientes laborais (MACHADO, 1997) e não significavam tratar a saúde do trabalhador como parte da rotina na rede SUS como um todo.

Os Cerest, tal como são descritos pela portaria 2728 (BRASIL, 2009) e pela PNST (BRASIL, 2012) são o resultado de um processo de implantação e sofreu uma série de mudanças, significativas, em relação a suas atividades principais e sua

função na Renast. Entre a implantação da Renast em 2002 e a publicação da política nacional de saúde do trabalhador, em 2012, a saúde do trabalhador mudou de eixo: se, inicialmente, os Cerest eram ambulatorios de assistência passaram, a partir da reestruturação com a Portaria 2437 (BRASIL, 2005), a adotar a vigilância epidemiológica e sanitária como foco que estrutura a referência, através das definições vindas da Rede Sentinela e da atenção primária, e com a PNST devem assumir o apoio matricial de toda a Rede SUS, em especial à atenção primária e dela à ESF.

Definição

Com a Renast os Cerest deixaram de ser a porta de entrada da saúde do trabalhador (atendimento ambulatorial) e passaram a ser responsáveis pelo suporte técnico e científico ao restante do sistema, recolhendo, sistematizando, tratando e divulgando informações que possam viabilizar ações de vigilância nos ambientes de trabalho. Estabelecem também pactos intra e intersetoriais, buscando com isto ampliar a eficácia e eficiência do SUS no que tange a especificidade da saúde do trabalhador (BRASIL, 2005), tornam-se “polos irradiadores” da compreensão da saúde como produto das relações sociais, onde o trabalho é um elemento chave, podendo ser tanto responsáveis pela manutenção da sobrevivência biológica, fonte de prazer pessoal, integração comunitária e identidade psíquica, quanto pelo desencadeamento de acidentes, adoecimentos e mortes (BRASIL, 2007), são centros especializados, articuladores e organizadores – no seu território de abrangência – das ações de saúde do trabalhador, intra e intersetoriais (BRASIL,

Renast, 2006, p. 20), estruturas de saúde criadas com o propósito de compor, de maneira eficiente e estratégica, a saúde do trabalhador na rotina de serviços do SUS, congregando/unificando os esforços na prevenção, controle e enfrentamento das condições laborais que podem levar ao adoecimento, acidente ou óbito em decorrência do trabalho (PARANÁ, s/d). Os Cerest devem dar suporte técnico-científico neste campo de práticas e saberes na atenção primária, secundária e terciária (sendo de fundamental importância a articulação com a atenção primária e este ser um dos seus focos principais de atuação intersetorial), ao conjunto dos profissionais e dos serviços da rede SUS, articulando as ações de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente da inserção que tenham no mercado de trabalho e do vínculo empregatício. Desta forma os Cerest, a partir do impacto da sua ação no território de saúde, deverá propagar os princípios teóricos, metodológicos, técnicos e práticos da saúde do trabalhador (BRASIL, 2002; 2005; 2007) e as “ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.” (BRASIL, Renast, 2006, p. 20) que compõe a PNST a toda a Rede SUS.

Como podemos observar no Mapa abaixo (Figura 3) os Cerest concentram-se na região Sudeste, seguida da Nordeste, sendo o Estado de São Paulo aquele que os tem em maior número, com 19,91% dos serviços (Tabela 1). Isto devido ao seu pioneirismo em relação à oferta desse tipo de serviço, a densidade industrial e a força dos sindicatos ali instalados (SANTANA e SILVA, 2009).

Tabela 1 – Número e percentual de Cerest's Estaduais e Regionais no Brasil – 2013

Unidades da Federação	N – Cerest's Estadual	N – Cerest's Regionais	total	%
BRASIL	26	185	211	100
REGIÃO NORTE	7	14	21	9,95
Acre	1	0	1	0,47
Amapá	1	1	2	0,95
Amazonas	1	2	3	1,42
Pará	1	5	6	2,84
Rondônia	1	2	3	1,42
Roraima	1	2	3	1,42
Tocantis	1	2	3	1,42
REGIÃO NORDESTE	8	50	58	27,49
Alagoas	1	3	4	1,90
Bahia	1	14	15	7,11
Ceará	1	8	9	4,27
Maranhão	1	4	5	2,37
Rio G. do Norte	1	3	4	1,90
Sergipe	0	3	3	1,42
Pernambuco	1	8	9	4,27
Piauí	1	4	5	2,37
Paraíba	1	3	4	1,90
REGIÃO SUDESTE	4	80	84	39,81
Espírito Santo	1	4	5	2,37
Minas Gerais	1	20	21	9,95
Rio de Janeiro	1	15	16	7,58
São Paulo	1	41	42	19,91
REGIÃO SUL	3	26	29	13,74
Paraná	1	9	10	4,74
Rio G. do Sul	1	11	12	5,69
Santa Catarina	1	6	7	3,32
REGIÃO CENTRO-OESTE	4	14	18	8,53
Goiás	1	6	7	3,32
Distrito Federal	1	2	3	1,42
Mato Grosso	1	4	5	2,37
Mato Grosso do Sul	1	2	3	1,42

Fonte: PORTAL SAÚDE, 2013

Figura 3 – Distribuição dos Cerest Estaduais e Regionais pelo território nacional



O papel do Cerest

Cabe aos Cerest Estadual e Regional, no âmbito da Renast e da PNST, atuarem como um centros articuladores e organizadores das ações de saúde do trabalhador intra e intersetoriais, ser o seu polo irradiador, exercendo a função de retaguarda técnica especializada, oferecer suporte, educação permanente, coordenar projetos e dar apoio matricial a todos os três níveis de atenção, tanto na promoção quanto na vigilância e assistência à saúde do trabalhador, sendo suas ações planejadas de forma co-gestionária entre seus profissionais e de forma integrada Estado e Municípios (BRASIL, 2012) a todo o conjunto de serviços do SUS.

A portaria 2437²⁰ (BRASIL, 2005) aponta como atribuições específicas do Cerest Estadual:

- Participar ativamente da elaboração e aplicação da Política e do Plano de ação estadual em saúde do trabalhador, bem como acompanhar e auxiliar os Cerest regionais no seu próprio plano de ação (respeitando sua autonomia e especificidade);
- Contribuir, no âmbito estadual, com a elaboração de programas de educação em saúde do trabalhador voltados às equipes dos Cerest Estadual e Regionais e para a rede SUS como um todo;
- Desenvolver, promover e estimular estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador com a colaboração intra e intersetoriais de estruturas de nível

20 Não obstante a revogação desta, a sua sucessora, a portaria 2728 (BRASIL, 2009) e a que estipula a PNST (BRASIL, 2012) não especificam de forma distinta o papel do Cerest Estadual e Regional, razão pela qual nos valem da primeira para tratar deste tópico e incluímos um posterior para as novidades introduzidas pela PNST.

estadual, nacional e internacional como Universidades, Institutos de Pesquisa (como o Diesat, a Fundacentro e a Fiocruz) e Organismos multilaterais (como a OIT e a OPAS);

- Participar das pactuações para definir a Rede Sentinela de Serviços em saúde do trabalhador no âmbito estadual, apoiar, estimular e subsidiar sua estruturação e organização na assistência de média e alta complexidade do Estado para que possam atender aos trabalhadores usuários do SUS nos casos de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, sobretudo aquelas de notificação compulsória, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência;
- Discutir e estabelecer normas e protocolos concernentes ao diagnóstico, tratamento e reabilitação de trabalhadores acidentados e/ou adoecidos em decorrência do trabalho;
- Dar subsídios para que as ações em saúde do trabalhador sejam incluídas na agenda de saúde e na Programação Pactuada e Integrada (PPI) estadual;
- Construir o Observatório de Saúde do Trabalhador Estadual;
- Prestar apoio técnico aos municípios, para que executem o pactuado regionalmente, garantindo que em todo o território estadual haja cobertura de atendimento (interdisciplinar e organizado em projetos) aos casos de agravo à saúde decorrentes do trabalho;
- Atuar em conjunto com a sociedade civil organizada e com outros órgãos de governo, na prevenção do trabalho infantil, na identificação e avaliação física e psicológica de crianças e adolescentes submetidos à situações de trabalho,

bem como no combate ao trabalho em condições análogas a de escravo e

- Construir bases de dados que permitam conhecer a realidade política, econômica, social, laboral e previdenciária, das condições de saúde, dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no Estado para, desta forma, poder atuar a partir de informações consistentes, tanto na vigilância em saúde, quanto nas RAS.

Por sua vez, cabe aos Cerest Regionais (BRASIL, 2005):

- Estimular e criar situações que propiciem ações intra e intersetoriais, a descentralização e a capilarização da saúde do trabalhador no SUS;
- Promover e participar de ações de educação em saúde voltadas tanto aos profissionais de saúde, quanto aos conselheiros de saúde e trabalhadores usuários do SUS;
- Ser referência e retaguarda técnica para vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental a todos os níveis de atenção, dispondo de autoridade sanitária para acompanhar ações de fiscalização, investigação, monitoramento e promoção em saúde do trabalhador, bem como também para a atenção, dando suporte à RAS, objetivando retroalimentar as atividades de proteção e vigilância – e os fluxos de referência e contra referência quando o caso necessitar de acompanhamento em outro nível de complexidade técnica. Para tanto o Cerest regional necessita contar com uma equipe interdisciplinar treinada e, quando for o caso, atuar conjuntamente com o Cerest estadual.
- Desenvolver ações integradas intra e intersetorialmente, de promoção à

saúde do trabalhador.

- Estabelecer convênios com instituições com responsabilidade na área de saúde (Universidades, escolas, sindicatos entre outros organismos sociais) para o desenvolvimento de ações conjuntas de pesquisa, práticas, estágios, bem como o aprimoramento do corpo técnico do serviço;
- Prestar assessoria técnica específica na elaboração e condução de planos de ação dos municípios, colaborar com outras assessorias em seus projetos e dar suporte ao poder legislativo no que for possível para a formulação de políticas em saúde do trabalhador.
- Oferecer recursos para a manutenção e o fortalecimento do controle social no território de abrangência do serviço, bem como subsídios para que as ações de saúde do trabalhador sejam contempladas na PPI da sua região de cobertura.
- O Cerest deve oferecer apoio matricial à atenção básica, ambulatorial, hospitalar e de urgência/emergência em saúde do trabalhador (vigilância, mapeamento de risco no território, projeto de intervenção intersetorial ou comunitário, acompanhamento de casos clínicos, planejamento etc) tendo todos os seus profissionais responsáveis por este serviço e não a determinação de uma equipe específica para esta atividade, que é prioritária, segundo a PNST (BRASIL, 2012).

O Cerest com a PNST

A clínica ampliada, as equipes de referências e o apoio matricial

O campo da saúde, em sua tendência para a especialização e a hiper especialização converge com uma concepção fragmentária e positivista de ciência que, de acordo com Severino (1989, p. 16), sacrifica a unidade do real, levando “necessariamente à autonomização dos vários aspectos” da sua manifestação, sendo o positivismo o maior obstáculo à interdisciplinaridade, estando intimamente ligado ao modo de produção fordo-taylorista e a divisão técnica e social do trabalho, sendo um importante alicerce ideológico a este modelo opressivo de produção. A gestão em saúde desta maneira estruturada é fortemente hierarquizada, tendo sua lógica organizacional focada no conhecimento técnico-científico das profissões dominantes (CAMPOS, 1999), centrada, sobretudo, no modelo biomédico e na figura do profissional de medicina, pautada e centrada na consulta, conduta e terapêutica médica, no tratamento medicamentoso e cirúrgico e no atendimento individual (SANTOS e LACAZ, 2011; MERHY e FRANCO, 2008), as atividades são divididas de acordo com o tradicionalmente prescrito para os profissionais de saúde e os resultados de produtividade medidos de maneira quantitativa, tendo como base procedimentos e protocolos pré estabelecidos focados num sistema de atendimento tipo queixa-conduta/causa-efeito: pontual e recortado no tratamento, cuidado e investigação de morbidades; centrado na individualidade, na particularidade atomizada. Este modelo de gestão, hegemônico, contribui para dispersar a

responsabilidade dos profissionais de saúde sobre os usuários, dificulta a criação de vínculos terapêuticos, a atenção aos objetivos do serviço, ao território e a comunidade adscrita na medida em que tende a restringir o foco de atenção dos trabalhadores da saúde ao núcleo de saberes de sua formação de origem. Segundo Campos (1999, p. 395): “Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.” Para Campos e Domitti (2007) isto se dá pela pulverização “do processo de trabalho e da unidade de gestão”, trazendo obstáculos para a identificação dos responsáveis pelo cuidado clínico, de comunicação e diálogo sobre as abordagens terapêuticas aplicadas, impossibilitando a ação interdisciplinar e sendo este o tipo de relação que predomina nas RAS (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2000; 1999) entre os profissionais de saúde e a população atendida, impingindo a alienação ao trabalhador de saúde sobre o resultado do seu trabalho e colocando o usuário do SUS na condição de “paciente” em seu tratamento que, à semelhança do operário ford-taylorista é individualizado em seu adoecimento/acidente, bem como nas suas causas, encontrando-se numa posição subalterna na hierarquia devendo se submeter sem questionamentos, como identificou Boltanski (2004) em estudo sobre a classe trabalhadora atendida pelos serviços de saúde franceses da década de 1960.

As equipes de referência e apoio matricial são conceitos cunhados por Campos (1999) para designar arranjos institucionais (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2010) e organizacionais que são, ao mesmo tempo, uma metodologia de gestão do trabalho no campo da saúde. Criados com o intuito de

diminuir a fragmentação existente no processo de trabalho em saúde, invertendo a lógica organizacional tradicional em saúde, por outra, focada no indivíduo e no coletivo, que devem ser vistos em seu conjunto, integrar, de forma dialogada especialistas e profissionais de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007), ampliando a capacidade e o alcance da clínica, estimulando o trabalho em equipes interdisciplinares com o compromisso com a produção de saúde sem com isso cobrar algo que esteja fora do alcance dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, buscando assegurar que o trabalho na saúde seja fonte de realização, tanto profissional quanto pessoal (CAMPOS, 1999), garantindo que seja mais eficaz e eficiente e investindo no desenvolvimento da autossuficiência dos usuários.

Para se trabalhar nesta perspectiva é necessário da parte dos profissionais a aderência a um outro paradigma de saúde, uma forma diferente de pensar as causas e o processo de adoecimento: mais complexo e dinâmico do que aquele que pressupõe o modelo biomédico e as formas tradicionais de gestão da saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007), lidar com ações que são interdependentes, nas quais são responsáveis por um conjunto de usuários dentro da área de cobertura dos serviços, dar conta da complexidade das necessidades e das questões humanas em saúde e que os novos padrões de relacionamento entre usuários e profissionais de saúde sejam instituídos, o que implica um investimento de todos os envolvidos: gestores, profissionais de saúde e usuários, num esforço inventivo para transformar a maneira como encontram-se organizados os serviços e sistemas de saúde, de mudar a forma de ver e tratar a atenção à saúde, elaborando diferentes arranjos, desenvolvendo uma outra cultura e novas linhas de subjetivação (CAMPOS, 1999)

em que os serviços possam se organizar “em sistemas de cogestão, com equipes e colegiados com poder de deliberação e com ... inter equipes de construção de pactos de gestão.” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 404).

Esta metodologia que combina a polivalência do trabalho de referência com a especificidade do trabalho transversal matricial, segundo Campos (1999) propicia o enriquecimento das profissões de saúde permitindo a elas se mesclar e compor no campo e, ao mesmo tempo, desenvolver o próprio núcleo do seu saber, a superação de dificuldades e tensões de forma horizontal entre as equipes (referência e matricial) sem que isso implique a intervenção de instâncias superiores nas tomadas de decisão e também possibilita melhoria na definição dos parâmetros de responsabilidade dos profissionais de saúde sobre a saúde pública, levando ao planejamento de ações onde o vínculo entre eles e deles com os usuários é mais humanizado e efetivo na medida em que propicia espaços que potencializam as relações interdisciplinares, tendo consciência das dificuldades em operacionalizá-las (CAMPOS e DOMITTI, 2007), sendo que o principal obstáculo para a sua implantação o modelo de gestão tradicionalmente adotado na saúde (CAMPOS, 1999).

A clínica ampliada

A clínica tradicional lida com questões pontuais, restritas de cada especialidade e especificidade (medica, psicológica, nutricional, fisioterápica, fonoaudiológica etc) da área da saúde, tratando de forma fragmentada e pontual (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009) as questões trazidas à consulta. A

clínica ampliada ou clínica do sujeito, por sua vez, quer alargar o objeto de trabalho da clínica tradicional na medida em que se ocupa do ser humano no seu todo complexo, busca compreender suas condições de saúde e as situações que levam ao risco ou a vulnerabilidade de um indivíduo ou uma coletividade (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2010) e onde o processo de adoecer apresenta características específicas. Mais do que um diagnóstico preciso, as pessoas necessitam ser cuidadas como seres humanos, ouvidas em suas necessidades específicas. A clínica ampliada procura compreender a diferença, a singularidade, a particularidade (BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009), para além do que apresentam como queixa comum.

Desta forma, com a clínica ampliada, o profissional de saúde passa a ser co-responsável pelo cuidado da saúde do usuário (da família ou do coletivo adscrito ao serviço), mas isto construído na relação terapêutica, contratualizado com o outro envolvido, da mesma forma co-responsável. Estabelece-se aqui novos padrões de troca entre o profissional de saúde e o usuário para se estreitar os vínculos, contudo reconhecendo a dificuldade e os obstáculos em se lidar com a diversidade e complexidade de fatores envolvidos em cada situação sobre cuidado, seja ela de alcance individual ou coletivo (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

Para se atingir então os objetivos da clínica ampliada é necessário a integração de várias abordagens. Com isto se diz que ela, as equipes de referência e o apoio matricial, são ações que exigem, por excelência a união transdisciplinar entre os profissionais e implicam em uma nova forma de organizar o trabalho em saúde com diferentes arranjos e estruturas para dar suporte a estes profissionais

(BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009).

A equipe de referência

Ao se falar sobre apoio matricial, antes temos de entender o que são e o papel das equipes de referência.

A equipe de referência é uma estrutura interdisciplinar, “permanente e nuclear dos serviços de saúde” (CAMPOS, 1999), a menor unidade organizacional a ser implantada nos três níveis de atenção da RAS, um arranjo organizacional que busca criar estratégias de fortalecimento das ações (sobretudo na atenção primária), e de aumento do vínculo entre as equipes, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Consolidando os coletivos organizados por tarefa (aqui a equipe de referência) em detrimento do poderio imposto pelo cooperativismo profissional e de especialistas (CAMPOS e DOMITTI, 2007), rompendo com as barreiras de comunicação existentes no âmbito da saúde, já apontado em estudo sobre a relação entre os profissionais de saúde e os usuários de serviços na França da 2ª metade da década de 1960, conduzida por Boltanski (2004) e que nos traz que este é um problema antigo e persistente, sendo necessário que o processo de trabalho em saúde resgate o vínculo com o usuário no seu cotidiano, como algo corriqueiro e não exceção como na atualidade dos serviços, o que encorajaria nos envolvidos o desenvolvimento de novos parâmetros de compromisso pela coprodução de saúde. Para tanto Campos (1999) aponta para a necessidade de se criar instrumentos que propiciem a aproximação e o comprometimento mútuo entre os usuários e a equipe de referência, fazendo com que a distância entre o poder dos técnicos e o dos

usuários possa ser substancialmente reduzido, problematizado, discutido e trabalhado este *quantum* de poder e o papel do usuário no desenvolvimento da sua saúde²¹. Este arranjo da atenção deve, então, facilitar a troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e destes com os usuários. Ao estabelecer com o usuário uma relação de troca de saberes, onde o profissional de saúde despe-se da autoridade técnico-científica, permite um aprendizado profícuo a ambos. Escutar e dar atenção a sua compreensão sobre sua doença e as suas verdades, faz com que estabeleçam novas formas de convivência, relacionamento e de comprometimento no âmbito da saúde (LEITÃO, 1997), corroborando para a coprodução dos projetos terapêuticos, combinando à cogestão (CAMPOS, 2000) e a gestão participativa (BRASIL, 2004) na prática transdisciplinar, o que criaria um potencial para a superação dos fundamentos biomédicos.

De acordo com Campos (1999) cada estrutura de saúde seria subdividida em equipes de referência, sendo cada uma delas responsável, com base nas suas condições de atendimento, pelo cuidado da saúde de um conjunto de usuários adscritos relativamente fixos, de forma diferenciada e ao longo do tempo, entendendo-os como únicos, complexos e parte da coletividade. Assim, as equipes de referência seriam organizadas de acordo com os objetivos, o território de abrangência, os recursos disponíveis, as características da população e as necessidades específicas de atendimento, em cada serviço. Compostas por profissionais de diferentes formações e com distintas especialidades, podem ser definidas e delimitadas de várias maneiras²², a partir de acordos firmados entre os

21 Reavivando aqui a necessidade de autonomia e controle do usuário-trabalhador sobre a sua saúde e a não delegação dela a terceiros (ODDONE *et al.*, 1986), mesmo que representantes do estado, para que este não tenha sobre eles um papel paternalista.

22 Usando o exemplo de Campos (1999), poderiam ser organizados acordos, com a eleição pelo

profissionais de saúde ou entre eles e os usuários, o que pressupõe uma gestão da saúde com maior plasticidade organizacional (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Devem buscar ter e atingir objetivos comuns e realizar tarefas conjuntas, mesmo que executando ações distintas, ficando cada um deles responsável pelos usuários, mesmo nas situações onde for necessário a ação de serviços especializados de apoio. Desta forma, a organização do sistema de referência e contra-referência sofreria uma mudança radical: a pessoa em tratamento num serviço especializado continuaria vinculada a sua equipe de referência, consolidando um conjunto de práticas interdisciplinares, o que implica tornar mais próximo, constante e simples a comunicação entre os profissionais e especialistas, compartilhar compromissos e responsabilidades pelo atendimento e cuidado aos usuários. Em conjunto com a equipe especializada seria estabelecido os projetos terapêuticos referentes ao usuário, de tal forma que o vínculo se potencializaria e fortaleceria, propiciando aos profissionais da equipe de referência acompanhar melhor ao longo do tempo, “o processo saúde/enfermidade/intervenção” dos usuários (CAMPOS, CHAKOUR e SANTOS, 1997).

Ao propor uma nova maneira de se relacionar com os usuários, onde uma equipe é responsável por um conjunto de pessoas, se estabelece uma outra organização do trabalho, que se contrapõe a impessoalidade e ao distanciamento das formas tradicionais de se trabalhar a saúde, onde o que se encontra na prática dos serviços de saúde, é uma despreocupação que beira (e pode por vezes chegar) ao descaso dos profissionais de saúde pelas pessoas atendidas, sendo que o tipo

usuário dos seus profissionais de confiança, o encaminhamento conforme critérios técnico-administrativos, conforme a especificidade do caso, as especialidades dos profissionais do serviço, ou ainda a distribuição igualitária do trabalho na unidade.

de relação que se estabelece pende entre o nulo e o assistencial e em ambos os casos exime o profissional de responsabilidade sobre o usuário.

O apoio matricial

De acordo com Campos e Domitti (2007), podemos analisar o termo *apoio matricial* decompondo-o em seus dois conceitos operadores:

- *Matricial* – nos remete a ideia matemática de função, onde linhas e colunas se relacionam, encontram-se integradas para se chegar a um determinado resultado sobre um sistema. Transpondo para o campo da saúde, o matriciamento sugere a ruptura das relações tradicionais, hierarquizadas e burocratizadas entre referência e contra-referência, propondo relações mais horizontalizadas e informalizadas, sem com isto perder o profissionalismo e a seriedade das ações, mas acrescentando a elas os afetos e sentidos subjetivos, já presentes mas não assumidos explicitamente, permitindo-se a troca e a aproximação entre os agentes envolvidos: usuários, profissionais de saúde de referência e especialistas, horizontalizando as relações entre eles, apontando para uma ação em saúde integrada, convergente com a ênfase atual para o SUS de trabalho em rede (RAS e Renast, por exemplo). Assim, podemos dizer que o matriciamento produz uma função geradora, ou seja: do encontro entre saberes distintos, um mais amplo, com outro mais específico (por exemplo: Atenção primária – saúde do trabalhador) são gerados novos conhecimentos e práticas ao mesmo tempo gerais e específicos.
- Já *apoio* seria a forma de operar essa relação, o método de organização desta relação proposta, horizontalizada, entre equipe de referência e ação

especializadas, baseado em procedimentos e ações dialogadas e não impostas pela autoridade, que não devem se restringir aos serviços especializados: qualquer oferta específica pode e deve ser posta neste circuito, aquele que é referência numa ação pode ser apoiador em outra, neste sentido, é seu papel:

construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originais de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 402).

O apoio Matricial, de acordo com as diretrizes para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2010) é uma tecnologia de gestão que busca assegurar retaguarda especializada às equipes de referência de modo dinâmico e interativo, oferecendo suporte assistencial (focado na atenção clínica compartilhada, em regime de coprodução com a equipe de referência), formulação de projetos terapêuticos, com a participação direta e integrada da equipe de referência e dos usuários e técnico-pedagógica ao usuário e a equipe de referência, sendo estas ações dinâmicas, podendo se mesclar nos diversos momentos do apoio. É um tipo de arranjo organizacional que propicia o envolvimento dinâmico e democrático de diferentes atores sociais, tanto na sua participação como na sua oferta. Para que haja apoio matricial é necessário o desenvolvimento conjunto de parâmetros clínicos e sanitários entre as equipes de referência e de especialistas, devendo estabelecer responsabilidades de ambas as partes sobre o processo, assim como estratégias, instrumentos e critérios para

demandar o apoio, democracia institucional e participação da gestão do serviço, no que Campos (2000) vai chamar de cogestão de coletivos: espaços criativos de construção compartilhada da gestão, da clínica e das demais ações do serviço. Para o seu sucesso ela não deve ser compulsória, nem tão pouco negligenciada, mas o tempo todo negociada.

O projeto terapêutico integrado é o centro organizador do apoio matricial e, de acordo com Campos e Domitti (2007) se desenrola, basicamente em atendimentos e intervenções que podem ser conduzidas pela equipe com acompanhamento dos profissionais envolvidos no apoio matricial; em outros conduzidos pelo próprio apoiador (em casos excepcionais onde sua especialidade se faça necessária), não devendo substituir o trabalho dos serviços específicos para este fim, nem descompromissar a equipe de referência, ao contrário, deve auxiliá-la a redefinir o acompanhamento do caso e; a troca de saberes, diálogo sobre casos, sugestão para condutas e orientações.

Desta forma a proposta do apoio matricial, assim como das equipes de referência, é de uma nova relação entre referência e contra-referência que, ao contrário da tradicional, englobaria o contato direto e pessoal entre referência e especialistas, inserindo aqui uma série de acordos, estabelecidos entre si após o diálogo e o debate de ideias, produtoras de sínteses e *práxis* que aproximariam e estreitariam laços profissionais e afetivos entre os envolvidos, buscando assim, sempre levar em conta as relações objetivas e subjetivas e a produção de sentidos fruto delas: todos na ação clínica tem algo a dizer sobre o tratamento e dar voz a estes atores sociais com o mesmo valor de verdade e poder de ação permite a

intensificação das trocas entre eles, a produção de novos sentidos à saúde, à doença e a co-responsabilidade pelos resultados, assim como a co-participação no sucesso da ação. Os profissionais que executam a função de apoio matricial são especialistas em algum campo de saber que, em determinado momento, se faz premente a equipe de referência, sendo acionados para dar o suporte com um conhecimento e prática distinto da equipe de referência, mas que se faz necessário para o momento, aumentando a capacidade de acatar às necessidades da população atendida pela equipe de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O apoio matricial não é um cargo, função ou especialidade, podendo ser desenvolvido por qualquer um dos envolvidos na RedeSUS: um profissional ou mesmo um membro da comunidade com um conhecimento específico pode oferecer uma colaboração que corrobore na clínica com os usuários do SUS, por exemplo, uma oficina sobre cooperativismo a um conjunto de trabalhadores em reabilitação para o trabalho e esta ser disponibilizada como uma ação matricial. Como nos traz Campos (1999) as possibilidades de combinação no apoio matricial são múltiplas e permitem que a equipe de referência explore ao máximo o potencial de todos os envolvidos tornando mais racional o acesso e uso dos serviços especializados e propiciando a mudança de uma lógica multidisciplinar para uma outra onde predomina a interdisciplinaridade. O encontro, no campo da saúde, de diferentes olhares e leituras sobre as questões que surgem obrigam os profissionais de saúde a comporem projetos terapêuticos que sejam a síntese destas racionalidades e perspectivas teórico/profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O Cerest no apoio matricial

O maior desafio da PNST é desencadear dentro do SUS mudanças que levem a colocar o trabalho como tópico importante entre aqueles a serem tratados e discutidos pela saúde. Atuar na RedeSUS a partir dos arranjos organizacionais/institucionais do apoio matricial e das equipes de referência provoca importantes e democratizantes mudanças no âmbito do sistema e aprofunda a discussão da saúde do trabalhador, não só porque tornam mais eficientes o acesso à bens e serviços de saúde aos usuários do SUS, mas também porque propõe mudanças nas práticas de saúde, que não sejam simplesmente orientadas **para** o usuário, mas **construídos com** ele, que possa ser sujeito atuante, agente ativo do seu tratamento e da sua saúde, ganhe voz e autonomia, identifique no ambiente de trabalho as condições que lhe expõe ao risco de acidentes e doenças e vislumbre isto como uma questão a ser resolvida e tratada coletivamente.

Na portaria 1823 (BRASIL, 2012) o apoio matricial, é descrito como uma das ações estratégicas para que a política nacional de saúde do trabalhador atinja o objetivo de garantir a atenção integral em saúde do trabalhador. Na estruturação da Renast o Cerest assume o papel de apoiador, dando suporte especializado em vigilância em saúde do trabalhador e retaguarda técnica a todos os pontos da RAS: em especial na atenção primária, nos serviços ambulatoriais, especializados, hospitalares, de urgência e emergência. Para tanto a equipe multiprofissional, no exercício destas ações, deve ter uma prática interdisciplinar. As ações integradas entre distintos profissionais de saúde e destes com pessoas com diferentes saberes e níveis de instrução formal e informal, são fundamentais para o êxito da PNST.

Quando os profissionais de saúde se abrem para o saber dos seus pares e estes para os dos trabalhadores – construído no cotidiano laboral, sensível, subjetivo e real (ODDONE *et al.*, 1986) – a incorporação resultante destes diferentes referenciais disciplinares, teóricos e de práticas produzem uma abundância de conhecimento em quantidade e profundidade que favorece o enriquecimento de todos os sujeitos neles envolvidos – em seu conjunto e separadamente – muito mais do que seria possível se atingir ou conhecer isoladamente por cada uma das disciplinas e por cada um dos sujeitos das ações. (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p. 28)

O apoio matricial é, então, um importante incremento em termos teóricos e práticos absorvido pela saúde do trabalhador e presente na PNST. Desenvolver ações de apoio matricial em saúde do trabalhador junto a RAS não implica apenas numa nova atividade para o Cerest, mas sim numa mudança na organização do trabalho e na forma como as relações de trabalho e interpessoais estão estabelecidas dentro da rede de saúde (CAMPOS, 1999). Dito de outra forma, implica em mudanças profundas na prática clínica dos serviços que receberão o suporte do Cerest e na forma como o trabalho no centro de referência está organizado para que possam trabalhar de forma integrada, numa concepção de clínica ampliada (BRASIL, 2012), focados na promoção e vigilância em saúde do trabalhador e numa gestão do serviço compartilhada, participativa e colaborativa (CAMPOS, 2000).

A atenção primária é o eixo organizador da saúde no SUS (BRASIL, 2006), desta forma deve ser uma das prioridades do apoio matricial conduzido pelos

Cerest, como podemos observar em Garbin (2013), Santos e Lacaz (2012), Betim (2011) e Kanasawa, Monteiro e Pintor (2011), sendo a saúde da família sua estratégia principal. Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (Nasf) são a estrutura criada, por princípio, para dar suporte e apoio matricial à ESF, tendo o Cerest que agir integrado com estes núcleos nas ações como prevê a Portaria 2488 (BRASIL, 2011). Junto à atenção primária o Cerest deverá dar o suporte necessário para que exerçam suas ações em saúde do trabalhador, o que inclui: atenção aos trabalhadores com suspeita de adoecimento/ acidente do trabalho, estabelecido nonexo causal, a emissão da CAT e a notificação dos casos compulsórios, vigilância, fiscalização e monitoramento das empresas onde ocorreram os casos relacionados ao trabalho (em conjunto com o Cerest), mapeamento de risco territorial (com agentes de saúde, representantes dos trabalhadores e o Cerest), e ações educativas junto à comunidade (com o Cerest, representantes da classe trabalhadora e outras instituições quando for o caso), desta forma os Cerest podem ter uma participação importante no rearranjo da “rede comunitária de cuidado” (BRASIL, 2004), orientando e atuando conjuntamente nas ações que envolvam o trabalho em sua interface com a saúde e o meio ambiente, não substituindo as equipes de saúde da família, mas compondo com elas matricialmente, acompanhando as ações junto aos usuários, à comunidade, às organizações de trabalho e às famílias, prestando assessoria e retaguarda ao trabalho dos agentes comunitários de saúde e às equipes de saúde da família (BRASIL, 2012).

A atenção primária, especificamente a estratégia saúde da família (ESF) foi definida pelo pacto pela saúde (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2007)

como o eixo principal de organização das ações de saúde no SUS. Neste sentido todos os documentos legais que tratam da saúde do trabalhador pós portaria 1679 (BRASIL, 2002) vão apontar para a importância de se desenvolver ações de promoção, proteção, manutenção, recuperação e vigilância em saúde do trabalhador, tendo a ESF – junto com os órgãos representativos da classe trabalhadora – como protagonistas das ações, cabendo ao Cerest atuar no sentido da promoção da vida comunitária e para o protagonismo e autonomia do usuário-trabalhador, articular intersetorialmente com outras redes (judiciárias, escolares, empresariais, cooperativas laborais etc), subsidiar tecnicamente a equipe, apoiar as ações, desenvolver atendimentos e vigilâncias conjuntas, qualificar e estimular as equipes a terem um olhar e uma atenção especial voltada a identificação do trabalho como eixo central da vida das pessoas e, portanto, como uma potencial fonte de acidentes, morbidades e mortalidade da classe trabalhadora (BRASIL, 2012). Tratar a saúde do trabalhador a partir da perspectiva da ESF amplia o espectro de ação-reflexão e nos apresenta a problemática em sua complexidade na medida em que aos aspectos laborais somam-se as questões pessoais, econômicas, políticas, ambientais, jurídicas e sociais, às relações familiares, comunitárias e capital-trabalho e nos traz a sua amplitude, indo ao encontro da proposta da saúde da família (BRASIL, 2006).

Com esta proposta o que se espera é uma relação mais horizontalizada e de parceria, compromisso e cumplicidade das partes, enfim, que haja de fato a formação de uma rede integrada de atenção à saúde do trabalhador, onde as RAS estejam qualificadas para identificar, na sua região de abrangência, as atividades

produtivas, o perfil epidemiológico, monitorar os casos atendidos e as organizações envolvidas no processo de morbi/mortalidade e onde o Cerest trabalhe em profunda sintonia com o todo da rede.

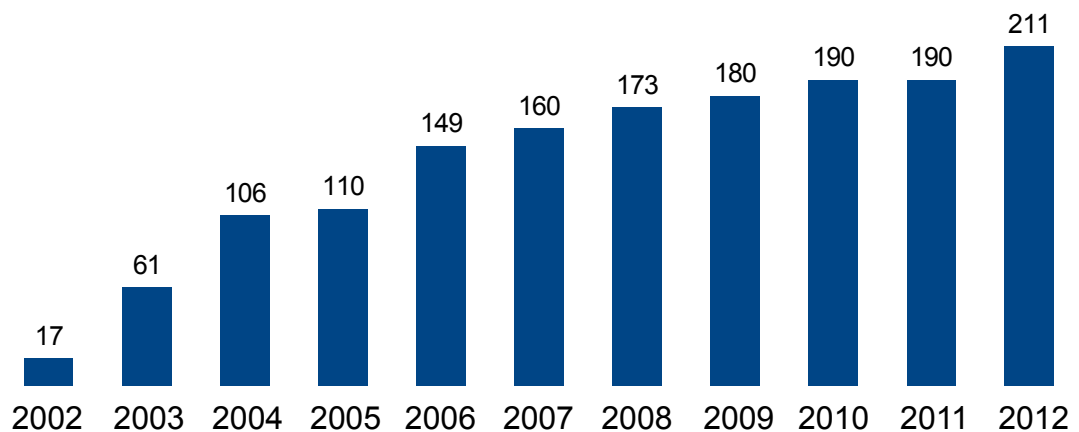
Problemas, desafios e questões críticas na criação dos Cerest com a Renast

O crescimento do número de Cerest x capacidade de ação

Com a criação da Renast há um grande aumento no número de Cerest. Como podemos observar (Gráfico 1), em 2002 eram 17 os serviços habilitados – que se ergueram antes da Renast e de haver uma política nacional de saúde do trabalhador consolidada no país, fruto das ações dos trabalhadores organizados e/ou de governos locais e estaduais, com a marca da participação popular – contra 211 em 2012, um crescimento exponencial, superior a 13 vezes o inicial e ainda maior do que o previsto com a Portaria 2978 (BRASIL, 2011) de 210 centros. Este expressivo incremento na quantidade de centros foi propiciada pelo aporte financeiro do Ministério da Saúde e ocorreu em todo o país (figura 3). A questão que fica é: a que custo? Havia uma demanda contida que se valeu da oportunidade trazida pela Renast ou eles foram criados sem uma base social que a requeresse, de forma artificial, visando o repasse de verbas e o cumprimento da portaria? Se estivermos diante de serviços criados sem uma base social, temos então uma política nacional imposta de cima para baixo, que não leva em conta as necessidades locais e as forças atuantes nos municípios, o que na prática tornaria esta política inócua, quando não revertendo contra os próprios trabalhadores na medida em que não

tendo clareza dos objetivos os Cerest tenderiam a uma postura conservadora, a atender a necessidade das classes dominantes, dos grupos empresariais, enfim, a reproduzir uma política de saúde ocupacional que em nada tem relação com a proposta do SUS e da saúde do trabalhador.

Gráfico 1. Cerest habilitados no período entre 2002 e 2012



Fontes: MACHADO *et al.* 2011; PORTAL SAÚDE, 2013 e 2011

Lacaz e Santos (2010) observam que o número de Cerest é superior à massa crítica capaz de exercer suas ações e responsabilidades, tendo dificuldades de articulação intra e intersetoriais e de executarem as ações previstas em seus orçamentos, gerando, conseqüentemente, um excedente de recursos inutilizados. Estas situações produziriam serviços amorfos, que não servem aos seus propósitos ao que os autores chamaram de “Cerest de papel”. Atentam ainda para a composição, constituição e capacitação das equipes dos Cerest: a falta de uma formação teórica sólida, que compreenda a saúde não como ausência de doenças,

mas como uma condição complexa da existência humana que envolve, inclusive o adoecimento como um dos seus estados (DEJOURS, 1985) e a doença sendo vista como um dos fatores de risco à saúde, mas não é o único, assim como os agentes desencadeadores como múltiplos e tendo entre eles muitos produzidos pela nossa própria forma de viver e pelas condições sociais a que somos submetidos: pobres e ricos adoecem de maneiras diferentes e em quantidades distintas, assim como formas diferentes de labor trazendo distintas consequências à saúde. Este tipo de deficiência na constituição do profissional de saúde pode trazer, como efeito, dificuldades técnicas para intervir nas condições de risco à saúde no trabalho, para planejar e estabelecer uma reflexão crítica com as atividades e ações do serviço, o que é fundamental para se firmar a saúde do trabalhador em contraposição à medicina do trabalho e a saúde ocupacional que, de outra forma, podem ser práticas presentes nos centros de referência, em profundo contrassenso com os princípios fundantes do SUS e da PNST, podendo levar a toda sorte de desserviços como se tornar um Sesmt municipal ou ainda, fazendo as vezes deste para a iniciativa privada – em completo desacordo com o previsto pela portaria 2728 (BRASIL, 2009) que proíbe terminantemente esta prática.

A identidade institucional dos Cerest e a interação intra e intersetorial

Apesar de desde a portaria 2437 (BRASIL, 2005) não ter mais como função o atendimento ambulatorial em saúde do trabalhador permanece esta como sendo uma ação que identifica o serviço junto à RAS e outras instâncias do SUS, o que

dificulta sua afirmação como polo irradiador da PNST. Isso fica patente quando vemos a portaria 706 (BRASIL, 2012) que define o Cerest como “um estabelecimento de atenção ambulatorial especializado em saúde do trabalhador”, contrariando o que vinha sendo construindo ao longo das portarias específicas da área de saúde do trabalhador. Se por um lado o Cerest não deve exercer um papel ambulatorial, por outro é sobre esta sigla que é cobrado administrativamente.

Uma consequência disto é o que nos apontam Lacaz e Santos (2010): muitos Cerest ainda se estruturam, se apresentam e se identificam como um serviço ambulatorial, como eram os PST e CRST, adquirindo equipamentos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, por exemplo, para este fim, com recursos da própria Renast, exercendo suas ações de forma desarticulada e distante da vigilância dos ambientes de trabalho, atuando após a ocorrência, sobre o seu resultado, apresentando pouco ou nenhum impacto nos ambientes de trabalho nocivos a saúde do trabalhador. Ainda de acordo com estes autores, a despeito disto, os Cerest tem conseguido avançar na condução de ações que visam a melhoria das condições de saúde do trabalhador, acumulando nestes últimos 10 anos experiências e conhecimentos técnicos importantes, mas permanece ainda como desafio uma maior integração, articulação com os demais setores da saúde, sobretudo nos três níveis da atenção (primária, secundária e terciária). Entre elas, Lacaz e Santos (2010) destacam o fato do SUS se estruturar de forma municipal, enquanto os Cerest apresentam uma distribuição regional, o que faz com que em muitos municípios as ações sejam priorizadas para o município sede, como é o caso exemplificado em outro texto destes mesmos autores (SANTOS e LACAZ, 2012)

reportando a realidade de Amparo-SP. Também exige um maior empenho na inter-relação com as instâncias representativas dos trabalhadores (em especial os sindicatos) e com outras instituições governamentais que tratam da relação com o trabalho como a Procuradoria Pública do trabalho , as superintendências do Ministério do Trabalho e Emprego e o INSS, essencial na condução da PNST e na integração da Renast no todo do SUS.

Trabalho prescrito x equipe mínima nos Cerest regionais

Vamos observar a evolução dos serviços desenvolvidos pelos Cerest regionais ao longo de 10 anos de Renast (2002-2012):

Quadro 1 – Diferenças de atribuição do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional 2002-2012.	
De acordo com a Portaria 1679 (BRASIL, 2002)	De acordo com a Portaria 1823 (BRASIL, 2012)
Suporte técnico especializado para à RAS em relação ao atendimento, diagnóstico, registro, notificação e vigilância em saúde do trabalhador;	Suporte técnico, educação permanente e coordenação de projetos especializados para à Rede SUS em relação ao atendimento, diagnóstico, registro e notificação e vigilância em saúde do trabalhador;
Supervisão da rede de serviços do SUS para a saúde do trabalhador;	Oferecer apoio matricial a toda a RAS
Ações integradas de intervenção especializada com outros setores da saúde, governamentais e não governamentais e	Ser o centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador
Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica;	Se tornar polo irradiador das ações e experiências de vigilância em saúde do trabalhador
Ações de promoção à Saúde do Trabalhador;	Capacitar a RAS para identificar as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores adscritos aos territórios de saúde de cada serviço.
Organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos agravos à saúde do trabalhador constantes na portaria 1339 (BRASIL, 1999);	Capacitar os profissionais de saúde para identificar e monitorar os casos atendidos em que forem identificados agravos decorrentes do trabalho
Estruturação do Processo de Qualificação de Recursos Humanos da rede de serviços do SUS, participando do treinamento e capacitação de	

profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção.	
Equipe mínima ²³	
2002	2005
CRST Regional A	Cerest Regional
8 profissionais – 5 de nível superior ²⁴ , sendo ao menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 profissional de nível médio ²⁵ e 1 auxiliar de enfermagem, (**).	10 profissionais – 6 de nível superior ²⁶ , sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas) e 4 de nível médio, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem.
CRST Regional B	2011 – Manual de Gestão da Renast
10 profissionais – Ao menos o mesmo número de profissionais da equipe A + 1 profissional de nível superior, 1 profissionais de nível médio.	10 profissionais – 6 de nível superior ²⁷ , sendo ao menos 1 médicos (20 horas) e 4 de nível médio.
CRST Regional C	
15 profissionais – Ao menos o mesmo número de profissionais da equipe B + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.	

Como podemos observar, se em 2002 tínhamos uma escala com três tipos de centros de referência, cada um com uma quantidade de profissionais, variando de

- 23 Apesar de revogada, usamos como referência aqui a portaria 2437 (BRASIL, 2005), uma vez que nem a portaria 2728 (BRASIL, 2009) nem a 1823 (BRASIL, 2012) fazem alusão a equipe mínima necessária nos serviços e o novo manual da RENAST ainda não ter sido finalizado e publicado, muito embora em apresentação feita no V Encontro Nacional da Renast, Vilas Boas (2011) faça uma apresentação preliminar desta manual, com uma composição muito próxima à da portaria 2437, como podemos ver, porém ainda mais flexível em sua composição. O que dá margem a todo o tipo de composição de equipe na medida que não há um mínimo legal aceitável.
- 24 “Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.” (BRASIL, 2002)
- 25 “Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.” (BRASIL, 2002)
- 26 “com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.” (BRASIL, 2005)
- 27 Das áreas de Administração, Arquitetura, Biologia, Biomedicina, Ciências sociais, Enfermagem, Engenharia, Estatística, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Informação, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Química, Serviço social, Terapia ocupacional, Veterinária, de preferência com “formação ... em saúde coletiva com ênfase nas áreas de saúde do trabalhador, saúde ambiental, epidemiologia, planejamento em saúde, vigilância em saúde ou promoção da saúde ...” (VILAS BOAS, 2011).

no mínimos 8 (Regional A) para 15 (Regional C), em 2005 a equipe mínima ficou estabelecida em 10 profissionais, vigorando até o momento este número, como podemos ver em Vilas Boas (2011), sendo que destes 1 com jornada de 20 horas. Mesmo com as alterações importantes do papel do Cerest a partir das portaria 2728 (BRASIL, 2009) e 1823 (2012) a equipe mínima para o serviço permanece a mesma, ou seja, não se tratou ao longo deste tempo de ampliar o pessoal mínimo necessário para a execução dos serviços. Se não diminuiu o tamanho da equipe em relação à portaria 2437 a flexibilizou na sua configuração, onde antes se exigia ao menos dois médicos, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, agora pede-se apenas um médico com carga horária de 20 horas, o que na prática significa uma equipe bastante diminuta, com um tamanho incompatível com o volume de trabalho exigido para a realização de suas atividades. Apesar de aparentemente em menor número isto não significa que o volume de trabalho diminuiu. Ao contrário: o que se observa é que as ações propostas nas portarias (2437, 2728 e 1823) são progressivamente mais complexas e com uma maior carga laboral. De acordo com Vilas Boas (2011) a equipe que compõe o Cerest deve ser capaz de lidar com:

- gestão de serviços de saúde;
- coordenação de ações integradas intra e inter institucionais;
- diagnóstico em saúde do trabalhador;
- organização de dados e informações com enfoque epidemiológico;
- análise de situação de saúde;
- vigilância em saúde do trabalhador;
- organização de redes de atenção a saúde;
- processos pedagógicos de formação e integração, para trabalhadores e seus representantes;
- metodologias de pesquisa em saúde;
- informação; e
- promoção da saúde.

O que exige mais conhecimento, envolvimento e tempo, tornando-se excessiva e incompatível com esta dimensão de equipe mínima, necessitando, portanto, para seu incremento de um volume e diversidade de profissionais superior ao mínimo apresentado.

Entre as atividades executadas destacamos o apoio matricial como exemplo do que afirmamos aqui: para sua condução se faz necessário um grau de envolvimento e integração com a rede SUS que até o momento não tinha sido apontado por nenhum outro texto legal da área da saúde do trabalhador. Exige também mudanças na forma como o Cerest encontra-se organizado, devendo atuar, de fato, de modo interdisciplinar, estabelecendo com a equipe de referência um trabalho na construção de uma clínica ampliada, somada a isto ações de vigilância e promoção em saúde nos três níveis de atenção.

As equipes são dimensionadas com o intuito de atenderem a todas as tarefas e ações definidas pela legislação? Os dados assinalam uma incongruência entre o trabalho prescrito e o tamanho definido como mínimo para as equipes dos Cerest. Reproduzimos assim, na saúde do trabalhador, os mesmos equívocos que nos propomos a enfrentar e podemos reproduzir aqui as condições que levam ao adoecimento dos trabalhadores, agora internamente a própria saúde do trabalhador, o que é um paradoxo e contraditório por princípio e nos apontam para alguns riscos factíveis de ocorrerem: os profissionais podem se eximir de realizarem todas as atividades definidas, elegendo prioridades de acordo com critérios locais os mais variados; podem se desdobrar tentando cumpri-las e executá-las de forma insatisfatória; podem adoecer em decorrência do trabalho e o *burnout* é uma das

suas formas possíveis; podem cair no niilismo e executar ações de forma burocrática ou ainda provocar nas equipes sentimentos como frustração, impotência e decepção com o trabalho, entre outras.

Desafios da integração da saúde do trabalhador no todo do SUS

Santos e Lacaz (2011), ressaltam que são muitos os obstáculos a serem transpostos até que a saúde do trabalhador venha a ser realmente vista como relevante e parte da rotina de toda a RAS. Entre eles, destacam: a manutenção de do modelo de atenção e gestão tradicional e hegemônico da saúde, em detrimento de uma atenção interdisciplinar que componha ações coletivas e individuais; a falta ou ausência de ações de promoção e proteção à saúde, seja em quantidade, seja em qualidade; a ocorrência – tanto dentro do SUS, quanto entre estruturas de governo diversas – de duplicidade ou ausência de papéis quanto a saúde do trabalhador. Um exemplo é o que ocorre entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, como já identificado por Dias e Hoefel (2005) da duplicidade da função de fiscalização dos ambientes de trabalho e que permanece com o decreto 7602 (BRASIL, 2011). Da mesma forma há setores da saúde do trabalhador que se preocupam e resistem ao fim dos atendimentos ambulatoriais dos Cerest por entenderem que a RAS não está preparada ou não suporta ainda este tipo de atenção. O discurso da especialidade e da figura do especialista, somada à falta ou deficiência na formação dos profissionais de saúde com relação a saúde do trabalhador pode inibir que se desenvolva ou que ao fazê-lo conduzam de forma inadequada, razão pela qual é fundamental que as estruturas de educação e saúde

dos três níveis de governo incluem a saúde do trabalhador entre as temáticas a serem desenvolvidas com os profissionais da redeSUS. Esta questão também acaba por afetar a quantidade e qualidade das informações produzidas e processadas pelo serviço, bem como a sua divulgação. Por fim os autores relembram que a saúde do trabalhador para ser de fato DOS trabalhadores não pode se furtar à sua participação e deve empenhar esforços no sentido de estimular a participação plena e efetiva do conjunto da classe trabalhadora. A saúde do trabalhador, como bem nos lembra Oddone *et al.* (1986), é DOS trabalhadores e, portanto, deve ser deles o controle sobre ela. Assim, os esforços não devem ser apenas no sentido de sua participação nos órgãos já instituídos como a Cist, mas também nas ações de vigilância e fiscalização, bem como na gestão do Cerest na figura de um conselho gestor como sugere a portaria 2437 (BRASIL, 2005), a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, Coordenação de Saúde do Trabalhador, 2008) e a 6ª conferência municipal de saúde de Corumbá (CMSC, 2011).

2.2.3 O papel dos profissionais de Saúde na PNST e na Renast

Os profissionais de saúde tem um papel chave no desenvolvimento da Renast e da PNST. Se eles se veem como uma equipe, como agentes de transformação, têm como meta a melhoria das condições de saúde-trabalho da população, fazem uma leitura crítica dos documentos legais e atuam sobre eles de forma criativa reescrevendo-os de acordo com as necessidades locais, encontram novos espaços de significação e novos sentidos para o seu próprio trabalho. Estabelece-se, assim, uma tensão dialética com as normativas, que se por um lado auxiliam a construção

da rede, por outro podem “engessar” as ações. Esta capacidade plástica é que se espera que tenham as equipes dos Cerest e cada um dos sujeitos que nela atuam: buscar novas formas de significar o serviço prestado à rede de atenção à saúde e aos trabalhadores de maneira geral e aqueles adoecidos/acidentados de maneira específica; construir a saúde do trabalhador como “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2007) o que significa romper com distância entre a clínica e a gestão do serviço, que deve ser compartilhada entre profissionais de saúde, gestores e trabalhadores-usuários e, com isso, subverter a ordem estabelecida dentro da organização da saúde pública, dando o exemplo, agindo de forma criativa sobre o espaço laboral do Cerest e tendo ali um campo produtor de saúde, sentido e potencializador de ações inovadoras (FRANCO, 2006), de invenção e, “... ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a *práxis* (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.” (BRASIL, 2010, p. 89).

A Renast, para se constituir de fato uma rede, deve operar numa lógica contrária da burocracia, da hierarquia rígida e da direção dos fluxos estabelecidos pela organização do trabalho tradicional em saúde, buscar atuar no sentido contrário à racionalidade gerencial hegemônica presente no campo da saúde (CAMPOS, 2000). Antes, deve atuar interconectando os trabalhadores de saúde entre si, no seu cotidiano, em relação uns com os outros, neste movimento constante de relacionamento de troca, de busca da necessidade do outro (FRANCO, 2006), sem com isto anular as suas próprias, buscando em constantes contratualizações o estabelecimento do equilíbrio entre os desejos e necessidades, individuais e

coletivas (CAMPOS, 2000) gerando “vínculos entre os trabalhadores e as organizações de saúde que permitam o compromisso com a missão institucional de garantir bons serviços de saúde para toda população.” (ROCHA, 2005, p. 49).

Como caminho para a valorização dos profissionais de saúde e enriquecimento do conteúdo do seu trabalho, a portaria 4279 (BRASIL, 2010, p. 89) aponta que: “... todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde”. Este movimento de se comprometer com o indivíduo e o coletivo, não só na sua necessidade imediata, mas na sua saúde com um todo se coloca como um desafio que integra, aproxima, associa as pessoas que, de outra maneira, estariam trabalhando isoladamente, valoriza o resultado final do trabalho em saúde como fruto da criação e inventividade de um coletivo. A clínica ampliada, assim como o apoio matricial quebram as regras, produzem o anti-Taylor (CAMPOS, 2000) e propiciam a Renast que o seu “trabalho vivo em ato” seja, de fato a construção de uma rede integrada de atenção à saúde do trabalhador, na medida em que respeito e integro TODOS os trabalhadores envolvidos no processo: sejam os trabalhadores em atendimento, sejam os que prestam o atendimento em saúde.

2.2.4 A participação da classe trabalhadora: um nó essencial da rede

Na década de 1950 o operariado italiano rebelou-se contra a organização do trabalho fordo-taylorista que fixava os rumos não só da produção, mas também do que se tratava como riscos a sua saúde. Defendiam a saúde como o bem mais caro

dos trabalhadores e, portanto, cabia a eles cuidar e definir as condições de trabalho que podiam ou não trazer riscos, não sendo algo a ser delegado a terceiros mas a ser construído e desenvolvido em conjunto com os profissionais de saúde. Não delegar também significa a insubordinação e a não submissão do saber dos trabalhadores ao saber técnico dos profissionais de saúde: antes, o que se busca é o embate de ideias, o diálogo constante e encontrar, na sua síntese, os caminhos que levem à melhoria das condições de saúde no ambiente de trabalho, atuando em benefício daqueles que vendem a força de trabalho e não da produção ou de quem as compre (ODDONE *et al.*, 1986).

Resgatando este princípio é que pensamos aqui que o Estado não deve ter sobre os trabalhadores uma relação de tutela, mas antes de parceria, de compromisso com a vida e a saúde dos trabalhadores, que deve ser construída com participação popular, com envolvimento da massa dos trabalhadores, incluindo aqueles que trabalham na saúde, não com políticas impostas pelo governante de plantão porque isso seria reproduzir a lógica empresarial e a saúde ocupacional no âmbito do SUS.

A gestão participativa dos serviços é essencial no desenvolvimento das redes, sendo a inclusão dos populares como atores sociais no desenvolvimento do SUS – com a criação e institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS (e incluímos aqui a Cist) peça central deste processo (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007), mas não suficiente. A Renast deve incentivar a participação direta na vigilância e fiscalização dos ambientes de trabalho, como propõe a portaria 1823 (BRASIL, 2012), além da gestão do Cerest, com direito a voz e veto sobre as

decisões ali tomadas, como já previa a portaria 2437 (BRASIL, 2005): “ O controle social, no âmbito dos Cerest, deverá verificar-se por meio da criação e implementação dos Conselhos desses serviços.”. De acordo com Santos e Lacaz (2011) só é possível garantir que a saúde do trabalhador se torne real no SUS: “... com a participação dos trabalhadores em todo o processo de atenção, tanto para investigar a situação real de trabalho quanto para assegurar a implementação das mudanças...” (p. 98) necessárias. A participação dos trabalhadores na sua organização é, segundo Garbin (2005), ponto chave para o fortalecimento das ações em saúde do trabalhador no SUS e cita como exemplo a experiência acumulada no estado de São Paulo com os centros de referência de Campinas, Botucatu, Piracicaba, Santo André e São Bernardo.

Ao longo da portaria 1823 encontramos passagens que enfatizam a necessidade de estimular a participação dos trabalhadores e suas organizações, o que não só é importante mas coerente com a proposta do SUS. Não obstante ela ainda se mostra muito tímida em relação aos avanços do passado em termos de envolvimento dos trabalhadores nas ações de saúde. Há passagens da portaria onde se diz que a participação dos trabalhadores é essencial, mas quando se expõe as propostas de participação acaba restringindo-as aos conselhos de saúde e a comissão intersectorial de saúde do trabalhador (CIST). Em nenhum momento aparece a investigação conjunta do ambiente de trabalho e a fiscalização com o envolvimento e a presença dos sindicatos e/ou dos órgãos de representação dos trabalhadores. Trata da prioridade da atenção básica, mas o paralelo dele no espaço laboral que seria a CIPA sequer é citada. Apesar de reconhecer os avanços que a

PNST apresenta, como já escrevemos acima, eles poderiam ser maiores se a lógica da não-delegação fosse mantida. Ao contrário, vemos ao longo deste documento diversas passagens que nos remetem à delegação das ações de saúde do trabalhador ao Estado. É emblemática a menção à participação dos trabalhadores no capítulo III, artigo 9º, item I -I mas com a observação “sempre que pertinente”. E quando não seria? No item V que trata do “estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social”, o único onde o envolvimento é tratado diretamente, é curto, com seis subitens, onde os trabalhadores não aparecem como agentes de produção de saber e centrais das ações. A participação que se espera é a da denúncia, demanda, da participação nas instâncias oficiais de representação social no SUS num movimento que é da ação técnica especializada para o trabalhador, em atividades de educação permanente (não como agentes de educação, mas como educandos), transferência de informação a eles, ou seja: numa postura ou passiva, ou institucionalizada, ou numa articulação que não é clara qual seja. Ao contrário do que se propõem inicialmente à saúde do trabalhador nos anos 1970 e 1980 identificada com o Movimento Operário Italiano (MOI), aqui o cuidado da saúde, sua promoção e manutenção aparece como uma ação delegada aos técnicos especializados em saúde do Estado. Os trabalhadores aparecem como dependentes do estado e não cidadãos atuantes das políticas públicas. Não se trata aqui de uma ação de equilíbrio de poderes e saberes, mas de um (técnico) sobre o outro. Mesmo não sendo impositiva percebe-se autoridade superior do técnico especializado. O contrário não aparece nesta portaria: ações dos trabalhadores sobre os técnicos, como seria de se esperar no Item VII (“apoio ao desenvolvimento

de estudos e pesquisa”) do mesmo artigo. Impressionante aqui que não há nenhuma referência, direta ou indireta ao MOI e a seus princípios – aqui pesquisa não é algo que vem dos trabalhadores, todavia o subitem G dizer que deve-se estabelecer “mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados”. Como é posto não fica clara esta participação e a atribui como uma ação do Estado para o Cidadão. Não se faz menção aqui ao envolvimento estatal em pesquisas desenvolvidas a partir da representação dos trabalhadores nem ações como esta são estimuladas nesta política isso levando-se em conta que desde a década de 1960 temos experiências de pesquisas científicas de base popular (THIOLLENT, 2009; BRANDÃO, 2006; 1999; 1981; DEMO, 2004), conduzidas pelos trabalhadores, e que tiveram como frutos o método da árvore de causas e do mapa de riscos (ODDONE *et al.* 1986). A portaria 1823 nos aponta para uma política de saúde do trabalhador sem trabalhadores, não uma saúde **do** trabalhador, antes uma saúde **para** o trabalhador. Quando trata da participação dos trabalhadores é no sentido de uma ação do Estado para os trabalhadores e não o contrário, o que demonstra uma ação governamental **sobre** os trabalhadores e não **com** eles, é como se o trabalhador fosse coadjuvante deste processo e não o ator principal, o que deixa claro a tímida influência que se espera dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador. São 288 parágrafos desta portaria onde as referências à participação dos trabalhadores aparecem de forma esparsa. Considerando que esta portaria irá balizar todas as ações de saúde do trabalhador no Brasil, isto é bastante temerário.

Quando tratar do desenvolvimento e capacitação de recursos humanos a portaria não coloca os trabalhadores como aqueles com quem se deve aprender e ouvir sobre suas condições de trabalho, sobre sua experiência, “macetes” e estratégias de sobrevivência saudável no espaço laboral, nem os membros das CIPA, da Cist ou de organizações dos trabalhadores.

O trabalhador aparece aqui como sujeito a ser identificado pelo SUS – numa posição passiva diante da ação do estado. Sequer onde seu conhecimento deveria ser reconhecido – o posto de trabalho – é estimulada a participação do desenvolvimento de tecnologias de trabalho e produção e equipamentos que produzam menos riscos e impacto ambiental. Não se fala na participação da classe trabalhadora, no resgate do seu conhecimento vivo sobre estas condições laborais e dos seus riscos.

O estímulo à participação dos trabalhadores é clara em toda a portaria 1823. No entanto cabe aqui perguntar do tipo e qualidade que se espera. Nossa análise aponta para uma participação restrita e que não estimula nos trabalhadores o desejo de autonomia e controle das condições de trabalho para que tenham domínio sobre o ambiente de trabalho e os riscos a eles pertinentes.

3 – SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA

A construção do método é determinada por nossos pressupostos sobre a realidade, muito mais do que nosso interesse por este ou aquele “problema de pesquisa” em particular. Desta forma poderíamos dizer que a definição do método é guiado pelos paradigmas iniciais do pesquisador. Entendendo aqui paradigma como um conjunto preliminar de crenças que conduz a ação do cientista (KRAUSE, 2002).

Nesta pesquisa partimos, como fonte de inspiração, da forma como a pesquisa participante integra produção de saber científico e investigação social, no que traz de envolvimento com aqueles que se pesquisa, tratando-os como agentes e não meros objetos desta, com os quais se estabelece relações objetivas, mas também subjetivas e se anseia contribuir para o seu desenvolvimento, sem com isso perder de vista a produção do conhecimento científico, requisitando como essencial uma aproximação teórico-metodológica que compreende a realidade para transformá-la e que tem a teoria desafiada o tempo todo pela prática, o que exige que seja repensada incessantemente (MINAYO, 1993).

A teoria, então, se desenvolve sobre o marco da tensão com a prática onde o saber se torna útil, realizado, se convertendo em movimento, em ação, por um lado, mas também deve ser entendido como uma atividade incessante e processual de desconstrução e reconstrução do conhecimento e que esta dinâmica é o seu centro (DEMO, 2004).

A pesquisa assim pensada enquadrava-se entre as práticas não estruturadas, assumindo o compromisso político com aqueles com quem compartilha as atividades, analisando sua própria realidade e pondo-se como agente de realização

histórica (DEMO, 2004).

Tem-se, então, aqui o desafio de fundamentar cientificamente a opção política e histórica de trabalhar com o coletivo e desenvolver um conhecimento politicamente engajado, sem com isso deixar de ser rigoroso em termos metodológicos e epistemológicos (DEMO, 2004). O que significa passar pelo crivo da ciência, com um texto coerente, sistemático, consistente, original, racional, objetivo e ser discutível, ter atenção acurada para a fundamentação teórica e metodológica e um tratamento atento e perspicaz dos dados.

Também é importante colocar que a pesquisa não busca apenas um resultado final, mas com a sua própria construção e condução criar condições que potencializem a transformação do espaço com o qual trabalha e que o conhecimento, fruto do trabalho coletivo, oriente esse processo (BRANDÃO, 1999).

Desta forma produção de conhecimento se funde com modificação da realidade uma vez que não temos uma sem a outra: ambas estão intrincadas de tal forma que é quase impossível determinar quando termina uma e se inicia a outra (ARGUMENTO, 1999), onde o diálogo entre pesquisador acadêmico e o participante da pesquisa possibilita a formação de saberes e de interpretações. Isto, é claro, demanda negociações, composições e acertos entre as pessoas envolvidas, das relações de poder existentes e das interlocuções possíveis de serem estabelecidas ao longo da pesquisa (SCHMIDT, 2006).

A qualidade da relação com o campo de pesquisa depende, frequentemente, da intenção, das relações pessoais, políticas e ideológicas que movem-no para o campo. A empatia entre as pessoas envolvidas na pesquisa dá o tempo e influencia

sensível seus resultados (BRANDÃO, 1999), devendo ter com o grupo de pesquisa um comprometimento com o processo de transformação social e uma postura de orientação, motivação, avaliação e planejamento das ações (DEMO, 1999, 2004), o que representa novos desafios à ciência e a construção do conhecimento social e exige da parte do Pesquisador Acadêmico uma constante vigilância ético-política.

Também é necessário cuidado para que a ação do pesquisador não seja vista e entendida como intromissão, imposição e dominação externa. Isto, é claro, depende muito da forma como as relações vão se estabelecendo, porém, como nos alerta Demo (2004) este é um dado com o qual precisamos estar sempre alertas e críticos nos nossos posicionamentos frente ao grupo. O desnível na formação e no *status* social entre o pesquisador acadêmico e os participantes é um dos fatores que trazem dificuldades não só de diálogo, mas também na proposta de uma relação horizontal entre os membros do grupo de pesquisa. Os pesquisadores acadêmicos, de acordo com Krause (2002), são vistos como *experts* e, desta forma, o mais habitual é que a relação com eles obedeça este padrão socialmente estabelecido de hierarquia dos pesquisados em relação aos pesquisadores. Romper este paradigma exige uma atenção redobrada dos pesquisadores acadêmicos e a discussão constante com os pesquisados.

Outro aspecto relevante levantado por Krause (2002) é a distância entre as perspectivas do pesquisador acadêmico e as dos participantes da pesquisa. Quando do início da pesquisa ambos criam expectativas que devem ser analisadas e refletidas criticamente. Também as metas esperadas em relação aos trabalhos: é necessário que elas sejam “calibradas” entre seus membros para evitar frustrações

que possam levar a desmotivação e ao imobilismo do grupo, bem como conflitos e tensões que devam ser elaboradas e tratadas.

Sendo construída sobre influência explícita de múltiplas pessoas, que atuam sobre ela o tempo todo, não cabe aqui a dicotomia sujeito-objeto, pesquisador-pesquisado como entidades que estabelecem entre si apenas relações pontuais. Explicitamente esta escrita traz o olhar e a perspectiva daquele que a codifica, sobre a influência de todos os sujeitos nela envolvidos.

É na convivência com o outro que vamos conhecendo seu universo, seu pensar e sentir. A partir dessa interação que se produz o saber acadêmico/científico proposto nesta pesquisa.

Foi deste desenho metodológico, que combinou com a soma de investigação e ação conjunta que construímos a pesquisa em Corumba, que pode então ser dividido em quatro fases:

1. Montagem do projeto de pesquisa
2. Observação participantes
3. Ação participante junto ao Cerest;
4. Análise dos dados obtidos

1. Montagem do projeto de pesquisa

Dada as exigências institucionais de uma pesquisa científica/acadêmica, foi imaginado, definido e estruturado um projeto de pesquisa com objeto de estudo, objetivos, linha teórica, metodologia e tempo de pesquisa. Antes, este estava

direcionado para um Cerest da região metropolitana de São Paulo, com o qual tínhamos um contato profissional e pessoal de dois anos. No entanto, o ingresso como docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no Campus do Pantanal, no extremo oeste do Estado, inviabilizou a pesquisa com o grupo inicial.

Éramos “forasteiros” numa cidade distante, isolada geograficamente, da qual tínhamos pouquíssimas informações e na qual ninguém nos conhecia. Esta situação possibilitou apreender um serviço novo, inaugurado dois anos antes e trazer uma perspectiva diferente daquela que se tinha na região sobre saúde do trabalhador, sendo que iniciamos a aproximação com as pessoas e com o serviço no nosso primeiro ano de instalação. No entanto esse desconhecimento gerou também desconfiança, de ambas as partes, que exigiu tempo de contato (praticamente todo o primeiro ano de pesquisa) e persistência para que fosse, pouco a pouco dissipada, para que começasse a ganhar fluência e nossa *presença* se tornasse *convivência* (FREIRE, 1996).

A demanda pela pesquisa partiu das contingências dos interesses dos pesquisadores acadêmicos envolvidos (Doutorando e seu Orientador). Com isto o foco da pesquisa mudou, na medida em que vinha à tona aqui a maneira como se deu a implantação do Cerest na região de Corumbá e como estava ocorrendo no tempo em que pesquisávamos e também, como agentes sociais, intervínhamos sobre esta realidade.

A solução encontrada foi desconstruir o projeto tal como se apresentava inicialmente – sem com isto perder seu eixo norteador – e reconstruí-lo a partir de discussões individuais e coletivas nas quais ocorreram disputas, negociações e

concessões que levaram a uma substancial mudança na pesquisa ao longo do seu processo, tendo em vista a necessidade de adequação às suas peculiaridades e necessidades locais e ao grupo de pessoas ao qual estávamos envolvidos²⁷ e com o qual compartilhávamos o dia a dia do trabalho de pesquisa, ganhando com isso legitimidade e o caráter participante neste processo que se inicia em 13 de agosto de 2009 e no qual interrompemos para os ritos acadêmicos em 06 de março de 2013.

O envolvimento e a participação deu-se não apenas no conteúdo que apresentavam, mas também no corpo das ideias – repensadas ao longo do trabalho e tendo como fruto desta interação a troca e o compartilhar da construção de saberes que foram se constituindo durante este contato e interação entre o pesquisador acadêmico e os demais participantes da pesquisa (professores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde, sindicalistas e usuários do SUS). Foram muitos os pontos ao longo da pesquisa onde se construíram situações de interação no cotidiano do Cerest que foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese e nos permitiram identificar e acompanhar as mudanças ocorridas durante o seu desenvolvimento e participação e que serão apresentados mais adiante.

2. Observação participante

A fase inicial da pesquisa demandou uma abordagem de aproximação que Bonilla *et al.* (1999) vai chamar de “reconhecimento inicial”, uma observação participante que, segundo Falabella (2002) é uma técnica onde o pesquisador

²⁷ O certo seria dizer que estamos envolvidos.

acadêmico se envolve no cotidiano dos sujeitos sociais, sendo uma integração onde o primeiro é mais exigido do que o segundo, não havendo uma “relação coletiva” entre as partes. O que significou uma observação rigorosa sobre a rotina do serviço, o seu funcionamento, a sua estrutura física, dinâmica organizacional, sua gestão, além de diálogos com os profissionais - para conhecê-los, compreender os principais problemas que percebiam no serviço, como se viam inseridos nele, a sua dinâmica e a história da sua constituição.

Foram ao todo quarenta visitas entre 11 de setembro de 2009 e 17 de dezembro de 2010, onde, da recepção do Cerest, registrávamos a rotina de trabalho, observamos as atividades desenvolvidas e, posteriormente, tomávamos nota do que havíamos visto.

Pudemos, a partir daí, construir uma primeira impressão do Cerest Corumbá, estabelecer os contatos iniciais com seus membros e fazer uma primeira e provisória análise do que era o Cerest Corumbá e a forma como se dava a participação social na saúde do trabalhador da microrregião de Corumbá.

As informações obtidas ali foram utilizadas como subsídio para os diálogos e discussões posteriores com os profissionais do Cerest e os membros da Cist.

Esta primeira fase teve uma importância substancial para o andamento posterior da pesquisa e permitiu compreender as prioridades estabelecidas, as contradições entre o prescrito pela legislação e o feito na prática do serviço, o tipo de envolvimento de cada profissional, os conflitos e debates sobre os serviços prestados pelo Cerest na ocasião e seu papel na região e nos fez ver as necessidades de ação, ao mesmo tempo em que éramos cobrados neste sentido,

com atitudes e serviços que contribuíssem para o desenvolvimento do Cerest.

As solicitações foram em duas frentes: assumir a tutoria do Cesteh, promovido pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz – modalidade ensino a distância, atendendo em parte ao que preconiza a portaria 2728 (BRASIL, 2009) e o pactuado com o Ministério da Saúde, o qual era um compromisso do serviço de quando sua implantação e a participação na Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (Cist) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Corumbá. Não haveria pesquisa tal qual se apresenta aqui sem o nosso envolvimento nestas duas demandas. Sem elas não teríamos atingido o grau de integração e interação de fato com os envolvidos na saúde do trabalhador em Corumbá, viabilizando, assim esta pesquisa.

Por dois anos acompanhamos a Cist como parte do conselho, o que nos permitiu pensar nas forças sociais e políticas que estavam inseridas e envolvidas nas práticas do Cerest e nas cobranças que sofria. Já a nossa participação no Cesteh (entre janeiro de 2011 e novembro de 2012) foi estratégica para o desenvolvimento desta pesquisa, na medida em que possibilitou, de fato, a aproximação com os profissionais do Cerest, ganhar sua confiança, sobretudo daqueles que até então, por inúmeros motivos não tivemos um contato pessoal quando da observação participante o que nos possibilitou uma convivência mais próxima e intensa com o grupo e de outra maneira não seria possível compreender a influência desta especialização na sua prática cotidiana. Neste processo houve troca de informações construção de conhecimentos comuns, mobilizações e atividades coletivas que, de alguma forma, tiveram reflexo nas práticas do Cerest.

3. Análise crítica

A terceira fase constituiu-se da análise crítica dos problemas vividos pelo Cerest e a saúde do trabalhador na região. Iniciou-se com a reestruturação da Cist e o início do Cesteh que mobilizaram o conjunto dos profissionais do Cerest e os membros da comissão para a questão da saúde do trabalhador. Nela houveram momentos de discussão coletiva onde as problemáticas locais de saúde do trabalhador eram colocadas, propostas apresentadas e ações desenvolvidas.

Estes momentos se davam em espaços distintos para a Cist e o Cesteh e outros conjuntos envolvendo estes dois, além de outros órgãos de governo e da sociedade civil.

Com o Cesteh ocorreram encontros semanais e com a Cist mensais. Nosso trabalho, assim, seguiu um processo de educação e produção de conhecimento conjunto, que foi o sustentáculo para as ações.

É importante destacar que a pesquisa de campo e a construção de sínteses, a partir da análise dos fatos, não ocorriam separadas, de maneira linear (primeiro a pesquisa de campo, depois a análise dos fatos). Ao contrário: as duas conviviam mutuamente e corroboravam entre si (uma vez que o pesquisador acadêmico levava aos participantes da pesquisa suas reflexões e ideias e as discutia com eles) até pela própria dinâmica da pesquisa, que, inspirada em Durston e Miranda (2002) e em Krause (2002), trabalhava a experiência de campo numa lógica espiral que envolvia a observação sistemática, a reflexão dos dados observados, a preparação para as atividades que fomos convidados a participar e a ação nestas atividades, que nos conduziam a novas observações, reflexões, planejamentos e ações.

Fazendo com que retornássemos as fontes de informação o tempo todo, para que fossem contrastadas com outras bases. Nos reportando, portanto, a um processo de investigação que não foi linear e, onde, tanto a descrição rigorosa dos fatos, como as impressões dos participantes e do próprio investigador foram, junto com os documentos estudados, fontes de dados importantes (KRAUSE, 2002).

Esta estrutura propiciou o desencadeamento de trocas entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, estabelecendo-se o diálogo (DURSTON e MIRANDA, 2002), na expectativa de, através dele, aflorasse novos processos de significação e subjetivação e, desta forma, possibilidades de transformação (TRAVERSO-YÉPES *et al.* 2007) e exigiu uma participação do pesquisador acadêmico por um período maior do que esperado inicialmente.

Tivemos a criação de um espaço de debate para o planejamento coletivo e compartilhado das atividades do Cerest e o início de uma reflexão sobre a sua gestão. No entanto, um dos obstáculos que enfrentamos na condução da pesquisa foi que o envolvimento e a cooperação foram inconstantes e descontínuos ao longo do tempo da pesquisa. Alguns, inclusive, não entenderam a integração entre esta pesquisa e o trabalho que estávamos desenvolvendo junto ao Cerest, à Cist e o Cesteh e tinham dificuldade em se verem construindo um saber conjunto. Não obstante isso, houveram situações onde estas pessoas se reuniram em grupos de trabalho, discutiram e elaboraram projetos de ação, as conceberam e refletiram os seus resultados e impactos, daí porque dizer que existiram *ações participativas*, eventos desencadeantes, que mobilizaram os grupos e foram a partir destes pontos que obtivemos as informações que viabilizaram esta pesquisa.

Desta forma, contraditoriamente, buscamos lidar com o Cerest e a Cist como unidades grupais estratégicas na medida em que tem em comum este trabalho cotidiano com uma população que sofre com os agravos à saúde em decorrência do trabalho, entendendo-os também como trabalhadores, como pessoas que têm o direito ao envolvimento integral com seu trabalho, que este seja rico em sentido e significado e que, portanto, podem ser sensibilizados para esta questão, ou já estando sensibilizados, propícios a uma mobilização e, talvez, até assumindo, uma posição fundamental no processo de mudança estrutural (GAJARDO, 1999) da saúde do trabalhador na região.

Todas estas peculiaridades nos obrigaram a fazer mudanças no método de pesquisa. Como nos traz Demo (1999) a prática é exclusivista, concreta, apresenta circunstâncias e elementos que não foram pensados anteriormente pela teoria – que é fruto de uma experiência conceitualizada em um momento histórico e em uma realidade singular, específica e distinta desta que hoje se faz necessário conjecturar – e exige um modelo metodológico flexível e específico, feito deste confronto e embate entre o saber teórico e os fatos cotidianos, que nos permita criar livremente para o contexto da ação que se investiga, claro, tendo o cuidado com o rigor lógico, mas sem que isso signifique atrelá-la a uma camisa de força, à rigidez dos esquemas que engessam seu desenvolvimento: a formalização excessiva pode depurar o objeto a tal ponto que deixe de existir ao final e nos impeça de compreender a realidade concreta que estudamos (DEMO, 2004). Isso nos exigiu uma longa reflexão teórica, para a construção de um método que fosse rico e adequado as condições encontradas. Seu desenvolvimento no campo foi

contraditório, conflituoso e paradoxal.

Ao nos reportarmos à realidade concreta em nossa pesquisa estamos tratando de dados que, tomados por si mesmos também nos dizem de quem os percebe e daqueles que nela estão envolvidos, numa relação dialética entre objetividade e subjetividade, individualidade e coletividade, simultaneamente, não sendo fruto da mente inventiva de um pesquisador acadêmico, mas de uma conjunção de eventos e fenômenos sociais, do encontro de diversas pessoas que pensam e agem dentro de espaços institucionais e que quando estão lá atuam para um determinado fim, mas que nem por isso retiram de cada um sua singularidade, sua particularidade, seus interesses, desejos e necessidades que acabam por se integrar a estas ações, compondo o que chamamos da dimensão subjetiva da realidade (FURTADO, 2011, 2009).

A pesquisa desta forma conduzida é única, na medida em que as comunidades, grupos e pessoas são também únicos e os momentos sociais e históricos em que ocorrem os encontros entre os pesquisadores acadêmicos e participantes não se repetem, daí sua característica de estudo de caso.

O estudo de caso, desenvolvido em situações onde a fronteira entre o fenômeno e o contexto é tênue e não evidente, se aplica aqui, quando observamos as peculiaridades da implantação e desenvolvimento da saúde do trabalhador como campo de práticas e de ações políticas na região de Corumbá.

Analisar a pesquisa como um estudo de caso nos possibilitou compreender as questões complexas que abrangem à relação fenômeno-contexto (PEREIRA, GODOY, TERÇARIOL, 2009), os processos envolvidos e ampliar a experiência ou

dar mais solidez ao que já se conhece (GRAHAM, 2010).

Contra-pondo-se à tendência fragmentadora e disciplinar do conhecimento científico tradicional, e a maneira das redes, vale-se de diferentes e diversos saberes científicos, assim como distintas fontes de informação para a investigação, aglutinando, mesclando e interconectando dados provenientes da vivência prática com o outro, da observação do contexto em que ocorrem, com aquelas obtidas através de fontes documentais e dados numéricos, fazendo a triangulação teórico-prática.

Nos valem como fontes de informação para esse processo de triangulação de documentos públicos e governamentais: matérias veiculadas na imprensa local e no site da prefeitura de Corumbá, mapas, censos, dados estatísticos, manuais, projetos, trabalhos de conclusão de curso²⁸, relatórios, atas, materiais de divulgação, pôsteres, cartazes, folhetos, cartilhas, resoluções, ofícios, editais, normas, portarias, decretos e leis, mesclando com aquelas provenientes da relação pesquisador acadêmico–profissionais de saúde–membros da Cist, que traz o registro dos eventos no momento vivo, as opiniões e análises destas situações ocorridas, os relatos, a observações direta e participativa junto aos profissionais de saúde no Cerest e no Cesteh e aos membros da Cist, quando nas reuniões no Conselho Municipal de Saúde de Corumbá e dos eventos promovidos, envolvendo ambos, registrados em diários de campo, filmagens e gravações de voz²⁹.

28 Dos profissionais de saúde participantes do curso de especialização em saúde do trabalhador e ecologia humana (Cesteh) da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e dos formandos em psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, campus do Pantanal.

29 Que resultaram em 71 horas, 19 minutos e 43 segundos de gravação e 60 arquivos com registros de campo, somando 214 laudas de anotações.

3.1 – ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa desta tese foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, CAAE: 01096412.9.0000.5482 , sendo respeitados todos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução nº 196/96 (CNS,1996), sendo assinado por todos os participantes envolvidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos.

4 CORUMBÁ-LADÁRIO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

4.1 CORUMBÁ E LADÁRIO: CARACTERÍSTICAS E PECULIARIDADES DA FRONTEIRA SUDOESTE DO BRASIL

Sem ter a pretensão de fazer aqui uma revisão histórica, geográfica, social e política da microrregião de Corumbá-Ladário apontamos alguns fatos e peculiaridades que nos auxiliam a compreender o contexto em que se dá a implantação de uma política de saúde do trabalhador para a população pantaneira.

Aspectos geográficos

Corumbá na fronteira oeste do Estado do Mato Grosso do sul, a 425 km da Capital do Estado, Campo Grande fazendo fronteira com a Bolívia” (COSTA *et al.* 2010, p. 2). É um Município de aproximadamente 64.962 km² (IBGE, 2012) de extensão, o maior em território do Estado e o 11º maior do país (IBGE, 2002), a cidade mais importante e desenvolvida da microrregião do Baixo Pantanal³⁰ (BARROS *et al.*, 2006) autoproclamada “capital do Pantanal” dada sua relevância econômica (CORRÊA, 2006).

Inserido em Corumbá temos Ladário³¹. Um enclave (um dos quatro existentes no país³²), ou seja, um município dentro de outro³³ com 340 km², às margens do Rio Paraguai, e seu perímetro urbano considerado continuação de Corumbá (SEBRAE, 2012).

³⁰ Que compreende os municípios de Corumbá, Ladário e Porto Murtinho.

³¹ Vide anexo 1, figura 4

³² Os outros três são Arroio do Padre, inserido dentro do município de Pelotas/RS, Águas de São Pedro, dentro do município de São Pedro/SP e Portelândia, dentro de Mineiros/GO.

³³ Dada esta característica trataremos, nesta tese, não de Corumbá, mas da microrregião de Corumbá, por formarem um mesmo todo e por ser desta maneira que é tratada nas pactuações de saúde.

Diante das dimensão desta microrregião e da sua concentração populacional no espaço urbano, Corumbá encontra-se isolada no território nacional, distante 221km da cidade brasileira mais próxima (Miranda-MS). No entanto, no perímetro urbano faz divisa terrestre com as cidades de Arroyo Concepción, Puerto Aguirre, Puerto Quijarro e Puerto Suárez, na província Germán Busch, departamento de Santa Cruz, na Bolívia, formando um aglomerado populacional de cerca de 152.000 pessoas (BRASIL, Datasus, 2009; SEBRAE/MS, 2012)³⁴ próximo fisicamente com o qual estabelecem trocas econômicas, política, sociais e culturais, tendo entre si um contato mais intenso do que entre outros municípios de seus Estados Nacionais (PAIXÃO, 2004).

Assim como Ladário, Corumbá encontra-se localizado às margens do Rio Paraguai e tem com ele uma forte ligação, sendo sua principal fonte de água potável e de sobrevivência para aqueles que vivem da pesca, do turismo ou do transporte fluvial.

Aspectos econômicos

Com o terceiro maior produto interno bruto (PIB) entre os municípios do Mato Grosso do Sul (IBGE, 2009) e um crescimento *per Capita* acima da média estadual entre 2005 e 2008, com uma elevação de 94%, alavancada pelo setor extrativo mineral que, desde o início dos anos 2000, passam a ter destaque no mercado internacional.

A região de Corumbá tem a terceira maior reserva de ferro e a primeira maior de manganês do Brasil (e uma das maiores do mundo) e sendo conhecida como “cidade branca” pela alta concentração de rochas calcárias em seu solo (CORRÊA,

³⁴ Vide anexo1, figura 5

2006; MATO GROSSO DO SUL, 2012; CORUMBÁ, 2011). Das 98 indústrias de transformação existentes na microrregião se destacam como principais ramos a mineração (metálicos e não metálicos), da produção de cimento, concreto e calcário, a siderurgia e metalurgia (MATO GROSSO DO SUL, 2012). A área de extração mineral, o processamento e a cadeia de serviços ligada a ela é a que movimenta o maior volume de recursos, empregos e impostos nos dois municípios.

A pecuária de corte é outra atividade econômica importante, sendo praticamente a única ocupação das fazendas da região, onde a raça Nelore é a predominante (BARROS *et al.* 2006). De acordo com Seidl, Silva e Moraes (2001) cerca de 80% do território do Pantanal é ocupado por fazendas de gado (118.000 km²) com um rebanho estimado em 3 milhões de cabeças e o município de Corumbá, segundo Pesquisa da Produção da Pecuária Municipal (IBGE, 2011) tendo o segundo maior rebanho do país. Apesar de economicamente importante agrega uma pequena quantidade de trabalhadores uma vez que se trata de uma pecuária extensiva, com pouca interferência humana (ARAUJO e BICALHO, 2009). Este tipo de ocupação da área rural, praticamente de monocultura, trouxe também como consequência às duas cidades uma baixa produção local de alimentos, o que eleva o seu custo em decorrência da necessidade de trazê-los de outras regiões e, conseqüentemente, encarecendo o custo de vida da população.

A mais importante atividade turística de Corumbá é a pesca que se iniciou nos anos 1960 e coloca hoje a região entre um dos principais destinos para a pesca esportiva no País. (PAIXÃO, 2004)

No espaço urbano o comércio e o setor de serviços tem um papel importante na oferta de trabalho e no emprego da mão de obra feminina, atendendo a

população de Corumbá, Ladário, Arroyo Concepción, Puerto Aguirre, Puerto Quijarro e Puerto Suárez.

Aspectos históricos

Com o fim da guerra do Paraguai e a vitória da tríplice aliança o Rio Paraguai tornou-se um forte corredor fluvial. A abertura dos portos e o comércio com a Argentina, Uruguai e países europeus fizeram com que o porto de Corumbá se tornasse um grande entreposto de comércio internacional, de importação e exportação, com embarcações nacionais e estrangeiras de diferentes portes (inclusive transatlânticos) e partes do mundo atracando em seu porto trazendo mercadorias destinadas ao mercado local e outras localidades do estado e à Bolívia, sendo por muito tempo um dos três principais portos do País (BARROS *et al.*, 2006), dando a cidade uma expressiva representatividade e conhecendo neste período o seu apogeu econômico e político (CORRÊA, 2006).

O centro urbano desenvolveu-se, estimulado pela atividade fluvial e mercantil e a cidade ganhou ares cosmopolitas. Nessa época, funcionavam em Corumbá 25 agências bancárias estrangeiras e a 14^a brasileira do Banco do Brasil, além da primeira fábrica de gelo do Brasil. Aumentam também a quantidade de casas comerciais e de estrangeiros, atraídos pela oportunidade de riqueza. São alemães, espanhóis, ingleses, italianos, turcos, argentinos, bolivianos, paraguaios, uruguaios e brasileiros de outras regiões, predominando o elemento estrangeiro, sendo a esterlina a moeda corrente.

Este ciclo comercial, antes de representar um desenvolvimento e benefício a todos que ali viviam, produziu uma estrutura social dual extremamente desigual

(BARROS *et al.*, 2006): de um lado um pequeno grupo, formado sobretudo por alemães e brasileiros, monopolizava o comércio exterior e a construção civil, exercia um forte poder econômico e político sobre a administração da cidade e do Estado, visavam seus próprios interesses, construíram o imponente casario da cidade e mantinham um certo conforto (CORRÊA, 2006), de outro um expressivo número de pequenos comerciantes que realizavam o *comércio de retalhos* (conduzido em grande parte pelos turcos, o trabalho de alguns artesãos e a “grande massa de miseráveis, trabalhadores braçais, aventureiros, desocupados e prostitutas” (CORRÊA, 2006, p. 48), convivendo com a falta de infraestrutura, a precariedade das condições sanitárias e sobrevivendo de forma precária. Paraguaio, argentino, uruguaio e boliviano somavam-se à quantidade de pobres da cidade (BARROS *et al.*, 2006)

Na década de 1950 a ferrovia chegou à cidade e fez conexão com a estrada de ferro boliviana, o que propiciou o desenvolvimento do setor industrial ligado à extração mineral. Suas reservas naturais de calcário favoreciam a produção de cimento, vindo a se instalar o grupo Itaú (hoje parte do Grupo Votorantim) em 1950.

Dada a grande reserva de minério de ferro e manganês de altíssima qualidade (VALE, 2009) existente no Morro do Urucum, em meados dos anos 1970 se fixaram na microrregião empresas do setor de mineração como a Urucum Mineração S/A, a Companhia Vale do Rio Doce e, posteriormente, a MMX.

Em 1977 foi criado o estado do Mato-Grosso do Sul e Campo Grande tornou-se a capital, permanecendo em Corumbá um comércio de expressão regional e a atividade pecuária, que sofreu um forte revés com o ciclo de cheias que iniciou em 1974, inundou uma área de 11.150 km² (GALDINO *et al.*, 2002), causou grandes

prejuízos a produção e o declínio de pecuária na região, o que obrigou um grande contingente de trabalhadores rurais e ribeirinhos a migrarem para Corumbá e Ladário que viviam um acelerado processo de urbanização (BARROS *et al.*, 2006).

Apesar da perda do poderio econômico e do seu *status* político no cenário estadual, Corumbá permanece ainda como um polo urbano importante para a região pantaneira e estratégico no âmbito da segurança e defesa da fronteira sudoeste do País.

Dados sociodemográficos

As tabelas e dados a seguir referem-se ao censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE que nos oferece informações importantes sobre a realidade de quem vive em Corumbá e Ladário. A população na região somava em 2010 um total de 123.320 habitantes, a densidade demográfica de 1,6 hab/Km², concentrada no perímetro urbano das cidades de Corumbá e Ladário (91,90%), a terceira maior população do Estado. É predominantemente jovem (tabela 2): 55,60% (68560) com idade inferior a 29 anos, destes, 32,03% formada por crianças entre 0 e 9 anos e 36,47% crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos e entre aquelas em idade escolar obrigatória (06 a 14 anos) 94,66% frequentavam a escola. Destacamos que no universo daqueles que frequentavam escolas no período, 75,04% estavam matriculados nos níveis elementares de educação (creche, pré-escola, classe de alfabetização, alfabetização de jovens e adultos e fundamental), em contraposição a 8,57% no nível superior (Tabela 3).

Entre as famílias recenseadas, 33046, (IBGE, 2010) 56,62% são compostas por até três pessoas (tabela 4) e, analisando as famílias conviventes residentes em

domicílios particulares (tabela 5), num universo de 4136 famílias, 42,63% delas são formadas por mulheres sem cônjuge com filhos.

Em relação à renda, 67,72% das pessoas vivem com até um salário mínimo/mês (tabela 6), com destaque para as mulheres sem cônjuges com filhos, onde 54,26% delas vivem com até $\frac{1}{4}$ de salário (e 92,61 com até 1) salário mínimo e os casais com filhos onde 62,13% vivem com até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (tabela 7). O Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003 (IBGE, 2003) corrobora para a percepção de elevada pobreza na região, respectivamente em 40,37 e 39,62% e uma expressiva e profunda desigualdade social uma vez que o PIB per capita em Corumbá em 2009 foi de R\$ 27.300,58 e de Ladário R\$ 6.384,05, contra 38,70% daqueles que vivem com até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

A população economicamente ativa (PEA) representa 76,11% do total de habitantes. A tabela 7 traz as pessoas ocupadas com 10 anos ou mais na região, onde a informalidade e precarização das atividades aparece explícita para 27,54% dos moradores, podendo também conter parte dos trabalhos considerados aqui como “por conta própria”, numa estratégia de subcontratação, como nos expõe Antunes (2000), o que elevaria o indicador para a casa dos 40%. Estes dados do Censo Demográfico não incluem a idade limite destes ocupados. Não obstante isso, se compararmos o total de pessoas ocupadas com a PEA vamos ver encontrar que 44,88% desta população não se encontra envolvida em atividades laborais. Ainda, se corrigirmos os limites mínimos de idade de acordo com o ECA (BRASIL, 1990a) este percentual fica em 36,13%.

Estes dados nos apontam para uma região pobre, urbana, jovem onde as carências expressam-se de maneira mais severa em famílias monoparentais com

54,26% vivendo com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo por pessoa mês e para uma grande e profunda desigualdade social que não é recente e remonta a própria história da sua ocupação. O índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) para Corumbá e Ladário em 2000 era de 0,771 e 0,775, ficando, respectivamente em 16º e 12º no ranking do estado (PNUD, 2003), destacando-se para isso a situação sanitária, crítica, na medida em que não existe rede de esgoto doméstico, nem sistema de tratamento, tendo como principal destino as fossas sépticas e sendo comum ligações clandestinas às galerias pluviais e o despejo direto em córregos que desaguam no rio Paraguai – a principal fonte de água potável da região (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Tabela 02 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Região de Corumbá e Ladário – 2010

Faixa	População			Freq %	Freq acum %
	Etária	Masc	Fem		
0 a 4	5281	5216	10497	8,51	8,51
5 a 9	5895	5569	11464	9,30	17,81
10 a 14	6511	6345	12856	10,42	28,23
15 a 19	6289	5859	12148	9,85	38,08
20 a 24	5734	5324	11058	8,97	47,05
25 a 29	5292	5245	10537	8,54	55,60
30 a 34	4751	4742	9493	7,70	63,29
35 a 39	4340	4274	8614	6,99	70,28
40 a 44	3931	3922	7853	6,37	76,65
45 a 49	3721	3567	7288	5,91	82,56
50 a 54	2855	2922	5777	4,68	87,24
55 a 59	2279	2278	4557	3,70	90,94
60 a 64	1741	1939	3680	2,98	93,92
65 a 69	1309	1449	2758	2,24	96,16
70 a 74	977	1031	2008	1,63	97,78
75 a 79	599	717	1316	1,07	98,85
80 a 84	332	441	773	0,63	99,48
85 a 89	196	244	440	0,36	99,84
90 a 94	58	80	138	0,11	99,95
95 a 99	20	37	57	0,05	99,99
+ de 100	3	5	8	0,01	100,00
Subtotal	62114	61206	123320		
Total	123320				

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 03 – Pessoas que frequentavam escola ou creche por curso que frequentavam

Descrição	freq	freq%	freq acum%
Creche	1246	3,01	3,01
Pré-escolar	3366	8,13	11,14
Classe de alfabetização	1318	3,18	14,33
Alfabetização de jovens e adultos	234	0,57	14,89
Fundamental	24894	60,15	75,04
Médio	6281	15,18	90,22
Superior de graduação	3547	8,57	98,79
Especialização de nível superior, mestrado ou doutorado	502	1,21	100,00
Total	41388	100,00	

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 04 – Distribuição das Famílias por número de componentes no território de Corumbá e Ladário – 2010

Componentes	Freq	Freq%	Freq acum %
Duas pessoas	9437	28,56	28,56
Três pessoas	9274	28,06	56,62
Quatro pessoas	7205	21,80	78,42
Cinco pessoas	3750	11,35	89,77
Mais de cinco pessoas	3380	10,23	100,00
Total	33046	100,00	

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 05 – Famílias conviventes residentes em domicílios particulares com classes de rendimento nominal mensal familiar per capita em

Renda	Mulher sem cônjuge com filhos	Freq%	Freq acum %	Casal com filhos	Freq%	Freq acum %	Casal sem filhos	Freq%	Freq acum %	Total	Freq%	Freq acum %
Sem rendimento	645	36,65	36,65	179	13,16	13,16	171	16,83	16,83	995	24,06	24,06
Até 1/4 sm	310	17,61	54,26	247	18,16	31,32	25	2,46	19,29	582	14,07	38,13
Mais de 1/4 a 1/2 sm	317	18,01	72,27	419	30,81	62,13	182	17,91	37,20	918	22,20	60,32
Mais de 1/2 a 1 sm	358	20,34	92,61	318	23,38	85,51	292	28,74	65,94	968	23,40	83,73
Mais de 1 a 2 sm	79	4,49	97,10	127	9,34	94,85	236	23,23	89,17	442	10,69	94,41
Mais de 2 a 3 sm	30	1,70	98,81	30	2,21	97,06	61	6,00	95,18	121	2,93	97,34
Mais de 3 a 5 sm	21	1,19	100,00	11	0,81	97,87	17	1,67	96,85	49	1,18	98,53
Mais de 5 sm	0	0,00	100,00	29	2,13	100,00	32	3,15	100,00	61	1,47	100,00
Total	1760	100		1360	100		1016	100		4136	100	

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 06 – Rendimento das pessoas residentes em domicílios particulares na Região de Corumbá-Ladário

Renda	Freq	Freq %	Freq acum	Freq acum %
Sem rendimento*	2462	2,01	2462	2,01
Até 1/8 de sm	4420	3,61	6882	5,62
Entre 1/8 e ¼ de sm	12489	10,20	19371	15,82
Entre ¼ e ½ sm	28007	22,88	47378	38,70
Entre ½ e 1 sm	35529	29,02	82907	67,72
Entre 1 e 2 sm	23132	18,89	106039	86,61
Entre 2 e 3 sm	7668	6,26	113707	92,88
Entre 3 e 5 sm	5048	4,12	118755	97,00
Entre 5 e 10 sm	2617	2,14	121372	99,14
Acima de 10 sm	1057	0,86	122429	100,00
Total	122429	100,00		

* inclui as pessoas que receberam somente em benefícios

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 07 – Pessoas com 10 anos ou mais ocupadas na semana de referência na região de Corumbá e Ladário

Forma de ocupação	Freq	Freq%	Freq acum	Freq acum %
Não remunerado	1524	2,95	1524	2,95
Consumo próprio	1118	2,16	2642	5,11
Empregado sem CLT	11603	22,43	14245	27,54
Conta própria	10859	20,99	25104	48,53
Empregado CLT	19202	37,12	44306	85,64
Militar e func. Público estatutário	6447	12,46	50753	98,10
Empregador	981	1,90	51734	100,00
Total	51734	100,00		

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 8 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência por seção de atividade do trabalho principal

Descrição	Freq	Freq%	Freq acum %
Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	9014	17,43	17,43
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	6995	13,52	30,95
Administração pública, defesa e seguridade social	6096	11,78	42,73
Serviços domésticos	4616	8,92	51,65
Construção	4390	8,49	60,14
Transporte, armazenagem e correio	2924	5,65	65,79
Educação	2682	5,18	70,98
Indústrias de transformação	2168	4,19	75,17
Alojamento e alimentação	2106	4,07	79,24
Atividades administrativas e serviços complementares	2010	3,89	83,13
Outras atividades de serviços	1294	2,50	85,63
Saúde humana e serviços sociais	1338	2,59	88,21
Atividades profissionais científicas e técnicas	1224	2,37	90,58
Indústrias extrativas	1295	2,50	93,08
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	395	0,76	93,85
Informação e comunicação	342	0,66	94,51
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	320	0,62	95,13
Artes, cultura, esportes e recreação	259	0,50	95,63
Atividades imobiliárias	71	0,14	95,76
Eletricidade e gás	78	0,15	95,92
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	0	0,00	95,92
Atividades mal especificadas	2113	4,08	100,00
Total	51730	100,00	

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 9 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência por grandes grupos de ocupação no trabalho principal

Descrição	Freq	Freq%	Freq acum %
Ocupações elementares	10644	20,58	20,58
Ocupações mal definidas	3667	7,09	27,66
Trabalhadores dos serviços vendedores dos comércios e mercados	10153	19,63	47,29
Trabalhadores de apoio administrativo	2460	4,76	52,05
Operadores de instalações e máquinas e montadores	3291	6,36	58,41
Técnicos e profissionais de nível médio	3212	6,21	64,62
Trabalhadores qualificados ¹	5964	11,53	76,15
Trabalhadores qualificados ²	3567	6,90	83,04
Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	2795	5,40	88,44
Profissionais das ciências e intelectuais	4296	8,30	96,75
Diretores e gerentes	1682	3,25	100,00
Total	51731	100,00	

1 – operários e artesãos da construção, das artes mecânicas e outros ofícios

2 – da agropecuária, florestais, da caça e da pesca

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela10 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência por grupos de horas habitualmente trabalhadas por semana no trabalho principal

Descrição	Freq	Freq%	Freq acum %
Até 14 horas	3989	7,71	7,71
15 a 39 horas	7890	15,25	22,96
40 a 44 horas	21805	42,15	65,11
45 a 48 horas	7045	13,62	78,73
49 horas ou mais	11004	21,27	100,00
Total	51733	100,00	

Fonte: IBGE, Censo, 2010

Tabela 11 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência por local de exercício do trabalho principal

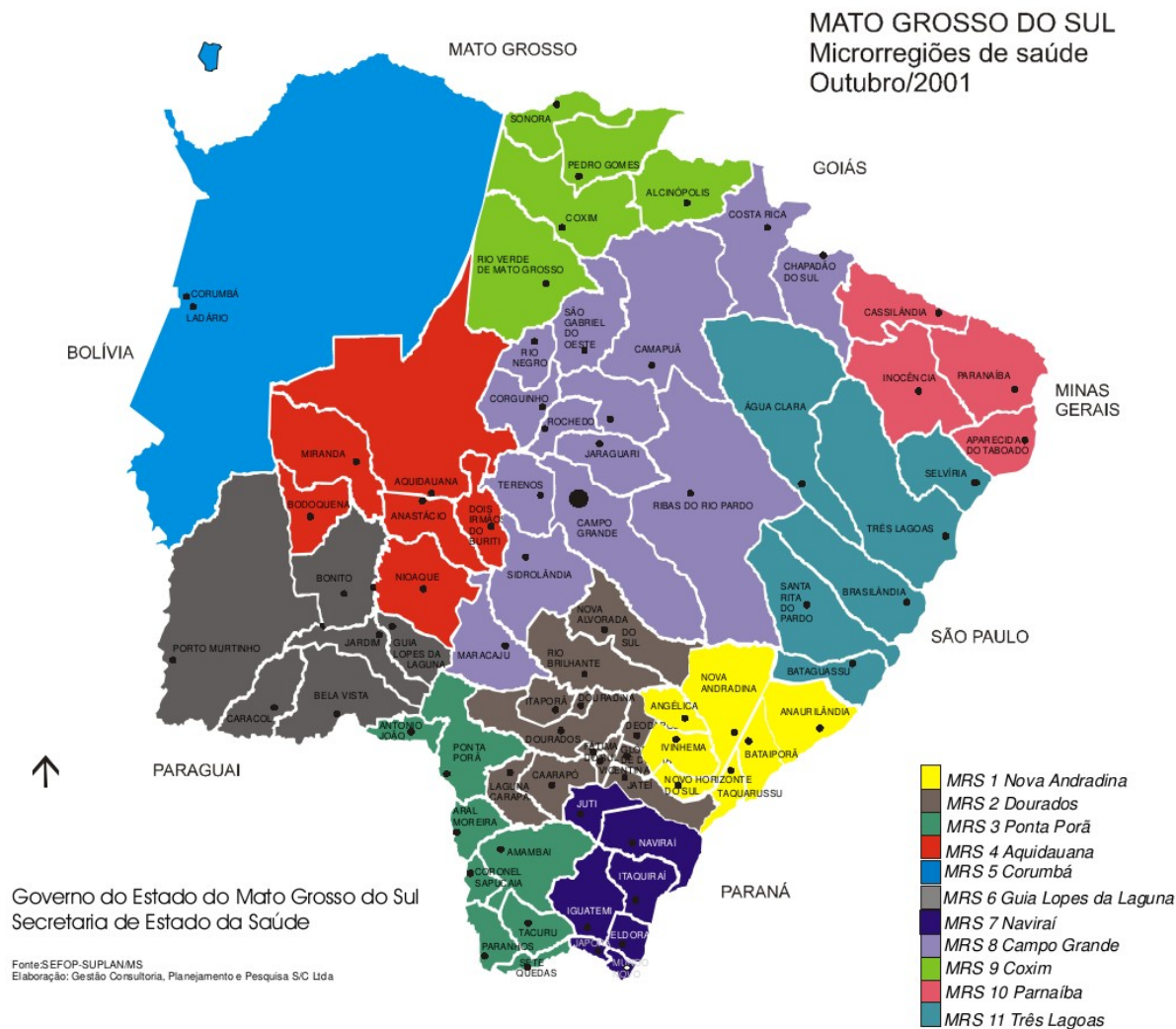
Descrição	freq	freq%
no domicílio de residência	12640	26,85
fora do domicílio de residência	34436	73,15
Total	47076	100,00

Fonte: IBGE, Censo, 2010

4.2 O SUS NA MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ

O Plano diretor de regionalização (PDR) elaborado pela SES de Mato Grosso do Sul, em conjunto com as SMS estabeleceu as regiões e microrregiões de saúde do estado, levando em conta suas peculiaridades e similaridades, as condições de saúde, dados referentes à produção de serviços e as necessidades e lacunas assistenciais (PEREIRA, 2004). O estado foi então dividido em três grande regiões e subdividida em 11 microrregionais entre as quais estava contemplada a microrregião de Corumbá que abrange os municípios de Corumbá e Ladário, sendo que no final de 2012, até por sua dimensão territorial e posição estratégica, se torna uma grande região de saúde.

Figura 6 – Distribuição das microrregiões de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, 2001



Fonte: PEREIRA, 2004

A microrregião de Corumbá contém em seu território serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, além de uma rede particular de saúde (Tabela 12), destacando-se em comparação aos demais municípios em seu entorno, onde, de acordo com dados do Ibge (2012) apenas Aquidauana apresenta estrutura de porte equivalente. Um estudo do departamento de saúde coletiva da UFMS (BARROS *et al.*, 2006) para o Sistema Integrado de Saúde de Fronteira (SIS-

Fronteira) já destacava esta relevância, apontando que a mesma poderia vir a constituir-se como Região de saúde de fronteira internacional, já que faz fronteira tanto com a Bolívia quanto com o Paraguai e o relatório de auditoria feita pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus (BRASIL, Denasus, 2010), no município de Corumbá destaca que este é signatário do pacto pela saúde (BRASIL 2006) que determina, entre outros princípios, que a atenção básica é prioridade na saúde pública.

Tabela 12 – Estrutura de Saúde Pública da Microrregião de Corumbá	Corumbá	Ladário
• ATENÇÃO PRIMÁRIA	21	03
○ Unidades Básicas de Saúde*	18	03
▪ Equipes de Saúde da Família	18	03
▪ Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	03	01
▪ Equipes de Saúde Bucal	18	03
○ NASF	02	-
○ Unidade de Saúde Rural Volante	01	-
• ATENÇÃO SECUNDÁRIA	11	02
○ Centro de Saúde da Mulher	01	-
○ Ambulatório Municipal	01	01
○ Centro Integrado de Saúde	01	-
○ PSF Nova Corumbá – UBS Paulo Maissato*	01	-
○ Centro de Referência em DST/AIDS Dr. João de Brito	01	-
○ Centro de Atenção Psicossocial (Caps)	03	-
▪ Tipo II	01	-
▪ Infantil	01	-
▪ Álcool e Drogas	01	-
○ Laboratório Municipal	01	01**
○ SAMU	01	-
○ Pronto-Socorro	01	-

○ Centro de especialidades odontológicas de Corumbá	01	-
• ATENÇÃO TERCIÁRIA***	01	-
○ Cirurgia (geral, ginecológica, plástica e ortopédica)		
○ Clínica (Geral, Cardiologia e AIDS)		
○ UTI ADULTO – TIPO II		
○ Obstétrica (clínica e cirúrgica)		
○ Pediatria		
○ Outras especialidades (Psiquiatria e Crônicos)		
• Assistência Farmacêutica	01	-
• Vigilância em Saúde	04	01
○ Vigilância Epidemiológica	01	-
○ Vigilância Sanitária e Ambiental	01	-
○ Centro de Controle de Zoonoses	01	-
○ Cerest	01	-

* Após às 20h um deles funciona como Ambulatório; **Terceirizado; ***Santa Casa de Corumbá

Fonte: MATO GROSSO DO SUL, 2012; DATASUS, 2009.

O financiamento para o funcionamento destes serviços provem de recursos próprios dos municípios (em média 63%), transferências do governo do Estado³⁵ (13%) e do governo federal (24%).

Tabela 13 – Recursos Federais, Estaduais e Municipais destinados à despesas com saúde na microrregião em 2009.

Microrregião de Corumbá	Recursos federais (R\$)	%	Recursos Estaduais (R\$)		%	Recursos municipais (R\$)		%	Gastos por habitante	Total
			Fundo a Fundo	Outras instituições						
Corumbá	11.024.551,44	24	1.963.481,37	4.022.101,10	4	29.488.021	63	448,38	46.498.154,51	
Ladário	1.078.722,52	31	304.226,42		9	2.151.606	61	180,18	3.534.554,48	
Total	12.103.273,96	24	2.267.707,79	4.022.101,10	13	31.639.626	63	405,71	50.032.708,99	

Fonte: MATO GROSSO DO SUL, 2012

De acordo com o relatório, Ladário apresenta um gasto médio por habitante em saúde inferior a média estadual e nacional que, em 2009 foi, respectivamente,

³⁵ A maior parte destes recursos foram destinados à Associação Beneficiante de Corumbá, mantenedora da Santa Casa de Corumbá.

R\$ 465,91 e 325,45, ficando Corumbá próximo da média estadual.

Não obstante, temos de avaliar a qualidade destes gastos. Observando o seu perfil identificamos que uma parcela muito expressiva é destinada à média e alta complexidade (59%), em detrimento da vigilância em saúde e a atenção primária (que somadas representam 36% dos custos), o que aponta para uma inversão de prioridades em relação ao pacto pela saúde (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2007) que considera a atenção primária o eixo organizador da saúde do SUS e, desta forma, deve ter prioridade nos gastos e recursos investidos.

Tabela 14 – Financiamento em saúde na Microrregião de Corumbá - 2010

Fonte de recursos	Recursos Federais	Recursos Estaduais	Total	Freq %
Atenção básica	6.487.850	1.173.874	7.661.724	32
Assistência Farmacêutica	661.701	255.862	917.563	4
Média e Alta Complexidade	11.861.021	2.247.288	14.108.309	59
Gestão	75.000	0	75.000	0
Vigilância em Saúde	886.680	42.419	929.099	4
Investimento	0	80.000	80.000	0
Convênio Custeio		25.000	25.000	0
Total	19.972.253	3.824.442	23.796.695	100

Fonte: Mato Grosso do Sul, 2012.

Esta opção em priorizar a média e alta complexidade em saúde tem consequências e o relatório (MATO GROSSO DO SUL, 2012) os aponta: Entre as cinco principais causas de internação hospitalar na microrregião estão: partos (13,5%); pneumonias (7,6%); complicações pós-parto (7,3%); complicações da gravidez e do parto (3,2%) e doenças infecciosas intestinais³⁶ (3,1%). Do total de óbitos 60% decorreram de: hipertensão arterial, pneumonia, infarto do miocárdio, diabetes, acidente vascular cerebral e desnutrição proteico-calórica.

São agravos sensíveis que apontam para os equívocos nas prioridades da

³⁶ Relacionado a isto, é importante destacar que em termos sanitários a microrregião não apresenta uma rede de esgoto doméstico.

saúde para a microrregião, onde tratar o doente está a frente de cuidar da saúde e de prevenir doenças. Os agravos assinalados, com o manejo adequado e no tempo oportuno, poderiam ter evitado internações e óbitos, o que aponta para a falta de um trabalho adequado de acompanhamento na atenção primária.

Apesar da cobertura da Estratégia da Saúde da Família, das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a microrregião de Corumbá em 2011 tenha sido, respectivamente, de 58,7%, 58,7% e 68,95% da população total e com este nível de cobertura se esperar uma melhor e maior resolutividade da atenção primária, os técnicos da SES (MATO GROSSO DO SUL, 2012) encontraram problemas importantes que corroboraram com essa ineficácia como: o desordenamento do fluxo de atendimento médico; a falta de Recursos Humanos; a inadequação das estruturas prediais, bem como a sua falta de manutenção; a demora na liberação de resultados de exames; a falta de material de consumo, limpeza e higiene; a ausência de protocolos clínicos e ausência de uma referência e contra referência efetiva (exceto para programas específicos como a saúde bucal e o controle da tuberculose e da hanseníase). Além disso, em nossas atividades de pesquisa foram frequentes os relatos apontando a falta de um fluxo de informações entre a atenção primária e a vigilância em saúde e a ausência de contra referência (no relatório não é citado a existência de fluxo de referência – contra referência), fatos que hierarquiza as ações, centralizam e “engessam” os serviços de saúde e, conseqüentemente, dificulta a organização do sistema de saúde.

Na atenção secundária, assim como na atenção primária, os maiores problemas identificados foram de infraestrutura e limpeza, falta de material de consumo e de um sistema de regulação para organizar o fluxo dos usuários para as

unidades de referência.

O único hospital da microrregião – a Santa Casa de Misericórdia de Corumbá, instituição privada sem fins lucrativos – atualmente passa por uma intervenção municipal apresentando os mesmos problemas identificados a atenção primária e secundária, fazendo-se necessário urgente melhora nas suas acomodações e adequação da sua estrutura hospitalar e ampliação no número de leitos³⁷, havendo alto risco de contaminação e se fazendo necessário a qualificação dos profissionais para o atendimento prestado aos usuários. O relatório termina concluindo que a saúde na microrregião sofre com a má gestão, responsável pelos problemas nele apresentados.

A forma como o serviço de saúde público em Corumbá encontra-se organizado é antagônica à proposta do SUS de privilegiar a atenção primária e a ação integrada em rede. Os dados apresentados apontam para um sistema hospitalocêntrico, com baixa integração entre os serviços e a inexistência de uma Rede de Atenção em Saúde, tal como apresentada e definida teoricamente e presente nas portarias do Ministério da Saúde, sendo a referência e contra referência pouco expressiva, de acordo com o relatório sobre a saúde na microrregião de Corumbá (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

4.3 A RENAST EM CORUMBÁ: UM HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA MICRORREGIÃO

Durante o primeiro encontro presencial do Cesteh foi colocado por um dos presentes que em 1999, no documento produzido por um seminário que discutia a

³⁷ Segundo o relatório (MATO GROSSO DO SUL, 2012) o número de leitos existentes atualmente é de 122 sendo que os parâmetros nacionais apontam a necessidade de 340 leitos para atender as necessidades microrregionais.

questão hospitalar em Corumbá, já aparecia a solicitação para que o Estado e o Município tratassem da saúde dos trabalhadores. Disse que naquela época o sindicato dos Ferroviários encaminhavam seus colegas de trabalho até Bauru para que fossem identificados, entre outros, os casos de perda auditiva induzida por ruído (Pair), uma vez que no Estado de São Paulo já havia serviços públicos de saúde atuantes na saúde do trabalhador.

No entanto a criação e o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador em Corumbá viriam com a política de estado proposta quando do primeiro mandato do Governo Luiz Inácio Lula da Silva. A Portaria Ministerial 1629 (BRASIL, 2002) estimulou os Estados e Municípios a desenvolverem serviços com este fim e mobilizaram o governo do Mato Grosso do Sul. Tanto assim que na página do sítio da SES, no tocante à saúde do trabalhador, aparece que o seu marco inaugural foi a participação dos servidores públicos em um curso de especialização na área (ARAUJO, 2010) junto à Fiocruz. Disto tiramos que apesar de não se poder afirmar se houve ou não mobilização e pressão da classe trabalhadora por ações do estado na defesa dos seus direitos a ambientes de trabalho saudáveis, elas vão se materializar apenas recentemente e com o estímulo do governo federal através do repasse de verbas para a criação de serviços focados na saúde do trabalhador.

Para a microrregião de Corumbá não temos registros de como o município de Ladário inseriu a discussão da saúde do trabalhador em sua agenda, apenas que a 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador de Corumbá foi uma atividade conjunta com este outro município. Desta forma vamos nos restringir a documentos que tratam de Corumbá, entendendo que seu poder de influência política e econômica sobre Ladário é enorme e impacta na condução também das ações e políticas de

saúde do trabalhador, em que pese não haver ali uma Cist ou um serviço da SMS focada para esta especificidade (entendendo que o Cerest é Microrregional).

São três os destaques que trazemos aqui para traçar um primeiro (e pequeno) panorama que leva ao desenvolvimento e implantação da saúde do trabalhador na região:

- O Centro de Reabilitação e posteriormente o Nurest, que dará origem ao Cerest;
- A 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de Corumbá e;
- A criação da Cist no CMS.

Do Centro de Reabilitação ao Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de Corumbá

O Centro de Reabilitação

De acordo com a ata da 126ª reunião do Conselho Municipal de Saúde de Corumbá (CMSC, 2003b) o Centro de Reabilitação foi inaugurado em 30/05/2003 em ato que contou com a presença do governador do estado, considerado um serviço pioneiro em Mato Grosso do Sul, implantado com recursos do Ministério da Saúde e apoio do Governo Estadual que cedeu os equipamentos ao município de Corumbá para que pudesse tratar e reabilitar os trabalhadores adoecidos em decorrência do trabalho. Como consta na ata, este serviço era visto como inovador para o estado e deveria, além de atender os trabalhadores adoecidos, executar ações educativas em segurança no trabalho e apoiar os trabalhadores em suas diversas necessidades.

Durante o 1º Seminário sobre a “Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora” (CORUMBÁ, 2013) um dos participantes relatou que em 2003 foi organizado o Cerest Estadual em Mato Grosso do Sul, com sede em Campo Grande e deveriam ser constituídos também outros três serviços, regionais, nas cidades de Três Lagoas, Dourados e e Corumbá, onde, segundo ele, havia recursos para isto provenientes de um convênio entre o Ministério da Saúde e a SES-MS (convênio 3009/2000) e através dele foram comprados equipamentos (fisioterápicos, fonoaudiológicos, mesas e cadeiras) para a reabilitação dos trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho nestes municípios. Depois da inauguração estes equipamentos ficaram guardados por, aproximadamente, quatro meses aguardando a disposição de espaço e a contratação de uma equipe de técnicos específica, fazendo com que as ações fossem proteladas, onde, quando da sua real ativação, o centro de reabilitação torna-se um serviço de referência aos trabalhadores adoecidos e aos sindicatos de trabalhadores que passaram a encaminhar seus companheiros adoecidos para o SUS, sendo ali acolhidos e tratados.

Não obstante as informações sobre a finalidade, função e nomenclatura do serviço, estas contradizem aquelas apresentadas um mês antes, na reunião de 29 de abril de 2003 do CMS, quando um conselheiro informou que participou de um seminário sobre saúde do trabalhador e que o município já teria um Cerest com dois setores: um de prevenção e outro de tratamento.

Segundo o Presidente do CMS à época:

O Centro de Referência não virá funcionar como ambulatório especializado, porque esse serviço tem que ser oferecido na rede, será um Centro de Referência para diagnóstico e estudos para formular políticas, as ações de

prevenção, por isso as equipes de PSF estão sendo capacitadas em saúde do trabalhador (CMSC, 2003a).

Em julho daquele ano técnicos do Núcleo de Saúde do trabalhador da SES participaram da reunião do CMS e discutiram o trabalho do Centro de Reabilitação de Corumbá. Na época a reclamação era de que o serviço não prestava uma ação sistemática em educação em saúde:

... a senhora Ilma colocou que em 2000 foi realizado um convênio entre a SES/MS e Ministério da Saúde para a implantação de três núcleos de atendimento em saúde do trabalhador, na época foi chamado Centro de Referência ... esse Centro constitui uma parte de reabilitação física, considerando que a LER/DORT é uma das doenças, dos agravos relacionados ao trabalho que precisa de uma reabilitação rápida, foi pensando para esse público a aquisição da fisioterapia e também a implantação de uma política de saúde do trabalhador... (CMSC, 2003c).

Os técnicos da SES mostravam-se preocupados com o foco do serviço, que deveria atender aos trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho e a população em geral, mas advertiam que :

... não basta só a reabilitação, a saúde do trabalhador é uma coisa articulada, precisa ter uma equipe multiprofissional, uma articulação também com as empresas, a fiscalização, na medida em que vão acontecendo os agravos precisam de uma intervenção, não adianta só reabilitar, é preciso conhecer o processo de trabalho, tem toda essa conexão com toda a rede... (CMSC, 2003c).

Estas observações cabem ainda hoje, 10 anos depois, apesar dos avanços.

Importante destacar que o papel do serviço de saúde do trabalhador para Corumbá não está claro, ao menos em seu início, aos conselheiros. Usa-se indiscriminadamente os nomes centro de referência em saúde do trabalhador, centro de reabilitação e núcleo de saúde do trabalhador, como se fossem sinônimos da mesma estrutura, com as mesmas funções.

O Nurest e a passagem para o Cerest

Em 2004 o Conselho Municipal de Saúde discutiu tornar o Centro de Reabilitação um Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador quando o secretário municipal de saúde apresentou o Projeto de Implantação da Saúde do Trabalhador no SUS (KASSAR, 2004).

Neste documento, que trata da proposta de criação do Nurest, em sua introdução, afirma-se que, antes da constituição de 1988, a de 1967 (com emenda em 1969) em seu artigo 167, parágrafo XV “limitava a saúde do trabalhador como contraprestação de serviços do Estado aos contribuintes da Previdência Social.” Em consulta ao texto constitucional citado encontramos que o mesmo se refere ao direito dos trabalhadores a assistência a saúde e não à saúde do trabalhador: “A constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social: (...) XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva” (BRASIL, 1967/1969).

Este destaque é importante na medida em que se trata de um documento apresentado pelo Secretário Municipal de Saúde e nos aponta a forma como o gestor compreende saúde do trabalhador e, desta forma, suas ações políticas e administrativas dali decorrentes.

Em outro ponto do projeto, o autor aponta que:

Do ponto de vista do SUS, não há diferença entre um camelô que sofre fratura de uma perna por ter sua barraca desabada sobre a mesma de um funcionário do município, estatutário de LER ou DORT (sic), ou de um trabalhador de empresa mineradora vítima de perda auditiva induzida por ruído. (KASSAR, 2004).

Não obstante que, do ponto de vista do acesso à atenção, esta afirmação ser correta ela acaba por equalizar situações muito distintas, seja nas consequências e impactos epidemiológicos, seja nas forças econômicas, políticas e no conjunto de trabalhadores envolvidos. O que traz a dúvida se Kassar (2004) aquela época compreendia a especificidade da saúde do trabalhador e suas ações.

Não obstante isso propõe que a secretaria municipal de saúde de Corumbá, não se resigne:

... mais a apenas receber impotente o trabalhador doente ou acidentado para exercer a medicina curativa ou assistencial. E sim, se propõem a fazer a sua parte no que define a lei, elegendo a ação preventiva como prioridade na área da saúde, criando os mecanismos de proteção ao trabalhador e mecanismos de fiscalização para as empresas.” (KASSAR, 2004).

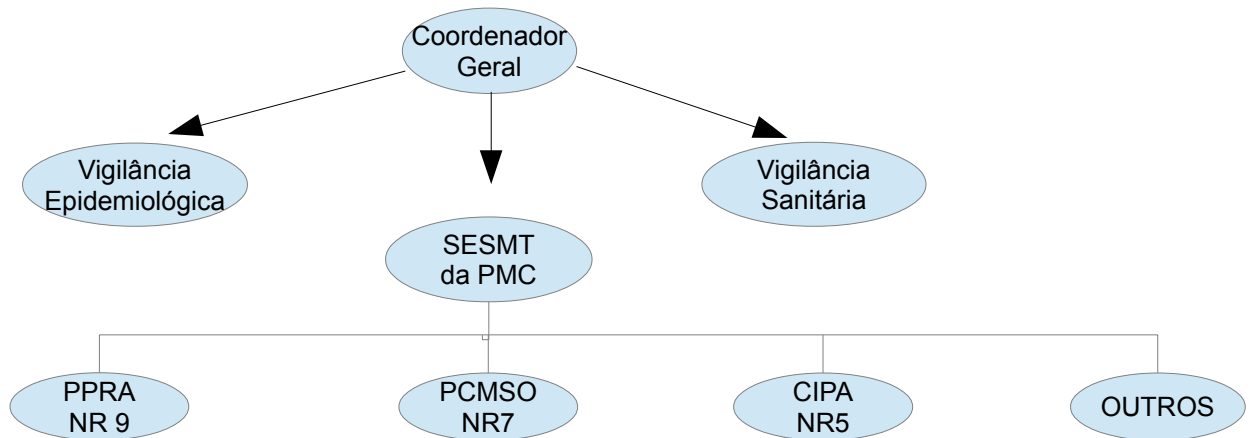
E lista como objetivos do projeto:

- Desenvolver e executar o projeto de Saúde do Trabalhador no município de Corumbá;
- Coordenar a vigilância sanitária na fiscalização de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente;
- Coordenar a vigilância epidemiológica na detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos;
- Criar fluxo de referência e contra referência à saúde do trabalhador e
- Implantar e supervisionar o SESMT na PMC (KASSAR, 2004).

Nos chama atenção no último item é que ele se choca, diretamente, com a proposta da Renast, na medida em que são funções que partem de perspectivas bem distintas como já apontavam Mendes e Dias (1991), tanto que esta função é explicitamente rejeitada na portaria 2437 (BRASIL, 2005) e seguintes. Este objetivo acaba por se destacar no restante do projeto onde o gestor aponta que: “O programa de Saúde do Trabalhador em Corumbá caracteriza-se por compor uma

equipe multidisciplinar voltada prioritariamente para o desenvolvimento de ações que visem a melhoria da qualidade de vida dos funcionários do município ...”. O que nos faz pensar que para Kassar (2005) a saúde do trabalhador e saúde ocupacional são sinônimos, não exclusividade dele. Como podemos apontar mais adiante, esta perspectiva encontra-se presente em outros atores sociais com os quais tratamos ao longo desta pesquisa.

Figura 7: Organograma do Projeto de Saúde do Trabalhador para Corumbá.



Fonte: Kassar, 2004

Desta forma a proposta apresentada ao CMS de um núcleo de saúde do trabalhador vem a ser uma expansão do Centro de reabilitação e um estágio propositalmente anterior ao Cerest, mas com a clara intenção de constituir num Sesmt municipal, voltado as necessidades da prefeitura frente seu quadro de funcionários.

Esta mesma interpretação aparece na ata de 29/06/2004 do CMS, no ponto de pauta do Programa Saúde do Trabalhador (PST) no Município de Corumbá: “...prevê através do Centro Regional Especializado em Saúde do Trabalhador, criar condições administrativas necessárias para o serviço especializado em Segurança Medicina no trabalho e implantar normas no âmbito da Prefeitura...” (CMSC, 2004a),

onde na reunião seguinte (06/07/2004) o projeto foi discutido e aprovado, com a retirada de todos os itens que associavam o Cerest a um Sesmt municipal e com o compromisso que o mesmo tivesse seu quadro de pessoal ampliado num prazo de cinco meses contemplando um assistente social, um médico do trabalho, um técnico de segurança, um fisioterapeuta, um técnico administrativo, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro (CMSC, 2004b). Não obstante isso, como poderemos ver adiante esta faceta de Sesmt prevalecia quando em nossa observação inicial do Cerest.

Em 19/10/2004, já como Nurest e instalado no CIS oferece serviços de fisioterapia e reabilitação, aguardando o término da montagem do espaço para os demais profissionais (médico, técnico do trabalho e assistente social). Enquanto isso é feito um trabalho de divulgação das suas funções junto às empresas e ao Programa Saúde da Família (CMSC, 2004c).

Sobre a mudança de Nurest para Cerest, Santos (2012) observa que as informações indicam que: "... não ocorreu paralisação dos atendimentos antes Nurest para o atual Cerest e o que se chamou de inauguração foi um ato político de reconhecimento de novos papéis deste serviço, bem como a habilitação junto ao Ministério da Saúde." (p. 32). Para Ribas (2012), a justificativa para a criação do Cerest a partir do Nurest era a necessidade aumento do corpo técnico e melhorias na infraestrutura, insuficiente para atender a população referenciada que já compreendia à época Corumbá e Ladário, restringindo suas ações à reabilitação e limitando as atividades de prevenção e promoção de saúde do trabalhador, tendo como objetivo "reduzir os custos do afastamento do trabalhador e promover a melhoria da qualidade de vida" (p.7).

Como veremos no relato que se segue a mudança de Centro de reabilitação para Nurest e deste para Cerest ocorreu com vistas a conseguir o repasse de verbas do governo federal para a área de saúde do trabalhador:

... quanto ao financiamento é uma das coisas que ainda está amarrando pelo seguinte: a rede nacional contempla Centros de Referência regionais de vários níveis e a Portaria é muita clara nisso, repassa os valores mensais para custeio, tem um repasse de incentivo extrateto para o atendimento no caso de Centro de referência já regional, como o município não está ainda na gestão plena, não estaria classificado para se habilitar para esse centro regional, a outra coisa que também está amarrado, é exatamente a do recursos humanos que vem tentando negociar, segundo o Secretário talvez com o resultado do concurso resolva esse problema, mas o Núcleo de Corumbá hoje ainda não está nas condições mínimas que o Ministério da Saúde exige para ser habilitado no centro regional da Renast, então esse ano ele apenas se prepara para talvez no próximo ano se habilitar e quem tem o recurso é o âmbito Federal. (CMSC, 2003c).

Também é ilustrativa a fala de um dos participantes do Cesteh ao se referir ao Nurest:

Ninguém vai lá [junto ao Ministério da Saúde] se não vem nada [dinheiro]. Ai, de repente, quem consegue, quem implanta, desculpe o termo, mal e porcamente, sem saber se tem estrutura, se tem profissionais capacitados para aquilo, não procura os profissionais antes para saber quem tem interesse, quem tem perfil para trabalhar na área, para fazer isso daí. A rotatividade foi muito alta desde o Nurest e tudo mais. Faz a diferença você ter profissionais que tenham interesse, comprometidos...

Apontando para uma ação pragmático da parte do governo municipal com vistas aos recursos provenientes da criação deste serviço, em detrimento da infraestrutura necessária e da mobilização dos profissionais para este fim. Neste sentido, Centro de Reabilitação, Nurest e Cerest seriam facetas de um mesmo *continuum* de serviços, o que explicaria a confusão de nomenclaturas presente entre os conselheiros de saúde.

Assim, em reunião ocorrida em 20/07/2006, o conselho municipal de saúde

recebeu e aprovou o Projeto de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador e com ele o Nurest se tornou Cerest (CMSC, 2006).

A 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de Corumbá

De acordo com a ata do CMS, em 2005, seguindo o que foi deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) o CMS organizou e realizou a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (SANTOS, 2012). Atividade que compunha a primeira etapa da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, definindo teses e elegendo delegados que participaram das Etapas Estaduais e Nacional. Os painéis temáticos seguiram os eixos definidos para a Conferência Nacional: Eixo 1 “Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores(as); Eixo 2 “Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País” e Eixo 3 “Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as).” . O calendário que se seguiu foi: etapa municipal entre 9 e 10 de setembro de 2005, etapa estadual em outubro de 2005 e nacional entre 10 e 12 de novembro de 2005 (CMSC, 2005), onde na reunião de 28 de julho do CMS foi definida a comissão organizadora; de relatoria; comunicação e infraestrutura. Para a comissão organizadora além dos membros do CMS foi proposto convidar para a sua composição representantes do INSS local, Delegacia Regional do Trabalho; Secretaria Municipal de Promoção Humana e Inclusão Social (Semphis), Comissão Municipal de Emprego e Renda; Forumcorlad e Nurest. Chama atenção o fato dos sindicatos não terem sido mencionados como participantes da comissão organizadora da 1ª Conferência Municipal de Saúde **do Trabalhador**. Também foi

deliberado nesta reunião que esta seria uma ação conjunta Corumbá e Ladário.

Segundo Santos (2012) a conferência contou com 135 participantes, a maior parte deles (66) trabalhadores da área da saúde, 54 do segmento de usuários e 15 do segmento de prestadores de serviço em saúde. Não há menção nem aqui, nem na composição dos painéis temáticos, nem tão pouco no relatório final, da participação dos sindicatos dos trabalhadores (ou dos empregadores) organizados da região, no entanto são citadas entre as entidades participantes:

- Central Única dos Trabalhadores (CUT);
- Sindicato Nacional dos Trabalhadores de Pesquisa e Desenvolvimento Agropecuário (Sinpaf), Seção Sindical de Corumbá;
- Sindicato dos Psicólogos de Mato Grosso do Sul (SINPSI-MS);
- Sindicato dos Trabalhadores Públicos em Saúde, Trabalho e Previdência em Mato Grosso do Sul (SINTSPREV);
- Sindicatos dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Corumbá/MS (Sindeessaude);
- Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho no Estado do Mato Grosso do Sul (Sintest);
- Associação dos Camelôs;
- Associação Corumbaense e Ladareense de Psicólogos;
- Associação de Psicanalistas
- Associações de Bairros;
- Fórum Permanente de Entidades Não Governamentais de Corumbá e Ladário (Forumcorlad)

- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Corumbá;
- Centro Padre Ernesto de Promoção Humana e Ambiental (Cenper);
- Câmara de Vereadores;
- Núcleo Regional de Saúde do Trabalhador (Nurest);
- Associação Beneficente de Corumbá (SBC);
- Clínica Prontomed;
- Instituto Brasileiro de Seguridade Social (INSS), Agência Corumbá;
- Instituto de Previdência Social de Mato Grosso do Sul (Previsul);
- Ministério Público do Trabalho (MPT);
- Delegacia Regional do Trabalho (DRT) de Corumbá do Ministério do Trabalho;
- Conselho Regional de Odontologia;
- Serviço Social da Indústria (SESI) de Corumbá;
- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai);
- Assembleia de Deus – Corumbá;
- Comissão Pastoral da Terra;
- Lions Club;
- Colônia de Pescadores Z1;
- Banco HSBC;
- Empresa de Engenharia Elétrica Holanda Saldanha;
- Segurança Patrimonial;
- Empresa de Navegação Cinco Bacias;
- Unipav Engenharia Ltda;

Como podemos observar entre as entidades participantes nove delas são representativas da classe trabalhadora. Não obstante sua presença não se nota na implementação de política públicas para a saúde do trabalhador, uma vez que o Cerest só foi inaugurado dois anos depois e a Cist foi estabelecida em 2008, mas só conseguindo se firmar de fato, com reuniões regulares e quorum a partir do segundo semestre de 2010.

Em seu relatório final chama atenção o fato de que, nos painéis desenvolvidos, ao menos parte dos presente não tinham ou tinham pouco conhecimento sobre a condição da saúde dos trabalhadores na região e o papel das estruturas de estado diretamente a elas vinculados:

A plenária fez questionamentos sobre os tipos de acidentes mais comuns na região, bem como buscou maiores esclarecimentos sobre a atuação do Inss e o serviço do Núcleo de Referência em Saúde do Trabalhador

(...)

Ficou evidente durante as discussões dos eixos temáticos que os participantes ainda têm pouco conhecimento e até uma certa confusão sobre o papel dos órgãos/instituições como Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, sobre funcionamento do SUS e da atuação de sindicatos, conselhos e Ministério Público (CORUMBÁ, 2005).

Santos (2012) observa também, que a Política Municipal de Saúde do Trabalhador – mote da Conferência - assim como seu relatório final, não passaram por aprovação do CMS, muito menos foram encaminhadas suas deliberações, ocorrendo apenas o envio de delegados para as Conferências Estadual e Nacional, sendo discutido de forma esparsa em outras plenárias do Conselho e da Cist.

Foram deliberados pela Conferência:

- Que seja descentralizado o orçamento da saúde do município, para atender às necessidades do perfil epidemiológico por área.
- Que o município implemente uma política de educação ambiental intra setorial e intersetorial de modo que todo trabalhador público tenha assegurada a promoção, prevenção, assistência e reabilitação de sua saúde.
- Que o Conselho Municipal de Saúde crie urgente a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde elabore, através do Nurest, o Plano Municipal de Saúde do Trabalhador.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde amplie e qualifique a equipe do Nurest de fato, em Saúde do Trabalhador, bem como implemente a rede de promoção, prevenção, assistência e reabilitação através das Equipes de Saúde da Família.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde implemente horário de atendimento nas Unidades Básicas e de Referência compatível com o tempo do trabalhador, ou seja, que haja atendimento 16 horas.
- Que a Vigilância em Saúde do município (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental) atue efetivamente na antecipação da instalação dos empreendimentos para garantir a saúde dos trabalhadores.
- Que os técnicos, profissionais de saúde do INSS, DRT, Secretaria Municipal de Saúde não tenham conflito de interesse na defesa e garantia dos interesses públicos (CORUMBÁ, 2005).

Duas destas medidas foram implementadas, três anos depois: a criação da CIST (CMSC, 2008) e outra só após seis anos da Conferência, que foi a qualificação de alguns dos profissionais do Cerest e da rede, com o Cesteh.

Ao fim deste tópico chama atenção o distanciamento do projeto de saúde do trabalhador para a microrregião das organizações dos trabalhadores: não há referência a eles quando da criação do Centro de Reabilitação, da passagem para Nurest/Cerest, nem tão pouco sua participação de fato na 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador.

5. O CEREST CORUMBÁ

Conforme consta em ata do CMSC (2006) e relatório da SES sobre a microrregião de saúde de Corumbá (MATO GROSSO DO SUL, 2012) o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Corumbá foi implantado em 2006. Sua inauguração ocorreu na tarde de 25 de julho de 2007 em cerimônia que contou com a presença de representantes do governo local³⁸, do coordenador do Cerest Estadual e do procurador do Ministério Público do Trabalho (MPT)³⁹

Lendo o publicado no site oficial da prefeitura (CORUMBÁ, 2007a e b) a respeito da ocasião, encontramos duas prioridades apresentadas pela administração municipal ao público presente à inauguração no que diz respeito à saúde do trabalhador:

A primeira, mais atrelada à proposta de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde definida na portaria 2437 (BRASIL, 2005), ao pacto pela saúde (BRASIL, 2006) e a lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990b), onde se prioriza a ação preventiva na saúde sobre a curativa:

... é meta do município contribuir para a redução do índice de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, com ações que previnam esses males, beneficiando os trabalhadores urbanos e rurais. (CORUMBÁ, 2007a).

... atuando de maneira eficaz na orientação, prevenção, assistência e vigilância da saúde do trabalhador. (CORUMBÁ, 2007b).

A segunda destaca a atuação curativa e de reabilitação em saúde do trabalhador onde o Cerest, à maneira dos antigos CRST, em sintonia com o que era realizado pelo Cerest Estadual⁴⁰ e ao que propunha a portaria 1679 (BRASIL, 2002),

38 Prefeito e Secretários municipais de Corumbá da: Saúde; Gestão Governamental; Finanças e Administração; Relações Institucionais e Turismo; Ações Sociais; Desenvolvimento Agropecuário (CORUMBÁ, 2007b).

39 De acordo com o site oficial da prefeitura também era prevista a vinda do coordenador da área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde que, em nota, teria lamentado a ausência, por problemas aeroviários (CORUMBÁ, 2007a).

40 De acordo com Araújo (2010), em novembro de 2003 o governo do estado de Mato Grosso do Sul

faria o atendimento especializado em saúde do trabalhador à população da região:

Corumbá se firma hoje como polo regional para o **tratamento de doenças do trabalho**. É uma grande conquista para nossa comunidade, que passa a contar com serviço especializado.

(...)

O centro foi habilitado **para atender ... os pacientes** encaminhados pelas unidades de saúde ...

(...)

[conta com] instalações ... com equipamentos e todo o mobiliário para iniciar o atendimento à população, que será feito de segunda a sexta-feira, em horário comercial.(CORUMBÁ, 2007b, negritos nossos)

Este segundo irá prevalecer, como veremos adiante.

Contava inicialmente com sete profissionais de nível superior: um fisioterapeuta especialista na área do trabalho (coordenador do serviço), dois outros fisioterapeutas, dois médicos do trabalho, um cirurgião dentista, um assistente social do trabalho; três de nível técnico: um de segurança do trabalho e dois de enfermagem, além de um recepcionista e um auxiliar de serviços diversos (CORUMBÁ, 2007b).

Mantido com recursos repassados pelo Ministério (R\$ 30.000 por mês) fundo a fundo⁴¹, sobre-teto do financiamento à saúde e contrapartida da Prefeitura de Corumbá (MATO GROSSO DO SUL, 2012) para atender inicialmente os municípios de Corumbá, Ladário, Miranda, Bonito e Bodoquena⁴² como seu território de abrangência (PRESTES, 2007) tendo ele sido reduzido à microrregião de Corumbá por conta da distância, a maior facilidade de acesso a capital e dificuldades

inaugura o Centro Estadual de Referência em **Reabilitação** e Saúde do Trabalhador (Cerest) que "... realizava ações de assistência, educação, promoção e prevenção da saúde do trabalhador." e que permanece com estas funções até 2008.

41 De acordo com o Ministério da Saúde: "O repasse Fundo a Fundo é a transferência (regular e automática) de valores, diretamente do Fundo Nacional de Saúde – FNS para Estados e Municípios, independentemente de convênios ou instrumentos similares. Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para procedimentos de Média e Alta Complexidade, para a Atenção Básica e para ações estratégicas." (PORTAL DA SAÚDE, 2013)

42 Vide figura 8, anexo 1

logísticas, sendo que ainda há obstáculos para realizar as ações de saúde do trabalhador na zona rural e ribeirinha dada a sua extensão⁴³.

Interessante observar que a diferença entre um Cerest Regional e outro municipal, de acordo com Coordenação do Cerest Corumbá, além da área de abrangência é a fonte dos recursos. O Cerest Municipal recebe os recursos via governo do Estado, já o regional recebe diretamente da União. Considerando a importância regional de Corumbá, a proximidade política da gestão municipal com o governo federal (mesmo partido político) e a distância com o governo Estadual (controlado por um partido rival) entende-se esta opção. No entanto sua prática se volta predominantemente, quando não exclusivamente, ao município de Corumbá.

Dentro da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde de Corumbá, o Cerest integra e está subordinado a área de Vigilância em Saúde, em acordo, ao menos na sua filiação, com a proposta do Ministério da Saúde⁴⁴.

Estrutura Física

Como nos ensina Baremlitt (1992) o espaço de trabalho, suas instalações, maquinaria, arquivos e aparelhos dizem muito sobre a instituição, sua organização de trabalho e prioridades.

Inscrito no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) em 22/10/2008, quando do início da pesquisa de campo, em 2009, o Cerest encontrava-se instalado em prédio na Rua Ladário S/N⁴⁵, região central da cidade, ao lado de um terminal de ônibus e anexo ao Centro Integrado de Saúde (CIS), onde

43 Segundo o IBGE (BRASIL, 2012) o território do município de Corumbá é maior que dos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Sergipe, Alagoas e Paraíba.

44 Compõe a Gerência de Vigilância em Saúde quatro coordenações, como pode ser visto na figura 9, anexo 1.

45 Vide Anexo1, figura 10 e 11, imagem aérea do serviço e fachada do Cerest.

funcionava a parte de reabilitação. O primeiro e principal é uma construção recente, feita exclusivamente para este fim e tinha sua fachada voltada para uma praça. Contava inicialmente com uma recepção, sala de atendimento odontológico, consultório médico, consultório psicoterápico, sala de audiometria, sala de coordenação, sala de enfermagem (usada para expurgo e depósito em geral) copa, um banheiro privativo aos profissionais do serviço e dois para o público em geral⁴⁶.

Atravessando uma porta de ferro, sem nenhuma identificação, tem-se acesso a uma entrada lateral do local onde funcionava a fisioterapia. O acesso aos usuários era pela entrada comum da CIS e não por esta porta que era de uso cotidiano apenas dos profissionais de saúde. A CIS é uma unidade que conjuga ambulatório de especialidades, laboratório de análises clínicas e serviço de farmácia municipal. No local que funcionara como Mercado Municipal da cidade e foi adaptado a nova função. Um lugar inadequado ao atendimento em saúde, infestado de pragas urbanas como gatos, cachorros e pombos⁴⁷, sendo que o setor de fisioterapia,

... que é um anexo entre o CIS e o Cerest, está em condições precárias de estrutura física. Possui equipamentos para atendimento e reabilitação, porém o espaço físico não está adequado apresentando sujeira, vidros quebrados, falta de mobiliário e macas sem condições de uso (MATO GROSSO DO SUL, 2012, p. 33).

Comunicação visual

Chamou-nos atenção a ausência de informações visuais a respeito da saúde do trabalhador no Cerest. Havia painéis próprios para este tipo de veiculação e neles encontramos cartazes com temáticas relativas a campanhas da prefeitura como

46 Vide Anexo 1, figura 12, distribuição do espaço interno do Cerest Corumbá.

47 Indagado sobre a CIS e suas péssimas condições sanitárias por um dos membros da Cist, o Secretário de Saúde disse que a prefeitura pretendia transferir a CIS deste local. Até meados de 2013, já em outra administração municipal, isto não ocorreu.

vacinação, combate à dengue e a hanseníase, por exemplo, mas nenhuma referência a saúde do trabalhador e/ou temas análogos, nem tão pouco informações esclarecendo o papel do Cerest, sobre a Cist e os direitos dos trabalhadores que sofrem acidentes ou adoecem em decorrência do trabalho, esperados num espaço especializado e de referência.

Esta ausência de comunicação visual dificultava a distinção, especificação e singularização do serviço como ligado à saúde do trabalhador.

Apesar disso, quando do início da pesquisa haviam seis folhetos e uma cartilha produzidos pelo Cerest e disponíveis à comunidade e aos trabalhadores que procuravam o serviço⁴⁸ que encontravam-se sobre uma banqueta na recepção e informavam sobre questões relativas à saúde do trabalhador.

O primeiro dos folhetos tratava do Cerest propriamente dito e procurava explicar suas funções, objetivos e atividades. Apesar de ser um documento feito pelo Cerest Regional faz alusão à Secretaria Estadual de Saúde, como se a ela estivesse vinculado hierarquicamente e diretamente:

O que é? É um serviço do Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela portaria do Ministério da Saúde nº 1679/2002, cujas ações são desenvolvidas **através da Secretaria Estadual de Saúde** com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores.

O objetivo do Cerest, tal como apresentado no folheto chama atenção por ser evasivo e não se posicionar em defesa dos trabalhadores, em relação às condições de trabalho que levam ao adoecimento e aos acidentes, buscando uma “neutralidade” que deixa o texto confuso e não esclarece sobre o papel do serviço:

48 Vide anexo 2

Promover a sensibilização da sociedade para a elevação da consciência social das políticas públicas na melhoria das condições e dos ambientes de trabalho, constituindo-se em uma estratégia para a consolidação das ações de saúde do trabalhador no estado de Mato Grosso do Sul.

Apesar de destacar que o Cerest é: “um centro de apoio técnico e de difusão de vigilância à saúde do trabalhador” isto não é colocado como parte das atividades que realiza. Por outro lado, a atenção ganha importância, não só no volume de conteúdo escrito, mas no visual, sendo colocado em destaque, no centro do folheto:

O que realiza? Atendimento aos trabalhadores de todas as categorias profissionais, urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício, com doenças ou acidentes relacionados ao trabalho: assalariado; domésticos; avulsos; cooperativados; autônomos; agrícolas; servidor público; aposentados; desempregados; vítimas de doenças ou acidentes de trabalho.

Serviços assistenciais oferecidos pelo Cerest:

- Assistente Social;
- Médico do Trabalho;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista. (sic)

Chama atenção também o fato deste ser o único documento a que tivemos acesso da região que faz alusão à uma rede de Cerest no estado de Mato Grosso do Sul, que seria composto pelo Cerest Estadual e os dois regionais existentes (Dourados e Corumbá). No entanto o contato entre eles, pelo que tivemos acesso, era pontual e inconstante, o que é a antítese de uma rede. Na descrição apresentada da “missão” desta rede são colocados apenas elementos técnicos da área da saúde e da especificidade da saúde do trabalhador:

Desenvolver ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e assistência, em consonância com os sistemas nacionais de vigilância sanitária e

epidemiológica, visando a promoção, a proteção, o tratamento e a reabilitação da saúde do trabalhador submetido a riscos advindos dos processos e ambientes de trabalho.

O segundo, a “Cartilha Saúde do Trabalhador@” procura apresentar de maneira simples a proposta da saúde do trabalhador, a forma como ela se dá no Estado brasileiro, os direitos dos trabalhadores e conceitua doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Quando trata do termo “saúde do trabalhador”, apesar de chamar atenção para seu aspecto histórico da luta dos trabalhadores pelo controle da sua saúde e a não delegação a terceiros (ODDONE *et al.*, 1986), não dá destaque à sua defesa acima dos interesses produtivos. Opta por fazer uma exposição onde se mescla com o conceito de saúde da OMS, mantendo a mesma postura de neutralidade identificada no folheto que apresenta o Cerest:

O termo Saúde do Trabalhador sugere uma preocupação com o estado de saúde geral do trabalhador, compreendendo, além da simples ausência de doença, um estado de bem-estar social, físico e mental. Além disso, é um termo histórico, que carrega um conceito que pressupõe a participação dos trabalhadores em todas as questões que dizem respeito à saúde.

Da mesma forma, o conceito de trabalhador utilizado aqui é genérico e irrestrito, não deixando claro os limites entre trabalhador e não trabalhador:

Trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico.

O que mais adiante se reafirma ao colocar que: “No Cerest são atendidos todos os trabalhadores independente do vínculo empregatício, inclusive as donas de casa e informais”, dando a ideia de atendimento indiscriminado a qualquer cidadão,

deixando o serviço sem um foco.

Em outro ponto, se por um lado se resgata no texto o direito do trabalhador e o dever do Estado de agir sobre o ambiente de trabalho, na busca da proteção à saúde do trabalhador, por outro acaba por igualar o papel do Estado ao da empresa ao afirmar que:

Caso a empresa não tenha serviços médicos, ou inoperantes (sic), procure o serviço de saúde pública (ou conveniado ao SUS, ambulatorial ou de emergência, conforme o caso).

A um leitor leigo e desavisado passa-se a impressão que o médico da empresa e o do SUS, por serem ambos médicos, atendem da mesma maneira em ambas as situações, como se não houvesse a defesa de interesses distintos na saúde ocupacional e na saúde do trabalhador.⁴⁹

Sobre a Renast e o lugar do Cerest Corumbá nesta rede faz uma sucinta exposição, onde caberia a um Centro de Referência Regional o:

... **atendimento** do Médico do Trabalho, **tratamento** fisioterapêutico, avaliação e atendimento de Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Serviço Social, Enfermeiro do Trabalho e Odontologia
[e]
... **também** orientações, encaminhamentos e trabalhos de prevenção a acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. (negrito nosso).

dando destaque entre as funções do serviço ao atendimento, em detrimento das demais, que ficariam em segundo plano e não havendo menção à vigilância e fiscalização dos ambientes de trabalho.

Há uma boa exposição, escrita de forma clara e direta, sobre os direitos dos trabalhadores no ambiente de trabalho e como agir nos casos de doenças e

⁴⁹ Esta falta de distinção entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador aparece outras vezes ao longo da pesquisa.

acidentes relacionadas ao trabalho, assim como das instituições que podem defender seus direitos: como os sindicatos e as Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego, por exemplo. No entanto chama atenção o fato de que ao tratar de doenças e acidentes do trabalho envolvendo os trabalhadores informais não traz maiores informações sobre os direitos, apenas colocando que estes trabalhadores não estão cobertos pelo Inss, como algo inexorável e não uma condição ilegal, mais uma forma de sobre-exploração da força de trabalho.

No texto há um destaque para as LER/DORT, onde é dito da sua dimensão epidêmica, dos seus sintomas e equivocadamente afirma que há cura quando detectada no início. Chama atenção o fato da cartilha não fazer menção às condições laborais que levam ao adoecimento e as orientações apresentadas ignorarem o fato de que na maioria das vezes o trabalhador não tem controle sobre os tempos e movimentos, o ritmo e a cadência da sua própria atividade:

- Não levante pesos do chão acima de 20% do seu peso corporal;
- Não coloque o monitor fora da linha de visão;
- Não deixe o monitor distante dos seus olhos, a distância certa é entre 45 e 80 centímetros;
- Não deixe sua mão ficar sem apoio, o correto é deixar a mão apoiada na mesa;
- Evite colocar pesos acima da cabeça em prateleiras altas;
- Não carregue bolsas pesadas inutilmente, durante o dia todo;
- Não levante objetos do chão sem flexionar os joelhos e quadris e
- Sente bem ereto, encoste as costas na cadeira formando um ângulo de 90° com o quadril e apoie todo o pé no chão.

Como condições para evitá-la destacam entre outros:

- Trabalhe disposto, sorrindo e com vontade;
- Solte suas emoções, libere seus sentimentos;
- Exponha suas ideias, deixe sua criatividade aparecer;
- Dê respeito, amizade e atenção a todos os que trabalham ao seu redor;

- Trabalhe com dedicação e perseverança, porém sem fazer 'mágica';
- Rede de atenção em saúde (sic);
- Dê pausa durante a jornada de trabalho;
- Abuse da solidariedade, ela faz bem a você e aos seus colegas.

O tom imperativo e normativo também passa a ideia que seguindo estas regras as lesões não correrão, como se as condições para evitar essa forma de adoecer fossem internas ao trabalhador, ignorando todos os elementos relacionados aos acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho apresentados anteriormente na mesma cartilha. Num discurso convergente com o da saúde ocupacional.

Ao final faz recomendações sobre como “obter uma melhor qualidade de vida.” São observações relevantes, mas que ignoram o contexto de trabalho e o padrão de vida da classe trabalhadora em geral e da população de Corumbá e Ladário especificamente, como se estas questões dependessem apenas da vontade e decisão do indivíduo para a sua solução:

- Pessoas que praticam exercícios físicos tornam-se mais dispostas: observa-se melhora do humor, das expectativas, uma postura mental mais positiva e melhora da autoestima;
- Dormir bem é fundamental. Durante o sono o organismo se restabelece dos desgastes e recobra energias para combater o estresse, um dos grandes males que assolam o mundo;
- Aprenda definitivamente a não usar a comida como “calmante”. Procure resolver os problemas emocionais de outra maneira;
- Transforme a refeição em momentos de tranquilidade;
- Pare, sinta o cheiro da comida, mastigue com calma, não utilize algum líquido para ajudar a “empurrar” a comida em pedaços, isto resulta em sensação de estômago pesado e mal-estar;
- O nosso organismo necessita de 02 litros de água por dia para um bom funcionamento e
- Acima de qualquer coisa, ame a si mesmo.

Os demais folhetos: “Aprenda a prevenir a dor”; “Movimente-se”; “Ação, saúde, nutrição” e “Psicologia”, tem como característica comum o foco no indivíduo e a ausência ou pequena menção ao trabalho, que quando ocorre é apenas de forma

secundária, transparecendo uma visão idealizada:

Sabe-se que a atividade física e o alongamento durante o expediente de trabalho é extremamente relaxante, além de melhorar o bem estar físico, mental e prevenir o aparecimento de doenças ocupacionais. Então, movimente-se!

Quem se alimenta bem, trabalha melhor.

Dicas que trazem benefícios a saúde mental:

- Atividades que lhe dão prazer
- Alimentação saudável
- Busque alternativas anti-estresse
- Cuide da saúde: faça exames periodicamente
- Procure uma vida familiar harmoniosa

“Quem olha para fora, sonha. Quem olha para dentro... Desperta. (Carl Jung)”

Quando fazem menção ao adoecimento ou a seus riscos eles aparecem de forma naturalizada e a maneira como se realizam os movimentos ou a forma “correta” como se postar no trabalho definidas como “certas” ou “erradas”, imprimindo a elas um valor moral e, indiretamente, a quem adocece, como aquele que “não fez certo”, atribuindo ao trabalhador toda a responsabilidade por sua saúde, como se lhe fosse possível optar, de forma independente, a forma de fazer este ou aquele trabalho.

Analisando-os como um todo, estes documentos de comunicação trazem uma mensagem ambígua: de um lado mostram a problemática da saúde do trabalhador, de outro focalizam no indivíduo, na busca pelo seu bem estar, sua “qualidade de vida”, como se isto fosse uma questão individual e não coletiva, o que é a característica encontrada na saúde ocupacional. O tom é evasivo, não há um posicionamento político explícito em defesa dos trabalhadores em relação às condições de trabalho que levam ao adoecimento e aos acidentes, estes documentos apontam para uma falta de distinção, de clareza conceitual sobre o que

vem a ser saúde do trabalhador. Ao não se colocar politicamente o Cerest acaba por fazer a política mais tradicional, conservadora e reacionária como já nos apontava Demo (2004) ao tratar da dita “neutralidade científica”.

Também chama atenção a produção de folhetos por campos disciplinares (psicologia, nutrição explicitamente) e nenhum tratando de problemas de saúde específicos da região. Na cartilha, por exemplo, há um espaço significativo de discussão sobre as LER/DORT sendo que este problema não é discutido e tratado como de maior relevância no cotidiano do Cerest Corumbá.

5.1 NOTAS SOBRE SUA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

Atividades desenvolvidas pelo Cerest

Como aparece nos folhetos de divulgação e nos foi informado eram cinco as principais atividades desenvolvidas pelo Cerest: atendimento ambulatorial; notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; participação em eventos, cursos e capacitações; palestras educativas e vigilância e fiscalização.

Nosso contato com cada uma delas foi distinto: os atendimentos pudemos acompanhar com observações, o diálogo com os profissionais e os membros da Cist, além de documentos; dos eventos e cursos tivemos uma participação mais direta, seja no Cesteh, no conselho da Cist, ou ainda no diálogo com os profissionais do serviço, já as demais nosso contato foi indireto, através de conversas com os profissionais do serviço, participantes do Cesteh e análise de documentos.

Atendimento ambulatorial

Ao começarmos a pesquisa de campo, a observar o cotidiano de trabalho do Cerest, a primeira e mais emblemática atividade que se nota é o atendimento ambulatorial. A principal atividade desenvolvida e observada no Cerest ao longo do tempo em que estivemos ali foram os atendimentos ambulatoriais que eram desenvolvidos em dois espaços diferentes, acabando por ter características próprias cada um deles. O ambulatório no espaço do Cerest e o na Cis, este especificamente fisioterápico que realizava o trabalho de reabilitação. De acordo com a Coordenação geral de planejamento e gestão de saúde em Corumbá cabia ao Cerest o “**Atendimento** de prevenção e **reabilitação** em acidente de trabalho e/ou doenças ocupacionais ao trabalhador formal, informal e estatutário” (MATTOS, 2011, negritos nossos)

E isto já pode ser percebido observando o espaço físico do Cerest: organizado e distribuído como um ambulatório com sua recepção e salas para atendimento individual. Não há um espaço pensado para o trabalho coletivo (reuniões, oficinas, encontros, estudos). Mesmo depois da reforma ocorrida entre abril e maio de 2011 este aspecto não foi contemplado, momento em que o serviço iniciava uma série de mudanças decorrentes de pressões vindas da Cist e dos profissionais que faziam o Cesteh.

O Cerest iniciava seu funcionamento às 7:00 da manhã e já nesta hora haviam pessoas aguardando que suas portas fossem abertas.

Ao entrarem eram atendidas pelas técnicas de enfermagem. Entre as duas havia uma divisão do trabalho estabelecida: uma fazia a recepção dos usuários, ouvindo sua queixa, observando o encaminhamento e, existindo suspeita de relação

com o trabalho abria um prontuário e aguardava a consulta médica. O agendamento e demais trâmites como abertura de prontuário e informações da ficha de cadastro eram feitas pela outra técnica de enfermagem.

De acordo com um dos profissionais do serviço o Cerest não era “porta de entrada”, ou seja: seu ambulatório recebia os usuários-trabalhadores encaminhados pelas Ubs, pelas Equipes de Saúde da Família, pelos serviços sentinelas (Pronto-socorro, pelo Hospital e a unidade de DST-Aids João de Brito⁵⁰) e pelas Empresas. Não obstante, também ocorriam atendimentos daqueles que chegavam ao Cerest sem nenhum tipo de encaminhamento e eram atendidos da mesma maneira, o que significava que na prática haviam duas formas de entrada para atendimento, direta e indireta. Assim o serviço acabava por funcionar também como “porta de entrada” da atenção, não sendo esta uma regra rígida.

O serviço contava ainda com estagiárias de assistência social que davam apoio aos trabalhadores em primeira consulta, antes do médico.

Caso o nexa com o trabalho fosse estabelecido pelo médico, a CAT era solicitada e poderia ser aberta pela empresa ou pelas enfermeiras do Cerest, que também eram responsáveis pela notificação no Sinan⁵¹ e encaminhamentos ao Inss para pedido de auxílio acidente de trabalho.

Em casos de suspeita de nexa com o trabalho, onde o médico entendesse como necessário a avaliação de um especialista, era encaminhado a outro profissional médico, como era o caso, por exemplo, para as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT)

50 Para lá são encaminhados os profissionais de saúde que sofrem acidente com perfurocortantes, estabelecendo os procedimentos padrões, de acordo com a norma regulamentadora 32 (BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, 2005).

51 Os agravos à saúde relacionados ao trabalho de notificação compulsória constam da portaria 777 (BRASIL, 2004).

encaminhados ao ortopedista⁵².

Neste ponto específico observa-se sinais de sub-notificação no próprio Cerest. Um dos médicos do serviço nos afirmou que os únicos que poderiam realizar notificações para LER/DORT eram ortopedistas. Outros profissionais do serviço (não médicos) mesmo em situações nas quais identificavam a suspeita denexo-causal não se sentiam autorizados a fazê-lo pois seria considerado um “ato médico”.

Neste ponto as informações não são convergentes. Em outro momento da pesquisa nos foi relatado que os médicos do Cerest não estabelecem o nexo causal. Esperam o usuário-trabalhador passar por um especialista, para então fazer ou não o registro. Segundo nos foi relatado os Clínicos Gerais não poderiam emitir estas Cat, estabelecer o nexo causal, porque o protocolo impediria. Também nos foi explicado na ocasião que o INSS só aceitava e registrava as Cat que tinham o carimbo e a assinatura de um médico, com devido CID-10 da doença.

O médico do trabalho também poderia encaminhar o usuário-trabalhador para atendimento fisioterápico, nutricional ou fonoaudiológico, de acordo com as necessidades identificadas e marcar uma consulta de retorno.

Nos casos descartados como relacionados ao trabalho o usuário-trabalhador era encaminhado à UBS e nos casos de urgência ao PS.

O atendimento ambulatorial envolvia o conjunto dos profissionais do Cerest num esforço considerável para atender a todos os usuários que procuravam o serviço. No primeiro momento de observação explicavam-nos que estavam “na correria”, no entanto eram poucos aqueles que falavam conosco. O mais comum era entrarem no Cerest e se dirigirem rapidamente aos consultórios, individuais,

52 A região de Corumbá a época contava com apenas um médico Ortopedista para atender Corumbá e Ladário.

onde realizavam os atendimentos e, tão logo terminavam, se retiravam do serviço.

Por volta das 11:00, se aproximando do horário de almoço os atendimentos já haviam terminado, permanecendo ali a coordenação, as técnicas de enfermagem e o pessoal administrativo. As 11:30 a porta de vidro estava fechada e os atendimentos da manhã encerrados. Um outro conjunto de atendimentos iniciava no período da tarde, a partir das 13:30, mas estes numa intensidade e volume inferior.

As sextas-feiras eram reservadas para atividades externas ao Cerest como visitas à empresas, reuniões, palestras, fiscalizações e vigilâncias.

Os profissionais de saúde trabalhavam de acordo com uma tabela estabelecida no Cerest, estando ali para atendimento, meio período por dia, em dias e horários escalonados, de maneira que não se encontravam todos no mesmo espaço. Os horários eram organizados de maneira que todos podiam ocupar os consultórios existentes e, nesse sentido, as condições para encontros e conversas eram limitadas já que o modelo de atendimento era individual e os horários intercalados, de tal forma que uma parte deles estão em determinados dias, no período matutino (a maior parte dos atendimentos) e a outra parte em outros dias, no período vespertino.

Este era o fluxo de atendimentos relacionados ao trabalho. Como podemos ver no fluxograma (figura 13) a dinâmica da atenção no Cerest seguia uma estrutura normativa pautada na clínica tradicional onde o atendimento é individualizado e pouco o distingue de um ambulatório qualquer. As atividades são divididas por especialistas, onde cada um dos profissionais atua sobre o sujeito que busca atendimento a partir da sua especialidade e não da saúde do trabalhador. As ações são desenvolvidas de forma disciplinar, integradas umas com as outras através do

usuário-trabalhador em atendimento, estanques e fechadas em si mesmas. O foco está na sua especificidade não se percebendo, de acordo com o relato dos participantes do Cesteh, como parte de um todo, apenas com o seu componente de serviço, isolado na sua especificidade profissional. Alguns deles inclusive relataram que foram surpreendidos ao descobrirem que faziam parte do Cerest e outros da relação da sua especificidade profissional com a do outro e como estas se completam.

A força motriz desta distribuição é o profissional de medicina, que ocupava lugar central nas ações ambulatoriais: toda a corrente de atendimento era direcionada para sua ação que, identificando a necessidade, distribui e encaminhava aos demais profissionais de saúde do Cerest ou de outras unidades de saúde. É o usuário-trabalhador que manterá contanto com uma multiplicidade de profissionais, o que não significa que estes precisem manter contato entre si para que este fluxo ocorra. Ao contrário: ele terá tanta ou mais fluência quanto mais isolado estiver cada um deles, dedicados e fixados em sua atuação específica, não intervindo na de terceiros.

Este modelo de atendimento ambulatorial reitera a forma tradicional de gestão da saúde, centrado na figura do médico, tal como observado por Santos e Lacaz (2011), estabelecendo uma linha de comando e uma hierarquia entre os profissionais de saúde onde o foco das ações se dá sobre o sujeito adoecido, cabendo ao profissional médico posição de identificação da morbidade e de distribuição de tarefas a serem realizadas por cada uma das demais especificidades de atendimento. Não sem razão foram raros os momentos durante o período de pesquisa onde pudemos conversar com estes profissionais e a sua ausência

também se fazia sentir nas demais atividades do próprias do Cerest.

É após a consulta com o médico que são executadas outras ações, sempre de atenção individual. No tempo da pesquisa não houve ou tivemos notícia de nenhuma ação de atendimento coletiva (como é o caso do acolhimento, por exemplo).

O que foi percebido é que o modelo de atendimento e de organização do trabalho no serviço segue um padrão clínico que permite a sua replicação independente da especialidade do serviço e do seu caráter público ou privado, o que é conveniente na medida em que não tem de se preocupar com as especificidades do serviço, ou nas suas demandas.

Por outro lado, o Cerest acabou por se tornar o local ao qual são encaminhados todas as pessoas que apresentam algum problema de saúde identificado como do trabalho. Até mesmo as CAT não são abertas em outra unidade de saúde perdendo-se assim o caráter irradiador preconizado desde a Portaria 2437 (BRASIL, 2005). Não só isso: ele não tem atuado como polo aglutinador de ideias e ações de fortalecimento da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho.

Além deste tipo de atendimento, haviam de acordo com os relatos e debates da Cist outros nas dependências do Cerest. Durante o tempo em que estivemos realizando a pesquisa de campo⁵³ existiram outros serviços prestados no espaço do Cerest que diziam de atividades que o aproximavam de um Sesmt⁵⁴ como exames admissionais e periódicos e de um instituto previdenciário, com as perícias médicas para a prefeitura, sendo no primeiro semestre de pesquisa esta a principal demanda

53 Nos foi relatado que antes de 2009 também emitiram autorização para o comércio ambulante de produtos alimentícios.

54 Além da própria lógica ocupacional que perpassava o discurso dos profissionais de saúde, como discutiremos mais adiante.

ambulatorial observada ali.

Além disso, também eram ofertados atendimentos urológicos, odontológicos e a pessoas em estágios pré e pós operatório para cirurgias bariátricas.

A Odontologia é um serviço aberto a toda a comunidade, a todos aqueles que procuram, independente de serem trabalhadores. Segundo a coordenação toda unidade de saúde do município tinha atendimento odontológico e entendia que este era a única exceção no caso do Cerest. Indagada sobre a relação com o trabalho nos contou que isso pode ocorrer quando, por exemplo uma empresa pede uma avaliação odontológica dos seus trabalhadores e isso já havia ocorrido uma vez.

A coordenação do Cerest explicava que estes atendimentos, com exceção do odontológico, não eram do serviço. Havia um acordo com a prefeitura onde o espaço do Cerest era “emprestado” para que ali pudessem ocorrer atividades outras que não aquelas estabelecidas para o serviço, uma vez que algumas delas (perícia e exames admissionais/periódicos e demissionais), de acordo com o que previa a portaria 2728 em seu artigo 7, parágrafo 4º: “Os Cerest não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt) ou similar, tanto do setor público quanto do privado.” (BRASIL, 2009).

No entanto, pudemos observar por diversas vezes que estes serviços “cedidos” superavam numericamente o número de atendimentos relacionados ao trabalho sendo a demanda dominante do Cerest. Além disso mobilizavam e envolviam o conjunto dos profissionais de enfermagem e técnico administrativo e dos recursos do Cerest, não sendo apenas uma cessão de espaço, num esforço desviado de seu foco principal, ficando as ações próprias do Cerest em segundo

plano, e se tornando estas as ações de maior investimento da atenção.

Se no discurso são práticas diferentes, de serviços distintos, uma vez conduzidas **no** espaço do Cerest, **pelos profissionais** do Cerest, com **os equipamentos e insumos do Cerest**, torna-se aos olhos daqueles não envolvidos diretamente, uma atividade **do** Cerest, executando, desta forma, um trabalho fora do que fora projetado em termos políticos e de práticas públicas pelo governo federal, comprometendo sua identidade como centro de referência especializado e dificultando à comunidade uma identificação deste serviço como um espaço de saúde do trabalhador, na medida em que aos olhos de um desavisado, o Cerest poderia ser visto como uma extensão do CIS. Neste sentido a fala de um dos profissionais do Cerest é lapidar: “O povo ainda não entendeu para quê serve o Cerest”.

Valendo-se deste estratagema a gestão municipal encontrou uma brecha para que no Cerest ocorressem atividades que, próximas das condições técnicas dos profissionais de saúde, não poderiam ser conduzidas pelo serviço. Não sendo coincidência que fosse justamente naquele espaço aonde ocorreriam perícias, exames admissionais/periódicos e demissionais. Um dos profissionais do serviço nos explicou que todos os servidores do município que sofriam acidentes eram encaminhados para o Cerest. Neste ponto é importante colocar que a Prefeitura até o final de 2012 não tinha um Sesmt, estando em desacordo com o previsto pela NR-4 (BRASIL, 1978) e assim buscava uma forma de sanar este problema, desrespeitando o que havia sido definido quando da aprovação do projeto do Cerest pelo CMS, mas sendo coerente com o planejado inicialmente por Kassir (2004).

Interessante observar que as perícias, mesmo ocorrendo dentro do espaço do

Cerest, sendo conduzidas por profissionais do serviço não levavam a produção de informações sobre as principais causas de afastamento do funcionalismo público e o centro de referência não se valia destas informações para atuar junto à prefeitura, isto mesmo nos casos em que há suspeita de relação com o trabalho. Um exemplo que tivemos acesso e que nos mobilizou para saber desta ação do Cerest foi o dos professores municipais, onde havia um grande volume de afastamentos por depressão e esta morbidade não era associada com o trabalho e tão pouco as perícias ali realizadas estabeleciam esse nexos com o trabalho. Posteriormente um grupo de profissionais do Cerest que faziam o Cesteh tentaram conduzir suas pesquisas de TCC sobre esta temática, levantando informações nos prontuários periciais. A prefeitura negou autorização alegando a privacidade dos dados.

Percebemos, assim, a falta de uma especificidade no trabalho com a saúde do trabalhador no espaço ambulatorial. Os profissionais que ali trabalham, nas condições observadas, exerceriam estas mesmas atividades em qualquer outro local que trabalhassem. Neste sentido onde se atende é irrelevante. Vem a unidade apenas para atividades pontuais, clínicas. O serviço contava com poucas pessoas, cada qual executando uma atividade diferente, em consultórios, portanto são atividades que exigem uma ação dividida, focada na especificidade de formação de cada um e não no campo de ações, na saúde do trabalhador propriamente dita.

A uniformização do trabalho de atenção observada no espaço ambulatorial, onde não há um espaço (físico e organizacional) para reuniões, troca de informações e experiências entre si é benéfica para a gestão se pensarmos a partir de uma lógica produtivista na medida em que o trabalho deste profissional de saúde se torna mais “produtivo” e alcança um maior número de pessoas. No entanto perde-

se a especificidade na medida em que os problemas de saúde do trabalhador não são ali discutidos e, desta forma, continuam a ocorrer sem que haja – da parte do poder público – uma intervenção que modifique as ações que provocaram os adoecimentos e acidentes relatados. Utilizando-se de uma figura de linguagem bastante popular, estes profissionais acabam por “secar gelo” e verem a morbidade que identificam se repetir, repetir e repetir, sem que o quadro mude. O que pode provocando um sentimento de impotência e levar a um certo niilismo, uma insensibilidade diante do adoecimento do outro.

O Cerest Corumbá permaneceu até 2012 prioritariamente como um ambulatório de especialidades, pouco integrado ao todo da saúde pública de Corumbá e Ladário⁵⁵ e tendo um sentido tímido de referência em saúde do trabalhador. Passando pouco a pouco a se desvincular paulatinamente destas funções, mas permaneceu tendo seus médicos exercendo exclusivamente esta atividade, não estando eles envolvidos em atividades de vigilância, educação em saúde ou de pesquisa em saúde do trabalhador.

A prioridade ao longo destes seis primeiros anos de implantação do Cerest focado na atenção, manteve a característica de “gueto” tão criticada nos PST e nos CRST anteriores, além da centralização dos atendimentos e CAT emitidas aos trabalhadores adoecidos que, são encaminhados para o Cerest ao invés de serem atendidos integralmente pelas unidades que inicialmente os receberam. Apesar da portaria 1823 (BRASIL, 2012) que cria a PNST avançar neste sentido ela é recente e

55 Ao final de 2009 as atividades de perícia e exames admissionais e periódicos deixam de ser executados pelo Cerest, em 2010 deixa de “ceder” seu espaço para o acompanhamento pré e pós operatório de cirurgias bariátricas, em janeiro de 2012 cessa os atendimentos odontológicos e fonoaudiológicos e a reabilitação é transferida para a CIS, passando a contar apenas com um profissional de fisioterapia no Cerest. Já a urologia (saúde do homem) que iniciou seus atendimentos em fevereiro de 2010 vão encerrar suas atividades no espaço do centro de referência, onde atendiam todos os dias, no final de 2012.

não surtiu efeitos observáveis até aqui. Concordamos com Santos e Lacaz (2011, p. 96) quando nos diz que:

Muitos Cerest já consolidados se tornaram porta de entrada dos trabalhadores com doenças ocupacionais ou acidentes de trabalho (Santos, 2001), isto é, não se constituem como unidade de referência em saúde do trabalhador, de retaguarda técnica, para o manejo de problemas mais complexos e/ou especializados, mas sim um espaço que acolhe os trabalhadores que sofreram acidentes ou doenças ocupacionais. O enfoque sobre a assistência à saúde dos trabalhadores ainda constitui o foco das ações dos Cerest.

Esse investimento de energia profissional e recursos públicos vai no caminho oposto àquele que se espera que é de vigilância e investigação das causas de acidentes e doenças do trabalho, muito mais centrado nos princípios de proteção, promoção e prevenção à saúde que voga a constituição brasileira (BRASIL, 1988). De acordo com relatório da SES o Cerest tem as suas ações focadas para a assistência aos trabalhadores já adoecidos ou acidentados em decorrência do trabalho, com atendimento para morbidades já estabelecidas "... não realizando as demais atribuições que lhe compete, constantes na Portaria [2728/2009]." (MATO GROSSO DO SUL, 2012, p. 33).

Observa Ribas (2012) que o Cerest acabava por exercer um papel de Centro de especialidades, porta de entrada para a atenção de usuários do SUS adoecidos ou acidentados em decorrência do trabalho, ficando as ações de vigilância, promoção e prevenção em segundo plano:

Deduzimos que a rede não está preparada para se responsabilizar por essa demanda de usuários e de produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade às pessoas em sofrimento decorrente do processo laboral, contribuindo para que o Cerest assuma essa função e se torne um centro de especialidades ao invés de um apoio às equipes de referência interdisciplinar para que amplie seu campo de atuação e qualifique suas ações (RIBAS, 2012, p. 23).

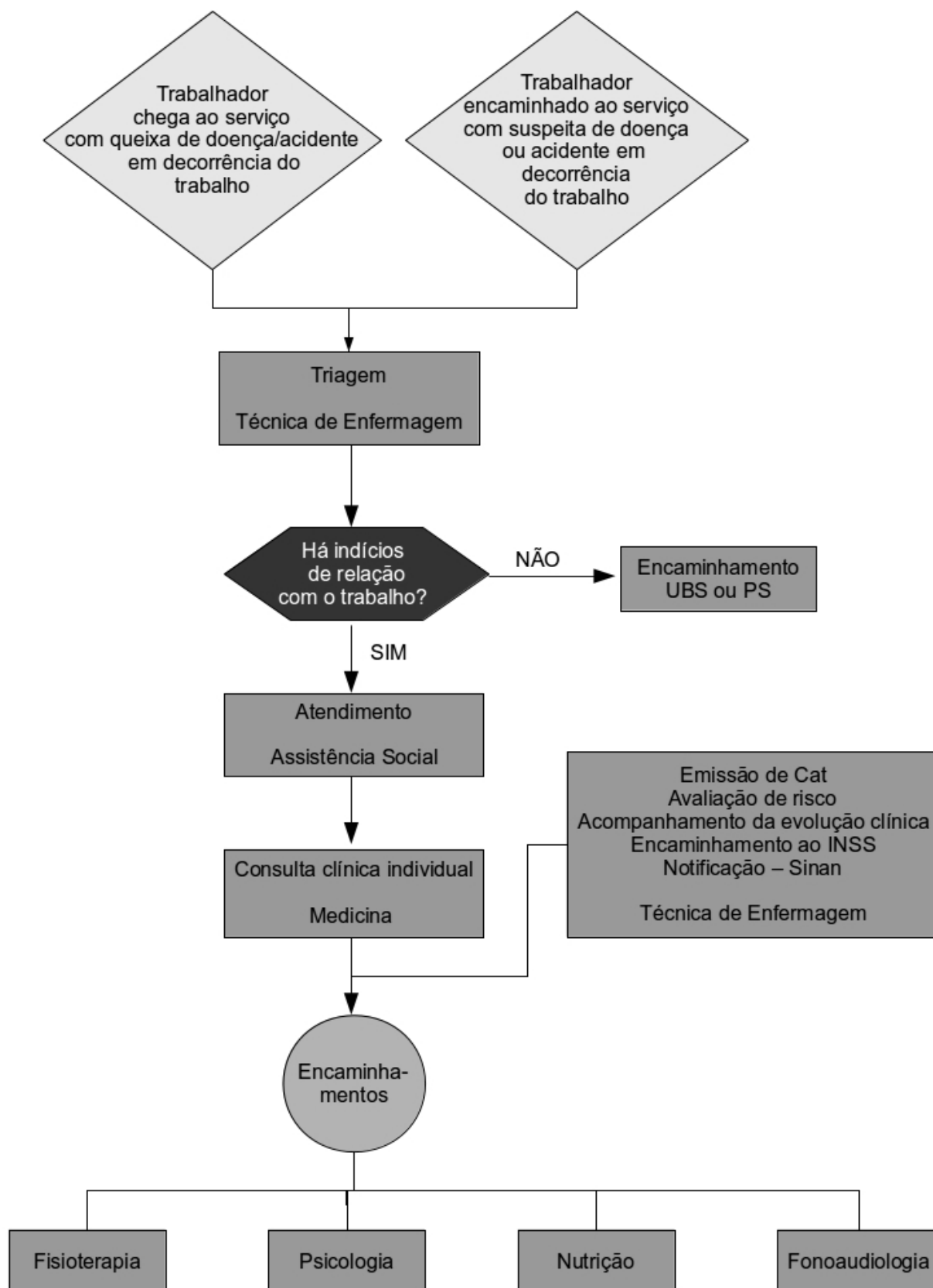
Mesmo depois do relatório duro e pouco elogioso do Denasus (BRASIL, 2010) que constatou a falta de investimentos e o não cumprimento do seu papel como referência em saúde do trabalhador para além do atendimento ambulatorial, obrigando-o a cumprir uma série de tarefas, o que se vê é a manutenção das atividades do serviço com poucas alterações, com os profissionais cumprindo funções ambulatoriais.

No entanto o fato do Cerest atuar como um ambulatório de especialidades (um serviço de pronto atendimento, cujas críticas no campo da saúde coletiva são muito bem documentadas, se levarmos em conta que as informações ali produzidas não tem nenhuma função, não há um acúmulo de dados que permitisse aos profissionais de saúde, ou ao serviço um acompanhamento de longo prazo destas pessoas não contribuindo nem mesmo para a própria prática clínica, tendo os atendimentos um fim em si mesmo, não representando um avanço na melhoria da saúde do trabalhador como um todo. O que realizavam ali, em termos ambulatoriais, poderia ser conduzido em qualquer outro serviço ambulatorial.) não quer dizer que todos os profissionais que ali atuavam estavam satisfeitos com esta situação ou com ela concordavam. Um deles demonstrou preocupação com o fato do serviço se restringir ao atendimento ambulatorial, destacando que este não deveria ser o seu caráter. Outro dizia indignado frente ao fato do serviço abrigar outras especialidades distintas da saúde do trabalhador e ter de trabalhar com elas ao invés de estar envolvido com as atividades fins do Cerest para as quais eram treinados e sistematicamente capacitados, no que percebemos que isso era visto como uma desqualificação, uma desvalorização destas atividades perante a centralidade da

clínica e destes ambulatórios outros “emprestados” pelo serviço.

A saúde pública em Corumbá, como pudemos ver, pensava a saúde do trabalhador como uma atividade exclusiva do Cerest que deveria se focar na reabilitação e não como uma das ações de rotina da saúde da região como um todo que, quando muito, encaminham ao Cerest para um diagnóstico ou a confecção da CAT. Desta forma apesar do nome mantinha as funções herdadas do Centro de Reabilitação e do Nurest.

Figura 13: Fluxograma de atendimento ambulatorial, saúde do trabalhador, Cerest-Corumbá 2009-2012



A fisioterapia, assim como a odontologia, tinha como característica não estar atrelada à saúde do trabalhador. Ribas (2012) nos descreve bem esta rotina de trabalho:

A atuação do fisioterapeuta consiste no atendimento à população do município que apresenta quadros de enfermidades, decorrentes de causas ortopédicas, neurológicas, respiratórias, pediátricas. Esta população é proveniente das unidades básicas de saúde, estratégia de saúde da família, pronto socorro, Cerest, entre outros e nela se incluem os trabalhadores que sofreram acidentes e/ou doenças de trabalho ou apresentam quadros algícos decorrentes de sua atividade laboral. (p. 8)

E continua:

A rotina do setor de fisioterapia é vivenciada do mesmo modo desde o Nurest até a implantação do Cerest, apesar do projeto ter apontado para uma mudança com a proposta de organização de um centro com finalidade preventiva e de vigilância e não somente de cunho assistencialista. (p.9)

Sendo esta característica colocada explicitamente pelo governo municipal. De acordo com a coordenação geral de planejamento de saúde de Corumbá: “O serviço de fisioterapia é integrado ao Cerest, porém **executa atividades para toda a rede do município**” (MATTOS, 2011, negritos nossos).

O que significava que, na prática, a Fisioterapia não fazia parte do Cerest. O fato de estar fisicamente no CIS apenas colaborava com esta condição, que se manteve desde o Centro de Reabilitação em 2003 e cessando em 2012 com a transferência oficial para o CIS.

No entanto, apesar de dissociada do Cerest, tendo com ele apenas uma relação formal, seus atendimentos são apresentados como atividades desenvolvidas pelo Cerest, “inflacionando” os resultados oficiais, incluindo atendimentos gerais como específicos. O que demonstra, para nós, a necessidade da SMS de apresentar uma “produtividade”, um volume de atendimentos relacionados à saúde do

trabalhador, o que converge com a forma como são apresentados os resultados do Cerest, não em termos da melhoria nas condições de trabalho, decorrentes de acordos firmados com as empresas locais, por fiscalizações e vigilâncias, mas sim pela síntese dos resultados atingidos pelo serviço em volume de atendimentos, uma qualidade a ser divulgada em eventos públicos⁵⁶ e nos meios de comunicação de massa, como forma de propaganda de governo. Como em matéria jornalística intitulada “Com quatro anos de atividades, Cerest celebra avanços na região”:

Corumbá tem motivos de sobra para celebrar o Dia Nacional de Prevenção a Acidentes de Trabalho, que ocorre nesta quarta-feira (27), data considerada símbolo da luta dos trabalhadores brasileiros por melhorias nas condições de saúde e segurança no ambiente de trabalho. Implantado há quatro anos - 25 de julho de 2007 - pelo prefeito Ruyter Cunha de Oliveira (PT), o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) está em plena atividade e, somente no primeiro trimestre de 2011, já realizou mais de 2,9 mil procedimentos, entre atendimentos médicos, odontológicos, serviços sociais, fisioterapia, psicologia, nutrição, entre outros. (Midiamaxnews, 2011).

A produtividade de atendimentos e a valorização dada a estes pela gestão da saúde no município é superior aquelas consideradas fins do serviço pela portaria 2728 (BRASIL, 2009) atendendo as necessidades e interesses do poder público local. O que demonstra o antagonismo de prioridades entre estes níveis de gestão do SUS e, em última instância, um grave ruído de comunicação entre as instâncias de governo, divergindo daquilo que se encontra no pacto pela saúde (BRASIL, 2006).

⁵⁶ Nos referimos aqui ao discurso do Secretário Municipal de Saúde quando do 1º Seminário em memória às vítimas de acidentes e doenças do trabalho: A questão fronteiriça, em 28 de abril de 2011 e da “reinauguração” do Cerest, em 12 de maio de 2011.

Tabela 15 Relatório de Atividades desenvolvidas pelo Cerest Corumbá

ATIVIDADE	Jan-Jul 2009		Jan-Jun 2010				Jan-Mar 2011				Janeiro a Junho 2012					
	Freq	Freq%	Freq acum	Freq acum %	Freq	Freq%	Freq acum	Freq acum %	Freq	Freq%	Freq acum	Freq acum %	Freq	Freq%	Freq acum	Freq acum %
ATENDIMENTO																
Medico	572	6,50	572	6,50	714	12,44	714	12,44	133	4,56	133	4,56	245	49,10	245	49,10
Fonoaudiológico	0	0,00	572	6,50	0	0,00	714	12,44	0	0,00	133	4,56	0	0,00	245	49,10
Serviço Social	121	1,37	693	7,87	126	2,19	840	14,63	69	2,36	202	6,92	0	0,00	245	49,10
Fisioterápico	7112	80,79	7805	88,66	4337	75,54	5177	90,18	2423	83,04	2625	89,96	0	0,00	245	49,10
Odontológico	730	8,29	8535	96,96	233	4,06	5410	94,23	144	4,93	2769	94,89	0	0,00	245	49,10
Psicológico	171	1,94	8706	98,90	133	2,32	5543	96,55	17	0,58	2786	95,48	35	7,01	280	56,11
Nutrição	15	0,17	8721	99,07	51	0,89	5594	97,44	6	0,21	2792	95,68	0	0,00	280	56,11
REUNIÕES	27	0,31	8748	99,38	12	0,21	5606	97,65	0	0,00	2792	95,68	19	3,81	299	59,92
EDUCAÇÃO	25	0,28	8773	99,66	22	0,38	5628	98,03	0	0,00	2792	95,68	0	0,00	299	59,92
VIGILÂNCIA	26	0,30	8799	99,95	113	1,97	5741	100,00	126	4,32	2918	100,00	200	40,08	499	100,00
OUTROS	4	0,05	8803	100,00	0	0,00	5741	100,00	0	0,00	2918	100	0	0,00	499	100,00
Total	8803	100	8803		5741	100			2918	100,00			499			

Fonte: Cerest Corumbá

Como podemos observar no tabela 15 o foco do serviço ao longo dos anos foi o atendimento clínico (nos três primeiros anos as atividades próprias do Cerest ficaram reduzidas a menos de 5% do total)⁵⁷, com destaque para os fisioterápicos onde, de acordo com Ribas (2012) estão inclusos casos que não correspondem a especificidade da saúde do trabalhador:

Esses indicadores confirmam outro aspecto, que é o atendimento à população do município que não foram acometidas de patologias decorrentes do processo de trabalho, tendo em vista o número de atendimentos do médico do trabalho em 2010 e 2011. Quando se compara o número de atendimentos entre os profissionais médicos e fisioterapeutas, o setor de fisioterapia supera o número de atendimentos do médico. Conclui-se que o excedente é uma demanda proveniente da rede básica e as atividades da fisioterapia no Cerest não são direcionadas exclusivamente para ações em saúde do trabalhador. (RIBAS, 2012, p. 9)

Podemos perceber que estes números mudam a partir do momento em que a fisioterapia foi oficialmente transferida para a CIS, em 2012. Os números de atendimentos no Cerest despencam e ficam apenas aqueles que realmente eram atividades relacionadas à saúde do trabalhador.

Desta forma podemos dizer que, apesar de hierarquicamente subordinada à

⁵⁷ Entendemos a precariedade dos dados que não cobrem períodos inteiros e há diferenças entre eles que dificultam a comparação. Foi feito um pedido formal à coordenação do Cerest para termos acesso aos relatórios com os números exatos, sem sucesso.

vigilância em saúde, o Cerest permaneceu tendo como principal função a atenção em saúde, e em destaque a reabilitação fisioterápica independente da sua relação com o trabalho.

Atividades próprias do Cerest

Em relação as atividades definidas pela portaria 2437 (Brasil,2005) e 2728 (BRASIL, 2009) como foco do trabalho dos Cerest Regionais, no caso de Corumbá. Havia ali pessoas que hoje exercem esta função, digamos Cerest: um grupo pequeno de pessoas, as quais vimos se desdobrarem para que ocorressem, onde se destaca o trabalho da coordenadora, uma das técnicas de enfermagem, além do pessoal técnico administrativo (e, posteriormente, os profissionais que vieram trabalhar especificamente com a vigilância em saúde do trabalhador). Entre estas atividades, as mais relatadas, de maior destaque, eram de educação em saúde, como formação e palestras (em empresas, escolas e no próprio serviço), além daquelas que foram provocadas pela Cist e pelo Cesteh como os seminários em memória das vítimas de acidentes de trabalho, a Cist Ampliada e o Plano de ação participativo do Cerest/Cist para 2012 e a vigilância em saúde do trabalhador.

No cotidiano do Cerest não se ouvia falar sobre a participação dos demais membros do corpo técnico, como se houvessem ali dois serviços distintos: um ambulatorial e outro que cuidava das demais atividades (notificação, produção de informações, educação em saúde, fiscalização e vigilância). Não havia uma relação orgânica entre estas atividades, sendo a segunda preterida em relação a primeira, seja em relação ao tempo, aos recursos e ao interesse (sobretudo político) despendido.

O que converge com o relatado pelo Denasus que em 2010 auditou o serviço. De acordo com este documento os dados que o Cerest apresentou são restritos aos seus atendimentos, não havendo previsão de ações de saúde do trabalhador no plano de saúde do município para o período de 2006 a 2009 e que, da mesma forma, os relatórios de gestão dos dois primeiros anos (2007-2008) não permitiram avaliar se fora feito o que estava planejado, não evidenciando "... de forma clara e objetiva as ações desenvolvidas no período avaliado... A produção informada no Sia/Sus não reflete o que foi relacionado como ações realizadas." (BRASIL, Denasus, 2010, p. 12).

Produção de informação: os prontuários e as notificações

Entre 18 de novembro de 2009 e 20 de agosto de 2010, como parte das atividades de pesquisa, nos dispusemos a, junto com outros três profissionais do Cerest, sistematizar os dados contidos nos prontuários para que pudessem servir de base às demais atividades do Cerest, dedicando parte do tempo da pesquisa a examinar estes documentos.

Desta forma ficamos sabendo que, não obstante o serviço prestar atendimentos aos trabalhadores desde 2003, quando do Centro de Reabilitação, foi só após maio de 2009, que começaram a ser feitos os prontuários. Antes disso havia apenas uma ficha de atendimento simples onde não constavam nenhuma informação sobre saúde do trabalhador.

De acordo com os profissionais que trabalhavam conosco na base de dados a ficha de triagem foi padronizada pelo Cerest Estadual, sendo o mesmo também utilizado pelos três Cerest de Mato Grosso do Sul (Estadual e Regionais de

Corumbá e Dourados). Também em 2009 passam a fazer as notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no Sinan (lançadas no Sinan-Net via Vigilância Epidemiológica).

Estas fichas de triagem apresentavam problemas na sua organização, com pontos pouco esclarecedores sobre a saúde do trabalhador, sendo estes raramente preenchidos pelos profissionais que seguiam o atendimento do trabalhador. Algumas delas tinham apenas dados do atendimento, nenhum do usuário-trabalhador como trabalhador, ou da empresa, ou sobre o tipo de acidente/doença. Indagando sobre isso nos foi explicado que alguns trabalhadores se recusam a fornecer estas informações. Outras como o uso de EPI e a contaminação por agentes químicos, físicos ou biológicos também não eram respondidas por serem muito específicas e os trabalhadores não sabiam responder. No entanto diante disso não se buscava aperfeiçoar o instrumento de triagem.

Os prontuários são exclusivamente médicos e organizados em pastas relacionadas por profissional. Neles não há nenhuma informação referente ao que é feito pelos outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, nutricionista, fonoaudiólogo, odontólogo ou psicólogo) que atendem o mesmo trabalhador, o que demonstra a falta de unidade das atividades da atenção na medida em que não há um documento único de acompanhamento.

Nos chamou atenção o fato de que, nos prontuários a que tivemos acesso, não havia anamnese ocupacional ou mesmo apontamentos referentes ao trabalho, sequer perguntas relativas ao posto de trabalho ou atividades exercidas pelo trabalhador.

Havia muitos atendimentos que não apresentavam ainda prontuários. De um

total de 211 apenas 72 deles tinham prontuários abertos, ou seja: a maioria, cerca de 66% não apresentam informações sobre o trabalho, as condições de trabalho e a empresa de origem destes usuários, e, portanto, não apresentavam informações que permitissem o planejamento do atendimento, a fiscalização e a ação política por parte do Cerest. Não havia nenhuma informação além da clínica, num serviço de saúde do trabalhador! Salvo casos esparsos onde junto com a ficha há uma CAT, mas são a exceção que confirma a regra.

Para corroborar com a sistematização das informações contidas nos prontuários de atendimento a prefeitura havia se comprometido a instalar um software, chamado de Medical que, segundo os profissionais que nos acompanhavam na tabulação das informações, permitiria que os dados dos prontuários fossem tratados digitalmente (a ideia era que em cada sala de atendimento houvesse um computador e tão logo fossem colocados os dados na recepção os profissionais de saúde tivessem acesso a ele e alimentassem com as informações referentes ao atendimento) e, a partir dele, poderiam inserir e obter informações sobre os usuários. No entanto este programa nunca foi implantado.

De acordo com membros do Cerest Estadual, o Cerest Regional de Corumbá ao apresentar seus resultados dos atendimentos ao CMS deixava de informar: os responsáveis pelos atendimentos; o tipo de morbidade tratada e as providências dadas, entre outros detalhes.

Sobre as CAT é importante colocar a sua ausência nos prontuários. O que nos explicaram que quando um trabalhador chegava ao Cerest sem CAT era orientado a buscá-la junto à empresa e trazer uma cópia, “o que nem sempre acontece”. De acordo com o que nos foi dito, o Cerest apenas abria a comunicação

quando a empresa se negava, ou seja, não era uma rotina. Levando-se em conta que os outros serviços também não emitiam a comunicação e que também fomos informados de que as empresas encaminhavam os trabalhadores ao Cerest para que este providenciasse o documento, tínhamos aqui uma situação de tensão onde o trabalhador acidentado/adoecido ficava desamparado e esta situação provocando a sub-notificação.

Entre os prontuários abertos chamava atenção a repetição de casos de acidente por queda, em grande parte ocorridos na zona rural e de servidores públicos municipais da área da saúde. Segundo um dos profissionais, aluno do Cesteh, o fato de empresas de médio e grande porte da região oferecerem planos de saúde acabam por funcionar com um crivo que ocultava os casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho fazendo com que chegassem ao setor público apenas aqueles mais graves e que levam ao óbito, ou aqueles que acometem os trabalhadores com vínculo precário, autônomos e informais.

Causa espanto que nem mesmo a partir de suas atividades ambulatoriais o Cerest tivesse a prática de sistematizar as informações que produzia. Alguns deles, por sua excepcionalidade (amputações e mortes em decorrência do trabalho) exigiam, por si só, uma atuação forte, ágil, eficaz. No entanto o serviço, que deveria ser referência em saúde do trabalhador não dava sinais de mobilização explícita neste sentido. Não existia uma interação entre os os profissionais e as informações que produziam. Como se dela estivessem descolados.

Nos casos onde foi feita a notificação (acidentes e doenças do trabalho graves) e encaminhada para a Vigilância Epidemiológica para envio ao Sinan também não retornava ao Cerest na forma de uma informação sistematizada, o que

nos aponta para um problema que não é focalizado. De acordo com relatório do Denasus os “dados epidemiológicos obtidos nos atendimentos clínicos e nas notificações e comunicações de acidentes de trabalho e das visitas aos locais são sub-notificadas, inviabilizando o estudo das demandas reprimidas.” (BRASIL, Denasus, 2010, p. 11).

A falta de informação, a não produção de dados e sua organização impedia que o Cerest tivesse clareza da urgência e critérios objetivos para fazer um planejamento adequado das ações do serviço, estabelecer suas prioridades e estratégias de ação, tanto de vigilância/fiscalização, quanto de educação em saúde.

Como bem nos apresenta o documento do Ministério da Saúde sobre a notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes:

Uma das consequências do desconhecimento do impacto do trabalho sobre a saúde é a inexistência de respostas organizadas por parte do SUS em relação à sua prevenção e ao seu controle. O princípio da integralidade, que deveria ser assumido como um dos pilares da estruturação dos sistemas de saúde locais, regionais e nacional, é atingido de modo frontal. A concepção de saúde adotada nesses sistemas deixa de considerar, ou o faz de modo extremamente limitado, a importância do trabalho como determinante de saúde das populações de seus respectivos territórios. (BRASIL, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006, p. 8)

Não observamos medidas serem tomadas no sentido de se evitar que novos casos ocorressem a partir daqueles atendidos pelo serviço. O atendimento não alimentava a vigilância com informações. Em apenas um dos casos presentes nos prontuários estudados isto ocorreu: referia-se a um frigorífico local, onde o uso de produtos de limpeza levou a intoxicação de uma trabalhadora e em que desconfiaram do uso de amônia, o que não foi confirmado, mas nos foi apontado uma vitória importante: na empresa os trabalhadores não eram registrados e esta vigilância obrigou a empresa a registrar todos os funcionários, o que foi relatado com

muito orgulho.

Em reunião ocorrida em 02/09/2011 com o Coordenador Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, este fez uma cobrança bastante enfática ao Cerest Corumbá. Dizia que sem informações sobre o trabalho e as formas de adoecer e se acidentiar no labor, na região, não era possível se fazer saúde do trabalhador. Ressaltando que era inconcebível o serviço não ter um mapeamento de saúde do trabalhador da região, principalmente levando-se em conta que mais de 90% da população encontrava-se no perímetro urbana. Não obstante até o final de 2012 este mapeamento não ocorreu.

Ao fim do tempo não obtivemos êxito com a tarefa, que foi descontinuada em decorrência do volume de tempo dispensado ao atendimento, a cobrança por outras atividades que não as centrais para a saúde do trabalhador, o pouco estímulo e motivação dada aos profissionais para continuarem e a percepção de que o que estava sendo feito era de pouca valia. Um deles perguntou a certa altura se a coordenação tinha clareza da relevância da base de dados que estávamos fazendo ali.

O computador utilizado para armazenar os poucos dados tabulados foi colocado na recepção do Cerest em local onde, após uma chuva forte e um ponto de goteira, foi danificado e com ele o banco de dados. Com exceção dos diretamente envolvidos na tarefa não tivemos conhecimento de nenhuma outra manifestação de pesar pelo ocorrido.

Ao contrário do que prescreve os documentos legais tratados nesta tese (BRASIL, 2002; 2005; 2009; 2011 e 2012, BRASIL, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006), a produção e sistematização de informações

sobre saúde do trabalhador não foi uma prioridade para o Cerest Corumbá, impactando diretamente na sua capacidade de ação junto a coletividade. A constatação de que o Cerest não produzia informações sobre saúde do trabalhador em relação a ação que consome a maior parte dos seus recursos físicos e profissionais nos apresentava um cenário temerário de constituição da política de saúde do trabalhador para a região.

Levantando dados sobre acidentes de trabalho em Corumbá, que não são discutidos pelo Cerest e pela Cist

Apesar de constar entre as atividades que deveriam ser desenvolvidas pelo Cerest, não havia um trabalho de rotina de pesquisa e análise dos dados epidemiológicos em saúde do trabalhador, seja dos seus próprios prontuários, seja dos dados produzidos pelos sentinelas. O único documento que tratava de agravos à saúde do trabalhador a que tivemos acesso foi de 2009:

Tabela 16 – Relatório de Agravos do Ano de 2009

Tipo de Agravado	Freq	Freq%
Acidente de Trabalho*	81	58,70
Acidente de Trabalho Grave	6	4,35
Acidente de Trabalho Grave seguido de óbito	1	0,72
Acidente de Percurso	7	5,07
Risco Químico**	3	2,17
LER/DORT	17	12,32
Dermatose	12	8,70
Transtorno mental	10	7,25
PAIR	1	0,72
Total	138	100

*Não nos foi esclarecido a especificidade de “Acidentes de trabalho”, sobre o “Acidente de Trabalho Grave”

** Da mesma forma não está claro se “risco químico” não se refere a risco de acidente.

Observando estes de registros, destaca a porcentagem de acidentes de trabalho que somam 68,84% das notificações, isto levando em conta apenas os casos encaminhados e confirmados pelo Cerest e as sub-notificações que ocorrem até mesmo dentro do próprio Cerest.

Em contato com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica para Doenças não Transmissíveis (Dant) tivemos acesso aos dados de acidentes decorrentes do trabalho ocorridos no período de 2010 a 2012, levantados no Pronto-socorro mas ainda não confirmados pelo Cerest (CORUMBÁ, 2013).

O Pronto-Socorro Municipal (PS) funciona como serviço sentinela para a Saúde do Trabalhador⁵⁸ para acidentes de trabalho na região. Os dados são coletados por assistentes sociais em regime de plantão⁵⁹, onde fazem uma primeira identificação dos casos, não distinguindo entre os acidentes de trajeto e típicos. Os dados “brutos” (não trabalhados), são encaminhados semanalmente para o Cerest para que sejam feitas as visitas aos acidentados e confirmado ou não a relação com o trabalho, sendo posteriormente enviados à Vigilância para serem processados no Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde. As visitas eram feitas por uma técnica de enfermagem do trabalho, que poderia ser acompanhada por um outro profissional, sendo mais comum apenas ela realizar esta tarefa. Já a tabulação e análise destes dados não eram feitos rotineiramente, sendo o único dado a que tivemos acesso o relatório de agravos do ano de 2009 (vide tabela 16) sendo apresentado esporadicamente em situações de prestação de contas junto ao CMS ou à Cist ou ainda em algum evento público que se fizesse necessário.

58 O outro, para acidentes com perfurocortantes (acidentes com profissionais em serviços de saúde) é o Centro de tratamento de DST/Aids João de Brito.

59 Segundo informações da Coordenação do Dant os plantões ocorrem de segunda à sexta-feira - 7:00 às 11:00/13:00 às 17:00/18:00 às 22:00, aos sábados e domingo das 6:00 as 00:00. Sendo que no período descoberto pelos plantões é feito uma busca ativa de casos, mas como a própria Coordenadora explicou isso não impede que casos descobertos acabem se perdendo.

Os dados apresentados pelo Dant demonstram um elevado número de acidentes ocorridos ao longo dos três anos em que vem sendo coletados, havendo falta de uma série histórica significativa para comparação, onde pudemos encontrar um coeficiente de acidentes de trabalho de 56,25 (2010); 70,10 (2011) e 79,67 (2012) por 10000 membros da PEA da região respectivamente, isso levando-se em conta apenas os acidentes que demandaram atendimento emergencial e PS, não incluindo, portanto aqueles que não demandaram este tipo de atendimento e aqueles atendidos pelos serviços particulares. Os trabalhadores das grande empresas de Mineração e Siderurgia tem planos de saúde, uma delas inclusive serviço particular de resgate (esta informação é importante na medida em que havia uma pactuação com o corpo de bombeiros para que todos os casos atendidos pelo resgate fossem primeiramente enviados para o PS).

Os dados apresentados pelo Dant assinalam para um crescimento no número de acidentes de trabalho identificados pela Vigilância em Saúde. O que não necessariamente significa um crescimento consistente no número de acidentados, pode apontar para uma melhora na metodologia de identificação, coleta e organização das informações.

Não obstante. Como colocam Pinto *et al.* (2012) o aumento no número de acidentes de trabalho pode também estar relacionado às mudanças econômicas e no nível de atividade industrial, com a intensificação na produção em decorrência de um aumento na demanda, como o vivido na indústria de cimento (dada a intensificação das obras públicas estimuladas por eventos como a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016) e de habitação (incentivadas pelo Programa de Aceleração do Crescimento - PAC) e a de extração mineral voltada à exportação,

sobretudo para a China. Lembrando que, de acordo com dados da própria indústria, o setor de mineração está entre as cinco de maior incidência de acidentes e mortes decorrentes do trabalho⁵⁹ (SILVA *et al.*, 2004).

Ainda segundo Silva *et al.* (2004), o estado do Mato Grosso do Sul foi o sexto em taxa de incidência de acidente de trabalho na indústria no ano de 2004 com 32,4/1000 ficando atrás de Tocantins, Rondônia, Pará, Goiás e Mato Grosso.

Tabela 17 – Acidentes de trabalho identificados no Pronto-Socorro Municipal de Corumbá

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Coefficiente de AT por 10000
2010	20	4	5	24	29	49	64	62	67	66	60	78	528	56,25
2011	58	64	46	49	61	34	47	68	43	60	82	51	663	70,10
2012	57	48	64	58	71	24	51	74	82	81	78	71	759	79,67
TOTAL	135	116	115	131	161	107	162	204	192	207	220	200	1950	

Pinto *et al* (2012) conduziram estudo de campo em três hospitais sentinelas para acidentes decorrentes do trabalho na região de Campo Grande. Colhendo dados sobre estes acidentes encontraram um número muito superior aquele registrado pela equipe do Dant daquela localidade e encaminhada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Em três meses a equipe de pesquisa identificou 1114 casos de acidentes de trabalho, sendo 588 considerados graves, contra 295 registrados pelos hospitais para o ano de 2010. Caso os valores identificados pela equipe se mantivessem durante todo o ano teríamos 2352 acidentes de trabalho graves, ou seja oito vezes a mais do que fora registrado, demonstrando claramente a sub-notificação.

De acordo com os autores esta alta incidência de acidentes de trabalho

59 Em 2003, em uma reunião do CMS de Corumbá, técnicos do Nurest Estadual relataram sobre suas frentes de trabalho, sendo uma delas era a área de mineração em Corumbá (a única região mineradora do Estado) e que estariam em contato com o Ministério das Minas e Energia para juntos com o Conselho fiscalizarem as empresas mineradoras e identificar “o que é que isso está trazendo para a população de Corumbá, quais as doenças relacionadas ao trabalho da mineração que estão afetando a população...”. Esta é a primeira e única vez que lemos sobre uma proposta de ação junto as mineradoras em Corumbá. Seja por seu poderio econômico, seja por sua influência política, não tivemos conhecimento de ações de saúde do trabalhador neste setor, em que pese as mortes (ao menos três) ocorridas entre os anos de 2010 e 2012.

decorre de condições e métodos produtivos precários e ultrapassados atrelados a ausência de uma efetiva ação do estado nos ambientes de trabalho resultando em sofrimento e morte aos trabalhadores.

Consideramos uma hipótese razoável o mesmo se repetir em Corumbá, uma vez que a prioridade do Dant são os casos envolvendo violência. Isto sem levar em conta a ausência de registros em outras estruturas da saúde pública (até mesmo no próprio Cerest, como discutimos anteriormente) e nos serviços de saúde privados, submissos aos interesses dos planos de saúde das empresas que os contratam, havendo até a “contaminação” do público com o privado uma vez que a realidade das cidades do interior, como é o caso de Corumbá, é dos mesmos profissionais intercambiarem entre os serviços públicos e o privados de saúde.

Assim, quando calculamos o coeficiente de acidente de trabalho (nº de acidentados/população economicamente ativa da região, no tempo), restringindo aos trabalhadores segurados do Inss⁶⁰ e comparamos com os dados apresentados pela previdência (AEPES, 2011) para o estado, a região centro-oeste e para o país vamos notar que os números de acidentes de trabalho em Corumbá são altos e em 2011 ficaram 4,33% acima do estado, 26,04% acima da região centro-oeste e 17,57% acima do registrado para o país, o que pode significar um pico sazonal, mas que exigem investigações mais apuradas no sentido de conhecer suas fontes.

Tabela 18 comparativa Coeficiente de AT (x 10.000)

Local	2010	2011
Corumbá (ajustado -17,5%)	46,45	57,84
Mato Grosso do Sul	53,25	55,33
Centro-Oeste	43,20	42,77
Brasil	47,97	47,67

Fontes: IBGE, 2010; AEPES, 2011; PINTO et al. , 2012; CORUMBÁ, 2013

⁶⁰ Como este dado não está disponível na pesquisa do Dant nos valem da mesma percentagem de 17,5% de acidentados não cobertos pelo Inss encontrados por Pinto *et al.* (2012) em pronto-socorros da rede sentinela de Campo Grande no ano de 2010.

Não houve, como não há até o momento do fim desta , um diagnóstico feito, ou em andamento, sobre a saúde do trabalhador na região de abrangência do Cerest de Corumbá, uma produção de informações que permitam um planejamento do serviço para exercer seu papel na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e na promoção da saúde, para que pudesse pautar nas suas reais necessidades de vigilância, fiscalização, atenção, educação, ações intersetoriais e mobilização política.

O relatório da auditoria do Denasus observou que o serviço não tinha até 30/10/2010 (e até o final da pesquisa ainda não havia feito) um Mapa de Risco de trabalho de Corumbá e Ladário, o que, segundo o documento, impossibilitaria: “a análise dos indicadores de mortalidade e as taxas de incidência de doenças e acidentes relacionados ao trabalho”(BRASIL, Denasus, 2010 , p. 8). Neste sentido, o relatório aponta que: “Os dados referentes aos agravos de notificação compulsória enviados ao Ministério da Saúde pelo Município não estão atualizados e não são compatíveis com os registros apresentados pelo Cerest.” (Ob. cit, p. 9) e, mais adiante destaca que o serviço:

...não alimenta a base de dados do Sinan, cabendo esse registro ao setor de vigilância epidemiológica, o que ocasiona divergência nas informações. Foram detectados registros de acidentes de trabalho grave, seguido de óbito, que não foram alimentados no Sinam, contrariando o previsto pela Portaria GM/MS nº 777/2004. (BRASIL, Denasus, 2010, p. 11).

De acordo com as informações que colhemos no Cerest as notificações são enviadas para a vigilância epidemiologia que lançam estes dados no sistema de informação nacional (sinanet) e depois são reencaminhados para o Cerest. Porém os dados trabalhados e as informações processadas não são devolvidas para o

serviço, ficando esvaziada de sentido e, desta forma, se burocratizando.

Educação em saúde

Quase sinônimo de educação em saúde, as palestras eram a atividade dominante neste campo no Cerest, citada no folheto de divulgação do serviço e, logo das nossas primeiras visitas (em setembro de 2009), como uma das atividades desenvolvidas, requisitadas por empresas e representantes dos trabalhadores, ocorrendo em diferentes espaços, como em empresas, escolas técnicas e mesmo no espaço do Cerest.

Esta atividade no Cerest tinha conteúdo variado, de acordo com o profissional nela envolvido. Em conversa com um deles fomos informados que se buscava com as palestras a conscientização dos trabalhadores sobre o risco no ambiente produtivo, qualidade de vida no trabalho, estresse, a manutenção da saúde mental, entre outros temas.

Não conseguimos acompanhar as palestras ofertadas pelo Cerest ao público em geral, apenas uma, parcialmente, que ocorreu nas dependências do serviço, a um grupo de estudantes de um curso técnico em segurança do trabalho, onde pudemos notar que era desenvolvida de maneira tradicional, com a exposição do conteúdo, técnico, pelo profissional de saúde e o silêncio da plateia, assistindo.

Em outras ocasiões pudemos acompanhar outras que ocorreram junto ao CMS e à Cist, que seguiram, invariavelmente, a mesma dinâmica, no que nos atrevemos a pensar que era este o padrão. As palestras acabavam por colocar a população numa postura passiva diante do palestrante, criando uma distância artificial entre “quem sabe” (o palestrante) e “quem não sabe” (a população que

assiste), um obstáculo à troca de conhecimento entre os envolvidos no processo de aprendizagem sobre a saúde, esvaziando a discussão política, inerente à problemática da saúde do trabalhador.

Estas atividades de educação em saúde, envolvendo o Cerest, não se restringiam a sua especificidade. Segundo o relato de um dos profissionais do serviço, na quarta semana de 2010, o Cerest foi convidado para ministrar algumas palestras, como parte das atividades do programa de moradias populares “Minha Casa, minha vida” que estavam sendo construídas. Quando indagado se estas palestras eram destinadas aos profissionais da construção civil respondeu que “também”, mas que eram, sobretudo, para os moradores, pensando nos riscos de acidentes domésticos. Mais uma vez aparecia o Cerest atuando fora do seu campo de especialidade, sendo que havia uma demanda por ações junto aos profissionais da construção civil neste sentido que partiam da Cist e uma preocupação refletida no transcorrer do Cesteh, ao ponto de se tornar um trabalho de pesquisa (CORRÊA, 2012).

Apesar de predominante, houveram também outras atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo Cerest. Nos foram relatados treinamentos e capacitações voltados à rede, mas estes tiveram uma baixa participação. Por exemplo, no Encontro de Saúde do Trabalhador que foi promovido pelo Cerest Estadual em 2009 apenas os profissionais do Centro Integrado de Saúde participaram, sendo que pairava a dúvida em nosso interlocutor de que isso decorria do fato de ser a Cis fisicamente integrado ao Cerest.

E porque as palestras eram o instrumento dominante em educação em saúde no Cerest⁶¹? Desconhecemos uma razão explícita para isto, sendo que nada fora

61 Também encontramos esta predominância nos Nasf de Corumbá, como podemos identificar em

colocado neste sentido, por exemplo, nos seus planos de ação no período estudado. No entanto, tal como se apresentavam não se distinguem da forma de ensino tradicional, apenas por se tratar de uma aula expositiva isolada, pontual. Tem uma estrutura simples de ser preparada e pode ser replicada da mesma maneira em diferentes lugares, com públicos diversos, o que permite que seja “produtiva” e facilmente contabilizada como uma atividade desenvolvida. Segue uma sistemática onde há um transmissor, aquele que sabe, que domina um determinado campo de conhecimento, e aquele que não sabe, que está ali para aprender. A comunicação, assim, ocorre, privilegiando e priorizando o transmissor em detrimento do receptor. Pode ocorrer um retorno nela, desde que o receptor transmita em sintonia com o transmissor, colocando o palestrante numa condição confortável e segura.

Esta é a maneira como tradicionalmente se ensina e estamos acostumados a acompanhar nas instituições de ensino e que Freire (1996) vai chamar de ensino bancário e é convergente com uma estrutura de gestão, uma organização do trabalho de enfoque biomédico, medicocêntrica, onde o usuário do sistema de saúde é visto e tratado como um “paciente”: aquele sobre o qual se desenvolvem as ações de saúde e que deve se submeter para recuperar sua saúde, ou para mantê-la. É, sobretudo, um sistema autoritário onde há o domínio de um sobre o outro, de um “saber superior” sobre outro “inferior”, o que é o oposto à lógica de rede e a antítese do que propõe a educação em saúde e a saúde do trabalhador, que defende, como um dos seus fundamentos, o trabalhador como:

... sujeito ativo do processo saúde-doença (incluindo-se aí a participação efetiva nas ações de saúde) e não simplesmente como objeto da atenção à saúde – modelo que se propõe à construção de conhecimentos e práticas profissionais interdisciplinares e voltadas à atenção em saúde na sua integralidade. (FIOCRUZ, v. 6, 2007, p. 66)

Repete-se esta lógica, esta estrutura, pelo poder atribuído a quem ensina, a quem cuida e por não haver uma política de saúde pública na microrregião diferente da que produz este tipo de ação.

Desta forma, as palestras não demonstravam o resultado esperado e criavam com isso a frustração naqueles que as realizavam. Um dos profissionais nos comentou o caso de um médico que, no plantão do Pronto-Socorro se acidentou com uma agulha, um caso bastante comum, segundo ele, principalmente nos postos de vacinação e iria precisar tomar uma série de medicamentos. Dizia que: “são feitas palestras mas não adianta”, que continuam a ocorrer os acidentes. Neste mesmo sentido, um sindicalista disse que elas não contribuíam para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, acrescentando que quando destinadas a um grupo específico de trabalhadores eram feitas sem uma articulação com os sindicatos e os representantes de classe.

De acordo com um conselheiro de saúde de Corumbá os profissionais de saúde do SUS, como um todo, “não compreendem a educação popular e muito menos, o que é educação participativa e cidadã”.

Quando tratamos de educação em saúde estamos nos referimos a um processo educativo popular, coerente com os princípios do SUS e da saúde do trabalhador, voltado ao saber comunitário, uma oportunidade de intercâmbio, de troca entre o profissional de saúde e a comunidade com a qual interage. Trocas estas as quais não se prestam a hierarquia entre o mundo acadêmico e o popular: aqui os saberes são fruto da reunião de sujeitos da construção do conhecimento, diferentes olhares para uma mesma realidade, onde todos são professores e alunos num processo de aprendizagem compartilhado, em igualdade no processo

(SCHIMIDT, 2006; FREIRE, 1982), com olhares e sentidos diferentes, posto que seus membros vem de histórias distintas que tem como ponto de encontro a relação com a comunidade, o que traz uma pluralidade de perspectivas de análise e compreensão, não se estabelecendo uma relação unilateral (aliás, para que haja de fato uma relação ela só pode ser de troca). A educação em saúde, de uma perspectiva popular também permite-nos trabalhar em outros níveis de ruptura como quem sabe e quem ignora. Saber e ignorar fazem parte da existência humana e todos nós somos sábios e ignorantes em algo, no entanto não é isto que está posto em nossa sociedade. A maneira como os profissionais de saúde são tradicionalmente vistos: como peritos, *experts*, donos do saber; em relação aos populares, ignorantes e infincados no senso comum (BOLTANSKI, 2004), o que mantém uma hierarquia e distância entre eles que não condiz com a proposta do SUS e da saúde do trabalhador.

Romper esta dicotomia saber científico x popular sobre a saúde liberta e permite-nos a abertura para uma riqueza de conhecimentos e a expressão de saberes oprimidos. O valor educativo e formativo da produção do conhecimento leva ao questionamento do saber estabelecido, incentivando a produção de sujeitos críticos e autônomos. É a ausência da possibilidade de desenvolvimento e expressão deste saber que permite o alinhamento dos oprimidos a sua condição opressora.

Com isso enfatizamos a indissociabilidade entre educação e aprendizagem uma vez que a aprendizagem leva a ruptura com os saberes anteriormente estabelecidos e novas posições em relação a ele (FREIRE, 1996).

Houveram algumas iniciativas isoladas de buscar identificar as razões dos

pedidos de palestras e, a partir delas, fazer outras ofertas de serviços, mas não tiveram prosseguimento, pela própria dinâmica do Cerest, focada na atenção.

Uma alteração de enfoque desta proporção exige uma mudança de paradigma e de postura política em relação ao outro e investimento do educador em educação popular. Algo que não pudemos observar, durante nosso tempo de pesquisa e com o qual o Cesteh falhou⁶², apesar do material didático de qualidade entregue aos profissionais de saúde.

Vigilância e fiscalização

No início das nossas visitas ao serviço a vigilância em saúde do trabalhador era realizada, quando ocorria, pela enfermeira que coordenava a vigilância epidemiológica, um fisioterapeuta e a técnica em enfermagem do trabalho.

Em conversa com representantes do Cerest Estadual estes trouxeram como preocupação a baixa resolutividade das vigilâncias em saúde do trabalhador que ocorriam no Cerest Regional de Corumbá. Também fomos informados que Corumbá pactuou com o Estado a fiscalização em saúde do trabalhador, devendo esta ser uma ação de rotina do serviço. No entanto relatório da SES apontava que as “ações de vigilância em saúde do trabalhador são mínimas, falta articulação com as demais áreas da vigilância em saúde.” (MATO GROSSO DO SUL, 2012⁶³, p.34).

O Coordenador Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em reunião ocorrida no Cerest (em 02/09/2011) destacou a importância da ação de vigilância: “Não adianta você ter um profissional que não faz vigilância.” Lembrou e

62 Posta como última unidade do curso, num momento onde os prazos para término se aproximavam e a pressão pelo trabalho de conclusão de curso aumentavam, levaram os profissionais participantes a negligenciá-la, em detrimento do TCC.

63 Apesar de editado em 2012 o relatório deferia-se ao período anterior a estruturação da vigilância em saúde do trabalhador no Cerest.

reforçou a ideia de que é necessário uma ação forte de vigilância para que o Cerest exercesse, de fato, as ações a ele destinadas.

As ações de vigilância e fiscalização em saúde do trabalhador tinham como limitador à agenda da vigilância sanitária e de ações intersetoriais com o MPT. De acordo com os membros da Cist e a coordenação do serviço o Cerest Corumbá não tinha autoridade sanitária e desta forma não poderia atuar diretamente sobre as empresas. Os fiscais sanitários, por sua vez não tinham formação específica para a área de saúde do trabalhador. Quando acionada a Vigilância Sanitária enviava o fiscal disponível: “As vezes esse representante é um veterinário, que não conhece nada de saúde do trabalhador. E é com isso que temos de lidar.” Representantes do Cerest Estadual nos informaram que no Brasil apenas São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais podiam realizar fiscalizações em saúde do trabalhador, nos demais estados elas só ocorriam mediante a presença de uma autoridade sanitária ou em parcerias com órgãos com poder de polícia.

A vigilância começa a se estruturar a partir de agosto de 2011, quando uma fiscal sanitária é transferida permanentemente para o serviço, atuando exclusivamente para a saúde do trabalhador. O Cerest desta forma adquire autoridade sanitária e com isso uma maior autonomia para investigar as empresas no que tange a saúde do trabalhador.

Em novembro de 2011 um tecnólogo em segurança do trabalho, que fazia o Cesteh (que permanecerá no serviço até Janeiro de 2013, quando passa a ser responsável pela criação do Sesmt da Prefeitura) e, posteriormente um engenheiro de segurança do trabalho se somam a este grupo.

Esta mudança, fez com que aumentasse, em volume, a participação das

vigilâncias e fiscalizações na lista de atividades desenvolvidas pelo Cerest e apresentadas ao público, como podemos ver na tabela 15 os dados de janeiro a junho de 2012.

No entanto ela permanece uma atividade restrita, específica destas pessoas, instaladas numa sala, no fundo do corredor, sem interação com os demais. No Cerest quase nada se falava sobre vigilância. Com exceção deste grupo restrito, eram pouco frequente se ouvir falar no tema, mesmo quando estimulados pelo pesquisador. Uma atividade específica, de um grupo específico, raramente e esporadicamente envolvendo outros profissionais, não fazendo parte da rotina de todos no serviço.

Em abril de 2012, quando das atividades do II Seminário em Memória às vítimas de acidentes de trabalho a coordenadora do serviço apresentou o trabalho do Cerest e suas ações nos últimos anos. Foi a primeira vez desde que iniciamos esta pesquisa onde os dados de investigação, vigilância e notificação são apresentados como as ações do serviço e não mais dados sobre atendimento, o que significa uma mudança importante para o serviço.

Neste tempo em que acompanhamos o serviço foram poucas as vigilâncias relatadas, apesar disso elas, já incomodaram e causaram um certo desconforto junto a prefeitura: “já senti isso na primeira notificação que fizemos a uma empresa grande...” como o caso da ação sobre o frigorífico (já descrita anteriormente), ligado à uma grande rede varejista local, onde haviam trabalhadores sem registro CLT, mobilizou grupos de interesses, como nos foi relatado. Outros dois casos relatados (estes já envolvendo o tecnólogo em segurança do trabalho e o fiscal sanitário) referiam-se a intervenção sobre uma obra pública realizada para o governo do

estado por um grupo terceirizado de uma empreiteira, que fazia a recuperação de uma ponte. Os trabalhadores viviam junto a obra, em condições subumanas, à beira da estrada.

Além disso, no início do Cerest fora identificada uma forte demanda de professores da rede que apresentavam sintomas de adoecimento mental decorrente do trabalho como: depressão, insônia e síndrome do pânico. O serviço se ofereceu para fazer o acompanhamento dos casos e investigar as razões, mas “as portas estavam fechadas”, numa menção a indisposição política que este problema traz à prefeitura⁶⁴.

Também fomos informados de que a questão do trabalho infantil existe em Corumbá, mas que está oculto pois não é tratada desta maneira nos serviços e que agora estava começando uma movimentação neste sentido.

Assim, apesar de pontuais, estas ações mostraram a sua força e impacto, o que pode explicar o papel secundário (podemos até dizer terciário) que a vigilância, na prática, ocupava entre aquelas executadas pelo Cerest, durante todo o nosso período de pesquisa de campo.

Vemos então que o Cerest, como um serviço integrado, focado em ações que visam a promoção da saúde e na prevenção de doenças tendo na vigilância e na investigação dos riscos a saúde do trabalhador suas principais atividades era uma realidade bem distante daquela que observávamos, na medida em que representavam, mesmo com os avanços, ainda um papel secundário na dinâmica da saúde do trabalhador de Corumbá.

64 No Cesteh um grupo tentou trabalhar com esta questão, a partir dos prontuários, mas o pedido foi negado sob alegação de manter a “privacidade” destes professores.

5.2 A REDE EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM CORUMBÁ

De acordo com o que propõe a portaria 2728 (BRASIL, 2009) e a PNST (BRASIL, 2012) deve-se reforçar a ação em rede, fazendo com que a saúde do trabalhador seja um aspecto presente em toda a atenção a saúde, nas ações de vigilâncias e no planejamento de saúde.

Três são os aspectos destacados nesta proposta de rede: articulações intra e intersetoriais, a rede Sentinela e a rede de Cerest.

Articulações internas, no Cerest

Internamente ao Cerest esta concepção de trabalho em rede não era aplicada. As ações em saúde eram vistas e tratadas de forma fragmentada, departamentalizada por categorias profissionais e por cada um deles individualmente. Como pudemos expor anteriormente, na atenção o trabalho era atomizado, tendo cada profissional autonomia e independência para atuar dentro da sua especificidade. O atendimento seguia um fluxo serial onde quem carregava o histórico das ações era o usuário-trabalhador. O prontuário, que poderia ser um documento de registro, que historicizasse a atenção era exclusivamente médico, não agregando informações do que fora realizado pelos demais profissionais de saúde.

Articulações intersetoriais

De acordo com um ex-conselheiro e profissionais de saúde com quem conversamos a respeito, a mesma falta de articulação que identificamos no Cerest era encontrada no restante da saúde pública de Corumbá. Havia uma deficiência de

comunicação na SMS que dificultava a integração dos serviços entre si e, internamente, em cada um deles. O que, em última instância, inviabilizava a existência de uma Rede de Atenção à Saúde em Corumbá, como deliberado pela portaria 4279 (BRASIL, 2010)⁶⁵. O mesmo foi observado na saúde pública de Ladário por Santana (2013). Se, por um lado, o Ministério da Saúde, propõe a organização da atenção no SUS em rede, por outro, observamos Corumbá organizada de maneira distinta, mais próxima da forma tradicional de ver e tratar a saúde pública.

Mesmo em termos conservadores havia pouco diálogo e integração do Cerest com os outros serviços de saúde de Corumbá e Ladário. Quando da discussão sobre o plano de ação do serviço, os profissionais de saúde expressaram sobre a falta de relação do Cerest com as demais unidades de saúde: “Falta uma proposta de fluxo de referência e contra referência à saúde do trabalhador.”

Articulação intra-setoral

Com dificuldades de integrar os profissionais do serviço e com outros setores da saúde pública era de se esperar que o mesmo ocorresse no campo intra-setorial.

A auditoria do Denasus não identificou que o Cerest tivesse articulações com outros órgãos demandantes de serviços, sejam eles da saúde, prefeitura ou de outros órgãos públicos, afirmando que o Cerest “não atua como agente facilitador na descentralização das ações relativas à saúde do trabalhador instituída pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, Denasus, 2010, p. 11). E o relatório da SES sobre a microrregião de Corumbá dizia que: “Não há articulação com demais órgãos

⁶⁵ Lembrando que a Prefeitura de Corumbá, de acordo com relatório sobre a microrregião de saúde de Corumbá (MATO GROSSO DO SUL, 2012) assinou o pacto pela saúde de 2006, comprometendo-se com uma atenção a saúde integrada, articulada em rede.

envolvidos na área do trabalho e emprego.”(MATO GROSSO DO SUL, 2012, p.33).

Em nosso tempo de pesquisa não observamos a concretização de ações neste sentido, no entanto, quando do início das observações fomos informados de que eram feitas ações conjuntas com o Ministério Público do Trabalho, confirmadas por representantes do Cerest Estadual em visita ao município, em abril de 2010, onde apontaram que eram poucas e necessárias e que deveriam expandir e envolver outros setores.

Durante o “I Seminário em memória às vítimas de acidentes e doenças do trabalho”, ocorrido em 2011, houve uma aproximação com o corpo de bombeiros, mas não tivemos nenhuma notícia de desdobramentos. De acordo com um dos profissionais do Cerest: “Falta a participação de mais segmentos como: MTE, INSS, Associações, gestores de Saúde, Assistência, Educação, meio ambiente, coordenadores de EBS, SIAT e representantes da Bolívia”.

A rede sentinela

A rede sentinela, formada por unidades de saúde responsáveis pela notificação compulsória de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, como previa a portaria 777 (BRASIL, 2004), era composta, em Corumbá, de acordo com o que foi colocado na Cist, pelo Pronto-Socorro Municipal, a Santa Casa de Corumbá e o Centro de Referência em DST/AIDS Dr. João de Brito (para os casos de acidentes com perfurocortantes envolvendo profissionais de saúde).

Apesar de determinada, esta rede apresentava dificuldades para funcionar na prática. Entre as que nos foram apresentadas estava a de aproximar as pessoas e serviços da saúde da proposta da saúde do trabalhador. Por exemplo, em 2009 o

Pronto Socorro, apesar da definição de sentinela, não realizava o preenchimento das Cat como parte da sua rotina, ou comunicava o Cerest para que este o fizesse: “Eles nem precisam preencher nada”. Isso foi parcialmente contornado com a delegação da identificação dos acidentes, orientação e encaminhamento ao Cerest à um conjunto de Assistentes Sociais, em plantão na unidade, como já colocado anteriormente (das informações de acidentes de trabalho), no entanto com irregularidades. Entre janeiro e abril de 2010, por exemplo, em decorrência da falta de pagamento dos plantões às assistentes sociais, o serviço de notificação foi descontinuado. Desta forma acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (com óbitos ou não) deixaram de ser notificados. Segundo um dos profissionais do serviço este era um problema comum na prefeitura.

Em oposição às informações que colhemos junto aos membros do Cerest e ao Dant, relatório da auditoria feita pelo Denasus (BRASIL, Denasus, 2010) apontava que até 30/10/2010 não havia em Corumbá uma rede sentinela voltada à saúde do trabalhador, identificando a sub-notificação ou ausência de notificação de acidentes e doenças do trabalho para a região. O que é confirmado pelo relatório sobre a saúde na microrregião de Corumbá emitido dois anos depois, que constatou: “que não há definição da rede sentinela de notificação dos agravos da Portaria 104/2011, mesmo após vários treinamentos realizados em Campo Grande dos protocolos de notificação existentes desde 2004 através da Portaria 777/2004.” (MATO GROSSO DO SUL, 2012, p. 33), o que pode significar que, apesar de instituída, na prática era pouco operante.

A rede de Cerest

A articulação entre o Cerest Corumbá e os demais de Mato Grosso do Sul (Dourados e Estadual), apesar de destacada em folheto interno do serviço, é uma questão que apareceu pouco em nossa observação.

A relação com o Cerest Estadual ocorria por conta de cursos e eventos. Não havia um contato mais próximo entre os profissionais ou mesmo ações conjuntas e integradas, como seria de esperar quando pensamos na Renast. A necessidade desta integração foi colocada por um profissional do serviço em conversa no Cesteh: “... não só através de capacitações, mas, grupos de estudo e intercâmbio com outros Cerest”. Com o Cerest de Dourados, até por motivos políticos internos ao município (que levaram ao seu desmantelamento, como nos foi relatado na Cist e pela coordenação nacional do Cesteh) não existia aproximação.

Com os demais Cerest do Brasil, da mesma forma, o contato também ocorria através de eventos, organizados pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o V Encontro Nacional da Renast, ocorrido entre 27 e 29 de setembro de 2012, em Brasília, que reuniu representantes dos Cerest de todo o Brasil e relatado na Cist, pela coordenação do serviço.

A partir dos três aspectos da proposta de rede apresentados podemos perceber que, ao menos na região de Corumbá, a integração inter e intra-setorial eram restritas e pontuais, num caminho oposto aquele esperado para a Ras e a Renast.

6. A GESTÃO DA SAÚDE E O TRABALHO EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM CORUMBÁ.

O Cerest, como estrutura parte da SMS, tinha sua lógica de organização do trabalho definida pela maneira como nesta se pensava e agia sobre a saúde pública. O serviço não era autônomo, estava subordinado à secretaria que estabelecia suas prioridades e, a partir delas, o esforço e empenho político, financeiro e de pessoal.

Com relação aos recursos destinados à saúde do trabalhador em Corumbá, os dados são escassos e as prestações à sociedade desconhecidas. No tempo em que acompanhamos os trabalhos da Cist elas não ocorreram, o que limita nossa compreensão sobre este tópico, o que, em si, já chama atenção.

A despeito disso, o relatório do Denasus, traz alguns elementos que nos ajudam a esclarecer, em parte, este ponto. Segundo este documento, o saldo em conta corrente, em 2009, do Cerest equivalia a 41,29% de todos os recursos recebidos do Ministério da Saúde desde a criação do serviço e sendo parte destes recursos aplicados em atividades mais gerais da saúde (BRASIL, Denasus, 2010). No caso apresentado, a contratação de ônibus fretados para o transporte de usuários do SUS para Campo Grande, o que nos aponta para um baixo investimento nas suas funções fins, não obstante os recursos disponíveis.

Enquanto isso o serviço sofria com a falta de equipamentos, pessoal e burocracia para o desembaraço das ações (como ocorreu no caso do curso de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana). Não percebemos, em Corumbá, um esforço político da parte da prefeitura com a luta pela melhoria das

condições de saúde do trabalhador, não se sabe ao certo se por questões políticas ou por desconhecimento do papel do Cerest, como pode nos fazer pensar a proposta de Kassir (2004). De acordo com um dos profissionais do Cerest: “eles (os gestores) confundem demais Cerest com Sesmet”

Chama atenção também o investimento político. Até 2009 não havia na microrregião atividades relativas ao dia 28 de abril⁶⁶ e durante o tempo em que conduzimos a pesquisa não houveram atividades referentes ao dia 1º de maio. Isto considerando que a prefeitura era governada por um partido trabalhista.

Pelo que pudemos observar ao longo da pesquisa, as relações na SMS não primavam pelo diálogo. Quando das decisões, eram autocráticas, adotadas sem a participação e, em certas circunstâncias, sequer comunicadas ao gestor da unidade de saúde⁶⁷. É desta forma que temos de analisar a gestão do serviço: como subordinada e dependente das deliberações da gerência de área, de secretaria e, em última instância, do próprio secretário de saúde⁶⁸.

Isto posto, a coordenação do Cerest não pode ser responsabilizada, exclusivamente, pelo estilo de gestão e a forma como é estruturado o trabalho dos profissionais do serviço. Até onde os dados obtidos nos permitiram entender, a SMS dava a sua coordenação uma margem muito pequena de manobra

Durante seus seis anos de existência, quatro profissionais diferentes assumiram a coordenação do Cerest, sendo a penúltima a de maior duração (2008-2012). Apesar da longevidade da coordenação do Cerest, nos parece clara que a manutenção no cargo não foi tranquila, uma vez que nos dois primeiros anos, duas pessoas exerceram este papel (2007-2008), trazendo dificuldades na operação das

66 Dia internacional em memória às vítimas de acidentes e doenças do trabalho

67 No Cerest houve um caso da transferência de um profissional onde a coordenação só tomou ciência através de terceiros. Não houve uma comunicação direta a ela.

68 Sobre o organograma da SMS, ver figura 9 no anexo 1

ações necessárias ao Cerest, que precisava equilibrar o que era exigido pela Ministério da Saúde – via portarias – e o que era esperado pela Prefeitura de Corumbá, sendo cobrado por ambos.

Os representantes do Cerest Estadual informaram-nos que a Coordenação do Cerest Regional não tinha força política para enfrentar os desmandos da Prefeitura no que tange aos desvios do serviço (atividades outras que não as definidas para ele) e que contavam com a pressão da Cist para mudar esse quadro. Outro profissional de saúde nos trouxe que a prefeitura fazia muita pressão sobre aqueles que se encontram em cargos de confiança, o que acabava inibindo ações mais ousadas. Segundo ele: “as cobranças são rigorosas, mas os retornos financeiros e profissionais são mínimos” e podiam, a qualquer instante, serem destituídos: “eles trocam as pessoas direto”, como ocorreu no início de 2011, onde foram destituídos e renomeados paulatinamente, em etapas, todos os profissionais em cargos de chefia, criando muita apreensão e insatisfação: “eu trabalho muito, mas é difícil você ver sair o nome de todo mundo e não sair o seu”, sendo sentido até como uma forma de assédio silencioso, que se reproduzia em cadeia, causando medo e uma pressão que se converteu, no caso de quem nos falava, em estresse. Temos de levar em conta que Corumbá é um município pobre e que são poucas as oportunidades de trabalho, sobretudo de maior rendimento. Quem assume uma função gratificada acaba sofrendo muita pressão para se adequar a linha política do governo e a se subordinar.

Isto nos fez entender melhor a margem pequena de manobra que quem estava nestas funções acabava tendo e o quanto tinham de reproduzir o que era definido pelo gestor da saúde do município. Este profissional de saúde sentia “a falta

de valorização do servidor, aquele tapinha nas costas, ou um parabéns no 'contracheque', ou uma mensagem na página da internet”.

Percebemos, desta forma, que a gestão do serviço – pela cobrança e pressão imposta pela SMS, pelo caráter ambulatorial do Cerest e de transição dos profissionais de saúde – acabava concentrada na figura do Coordenador, que também acumulava boa parte das atividades do Cerest propriamente ditas.

A esta característica identificada no Cerest de concentração das atividades de gestão, se somava a fragmentação e serialização do trabalho, que podia ser observada na forma como era conduzido os atendimentos ambulatoriais e a separação da vigilância como “setor”, atividades específica de um grupo de profissionais.

A estrutura fora desenvolvida, desde a distribuição do espaço interno, numa lógica que leva à fragmentação e individualização dos trabalhos que, para ali, eram pensados como prioritariamente ambulatoriais e esta estrutura não era questionada pelo conjunto dos profissionais que ali atuavam, que a ela se adequaram que, em certa medida, se beneficiavam dela, em que pese os prejuízos no andamento de um trabalho em prol da saúde do trabalhador.

De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 403): “Até mesmo o desenho arquitetônico da maioria dos ambulatórios reflete essa lógica de ferro: uma sucessão de pequenas salas para consultório ou procedimentos que, de tão desconectados, bem poderiam funcionar em espaços geográficos distintos.” Como podemos observar na figura 12 (anexo 1) esta é justamente a composição arquitetônica do Cerest, que buscava a eficiência no atendimento individual e não a integração entre os profissionais para um trabalho sobre o coletivo dos trabalhadores, mais de acordo

com a proposta da PNST (BRASIL, 2012) e a última portaria da Renast (BRASIL, 2009).

Esta concentração das atividades de gestão, junto com a fragmentação dos trabalhos tornava desnecessário reuniões internas entre os profissionais para tratar de quaisquer assunto relacionado à saúde do trabalhador ou mesmo a identidade do profissional de saúde com a proposta do Cerest (a atividade que dava identidade era o atendimento ambulatorial, de reabilitação⁶⁹), até porque, *stricto sensu*, a saúde do trabalhador não era um tema debatido por seus membros até o Cesteh, não pelas qualidades deste, mas dada a dinâmica organizacional do serviço.

Medo de retaliações e perseguições

Apesar da estabilidade de emprego e uma maior autonomia no setor público sobre o seu trabalho, não quer dizer que os trabalhadores não tenham de se submeter a ditames e estruturas laborais externas a eles. Em certos aspectos este controle é extremamente forte. Notamos isto quando observamos nos profissionais de saúde o receio de se posicionar frente a algumas questões mais polêmicas que possam por em xeque os interesses de grupos de poder (político e/ou econômico) ou do superior direto (no caso aqui a coordenação).

Ele aparece, por exemplo, quando um dos participantes do Cesteh precisou de informações de uma UBS para uma atividade e teve dificuldade de as conseguir por conta da “desconfiança” da gerente da unidade sobre o uso daqueles dados, ou quando outro demonstra receio de expor sua opinião no fórum do curso e ainda um seguinte fala de perseguições, reportando até a casos de assédio moral na SMS e de outros dois trabalhadores no 1º seminário da PNST (CORUMBÁ, 2013)

69 Parcialmente desmontado até o final de 2012.

que, em público apontaram um certo temor em sofrer retaliações da prefeitura por expor e fazer críticas à SMS. Disse que era uma prática comum na política local a perseguição dos opositores aos mandatários de plantão, o que inclui aqueles que denunciam as más condições de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores dentro dos serviços de saúde.

Neste cenário pudemos observar a partir da “cartilha saúde do trabalhador@”⁷⁰ que recebemos do Cerest em 2009, onde encontrava-se listado em sua contracapa os membros da “equipe”, com vinte e dois profissionais que, destes, em janeiro de 2013, apenas quatro permaneciam no serviço. Neste ínterim outros nove profissionais passaram por lá sendo que destes três continuaram, o que nos mostra uma grande rotatividade de profissionais, que dificulta a construção e consolidação de um serviço com uma identidade própria. Em trabalho anterior (NEVES, 2003) pudemos observar que há uma alta correlação entre rotatividade profissional e as condições encontradas num posto de trabalho.

6.1 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Um dos obstáculos para a formação de uma equipe no Cerest estava na forma como a SMS distribuía o trabalho destes profissionais e o afogadilho, entre uma unidade e outra. Tanto no serviço público, quanto na iniciativa privada.

As carências de profissionais eram descritas como múltiplas e a demanda por ações de tal porte que a gestão sentia que não podia se dar ao luxo de

70 Vide anexo 2

ter especialistas atuando exclusivamente em um serviço.

Conforme nos relatou a coordenação do Cerest no início da pesquisa, o grupo que compunha o Cerest era formado por profissionais que estavam locados em outras estruturas de saúde do município que os sediam para realizar o atendimento lá. Ficam apenas o tempo suficiente para atender os trabalhadores que passam no serviço. Tinham de lidar com a realidade onde os profissionais estão pulverizados em várias frentes, não se vinculando, de fato, a nenhum serviço.

Os médicos dali, por exemplo, tinham diversas especialidades e atuavam em várias unidades dentro da rede de atenção. Os otorrinolaringologistas que tinham na cidade não atendiam na rede pública de saúde. A prefeitura comprava o serviço privado. Em outra ocasião surgiu a preocupação com o pedido de demissão de um ortopedista (que fez um curso para trabalhar com saúde do trabalhador e atendia as necessidades do serviço), um dos DOIS existentes na microrregião naquele momento, criando uma relação de dependência e poder muito grande nas mãos destes profissionais.

Havia falta de profissionais qualificados na área, especificamente em relação aos médicos do trabalho, ao ponto das empresas permitirem que eles não cumprissem o horário contratado. Alguns entre eles trabalhavam em até quatro empresas além do Cerest. A coordenação nos disse ainda que era muito difícil a contratação de pessoal especializado, que só conseguia de pessoal específico que, não tinha no restante da rede, como era o caso de enfermeiro do trabalho.

Durante o período da pesquisa de campo passaram pelo serviço 20 profissionais, dos quais 13 trabalhavam em 3 (8 deles) ou mais (5 outros) unidades de saúde. Também existia quem tivesse uma função gratificada, exercendo algum

cargo de gestão, e que, portanto, além do Cerest assumiam outras funções de caráter mais político junto a prefeitura. Deste total de profissionais, 11 se matricularam no Cesteh (8 conseguiram concluir o curso, mas apenas 3 permaneceram no Cerest a partir de 2013) e outros 3 cursavam graduação ou pós-graduação. Dos 20, 15 eram mulheres. Se levarmos em conta que em nossa sociedade as atividades domésticas são uma atribuição predominante do gênero feminino (NEVES, 2003) teremos um local a mais de trabalho a ser incluso para destas profissionais, o que foi confirmado no diálogo com os profissionais onde aparecia a preocupação com o cuidado da casa e com os filhos.

Tabela 19 – Profissionais do Cerest por Unidades de Trabalho 2009-2012

Unidades de trabalho	Freq	Freq%	Freq Acum %
5	1	5	5
4	4	20	25
3	8	40	65
2	4	20	85
1	3	15	100
Total	20	100	

Destes 20 profissionais, 15, além do vínculo com a Prefeitura, como funcionários públicos, exerciam atividades também na iniciativa privada, seja como prestadores de serviço ou empregados contratados das empresas e/ou dos planos de saúde a elas vinculados.

Esta era uma realidade que nos foi relatada por grande parte dos profissionais de saúde: “Estamos em uma cidade pequena e todos eles têm vínculos com a prefeitura e com as empresas locais”, sendo visto com naturalidade pela gestão e não como um impedimento das suas atividades em saúde do trabalhador.

O excesso de trabalho dos profissionais de saúde pode ser observado

pelo número de desistências do Cesteh: dos 7 que desistiram, 5 alegaram o volume de trabalho como um obstáculo para continuar o curso. Mesmo com a licença de horas determinada para o curso, na prática tinham de cumprir a carga de trabalho (nos outros serviços) mais as 20 horas semanais determinadas de estudo. Aos alunos do Cesteh, estava sendo cobrados mais trabalho. Não estaria agindo a SMS como as empresas que pedem a seus trabalhadores que “vistam a camisa da empresa” para aumentar suas produtividade e com isso a exploração da sua força de trabalho? O fato do curso ser a distância e utilizar de tecnologia informacional ocultava o trabalho que nele existia, permitindo ao gestor de saúde cobrar do profissional de saúde por trabalho que não incluía esta atividade a mais⁷¹. O curso, desta forma, aparecia como um extra, um benefício⁷² e não como parte do trabalho destes profissionais para a melhoria no atendimento à população trabalhadora. Há aqui uma clara inversão dos fatos e uma contradição aos princípios e à lógica que rege a saúde do trabalhador.

Em diversos momentos tivemos queixas dos profissionais de saúde/alunos de acúmulo de trabalho e inflexibilidade do gestor direto. Quando eram profissionais em cargos de gestão da impossibilidade de deixar de cumprir obrigações de governo, como razões para o atraso nas atividade e abandono no curso.

Em conversa com um dos profissionais de saúde do serviço nos é colocado, em tom de desabafo que a SMS acha que seus funcionários (leia-se técnicos especializados) podem se fragmentar, trabalhar um pouco aqui, um pouco ali... E que na atual condição ficava hora atendendo no Cerest, hora numa outra

71 O que não inclui a coordenação do Cerest que liberava os profissionais para esta atividade.

72 Eram poucas as oportunidades de pós-graduação na microrregião e nenhuma vinculada a uma instituição de pesquisa do porte da Fiocruz. Também não tivemos notícias de outro caso onde a prefeitura houvesse financiado um curso deste nível aos seu profissionais.

unidade, além do trabalho no consultório particular.

Os profissionais temem ter de depender apenas do vínculo com a SMS, como única fonte de rendimentos. O que foi explicitado em duas ocasiões distintas, por dois profissionais diferentes. O salário da prefeitura era percebido como muito baixo, os atrasos frequentes e as expectativas de mudança neste quesito pequenas a curto prazo. Tornando o segundo vínculo, com a iniciativa privada, uma necessidade e um complemento importante, quando não essencial.

Sentiam-se mal remunerados e tendo de dividir sua jornada de trabalho (que em geral não é em apenas uma unidade de serviço) com a iniciativa privada, sacrificando o cumprimento do contratado com a prefeitura, em pactos e acordos internos que criavam outras dependências com a gestão.

Em conversa informal, um dos profissionais de saúde relatou, na ocasião, que não havia ainda recebido o seu comprovante de pagamento e nos explica que gratificações e outros benefícios não eram institucionalizados, de tal forma que se criava uma incerteza sobre quanto aufeririam, aparecendo aqui a insatisfação com os rendimentos. Dizia que seu salário era de 2 ½ salários mínimos e que podia ganhar mais em sua clínica particular.

Lotados em tantos serviços distintos, tendo 3 ou mais vínculos de trabalho diferentes inviabiliza a identidade com o posto de trabalho e a proposta da saúde do trabalhador, bem como seu foco e especialização nela. Como ser especialista de algo que não se é específico?

Para ser eficaz este trabalho, tal como ocorria na saúde da microrregião, onde o profissional estava inserido em diversos postos distintos em diferentes unidades de saúde, era necessário desenvolver um padrão de trabalho que pudesse

ser reproduzido em todos eles, o que trazia a homogeneização das ações, o que está inserido na lógica atomizada da atenção clínica individual, onde a ação multidisciplinar ocorre na medida em que não atrapalha esta divisão das atividades por núcleos de saber.

Só assim os profissionais de saúde em Corumbá e Ladário conseguiam transitar de um serviço para outro e da iniciativa privada para o serviço público com facilidade e fluência. Seu trabalho era exatamente o mesmo onde quer que estivesse, o que variava era o grau e tipo de atenção dispensada. Em todos eles se restringe a fazer o trabalho técnico-clínico-ambulatorial, no modelo mais tradicional existente.

Não se propondo a outra coisa o lugar era o que menos importava: Cerest, Caps, Ubs, ESF, PS, a fórmula era a mesma: ouvia-se as queixas do “paciente”, estabelecia-se um diagnóstico, pedia-se exames e/ou indicava-se medicamentos e outros tratamentos. Não havia, desta forma, uma relação de aderência com a proposta deste ou daquele serviço, o que havia era fidelidade com o modelo clínico-tradicional-individual. Assim o Cerest acabava sendo mais um posto em que trabalhavam, uma vez que a atividade era semelhante e focada na sua atuação de especialista e no “paciente”, isoladamente, e não na função do serviço.

O trabalho sendo assim tratado, de forma mais técnica e com um menor envolvimento dos profissionais, permite a sua automatização, replicação, produtividade e, desta maneira, ganhos com os serviços por onde passam. Na medida em que executam o mesmo trabalho, independente do *locus* e objetivo da unidade restringem suas preocupações ao foco da sua ação e, com isso, limitam seu desgaste ao próprio trabalho.

Se aqui podemos falar em aspectos objetivos que estão envolvidos nesta condição em que se organiza às políticas públicas de saúde locais, há de se pensar também que existiam aspectos subjetivos presentes nesta realidade que convergiam para um estado de conforto-desconforto com a situação apresentada.

A coisificação do “paciente”, transformado em objeto da ação técnica em saúde, permitia um aumento da produtividade, em detrimento da ação humano-humano que implica a troca subjetiva, o compromisso com o outro, com o seu sofrer e com a busca por uma solução eficaz a esse sofrimento. Considerando as condições de trabalho identificadas na rede de atenção à saúde de Corumbá e Ladário (SANTANA, 2013; SILVA, 2013), este posicionamento, em si, mesmo já provocaria um significativo desgaste e sofrimento psíquico. De tal forma que a alienação da condição humana do outro, a sua transmorfização de sujeito em objeto, tem efeitos objetivos que, de um lado preservam a saúde psíquica de quem trabalha na saúde, por outro se faz interessante para a gestão municipal, na medida em produz um numerário de atendimentos que podem ser apresentados como prestação de conta, seja para outros níveis de poderes (Estados e União), seja à população. Não obstante este quantitativo não é sinônimo de qualidade na medida em que ao não escutar o outro não se atua sobre o problema, mas sim sobre sua queixa e também porque ele não impede que haja, de fato, o sofrimento dos profissionais de saúde, porque o sofrimento do outro acaba por se expressar de outras maneiras e insiste em pedir respostas aos profissionais de saúde. O pacto entre gestão e profissionais de saúde é precário e tende a ruir.

Esta forma de trabalho, se por um lado trazia a perda de uma identidade mais forte com o serviço, por outro “blinda”, protege da responsabilização sobre a

saúde do outro, na medida em que o que se espera dele é que cumpra normas e siga protocolos, eximindo os profissionais de uma maior integração entre si. Como o operário fabril a alienação do seu trabalho é uma realidade presente no espaço da saúde e esta contradição salta mais aos olhos no âmbito da saúde do trabalhador.

Uma gestão centralizada num poder central (SMS), com divisão entre planejamento e execução das ações, baixa comunicação, baseada no conhecimento técnico-científico, focada na atenção de base biomédica, trabalho especializado, fragmentado e isolado, com características não vinculadas à estrutura em si, mas à sua especificidade, que possa ser desenvolvido em qualquer local, independente da peculiaridade deste, focado no atendimento das necessidades imediatas da população por tratamento do problema existente, em detrimento da busca das suas causas coletivas, a sua eliminação e prevenção, nos dizem das características da gestão tradicional e hegemônica da saúde.

Esta forma de gestão se contrapõe ao propósito da saúde do trabalhador de ações voltadas ao coletivo dos trabalhadores. Se no papel diz-se da participação, trata-se da integração, aponta-se para o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários de saúde, organizações sindicais e diversos órgãos públicos e – na prática – em nossa realidade observada – um serviço que apesar dos esforços e avanços, ainda presta um serviço muito distante do previsto em leis, decretos e portarias.

Não há como se implantar uma política de saúde do trabalhador num ambiente onde a lógica organizacional segue o modelo gerencial hegemônico da saúde pública (CAMPOS, 2000) que se alinha a lógica de produção que leva ao adoecimento e aos acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores. No máximo o

que teremos aqui é a implantação de uma política de saúde ocupacional. Que é o que vimos no projeto de Kassir (2004) para o município de Corumbá.

De acordo com Campos e Domitti (2007), a lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado e a consequente não compreensão do profissional de saúde do todo do trabalho no serviço, seu propósito e princípios, está presente nas estruturas ambulatoriais e acabam levando à alienação o trabalho em saúde. Quando do início do Cesteh alguns dos profissionais do Cerest nos afirmaram que não sabiam que pertenciam ao quadro do serviço e não faziam ideia dos seus objetivos e importância.

O que, novamente, se contrapõe ao presente nos documentos legais, como na portaria 4279 que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde do SUS:

o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões. (BRASIL, 2010, p. 89).

Ironicamente não é esta a perspectiva de trabalho que nós encontramos entre os profissionais de saúde de Corumbá vinculados a saúde do trabalhador.

Observou-se que alguns trabalhadores do Cerest, quando do início do nosso trabalho junto ao Cesteh desconheciam os objetivos do serviço, ou até mesmo que trabalhavam no Cerest. Menos por displicência e mais por alheamento do trabalho que – se por um lado é visto como ruim por parte deles – por outro os

beneficia na medida que podem se fechar em seus núcleos de saber e não precisam se abrir para o estudo de um campo (Campos 2000) tão complexo como é o da saúde do trabalhador.

Podem se “diluir” nos diferentes serviços em que transitam, sem com eles se responsabilizar, apenas com sua atividade específica, nuclear (CAMPOS e DOMITTI, 2007), o que dificulta muito a integração comunicativa entre os distintos profissionais de saúde nos diferentes serviços, o que se constitui como um obstáculo estrutural ao trabalho interdisciplinar, característico de uma rede de saúde.

Havia uma grande contradição entre o que era cobrado e esperado do trabalhador que trabalhava na saúde do trabalhador pelo Ministério da Saúde, a expectativa da SMS para estes profissionais e o que tinham condições de realizar dentro da realidade que encontravam, o que nos remonta a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real quando estes são conduzidos sem a participação de quem os executa.

Se, por um lado os profissionais de saúde se encontram adaptados e até certo ponto acomodados na situação posta pela gestão da saúde, as discussões no Cesteh e na Cist apontam um incômodo e um certo desconforto com a situação posta, sobretudo quando à luz de novas informações sobre o papel do Cerest e da saúde do trabalhador advinda do curso e dos debates com a sociedade nos eventos desenvolvidos coletivamente. O que também indica que em Corumbá não havia espaços para a coletivização dos conhecimentos em saúde do trabalhador adquiridos e produzidos para e na microrregião.

Não foram poucas as vezes em que o sentimento de impotência vinha à tona e a tensão para com esta situação se voltava contra o pesquisador que, no seu

papel de tutor, provocava-os nesta direção. Reconhecer as necessidades de saúde do trabalhador e as condições que dispunham geravam, por um lado, angústia, indignação e, por outro, um sentimento de impotência e resignação com a situação posta.

Se pensam sobre o trabalho no Cerest e suas funções, os profissionais de saúde passam a ser responsáveis pelo seu funcionamento integral. Se fazem parte da sua gestão não podem se eximir das suas mazelas. Desta forma a participação no serviço de forma técnica, produz um tipo de relação de certa “alienação desejada” pelos que ali estão inseridos, como coloca Campos (2000). De certa forma há um conforto nesta condição.

A atuação em saúde do trabalhador exige um posicionamento político diante das condições laborais existentes e isto significa o enfrentamento e a tensão diante dos donos dos meios de produção, os empresários e suas empresas. Há – explícita e/ou implicitamente, uma reserva dos profissionais de saúde de se indisporerem com os interesses dos grupos econômicos locais, seja pela pressão que possam exercer política e economicamente sobre os representantes políticos, seja pela pressão direta sobre os profissionais de saúde, com a perda de clientes e/ou convênios em seus consultórios particulares, numa relação de dependência com aqueles que na saúde do trabalhador têm de enfrentar e por vezes afrontar.

Numa realidade onde os profissionais de saúde transitam entre o emprego público e o privado (como empregados ou prestadores de serviço) cria-se uma situação onde aquele que é responsável pela manutenção da força produtiva é o mesmo que deve, com sua ação no Cerest, atuar com o poder do Estado, num dilema que é ético, mas também aponta para precariedade das condições dadas

pela municipalidade para o profissional viver dignamente com os vencimentos do seu salário como funcionário público, criando um impasse onde quem perde é o trabalhador adoecido/acidentado em decorrência das condições de trabalho. Não temos dados que nos permitam estabelecer uma relação entre esta situação encontrada e a subnotificação existente na microrregião.

Um exemplo disto é o que ocorreu com um profissional quando, em consultório particular, após instruir um trabalhador sobre como agir em decorrência do seu acidente de trabalho teve imediatamente o seu tratamento transferido para outro profissional, sendo isto percebido como uma retaliação direta a sua postura. Profissionalmente ele percebeu que agiu corretamente, mas sentiu com a perda do cliente. A ausência de liberdade de ação fica clara aqui onde público e privado acabam se mesclando na medida em que precisam de ambos para completarem a sua renda e inviabiliza um projeto de saúde do trabalhador como idealizado, tendo que pensar alternativas factíveis para lidar com estas situações.

6.2 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA

Não obstante as condições de trabalho do trabalhador do Cerest, havia entre eles os que, de fato, atuavam em saúde do trabalhador, apesar dos múltiplos vínculos e postos de trabalho dentro da SMS, via de regra com alguma participação política e/ou sindical, mas estes eram uma exceção, mas apontam possibilidades de mudanças na condução das ações e políticas de saúde do trabalhador para a microrregião de Corumbá.

Uma das situações que demonstram a existência de um espaço para

mudança foi os TCCs produzidos pelos profissionais que fizeram o Cesteh. Eles apresentaram uma reflexão sobre dados e informações produzidas a respeito da saúde do trabalhador no município, desmistificando ideias preconcebidas e criando situações de tensão política que acreditamos que trarão benefícios a toda a população trabalhadora da região:

- Ametlla (2012), buscou identificar os possíveis agravos a que estão sujeitos os agentes de endemias em seu processo de trabalho;
- Bastos (2012), propôs a elaboração de um protocolo de cuidado à saúde dos agentes de endemias expostos à agrotóxicos;
- Cardoso (2012), apresentou uma proposta de matriciamento em saúde do trabalhador para as unidades básicas de saúde de Corumbá;
- Castello (2012), fez uma revisão da literatura sobre acolhimento aos trabalhadores na atenção básica;
- Corrêa (2012), já citado ao longo deste trabalho, estudou os riscos do trabalho na construção civil (em pleno desenvolvimento em Corumbá);
- Cruz (2012), analisou os acidentes com mutilação de mão no município de Corumbá no ano de 2011;
- Leiguez (2012), estudou os transtornos que acometem os professores da rede pública;
- Ribas (2012), já citado ao longo desta pesquisa, trata diretamente dos problemas presentes no serviço e denuncia a necessidade de mudanças no Cerest para atingir aquilo que é esperado pela Renast;
- Sabatel (2012), fez uma revisão bibliográfica sobre o ruído e seus efeitos no processo produtivo da mineração em Corumbá-MS;

- Santana (2012), fez uma revisão da literatura sobre lombalgia e descreveu os riscos da atividade de “piloteiro” (piloto de barco de pesca);
- Santos (2012), também já citado nesta tese, discorreu sobre as ações da Cist e apontou para o fato de que esta não discutia e contribuía para a construção da Política Regional de Saúde do Trabalhador;
- Saucedo (2012), discorreu sobre o estresse e a necessidade de se estudar sua ocorrência entre os professores da Rede Municipal de Ensino de Corumbá e
- Urquiza (2012), propôs um instrumento de análise do perfil dos usuários atendidos pelo setor de fisioterapia que apresentam adoecimento/acidente decorrente do trabalho.

Nota-se que há trabalhos onde a temática se repete (estudo dos agentes de endemias, a saúde dos professores e o trabalho na fisioterapia) o que demonstra um processo de aproximação entre estes profissionais para discutir questões relacionadas a saúde do trabalhador. Um avanço provocado pelo Cesteh.

Também chama atenção, por um lado, a pluralidade de ideias e de possibilidades de trabalho que estes estudos preliminares apontam, mas por outro, é preocupante o fato de apenas 3 destes profissionais permanecerem ligados ao Cerest, interrompendo um processo de desenvolvimento do serviço que terá de ser reiniciado com outros profissionais que não terão esta formação. O que indica uma perda de recursos e de potencial de trabalho.

O Cesteh também trouxe mudanças mais subjetivas. Um profissional-aluno afirmou que não conseguia mais ver o mundo como antes do curso, que agora

via riscos de acidentes e adoecimento relacionados ao trabalho em todo lugar. Outros disseram que se sentiam diferentes e que estavam mais inquietos, questionadores e “atrevidos”.

Apesar das críticas, contundentes, de Santos (2012) sobre a atuação da Cist Corumbá, é digno de nota a evolução da sua participação, uma vez que não existia até 2008 e só vem a funcionar, de fato, a partir de 2010.

Neste pouco tempo de existência contribuiu para que o Cerest viesse a ter autonomia nas suas práticas de vigilância, pressionando o poder público para que este disponibilizasse um fiscal sanitário exclusivamente para o serviço e fosse feito concurso público para engenheiro de segurança do trabalho. Também foi responsável por eventos que ganharam periodicidade, como é o caso dos seminários em memória às vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (28 de abril). Outros sazonais, foram significativos como os encontros da “Cist ampliada” ocorrendo discussões com um coletivo maior de sindicatos, trabalhadores da saúde, representantes de órgãos públicos como o MPT e o Inss e o Seminário de planejamento do Cerest e da Cist.

Foram convidados a participar e contribuir com ideias e críticas, profissionais do Cerest, membros da Cist, do CMS, representantes da base sindical e da academia. Pela primeira vez desde a inauguração do Cerest, foi feita uma ampla discussão, aberta, sobre os problemas de saúde da região e construiu-se, coletivamente, um plano de ação para o ano de 2012 que comprometia os membros do serviço, a gestão da saúde e os membros da Cist, no que foi um primeiro momento de participação coletiva na gestão do Cerest.

Também surge como mudanças no Cerest decorrentes da pressão da

Cist o fim dos atendimentos ambulatoriais (exceção das consultas médicas e psicológicas) e o incremento das vigilância, em que pese suas deficiências.

Com estes trabalhos os profissionais de saúde iniciaram um processo de produção de conhecimento, da área, próprio da região, relacionado a realidade local e as suas necessidades de ação, deixando de ser simples aplicadores de políticas para pensarem sobre ela e propor ações.

Assim, se por um lado os profissionais de saúde se mostravam adaptados e até certo ponto acomodados na situação posta pela gestão municipal, as discussões com provocadas pela Cist e pelo Cesteh apontaram para um incômodo e um certo desconforto com a situação posta, sobretudo quando à luz de novas informações sobre o papel do Cerest e da saúde do trabalhador advinda do Curso de especialização e dos debates com a sociedade nos eventos desenvolvidos coletivamente. O que também chama atenção para a falta de uma coletivização dos conhecimentos adquiridos e produzidos em saúde do trabalhador para e na microrregião.

6.3 CONSOLIDANDO A MUDANÇA. PENSANDO POSSIBILIDADES DE UMA GESTÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Como pudemos ver até aqui a saúde do trabalhador em Corumbá apresentava uma estrutura organizativa e um conjunto de serviços que estão longe do que a ele era proposto toda a legislação existente, o conjunto dos teóricos e os militantes da área.

Os avanços que constatamos, apesar de despertarem esperanças, são recentes e frágeis quando comparados ao estabelecido e exigem ações mais

concretas e contundentes, para a efetiva implantação de uma política regional de saúde do trabalhador. Neste tópico vamos tratar de alguns elementos que consideramos importantes para que de fato venha a se estabelecer.

A proposta da portaria 1823 (BRASIL, 2012) de uma política nacional de saúde do trabalhador, baseada em Campos (2000) e em seu método de análise e cogestão de coletivos, é um ponto de partida com sólida base teórica e suporte político-governamental, compreende que o trabalho apresenta aspectos objetivos e subjetivos, o que no caso da saúde significa uma prestação de serviços a população e a produção de sentidos e expressão da singularidade dos envolvidos no seu desenvolvimento. Aponta para um plano para a organização não só dos Cerest, mas para a inserção da saúde do trabalhador na rotina do SUS como um todo.

O momento atual do Cerest é favorável a este tipo de proposta uma vez que em que há duas rupturas (BAREMBLITT, 1992) institucionais em movimento, favoráveis à transformação: no âmbito macropolítico o início de uma nova gestão na municipalidade e, no âmbito micropolítico o fim da característica ambulatorial do serviço, que dava uma identidade perante a comunidade e às outras unidades de saúde da microrregião, criando um hiato que precisa ser preenchido.

Um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, para que tenha o caráter difusor esperado precisa que estas ações sejam praticadas internamente ao próprio serviço. Como princípio, a saúde do trabalhador se contrapõe ao modelo de gestão ford-taylorista, por entender que ele impedia que o trabalho tivesse o seu caráter pleno de produção de uma materialidade, de manutenção da condição de sobrevivência de quem o executa e de construção de humanidade. O trabalho desenvolvido pelo Cerest, como o vimos, apresentava, de um lado liberdade

individual para seus profissionais, mas, de outro impedia o envolvimento pleno na sua proposta. Não por uma peculiaridade do serviço, mas pela maneira como se estruturava a saúde no município de Corumbá: de forma produtivista, pautada na quantidade de atendimentos prestados.

Como nos traz Campos (1999, p. 395):

... o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos [e protocolos] e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

A crítica que o autor faz à organização do trabalho na saúde faz eco com o que observamos no Cerest. Um tipo de estrutura de serviços que acentua o exercício de práticas de atenção isoladas entre os profissionais, fragmentadas em seus processo, sem poder de transformação.

Para que possa exercer o papel esperado do Cerest será necessário uma postura de defesa contundente dos profissionais nele envolvidos, um envolvimento coletivo, a formação de uma equipe, de fato e a ruptura com o modelo de gestão hierarquizado, médico centrado, preocupado com o tratamento do doente em detrimento da manutenção e promoção da saúde, não como discurso, mas como princípio político e proposta de ação.

Desta forma se tem em mente que não basta uma vontade política do governante de plantão, mas também o envolvimento, o interesse dos profissionais de saúde e, sobretudo da classe trabalhadora.

O coletivo de profissionais de saúde, se por um lado tem seu trabalho empobrecido quando reduzido a ação técnica sobre o sujeito da atenção, por outro

lado se vê livre da responsabilidade de lidar com o todo complexo, conflitivo e tensional que diz das relações capital-trabalho, das quais ele também faz parte e tem de lidar.

Esta situação, no entanto não era tranquila. Se por um lado havia vantagens nesta alienação do trabalho, por outro causava incômodos àqueles nele envolvidos.

Havia também um distanciamento no discurso dos profissionais de saúde sobre os usuários-trabalhadores, mais afinado com as necessidades de produção, que dificultava uma identidade de classe, até porque, na intensidade da produção de atendimentos, não se estabelecia vínculos fortes o suficiente para tal, até mesmo com os outros profissionais do serviço para a constituição de uma equipe.

No caso do Cerest isto implicava num paradoxo teórico e político na medida em que a saúde do trabalhador se propõe a ser um campo de ações e práticas voltadas à superação desta alienação do trabalhador não só do seu trabalho, mas também do seu corpo que deve ser de seu controle e de sua responsabilidade e de seu direito e não de terceiros, sejam eles o estado ou os empregadores.

Para trabalhar com a saúde do trabalhador é necessário que os profissionais de saúde se apropriem do que já foi produzido teoricamente e vejam a si mesmos como trabalhadores, que desenvolvam uma consciência de classe, ou seja, que se percebam como um grupo de trabalhadores da saúde, que vivem situações de trabalho que os aproxima e que só o sentimento de pertencimento a uma classe (LANE, 1984) possibilitará a identificação com o outro trabalhador, que lhe chega adoecido, como parte dos que sofrem o problema. Entre aqueles que

acompanhamos na pesquisa os que tinham uma atuação que mais se aproximava da saúde do trabalhador eram justamente aqueles com uma identidade de classe, inclusive com militância política.

A saúde do trabalhador é fruto da luta da classe trabalhadora e não pode ser implantada, “por decreto”, como foi no caso de Corumbá até onde pudemos acompanhar. Sem sentido e envolvimento do coletivo dos trabalhadores, uma identidade com os profissionais de saúde que o realizam e uma população que o sinta como necessário e atuante na defesa dos seus interesses, tende ao seu contrário tradicionalista e focado na produção, que é a saúde ocupacional e se torna um instrumento de manutenção da força produtiva, a antítese da saúde do trabalhador. Em diferentes momentos desta pesquisa identificamos isto ocorrendo no Cerest.

Na década de 1950 o operariado italiano rebelou-se contra uma estrutura organizada que definia os rumos não só da produção, mas também do que se tratava como riscos a sua saúde. Defendiam que a saúde era deles – trabalhadores e, portanto, cabia **a eles** cuidar e definir as condições de trabalho que podiam ou não trazer riscos a sua saúde e não uma norma técnica ou um “especialista” externo.

Como Marx e Engels (1998) podemos dizer que cabe aos trabalhadores lutarem eles próprios pela sua própria emancipação, seja diante do Capital, seja diante do Estado. Não podendo esperar que nenhum dos dois atuem pelos trabalhadores em prol da sua saúde, porque isso seria a releitura da saúde ocupacional.

No entanto, como nos aponta Dimenstein (2011) nem sempre as políticas

públicas pensadas com atores sociais envolvidos com as transformações se mantêm desta maneira ao longo do tempo, nas suas execuções. Dai a necessidade de estarmos sempre criando e recriando as nossas ações e reações aos modelos, com seus atores sociais contextualizando e atualizando seus fazeres e, é neste sentido que colocamos que a saúde do trabalhador não pode eximir da participação direta dos trabalhadores na sua gestão e não apenas num controle distante na Cist, como propõe a PNST (BRASIL, 2012) e é apresentada no PlanejaSUS⁷³, sem que se aponte os caminhos para esta participação, mas que seja viva no cotidiano dos serviços, com direito a voz e veto sobre as decisões ali tomadas.

Com a proposta da cogestão espera-se uma forma de capilarização, de compromisso compartilhado do SUS com a população e não algo restrito ao gabinete de profissionais de planejamento. O planejamento da gestão deve perpassar o cotidiano dos serviços e estar presente na conduta dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema. Algo que se materialize nas reuniões de planejamento, nos acordos com os usuários-trabalhadores, nas vigilâncias à empresas, nas negociações com os sindicatos e com a Cist. Enfim, deve fazer parte viva do cotidiano dos serviços, em especial o Cerest e seu foco na saúde do trabalhador.

É mais coerente com a saúde do trabalhador na medida em que se encontra comprometida com a construção de um modelo de trabalho que respeita o sujeito humano em sua complexidade. Para que exista é necessário que os atores

73 Hoje, como o SUS encontra-se estruturado, o planejamento é uma área ou serviço. No documento sobre Planejamento do SUS (PlanejaSUS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) fala-se desta área como uma especificidade, um setor específico do sistema, não como algo integrado ao cotidiano dos serviços, o que nos aponta para uma leitura da gestão da saúde que se aproxima do que Campos (2000) vai chamar de modelo gerencial hegemônico. Que se aproxima da lógica empresarial de gestão, na medida em que separa o planejamento da execução das ações, ignorando que ambas são indissociáveis do conjunto do trabalho.

sociais participem de todas as etapas do seu processo, que não seja nem tão rígido que engesse as demandas e questões que surjam cotidianamente dos acordos, contratos e pactuações estabelecidas entre as partes na negociação cotidiana do trabalho, nem tão flexíveis que percam seu foco e anulem as pactuações gerais traçadas no plano. Deve haver uma tensão dialética entre o macroplanejamento e as contratualizações do cotidiano que viabilizem o plano geral.

Para tanto, os envolvidos no Cerest devem atentar para as necessidades sociais a que o serviço foi criado. Isto significa que este deve ter um valor de uso, no sentido dado por Campos (2000) de bens e serviços produzidos pelas instituições públicas sem um objetivo financeiro, buscando atender as necessidades da população, sem no entanto deixar de ser um espaço para a sobrevivência de cada um dos trabalhadores nela envolvidos e de realização pessoal.

No entanto uma questão que se coloca é que o trabalho deste funcionário público também é valor de troca com o estado na medida em que este determina um *quantum* de dinheiro que cabe ao profissional pelo seu labor. Ora se estamos dizendo aqui que o seu trabalho é valor de uso em relação a sociedade como pensar este valor de troca em relação senão contaminando esta relação? O resultado é que o profissional de saúde poderá, numa situação onde a saúde pública é tratada como prestação de atendimento à saúde em seu modelo tradicional assistencial, tratar desta relação com a população de forma objetual onde não é mais o fim em si mesmo (valor de uso), mas o meio para obtenção de rendimentos (valor de troca). Isso é mais evidente ainda se este valor é visto e sentido pelo profissional como menor do que merece (e o é via de regra) ou como insuficiente para sua sobrevivência. Resulta daí às manobras para se acumular um, dois ou até três empregos (públicos

ou não) que resultam num empobrecimento das relações entre profissional – usuário, profissional-instituição e profissional-profissional e na alienação deste trabalho. Neste sentido é emblemática a afirmação de Marx (1975, p. 61): o “... vendedor da força de trabalho, como vendedor de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso.” Ele não pode obter um sem desfazer-se do outro.

A forma como o trabalho estava organizado produzia a alienação do trabalho. Percebíamos no discurso dos trabalhadores um certo vazio de sentido no trabalho no Cerest em específico e no setor público de maneira geral, que buscavam preencher nos consultórios particulares, onde o profissional de saúde é dono dos meios de produção e dá sentido a sua obra.

Nas palavras de Marx (2004b, p. 82-83):

Primeiro, que o trabalho é externo (äusserlich) ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua physis e arruína o seu espírito. O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa. O seu trabalho não é portanto voluntário, mas forçado, trabalho obrigatório. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer necessidades fora dele. Sua estranheza (Fremdheit) evidencia-se aqui [de forma] tão pura que, tão logo inexistia coerção física ou outra qualquer, foge-se do trabalho como de uma peste. O trabalho externo, o trabalho no qual o homem se exterioriza, é um trabalho de auto-sacrifício, de mortificação. Finalmente, a externalidade (Ausserlichkeit) do trabalho aparece para o trabalhador como se [o trabalho] não fosse seu próprio, mas de um outro, como se [o trabalho] não lhe pertencesse, como se ele no trabalho não pertencesse a si mesmo, mas a um outro.

O que nos lembra as diversas vezes em que encontramos o Cerest vazio.

Não nos parecia um lugar que atraia, ao contrário criava uma repulsa que por vezes também sentíamos.

Nesta relação que deveria ser o encontro entre cidadãos de direito, um prestando serviços a comunidade, e entendendo a sua relevância política e social e outro cidadão reclamando ali um direito previsto em lei não ocorre. O que vimos no cotidiano do serviço eram trabalhadores da saúde que, alienados do seu trabalho, executavam suas atividades desconhecendo o real sentido dela, reproduzindo técnicas, atuando sobre os sinais e momentaneamente sobre pontos específicos da sintomatologia apresentada e trabalhadores pacientes que desconheciam o trabalho daquele serviço, chegando a ele em decorrência de uma situação de doença/acidente de trabalho, também esta alienada do seu sentido, enfim o Cerest torna-se um espaço espectral onde sujeitos de direito, portadores de subjetividades não estabelecem de fato trocas efetivas e produtivas de mudanças sociais. No que convergimos com Furtado (2011, p. 84) quando coloca que: “O trabalhador se transforma em consumidor e sua referência de mundo é o quanto ele é capaz de consumir. Assim, sua referência básica passa a ser o valor-de-troca e o segmento de consumo a que ele pertence. O valor de uso se mantém, mas é ocultado pelo efeito fantasmagórico da mercadoria.”. O consumo assume o lugar do trabalho, esvaziado de sentido, como fonte de satisfação pessoal, que nunca se realiza. Até porque encontra-se dividido de forma desigual na sociedade.

O trabalho para enriquecer a condição humana deve ser execução e pensamento, atividade onde possam se sentir integrados ao saber-fazer do serviço, terem condições de ampliar suas possibilidades de existência, atingir a sua “objetivação plena”, ou seja, superar as limitações impostas pela estrutura social que os cerceiam e até limitam para usufruir concretamente a experiência de viver os avanços conquistados pelo gênero humano em sua plenitude (OLIVEIRA, 2005).

O método da roda (CAMPOS, 2000) busca fortalecer o sujeito e a democracia institucional, condições fundamentais para a ruptura da racionalidade gerencial hegemônica. Sujeitos e coletivos organizados para o trabalho são elementos fundamentais para o método da roda. Eles estão em constante vir a ser, devir. São seres com relativa autonomia para realizar o que desejam, anseiam e necessitam.

Um coletivo organizado para a produção deve ter o seu foco na produção de valores de uso e participar da sua gestão numa “... rede de relações entretecida entre os sujeitos que o compõem e destes com o contexto” (CAMPOS, 2000, p. 69) e, neste sentido, se reforça o conceito de rede presente na conceitualização da Renast.

No método da roda, a roda é todo o espaço coletivo, toda a oportunidade de discussão capaz de estabelecer a tomada de decisões que podem ser desde atos do cotidiano como a colocação de um cartaz no serviço até de âmbito maior como o calendário de vigilâncias às empresas. Pode ser formal, com um conselho gestor ou informal como um mutirão para organizar documentos: “A roda é um lugar onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para elaboração do contrato e para elaboração de um projeto de intervenção” (CAMPOS, 2007, p. 30).

A cogestão possibilita, com a sua troca, o aumento da eficácia de análise e ação técnica e dos coletivos de trabalhadores organizados⁷⁴, contribui para a ampliação da visão dos grupos sobre o cotidiano, para estabelecerem parcerias onde antes seriam consideradas inimagináveis, descobrindo alternativas inusitadas e, sobretudo, obrigando os profissionais de saúde a levarem em conta o cabedal

74 Que podem ser sindicatos, associações, Cipa, comitês etc.

cultural (CAMPOS, 2007) e o conhecimento acumulado dos trabalhadores sobre seu ofício e os riscos do trabalho, quando na sua análise técnica, o que já era defendido pelo MOI (ODDONE *et al.*, 1986), sem o quê não se faz saúde do trabalhador.

O diálogo deve ser a ferramenta fundamental e constante da relação na gestão. Os contratos estabelecidos devem ser porosos o suficiente para que as partes tenham garantidas a exposição de pontos de discordância, novas reflexões sobre o tema e, se necessário, mudanças no que foi outrora pactuado.

A forma como a SMS imprimia sua gestão sobre os serviços de saúde e, em especial o Cerest reproduzia no sistema público de saúde práticas de organização do trabalho que, na iniciativa privada, levam ao adoecimento e contra a qual deveria se contrapor, o que refletia, em última instância, na forma como é tratado o usuário-trabalhador, uma vez que o modo como trabalhamos e como temos nosso trabalho organizado são indissociáveis.

Implementar uma política de saúde que respeite a lógica da saúde do trabalhador exige uma postura diferenciada de gestão para que o trabalho no Cerest tenha o sentido que propõe, para que a referência se faça não só com o discurso, mas com ações e que partam do exemplo vindo do próprio serviço para com sua equipe e, para tal, uma gestão participativa é fundamental.

O processo de emancipação, como ação, um movimento de mudanças nas relações de poder existentes nas estruturas de saúde, delas com os profissionais e destes com os usuários, convergem com as propostas de desinstitucionalização (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 1990), com a defesa da autonomia e controle da saúde do trabalhador pelo próprio trabalhador (ODDONE *et al.*, 1986), sendo que estas mudanças devem partir do interior das próprias

estruturas de saúde e não de agentes externos a ela (como, ademais, é comum no campo da saúde: ações pensadas e planejadas por agentes alheios à sua execução), com o envolvimento conjunto de diversos atores sociais (além dos profissionais de saúde, a sociedade civil organizada, educadores, políticos, juristas, usuários do sistema de saúde etc.).

Para tanto o trabalho em saúde deve ser visto como compromisso e não como obrigação que é submetida ao controle. Compromissos e autonomia do sujeito devem estar juntos e trabalhados de forma dialética, para a reconstrução de uma prática de trabalho. Não só isso, mas que possibilite aos técnicos do serviço atuarem como sujeitos da ação, cogestores de suas atividades e tarefas e se sintam mais integrados ao saber-fazer do serviço (CAMPOS, 2000). Trabalhar sujeitos e instituições intrinsecamente e incessantemente com a repactuação dinâmica e constante de suas normas e leis, contratos organizados coletivamente, num movimento que deve produzir mais liberdade e emancipação e menos controle e dominação.

Enquanto a gestão tradicional não resolve conflitos, preferindo tratá-los como não existentes ou criando soluções idealizadas, o método da roda propõe trazer estes conflitos para a roda, explicita-os, não os tratar como algo ruim, que prejudique a organização do serviço. Ao contrário, recomenda vê-los como possibilidades de transformação, reflexão e enfrentamento real das situações posta e usados como instrumentos de transformação interna, explicitando os objetivos de cada um dos agentes envolvidos e apresentando espaços e condições para que, de alguma forma, sejam satisfeitas as necessidades pessoais, organizacionais e da população atendida pelo serviço. A cogestão não deve buscar uma única, nem tão

pouco definitiva solução, pois ambas não levariam em conta que estas são questões em movimento. Antes, tem como atribuição buscar soluções provisórias e em constante e explícito debate, em processo permanente de constituição.

Para que, de fato, tenhamos uma política de saúde do trabalhador para a região de Corumbá é necessário que os profissionais de saúde atuem numa concepção de rede: trocando, compartilhando e produzindo informações sobre saúde do trabalhador que possam ser acessadas por todos em qualquer lugar, proliferando a cultura da saúde do trabalhador para todo o SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do trabalhador em Corumbá, instituída no bojo da criação da Renast, iniciou suas ações como um Centro de Reabilitação em 2003 e teve seu processo de desenvolvimento até chegar à Cerest marcado por esse início.

Com característica predominantemente ambulatorial, executava suas atividades numa lógica de pronto atendimento, voltado ao trabalhador acidentado ou adoecido. As informações que poderiam advir daí não eram colhidas por todos os profissionais e mesmo estas não eram utilizadas para alimentar um sistema de informação que contribuísse para outras ações do serviço, que ficavam em segundo plano.

Tendo suas atividades divididas, de forma atomizada, entre os profissionais, não havia uma integração entre eles que permitisse a troca de conhecimentos e otimização das funções do Cerest.

A forma como o Cerest estava organizado seguia um modelo padrão a toda a SMS. Seus profissionais não tinham um vínculo com as unidades de serviço, transitando entre eles, o que dificultava a identidade com a proposta da Renast e o desenvolvimento de um trabalho de referência uma vez que este teria de ser desenvolvido por especialistas, o que se forma na experiência acumulada no serviço. O que não era viabilizado.

Esta situação, por sua vez, atendia também aos interesses dos profissionais de saúde que, desta forma blindados, não precisavam se envolver nas atividades fins do Cerest, centrados em seu conhecimento nuclear/disciplinar, ficando livres para um segundo vínculo, a prestação de serviço na iniciativa privada, condição

considerada inevitável diante dos baixos salário.

O transito destes profissionais entre o serviço público e o privado criavam situações onde, no Cerest, deveriam exercer o papel do estado sobre uma empresa com quem poderiam ter vínculo empregatício ou de prestador de serviço. Para além do problema de ordem ética, esta situação expunha a força do capital e a submissão do estado diante dos seus interesses.

Os rendimentos, considerados insuficientes não mobilizam para ações coletivas. Buscava-se a realização profissional no consultório particular, onde tinham maior controle sobre seu labor. É a este conjunto de elementos que estamos chamando de alienação do trabalho destes profissionais, vivendo o Centro de Referência em Saúde **do trabalhador** a contradição de não ser um espaço de experiência plena do trabalho.

Não foi observado, com raras exceções, nos profissionais de saúde, um discurso afetivo sobre o serviço, sobre trabalhar em saúde do trabalhador. No que se percebe na ausência de contato entre eles além do profissional e até fisicamente, no espaço do Cerest. O cotidiano do serviço, com suas salas vazias, a ausência dos profissionais e de uma iconografia referente ao que é o sentido do Cerest, nos dá a clara impressão de quanto as condições de labor ali eram áridas.

Esta forma de organização do trabalho, presente no serviço de saúde pública de Corumbá, contrapunha-se aos princípios fundantes da saúde do trabalhador uma vez que apresentava elementos semelhantes ao modelo que leva ao acidente e ao adoecimento dos trabalhadores da iniciativa privada: fragmentado, especializado, preestabelecido e intensificado.

Priorizando o atendimento em detrimento das ações de vigilância, de

produção de informações e de educação em saúde, o Cerest acabava por ter uma prática de saúde ocupacional, não cumprindo sua função no combate aos abusos do Capital frente a exploração do trabalhador que leva ao adoecimento, deixando desamparado a população que deveria proteger, reafirmando a subserviência do empregado ao empregador, mesmo em situações onde o risco à sua vida e saúde eram eminentes.

A SMS cobrava do Cerest produtividade em número de atendimentos. Esta busca por resultados de uma atividade que não deveria ser executada pelo Cerest encobria a sua ineficiência na educação em saúde, produção de informações, na fiscalização e vigilância em saúde do trabalhador. A superação da lógica produtivista observada no Cerest perpassa a adoção, por parte dos seus profissionais, de uma postura política em defesa dos trabalhadores e do seu direito a um ambiente de trabalho saudável.

Agia, assim, sobre os trabalhadores e sua saúde, mas não com ele, assumindo uma postura de tutela e não de estímulo e desenvolvimento da participação do trabalhador (quando muito, restrita ao Cist)– apesar deste ser o discurso oficial – num caminho oposto ao da não-delegação defendida na saúde do trabalhador.

A falta de contato entre os profissionais dentro do Cerest e destes, institucionalmente com outros, nos dão conta de que ali não se atuava em rede. Não sendo esta também uma exclusividade do serviço. A falta de comunicação na SMS impedia que atuassem em rede, no que podemos dizer que não havia uma rede de saúde em Corumbá, mas sim um conjunto de unidades de saúde que exerciam suas funções independentemente, com pouca comunicação entre si, atraladas ao poder

central da secretaria. A maneira como os profissionais transitavam por diversas unidades ao longo da semana e exercendo nelas preferencialmente, quando não exclusivamente, o atendimento clínico, levava-os a não estabelecerem uma identidade com os serviços e criassem um elo entre si, que formassem uma equipe, fundamental para que houvesse o trabalho em rede.

Da mesma forma, não se observava o Cerest local atuando em rede com os demais centros de referência do estado, ou de outras localidades do Brasil. Estabelecia apenas contatos esporádicos com o Cerest Estadual, mas que não representavam uma colaboração que refletisse em ações próximas e uma intimidade profissional entre seus pares. A Renast, ao menos da perspectiva da microrregião de Corumbá, não encontrava-se ainda organizada como uma rede.

Na prática, então, o Cerest Corumbá funcionava como um polo para o qual eram encaminhados aqueles usuários do SUS identificados como doentes ou acidentados em decorrência do trabalho, seja pelas outras unidades de saúde, seja pelas empresas. A integração com outros serviços de saúde era pequena e com outros setores da sociedade tímida. As atividades do Cerest, desde o seu início, tiveram o seu foco centrado num movimento intrínseco, voltado às suas próprias atividades internas, contrário ao que é proposto pela Renast, de ser um centro de propagação, extrínseco. Perpetuando a condição de “gueto” identificado anteriormente por outros autores em distintos casos pelo Brasil.

Desta forma nos atrevemos a dizer que em Corumbá ainda não havia, da parte da SMS, uma proposta clara de política de saúde do trabalhador para a microrregião, mas sim ações de manutenção de um trabalho de atenção e recuperação de trabalhadores acidentados e adoecidos pelo trabalho. Apenas

ampliando e aperfeiçoando a sua proposta inicial, não obstante os debates terem se prolongado por nove anos (2003-2012), não se teve notícia de avanços significativos, apesar das situações criadas para tal: Conferência em 2005, Encontro Regional de Saúde do Trabalhador em 2009 e Seminários em Memória às vítimas de acidentes de trabalho em 2011 e 2012.

Mesmo esta pesquisa tendo se focado na saúde do trabalhador e na dinâmica de trabalho do Cerest, ele nos aponta elementos presentes na estrutura de saúde de Corumba como um todo, exigindo mudanças que transcendem a especificidade da saúde do trabalhador, não obstante, incluam-na.

Chamou-nos atenção o fato de que, apesar de situada numa microrregião de fronteira, este aspecto regional não ser um tópico de ação do serviço, aparecendo em poucos e esparsos relatos dos profissionais de saúde apesar desta ser uma problemática do cotidiano da microrregião e Corumbá a porta de entrada de um processo migratório para o Brasil, com uma intensa troca de serviços e frentes de trabalho.

O desenho apresentado aqui, no entanto, não é estático, nem linear. No Cerest haviam vozes discordantes e momentos onde a situação encontrada causava desconforto e pedia por mudanças.

Haviam ações de saúde do trabalhador, esparsas, que não formavam uma unidade, mesclados com ações de saúde ocupacional, decorrentes de uma falta de compreensão por parte da direção da SMS do que venha a ser saúde do trabalhador e as funções atribuídas ao Cerest. A ausência de uma política municipal de saúde do trabalhador, da sua presença no plano municipal de saúde foram impasses importantes nestas ações.

O Cesteh e a Cist tiveram um importante papel nas mudanças observadas no Cerest, o que reforça o importante papel da mobilização social na saúde do trabalhador.

Estabelecendo-se como espaços de debate e de pensar a forma como se dava a implantação da saúde do trabalhador na microrregião, trouxeram como resultado um resgate crítico da história da saúde do trabalhador na microrregião, instigando novas e diferentes posturas em relação ao papel dos profissionais de saúde e do controle social sobre as atividades do Cerest.

Mesmo recentes e com uma constituição frágil perante o já instituído, demonstraram poder de transformação. Os profissionais de saúde ao se apropriarem das informações básicas sobre a área da saúde do trabalhador, encontraram uma grande distância entre o que era produzido ali e o que a literatura apresentava. A tensão decorrente da reflexão sobre a forma como o próprio trabalho na saúde estava organizado e as condições laborais que encontravam, que contradiziam o propósito da saúde do trabalhador, levou a um movimento onde o serviço paulatinamente deixa de ser um centro com atribuições de Sesmt municipal e passa a assumir algumas das suas atribuições, com o potencial de ação efetiva de fiscalização (apesar de modesto e de baixo impacto sobre a sociedade) e provocaram, em certa medida, fissuras institucionais no Cerest que perde sua principal característica e identidade que era de um serviço ambulatorial.

Apesar disso, podemos dizer que o Cerest, mesmo com os esforços e avanços, permaneceu, ao longo da pesquisa, como uma estrutura especializada, pouco integrada e tendo um sentido tímido de referência em saúde do trabalhador para as SMS de Corumbá e Ladário como um todo e para as relações Estaduais.

Pensar o Cerest atuando em consonância com a proposta da Renast e da PNST exigirá uma sensível mudança na política de saúde para a microrregião de Corumbá e o compromisso do governo municipal de romper com as práticas que reafirmam a racionalidade gerencial hegemônica, substituindo-a por outras onde a cooperação e coparticipação deem a tônica, envolvendo os agentes sociais de forma transparente e democrática.

A proposta da PNST aponta para novos caminhos e perspectivas para a construção de uma ação de saúde do trabalhador onde o apoio matricial e as equipes de referência podem, não só servir para cobrir o papel antes exercido pela atenção como espaço de trabalho, atividade principal do Cerest, como também mobilizá-lo para uma nova forma de gerir o próprio serviço, mais participativa, integrada, numa cogestão de coletivos. O método Paidéia (ou da roda) como uma possibilidade real de exercício da saúde do trabalhador que o aproxima do movimento operário italiano, de um lado e, de outro produz novos sentidos (objetivos e subjetivos) para o trabalho em saúde do trabalhador.

Com o fim dos atendimentos no Cerest (exceção dos médicos e psicoterápicos) criou-se um hiato que pode levá-lo tanto a transformação quanto a um imobilismo. A disposição de transformação do Cerest no que deveria ser desde o início: um polo irradiador da saúde do trabalhador na estrutura de saúde da microrregião de Corumbá, dependerá dos esforços de mobilização da classe trabalhadora, dos profissionais de saúde e da vontade política do governo que se inicia. Sem a participação social o Cerest e a Renast tendem a exercer funções que são contrárias a sua proposta inicial e a defesa da força produtiva e manutenção da lógica do capital.

Apesar de não ser possível uma generalização, o que se observou em Corumbá, no Cerest pode ser um microcosmo que se repete em outros Cerest's pelo Brasil.

Assim, a pesquisa nos permitiu compreender a dinâmica de funcionamento do Cerest, a organização do trabalho e como se inserem no contexto institucional da saúde municipal. No processo ocorreram “ações participativas” com o coletivo que elaborava atividades e as desenvolvia em seu todo, o que nos propiciou o envolvimento e colaboração com as mudanças observadas. E reforçaram em nós a convicção de que a saúde do trabalhador só se constrói pela força da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMETLLA, V. C. **A vulnerabilidade do Agente de Endemias em relação à Saúde do Trabalhador no período de 2009 a 2011, no município de Corumbá/MS**. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. Unicamp, 2000.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (AEPES). Brasília v. 20, n. 350, 2011, 888p. Disponível em:
http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf
Acesso em: 10/10/2012.
- ARAUJO, A. P. C de; BICALHO, A. M. de S. M. Crescimento econômico e Organização do espaço agrário do Pantanal de Mato Grosso do Sul. In: ENCONTRO DE GEOGRAFIA AGRÁRIA, 19., 2009, São Paulo. **Anais**. São Paulo: USP, 2009. p.1-23. Disponível em:
http://www.geografia.fflch.usp.br/inferior/laboratorios/agraria/Anais%20XIXENGA/artigos/Araujo_APC.pdf. Acesso em: 01/03/2010.
- ARAUJO, F. B de. Histórico da Saúde do Trabalhador no Estado. Processo de construção do Campo da Saúde do Trabalhador no Estado de Mato Grosso do Sul. MATO GROSSO DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2010. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=3379&id_reg=116777&voltar=list.. Acesso em: 11/02/2011.
- ARGUMEDO, M. A. Em busca de uma metodologia de ação institucional. Uma experiência de pesquisa e planejamento participativo nos sertões do Canindé. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999 p. 189-222.
- AUGUSTO, L. G. da S.; FREITAS, C. M. de. O Princípio da Precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 85-95. 1998.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. Rio de Janeiro: Rosa do Tempo, 1992.
- BARROS, A.J. *et al.* **Diagnóstico local do município de Corumbá, Mato Grosso do Sul – Projeto SIS/Fronteiras**. Campo Grande: Prefeitura Municipal de Corumbá/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.
- BASTOS, G. K. S. do V. **Elaboração de Protocolo de Cuidado a saúde do agente**

de endemias exposto ao controle químico das campanhas sanitárias da cidade de Corumbá (MS). 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BETIM, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência em Saúde do trabalhador. A Experiência do Cerest junto a Atenção Básico no SUS Betim/MG. In: ENCONTRO NACIONAL DA RENAST, 5., Brasília. **Anais ...** Brasília: Pisast, 2011. Disponível em: http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/eventos/encontro-nacional-da-renast/v-encontro-nacional-renast/29-set-2011/tarde-29-set-2011/Apresentacao%20-%20A%20Experiencia%20do%20Cerest%20junto%20a%20Atencao%20Primaria%20em%20Saude%20de%20Betim_Magda%20helen%20Costa_29.pdf Acesso em: 10/12/2012.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONILLA, V. D. *et al.* Causa popular, ciência popular uma metodologia do conhecimento científico através da ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante.** São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 131-157.

BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: Um olhar entre tempos e espaço a partir da América Latina. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.) **Pesquisa participante: o saber da partilha.** Aparecida: Idéias & Letras, 2006. p.21-54.

BRANDÃO, C. R. Participar-pesquisar In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante.** São Paulo: Brasiliense, 1999 p. 7-14.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. A pesquisa participante e a partilha do saber: uma introdução. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.) **Pesquisa participante: o saber da partilha.** Aparecida: Idéias & Letras, 2006. p.07-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Caderno de informações de saúde.** Município de Corumbá-MS. 2009. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDcQFjAA&url=ftp%3A%2F%2Fftp.Datasus.gov.br%2Fcaderno%2Fgeral%2Fms%2FMS_Corumba_Geral.xls&ei=E6mtULDYHJK68wT80YDQCw&usg=AFQjCNG4ihHdC1uj44MKFA_dgP8GUkufkg Acesso em 15/11/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Caderno de informações de Saúde.** Município de Ladário-MS. 2009. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQFjAB&url=ftp%3A%2F%2Fftp.Datasus.gov.br%2Fcaderno%2Fgeral%2Fms%2FMS_Ladario_Geral.xls&ei=lq2tUPWpKoaY8gT1n4DACQ&usg=AFQjCNEBq5c73No9OclPBQCjwfu9gNX-8A Acesso em 15/11/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 221, p. 21, 19 nov. 1999, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 183, p. 53-56, 20 set. 2002. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 81, p. 37-38, 29 abril. 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 236, p. 78-80, 9 dez. 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 39, p. 43-51, 23 fev. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 216, p. 76-78, 12 nov. 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 31 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 250, p. 89-93, 31 dez. 2010. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 241, p. 89, 16 dez. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 165, p. 46-51, 24 ago. 2012. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php Acesso em 09/03/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) — Cosat. **A criação do observatório nacional e a Organização da rede de**

observatórios de saúde do trabalhador no âmbito do processo de ampliação da Renast. Documento para discussão. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) — Cosat. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador.** Proposta submetida à Consulta Pública. Janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) — Cosat. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Proposta submetida à Consulta Pública. Janeiro de 2004. In: FIOCRUZ. Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. **Caderno de textos:** textos referentes às orientações gerais e às unidades I, II, IV e V. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) — Cosat. Estruturação e diagnóstico dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador e processo saúde-enfermidade. In: FIOCRUZ. Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. **Caderno de textos:** textos referentes às orientações gerais e às unidades I, II, IV e V. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_not_acidentes_trab.pdf Acesso em: 05/03/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27) . Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf Acesso em: 21/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 706, de 20 de julho de 2012. **Diário Oficial [da] União,** Brasília, DF, n. 141, p. 40-43, 23 jul. 2012. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS. **Auditoria nº 10.486.** Relatório. Unidade: Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá. Município de Corumbá-MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação de Saúde do Trabalhador. **TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO!** O processo de participação social em Saúde do Trabalhador: da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador à 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, abril de 2008. Disponível em: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fdoc%2Frelatorio_3_cnst_com_capa_para_consulta_publica_090408.doc&ei=XMDET93QKITy0gH7yliqCg&usg=AFQjCNH97tURxorlulqPGo_a0OXwrlPJlQ Acesso em 29/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=558226&indexSearch=ID> Acesso em: 14/11/2011.

BRASIL. Ministério de Estado do Trabalho. Normas Regulamentadoras. NR-4 – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – Sesmt. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 127, p. 68-70, 06 jul. 1978. Seção 1, pt. 1, supl.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. NR 32 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 219, p. 80-94, 16 nov. 2005. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 200, 20 de out. 1967. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 191-A, 05 de out. 1988. Seção 1. BRASIL.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990a. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 135, p. 13563-13577, 16 de jul. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990b. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 180, p. 18055-18059, 20 de set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990c. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 249, p. 25694-25695, 31 de dez. 1990. Seção 1.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 214, p.09-10, 08 de nov. 2011. Seção 1.

BRASIL. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). **Manual de Gestão e Gerenciamento**. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

CAMPOS, G.W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reOrganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 2, p. 393-4030, 1999.

CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARDOSO, J. de L. **Proposta de Matriciamento em Saúde do Trabalhador nas Unidades Básicas de Saúde no município de Corumbá/MS**. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CASTELLO, G. M. **Acolhimento do Trabalhador na Atenção Básica**. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

Com quatro anos de atividades, Cerest celebra avanços na região. **MIDIAMAX**, 27 de julho de 2011. Disponível em: <http://www.midiamax.com.br/impresao.php?id=762821> Acesso em 10/03/2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) **Saúde do trabalhador no âmbito da Saúde Pública**: referências para a atuação do(a) psicólogo(a). Brasília: CFP, 2008. Disponível em: http://crepop.pol.Org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude_do_trabalhador_COMPLETO.pdf Acesso em 01/02/2011

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 123ª reunião, ordinária, (itinerante no Hospital) realizada no dia 29 ab. 2003a**.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 126ª reunião**,

extraordinária, realizada no dia 27 maio 2003b.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 129ª reunião, ordinária, realizada no dia 01 jul. 2003c.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 154ª reunião, extraordinária, realizada no dia 29 jun. 2004a.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 155ª reunião, extraordinária, realizada no dia 06 jul. 2004b.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 164ª reunião, ordinária, realizada no dia 19 out. 2004c.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 172ª reunião, ordinária, realizada no dia 05 ab. 2005.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Ata da 210ª reunião, ordinária, realizada no dia 20 jul. 2006.**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Resolução n. 02, de 21 de janeiro de 2008.** Corumbá, MS, 21 de janeiro de 2008.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORUMBÁ (CMSC). **Relatório Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Corumbá.** Corumbá 14 a 16/06/2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 201, p. 21082-21085, 16 out. 1996. Seção 1.

CORRÊA, E. M. **A Segurança do trabalho na indústria da construção civil.** 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CORRÊA, V. B. **Corumbá: Terra de lutas e sonhos.** Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2006.

CORUMBÁ. SEMINÁRIO “POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA”. Corumbá: CMS, 2013.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. **Corumbá.** Disponível em: <http://www.corumba.ms.gov.br/site/corumba/2/> Acesso em 02/12/2011.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **1 Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador: Trabalhar Sim, Adoecer Não.** Relatório Final. Corumbá, 2005.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Coord. de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não Transmissíveis. Dados

sobre acidentes de trabalho. Corumbá: Dante, 2010-2012.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. Notícias. **Ruiter inaugura Cerest e reforça que saúde é prioridade**. 25 de Julho de 2007a – 18h50. Disponível em: <http://www.corumba.ms.gov.br/noticias/ruiter-inaugura-cerest-e-reforca-que-saude-e-prioridade/1908/> Acesso em 02/05/2010

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. Notícias. **Cerest garante atendimento preventivo ao trabalhador**. 25 de Julho de 2007b – 19h20. Disponível em: <http://www.corumba.ms.gov.br/noticias/cerest-garante-atendimento-preventivo-ao-trabalhador/1909/> Acesso em 02/05/2010

COSTA, E. *et al.* Aspectos da geografia da saúde no contexto do controle da hipertensão arterial na estratégia saúde da família, Corumbá-MS. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS BRASILEIROS, 16., 2010, Porto Alegre. Anais ... Porto Alegre: Associação dos Geógrafos Brasileiros – AGB. Disponível em: <http://www.agb.Org.br/xvieng/anais/edp.php> Acesso em 24/03/2011.

CRUZ, D. V. **Análise dos acidentes de trabalho grave com mutilação envolvendo as mãos no município de Corumbá-MS no ano de 2011**. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **RBSO**, São Paulo, v. 14, nº 54, p.7-11, ab.-jun. 1985.

DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999 p. 104-130.

DEMO, P. **Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Liber Livro Editora, 2004.

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

DIMENSTEIN, M. Contribuições da psicologia social para a construção da saúde como direito e condição de cidadania, Simpósio. ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 16. Recife: Abrapso, 2011.

DURSTON, J. e MIRANDA, F. (Org.) **Experiencias y metodologia de la investigación participativa**. Santiago: Nações Unidas/Cepal-Eclac, 2002. Disponível em: <http://www.eclac.Org/cgi-bin/getProd.asp?>

[xml=/publicaciones/xml/4/10204/P10204.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl-p/top-bottom.xslt](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/10204/P10204.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl-p/top-bottom.xslt). Acesso em: 23/03/2010

FALABELLA, G. Investigación participativa: nacimiento y relevancia de un nuevo encuentro ciencia-sociedad. In: DURSTON, J. e MIRANDA, F. (Org.) **Experiencias y metodología de la investigación participativa**. Santiago: Nações Unidas/Cepal-Eclac, 2002. Disponível em: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10204/P10204.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl-p/top-bottom.xslt> Acesso em: 02/01/2011.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C.R. (Org.) **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 34-41.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIAS JUNIOR, C. A. da S. **A saúde do trabalhador no Maranhão**: uma visão atual e proposta de atuação. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. **Gestão de atenção integral à saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2007. v. 5.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. **Incorporando a Saúde do Trabalhador na Construção das Políticas Públicas Nacionais**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2007. v. 1

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Curso Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. **Educação, Comunicação e Controle Social em Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2007. v. 6.

FURTADO, O. **A dimensão subjetiva da realidade**: uma leitura sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2009.

FURTADO, O. **Trabalho e solidariedade**. São Paulo: Cortez, 2011.

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: BRANDÃO, C. R. (Org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999 p. 15-50.

GALDINO, S. *et al.* O mais longo e intenso ciclo de cheia do Pantanal. In: SIMPÓSIO DE RECURSOS HÍDRICOS DO CENTRO OESTE , 2., Campo Grande. **Anais...** Campo Grande: Abrh, 2002.:

http://www.abrh.Org.br/novo/ii_simp_rec_hidric_centro_oeste_campo_grande.php
Acesso em: 1/11/2011.

GARBIN, A. De C. Processo de Implantação da Saúde do Trabalhador no SUS/SP. In: SCOPINHO, R. A.(Coord.) **Saúde e Trabalho no Brasil Contemporâneo: demandas, movimentos sociais e políticas públicas**. Mesa-Redonda. CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICOLOGIA, 1., São Paulo: Ulapsi, 2005.

GARBIN, A. De C. A saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. **Revista Instituinte**. n.01, v. 01, 2013, São Paulo. Disponível em:
<http://www.ibecscomunidadeetica.Org.br/instituinte/3.pdf> Acesso em: 19/03/2013.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B. ; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GRAHAM, A. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C; SILVA, J.M. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3. **Coletânea de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.63.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área Territorial dos municípios brasileiros com resolução nº 05, de 2002**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm> Acesso em: 15/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 05/10/2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 01/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Corumbá-MS**. Produto Interno Bruto dos Municípios 2009. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?nomemun=Corumb%20E1&codmun=500320&tema=pibmunic&desc=Produto%20Interno%20Bruto%20dos%20Munic%EDpios&legenda=Fonte%3A%20IBGE%2C%20em%20parceria%20com%20os%20%D3rg%E3os%20Estaduais%20de%20Estat%EDstica%2C%20Secretarias%20Estaduais%20de%20Governo%20e%20Superintend%EAncia%20da%20Zona%20Franca%20de%20Manaus%20-%20%0D%0ASUFRAMA.&uf=ms&r=2#> Acesso em: 15/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/csv.php?tabela=mpobreza2003&banco=cidadesat&codmun=500320&nomemun=Corumb%E1&legenda=Fonte%3A%20IBGE%2C%20Censo%20Demogr%E1fico%202000%20e%20Pesquisa%20de%20Or%E7amentos%20Familiare%20-%20POF%20%202002%2F2003.%3Cbr%20%2F%3E%20NOTA%3A%20A%20estimativa%20do%20consumo%20para%20a%20gera%E7%E3o%20destes%20indicadores%20foi%20obtida%20utilizando%20o%20m%E9todo%20da%20estimativa%20de%20pequenas%20%E1reas%20dos%20autores%20Elbers%2C%20Lanjouw%20e%20Lanjouw%20%282002%29.%0D%0A> Acesso em: 15/10/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Unidade Responsável Diretoria de Pesquisas , Coordenação de Agropecuária . **Produção da Pecuária Municipal** . Volume 39, 2011. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Producao_Pecuaria/Producao_da_Pecuaria_Municipal/2011/ppm2011.pdf Acesso em: 18/10/2012

KANASAWA, K. C.; MONTEIRO, C. L.; PINTOR, E. A. Apoio matricial em saúde do trabalhador na Atenção Básica: relato de experiência do município de Diadema. In: EXPOEPI: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças, 11. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

KASSAR, M. S. L. **Saúde do trabalhador no SUS**. SSM Corumbá – MS. Projeto de Implantação. Corumbá [2004?].

KRAUSE, M. Investigación-Acción-Participativa: una metodología para el desarrollo de autoayuda, participación y empoderamiento. In: DURSTON, J. e MIRANDA, F. (Org) **Experiencias y metodología de la investigación participativa**. Santiago: Nações Unidas/Cepal-Eclac, 2002. Disponível em: <http://www.eclac.Org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10204/P10204.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl-p/top-bottom.xsl> Acesso em: 02/01/2011.

LACAZ, F. A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 7-19, 1997.

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

LACAZ, F. A.de C.; SANTOS, A. P. dos Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. **Rev. Med.** Minas Gerais, v. 20, Supl. 2, S5-S12, abr.- jun. 2010.

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, S. T.M e CODDO, W. (Org.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p.10-19.

LEIGUEZ, M. F. C. **Estudo dos transtornos comuns apresentados em professores da rede pública na interface processo de trabalho**. 30f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 47, p. 46-49, junho, 1997.

LIMA, A. B. *et al.* **Programa de Saúde dos trabalhadores da Zona Norte**: Esboço de um Retrato. Instituto de Saúde. Grupo de Referência em Saúde e Trabalho. Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte – SUDS 6. São Paulo, agosto de 1993 (Relatório, mimeo).

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**. 1997, v.13, suppl.2, pp. S33-S45

MACHADO, J. M. H. *et al.* **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009**. Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Bahia: Universidade Federal da Bahia. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf Acesso em 25/10/2012.

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

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. **O capital**. Vol. 1, cap. V. São Paulo: Civilização Brasileira, 1975.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 1998.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Planejamento. **Relatório análise da situação de saúde microrregional Corumbá**. Municípios: Corumbá e Ladário. Mato Grosso do Sul, 2012. Disponível em:
<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.ms.gov.br%2Fcontrole%2FShowFile.php%3Fid%3D124206&ei=C9sXUYy6Fsje0gHetYHwAw&usq=AFQjCNFGJ7agR5VFZuFDSlahUeR-MsVeNw&bvm=bv.42080656,d.dmQ&cad=rja> Acesso em: 02/11/2012.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **CEREST**: Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Mato Grosso do Sul [2011?].

MATTOS, T. da S. S. **Política Públicas**: Rede de Saúde. Corumbá, 2011. 32 slides de Apresentação, color.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.Org.%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F03%2FRedes-de-Atencao-mendes2.pdf&ei=qaTtUNODOuTG0AHQ2oD4Dg&usg=AFQjCNFGweluSwqiN_CgXiomZkyHf77XKg&bvm=bv.1357316858,d.dmQ Acesso em: 05/01/2012.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B. ; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 427-432.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993.

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

NEVES, I. R. **A trajetória de mulheres portadoras das lesões por esforços repetitivos**. 217 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas, Campinas, 2003

ODDONE, I. *et al.* **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A.A.; SILVA, N. R. da e MARTINS, S.T.F. (Org). **Método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005, p. 25-51.

OLIVEIRA, F. de **A Construção Social dos Discursos sobre o Acidente de Trabalho**. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OLIVEIRA, M. H. B de; VASCONCELLOS, L. C. F. de As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, maio/ago. 2000.

PAIXÃO, R. O. Turismo regional: problemas e perspectivas. SIMPÓSIO SOBRE RECURSOS NATURIAS E SÓCIO-ECONÔMICOS DO PANTANAL, 4. Corumbá. **Anais...** Corumbá: Embrapa, 2004. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?>

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cpap.embrapa.br%2Fagencia%2Fsimpan%2Fsumario%2Fpalestras%2FRobertoPaixao.PDF&ei=DnfAUMeMJYOW8ATlhoHoDA&usg=AFQjCNHbjSJFLk eN5Le6Hon-yCiw9-GFoA](http://www.cpap.embrapa.br/Fagencia/Fsimpan/Fsumario/Fpalestras/FRobertoPaixao.PDF&ei=DnfAUMeMJYOW8ATlhoHoDA&usg=AFQjCNHbjSJFLk eN5Le6Hon-yCiw9-GFoA) Acesso em: 11/11/2011.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. **O que são CEREST's – CEST**. Sem data. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=331> Acesso em: 10/10/2010.

PEREIRA, L. de T, GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n.3, p. 422-429, 2009.

PEREIRA, S. S. da S. **Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul**. 120 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Programa de Mestrado Profissional, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Mato Grosso do Sul, 2004.

PINTO, A. M. A. C. *et al.* **Perfil dos acidentes de trabalho graves atendidos nos hospitais sentinelas de Campo Grande**. Campo Grande: UFMS/ENSP/SES-MS, 2012. 75p. Relatório técnico. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=124864> Acesso em: 02/02/2013

PORTAL SAÚDE. **Lista cerest**. 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29723&janela=1 Acesso em 03/03/2013.

PORTAL SAÚDE. **Portaria amplia número de Centros de Saúde do Trabalhador**. Data de Cadastro: 16/12/2011 as 19:00:59 alterado em 16/12/2011 as 19:00:59. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3771/162/portaria-amplia-numero-de-centros-de-saude-do-trabalhador.html> Acesso em 05/06/2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Repasse**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/area.cfm?id_area=574 . Acesso em: 01/04/2013.

PRESTES, J. Prefeitura de Corumbá ativa Centro em Saúde do Trabalhador. **Midiamaxnews**. Campo Grande, 23 de jul. 2007. Disponível em: http://www.midiamax.com/view.php?mat_id=288001. Acesso em: 10/05/2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Ranking do IDH dos Municípios do Brasil 2003**. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003. Acesso em: 05/05/2010.

RIBAS, D. R. **Estudo comparativo da atuação do fisioterapeuta no Cerest de Corumbá com a proposta da Renast**. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, C. M. F. As Redes em Saúde: entre limites e possibilidades. In: Organização Pan-Americana da Saúde (Org.) **Fórum nacional de redes em saúde**. Belo Horizonte: OPAS, 2005, p. 37 – p. 58.

ROTELLI, F, LEONARDIS, O e MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990

SABATEL, S. R. C. B. **Riscos Ocupacionais do trabalhador da mineração em Corumbá**. 12f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SANTANA, F. A. L. **A atuação das psicólogas na saúde pública no município de Ladário-MS**. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Curso de Psicologia, Corumbá, 2013.

SANTANA, J. P. de. Desafios para as Redes no campo da Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde (Org.) **Fórum nacional de redes em saúde**. Belo Horizonte: OPAS, 2005, p. 11- 30.

SANTANA, M. E. F. **A influência da postura adotada pelo piloto (Piloto de Pesca) no desenvolvimento da Lombalgia**: Revisão. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SANTANA, V.S.; SILVA, J.M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, cap. 7, p. 175-202.

SANTOS, A. P. L. dos; LACAZ, F. A.C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, maio 2012.

SANTOS, A. P. L. dos; LACAZ, F. A.C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, N. R. da C. **A temática da saúde do trabalhador no conselho municipal de saúde e o funcionamento da Cist na microrregião de Corumbá e**

Ladário. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Apresentação Renast.** São Paulo, São Paulo, agosto de 2003

SAUCEDO, A. dos S. B. **Estresse a doença que acomete aos docentes. 2006 A 2009** . 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SAWAIA, B. B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S.T.M e SAWAIA, B. B. (Org.) **Novas Veredas da Psicologia Social.** São Paulo: Educ/Brasiliense, 1994, p. 157-168.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa Participante: Alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-41, jun. 2006

SEBRAE/MS. **MATO GROSSO DO SUL SEM FRONTEIRAS: NÚCLEO DE ATENDIMENTO INTEGRADO.** Disponível em: <http://semfronteiras.ms.sebrae.com.br/portal/index.php?page=channel&id=33> Acesso em: 02/02/2012.

SEIDL, A. F.; SILVA, J. dos S. da V.; MORAES, A. S. Cattle ranching and deforestation in the Brazilian Pantanal . **Ecological Economics.** nº 36, p. 413-425, ago. 2001.

SEVERINO, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: MARTINS de SÁ, J. L. (Org.) **Serviço Social e interdisciplinaridade: Dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão.** São Paulo, Cortez Editora, 1989, p. 11-20.

SILVA, A. K. T. da. **A atuação do Psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF.** 28f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Curso de Psicologia, Corumbá, 2013.

SILVA, M. *et al.* **Panorama em segurança e saúde no trabalho (SST) na indústria: Brasil e unidades da federação 2004:** setor de minerais não-metálicos (CNA 14 e 26). Brasília: SESI/DN, 2011. Disponível em: http://www.sesipr.Org.br/uploadAddress/Serie%20panorama%20da%20seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho%20no%20brasil_setor_de_minerais_arquivo%5B33363%5D.pdf Acesso em: 21/03/2012.

SOUZA, C. A. V. de; MACHADO, J. M. H. Ministério da Saúde: a institucionalidade da saúde do trabalhador no sistema único de saúde. In: CHAGAS, A. M. de R.;

SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil:** aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: Ipea, 2011.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas Organizações.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

TRAVERSO-YEPEZ, M. *et al.* "Fazem um PSF lá de cima...": um estudo de caso. **Psicol. estud.** Maringá, v.12, n.3, p. 593-602, set/dez.2007.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, jul-ago. 2007

URQUIZA, C. C. N. **Validação de questionário de análise de perfil dos pacientes atendidos pelo setor de fisioterapia em Saúde do Trabalhador no município de Corumbá-Ms.** 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

VALE. **Vale conclui a aquisição de Corumbá.** 18/09/2009 Disponível em: <http://www.vale.com/PT/investors/home-press-releases/Press-Releases/Paginas/vale-conclui-a-aquisicao-de-corumba.aspx> Acesso em: 01/11/2011.

VICTORIA, D.; CHAGAS, L. Redes de relacionamento estratégico para a cooperação técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas.** BRASÍLIA: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

VILAS BOAS, S. W. Apresentação do manual de gestão da Renast. In: V Encontro Nacional da Renast. Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/eventos/encontro-nacional-da-renast/v-encontro-nacional-renast/27-set-2011/manha-27-de-set-2011/Apresentacao%20do%20Manual%20de%20Gestao%20da%20Renast_Soraya%20Wingester%20Vila%20Boas_27-09-11.pdf/view Acesso em: 10/12/2012.

ANEXO 1

Figura 4: Fonte - IBGE, acesso em 01/11/2012



Área territorial: Corumbá, Ladário e demais municípios

Unidade: MS

Estado(s): MS



Síntese das informações: Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
O IBGE se isenta de qualquer responsabilidade sobre o índice calculado pelo usuário.

Figura 5: Fonte: Google Earth Acesso em 01/11/2012

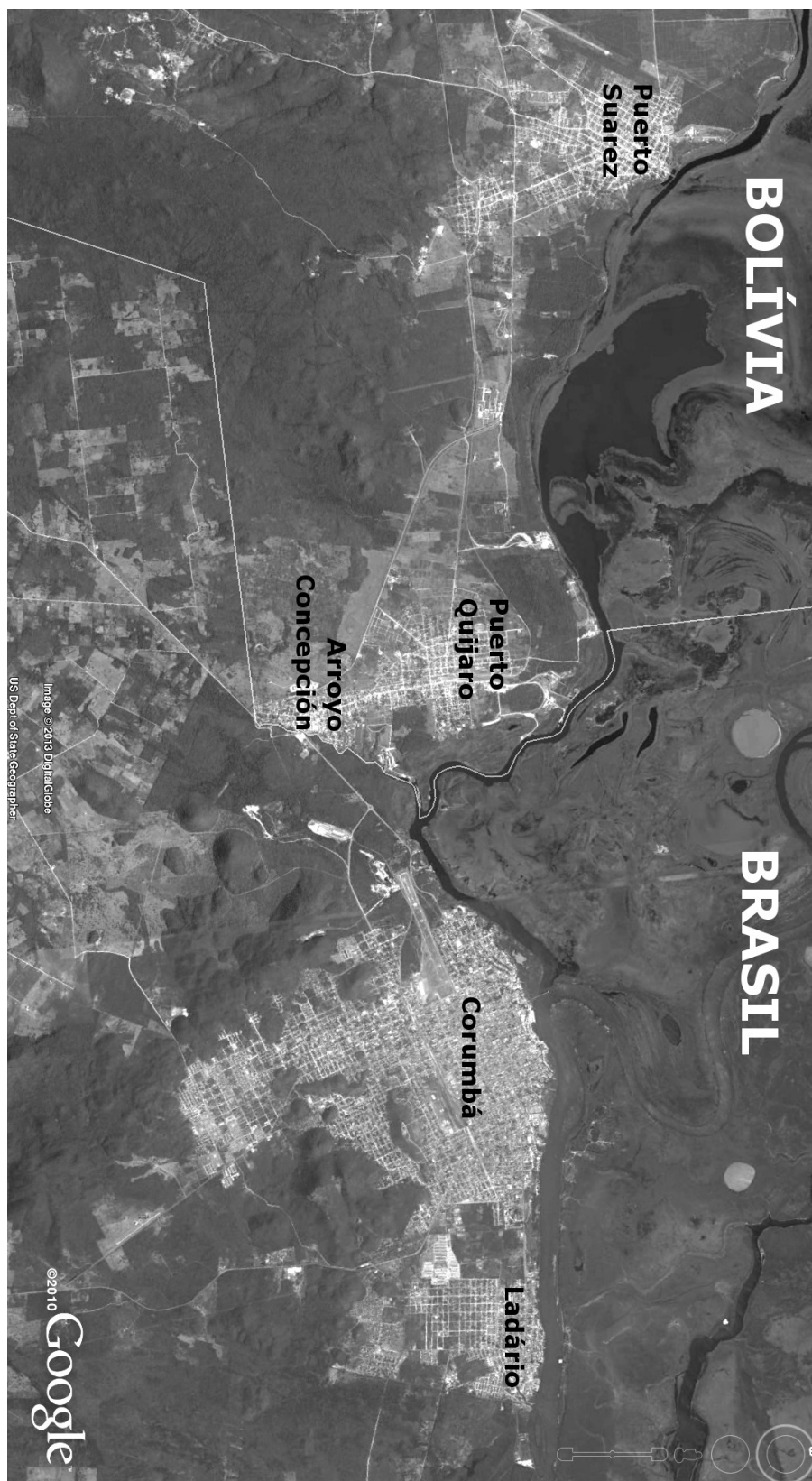


Figura 8



Território de Abrangência do Cerest Regional de Corumbá em 2007



Síntese das informações: Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
O IBGE se isenta de qualquer responsabilidade sobre o índice calculado pelo usuário.

Figura 9 – Organograma da Saúde de Corumbá

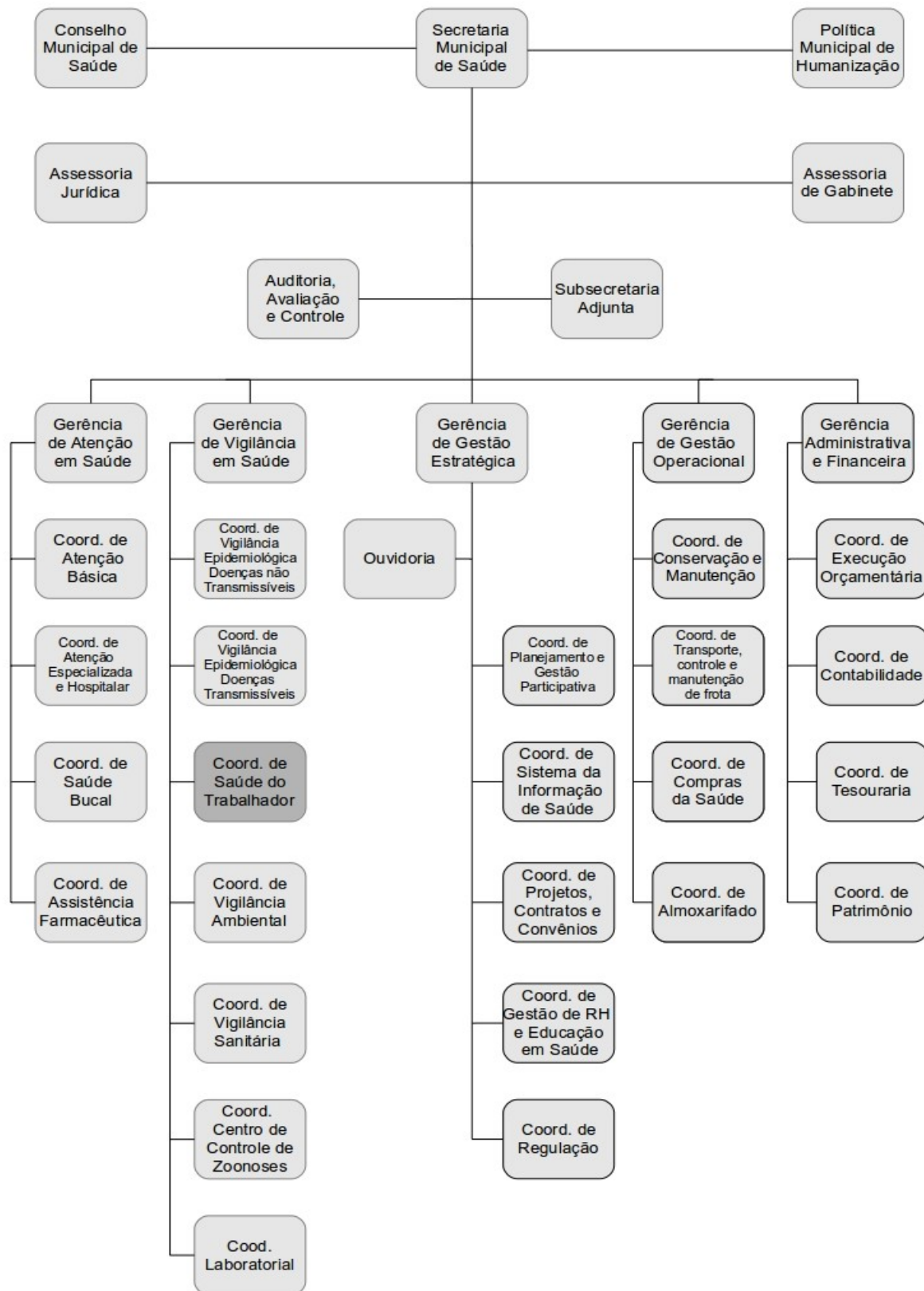


Figura 10 – Vista aérea da Cist e do Cerest. Fonte: Google Earth. Acesso em 01/12/2012

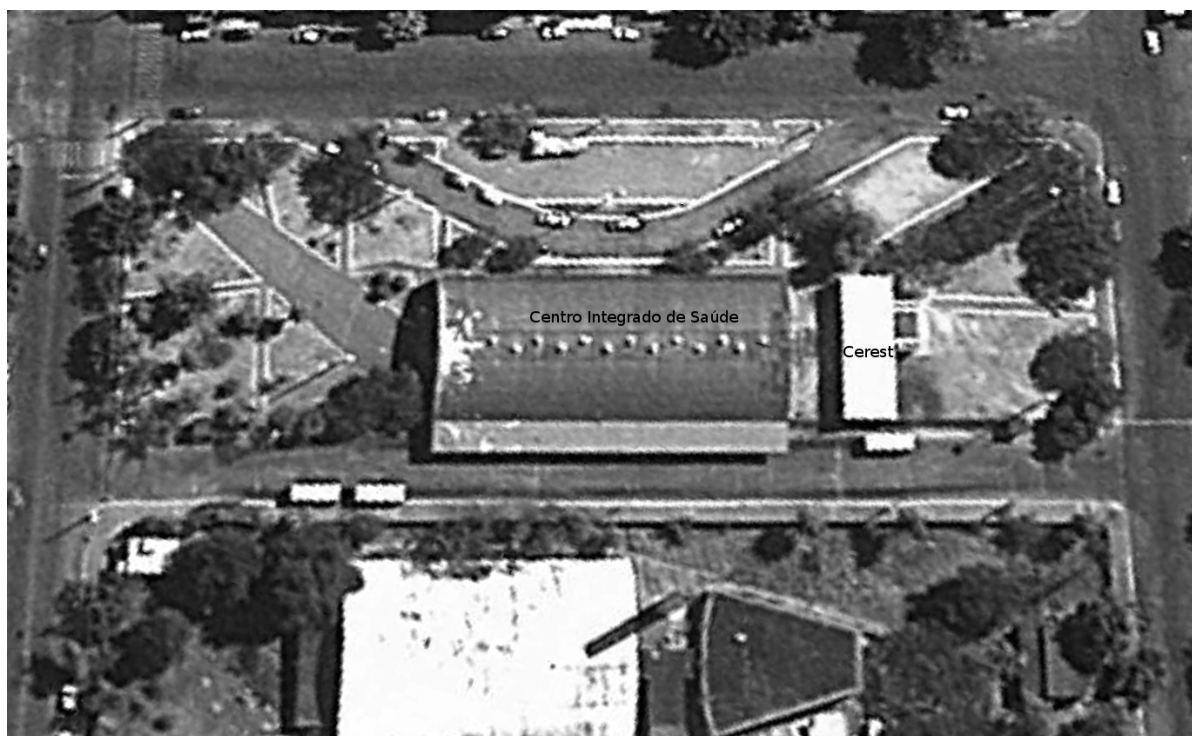
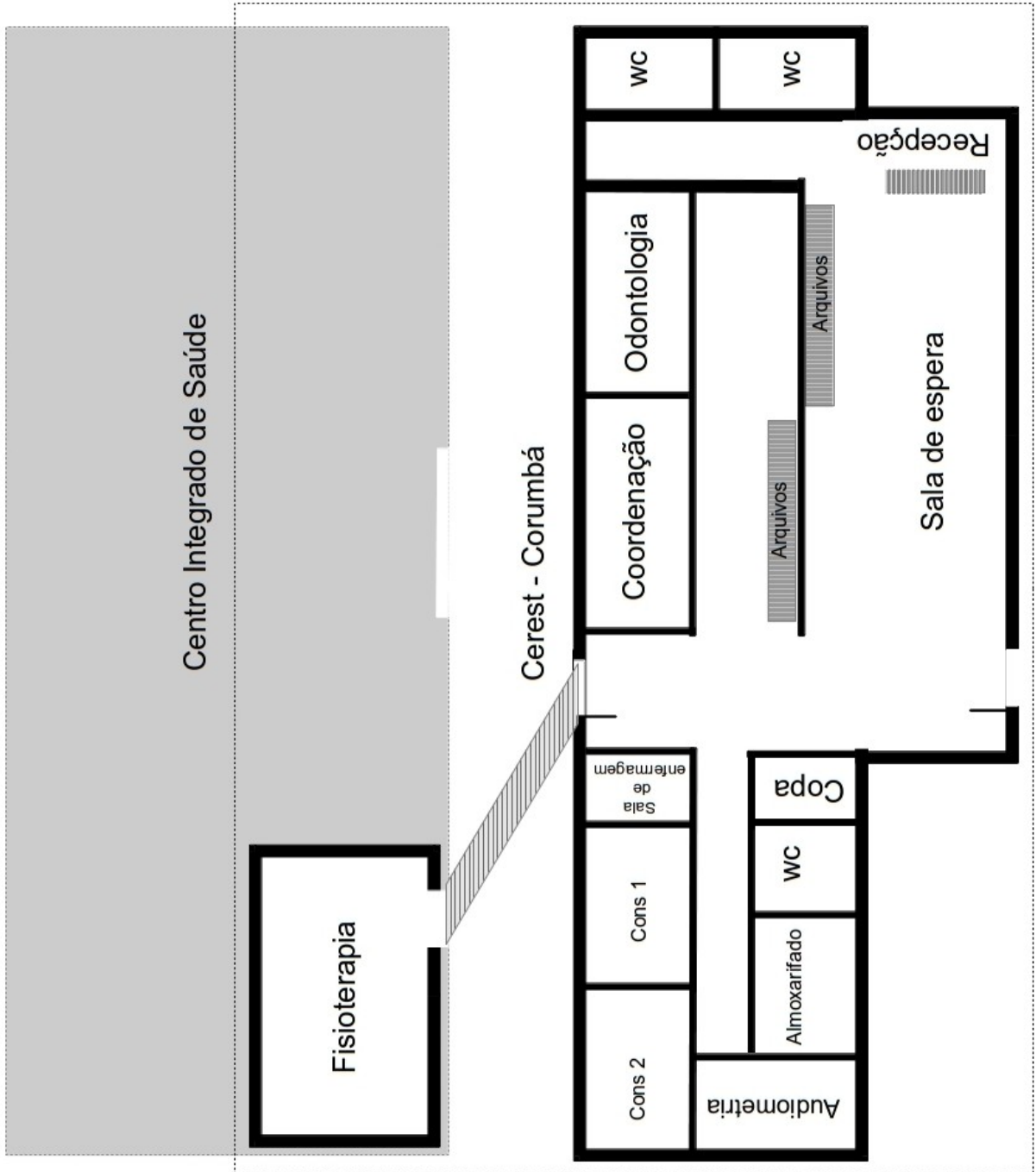


Figura 11 – Fachada do Cerest Regional de Corumbá.



Figura 12 - Distribuição do espaço interno do Cerest – Corumbá



ANEXO 2

Folhetos de divulgação

REDE DE CEREST DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

MISSÃO

Desenvolver ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e assistência, em consonância com os sistemas nacionais de vigilância sanitária e epidemiológica, visando a promoção, a proteção, o tratamento e a reabilitação da saúde do trabalhador submetido a riscos advindos dos processos e ambientes de trabalho.

CEREST ESTADUAL

Campo Grande:
Rua Joel Dibo, 267
Centro - Fone: 3312-1100

CEREST REGIONAL

Dourados:
Rua Weimar Gonçalves Torres, 4225
Jd Caramuru - Fone: 3428-2400

Corumbá:
Rua Ladário, s/n
Centro - Fone: 3907-5444



Saúde do
Trabalhador

CEREST

Centro Regional de Referência
em Saúde do Trabalhador

Rua Ladário, s/n - Centro - Fone: 3907-5444
Corumbá - Cep 79.330-000



CEREST O QUE É?

É um serviço do Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela portaria do Ministério da Saúde n.º 1679/2002, cujas ações são desenvolvidas através da Secretaria Estadual de Saúde com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores.

O QUE REALIZA?

Atendimento aos trabalhadores de todas as categorias profissionais urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício, com doenças ou acidentes relacionados ao trabalho:

ASSALARIADO
DOMÉSTICOS
AVULSOS
COOPERATIVADOS
AUTÔNOMOS
AGRÍCOLAS
SERVIDOR PÚBLICO
APOSENTADOS
DESEMPREGADOS
VÍTIMAS DE DOENÇAS
OU ACIDENTES DE TRABALHO

O CEREST É UM CENTRO DE APOIO TÉCNICO E DE DIFUSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR

Serviços assistenciais oferecidos pelo CEREST

- Assistente Social;
- Médico do Trabalho;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista.

Educação em saúde:

- Palestras de Orientação;
- Debates;
- Suporte técnico Científico;
- Capacitações.

O OBJETIVO DO CEREST

Promover a sensibilização da sociedade para a elevação da consciência social das políticas públicas na melhoria das condições e dos ambientes de trabalho, constituindo-se em uma estratégia para a consolidação das ações de saúde do trabalhador no estado de Mato Grosso do Sul.

DICAS QUE TRAZEM BENEFÍCIOS A SAÚDE MENTAL

- * Atividades que lhe dão prazer
- * Alimentação saudável
- * Busque alternativas anti-estresse
- * Cuide da saúde: faça exames periodicamente
- * Procure uma vida familiar harmoniosa

"Quem olha para fora, sonha.
Quem olha para dentro...
Desperta". (Carl Jung).



PREFEITURA MUNICIPAL
DE CORUMBÁ



CEREST

Centro Regional de Referências
em Saúde do Trabalhador

Rua Ladário, s/n
Corumbá - MS
Cep 79.330-000 - Tel: (67) 3907-5444



Saúde do
Trabalhador

CEREST

Centro Regional de Referências
em Saúde do Trabalhador

VOCÊ ENCONTRA NO CEREST ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

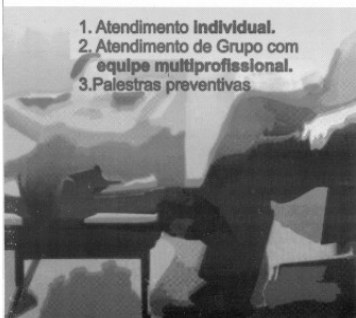
A psicologia é uma ciência que visa compreender as emoções, a forma de pensar e o comportamento do ser humano.

Busca o conhecimento e o desenvolvimento humano individualmente ou em grupo.

Reabilitação psicossocial.

Ao trabalhador que necessita de acompanhamento psicológico por diversos transtornos mentais e do comportamento, relacionado ao trabalho, oferece:

1. Atendimento individual.
2. Atendimento de Grupo com equipe multiprofissional.
3. Palestras preventivas



Promover a saúde e a qualidade de vida do trabalhador buscando a prevenção de futuros distúrbios psíquicos.

AÇÕES DO PSICOLOGO

1. Preventiva nos locais de trabalho.
2. Curativa; tratamento psicológico.

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

O QUE É

As doenças relacionadas ao trabalho referem-se a um conjunto de danos e agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados por fatores de riscos presentes nos locais de trabalho.

(Cadernos de Atenção Básica, p. 21., 2002.,)

DISTÚRBIOS MENTAIS E TRABALHO

O trabalho também adocece e provoca distúrbios psíquicos.

Fatores que podem gerar distúrbios psíquicos são:

Condições de trabalho: físicas, químicas e biológicas.

A organização do trabalho: estruturação hierárquica, divisão de tarefa, jornada, ritmo, trabalho em turno, intensidade, monotomia, repetitividade, responsabilidade excessiva, relações humanas e outras.

(Caderno de Atenção Básica, P. 32, 2002)

ALGUNS SINAIS E SINTOMAS DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS

Modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta de excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo, absenteísmo.

Sintomas físicos como dores, perda de apetite, mal-estar-geral, tonturas, náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações, e sintomas neurovegetativos diversos.

CONSULTE UM MÉDICO!

Acredite você é especial

Alongamento



Faça movimentos com a cabeça como o sinal "sim" e "não". Gira a cabeça lentamente e alternadamente. Mantenha os ombros bem relaxados.



Incline a cabeça para o lado direito com a ajuda da mão direita e depois para o lado esquerdo com a ajuda da mão esquerda. Mantenha em cada posição por 20 segundos. Repita 3 vezes cada lado.



Direcione o cotovelo atrás da sua cabeça no sentido do ombro oposto e conduza-o para baixo com a mão oposta. Mantenha essa posição por 20 segundos. Repita 3 vezes cada braço.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ



CEREST

Centro Regional de Referências em Saúde do Trabalhador

Rua Ladário, s/n
Corumbá - MS
Cep 79.330-000 - Tel: (67) 3907-5444

Movimente-se



Sabe-se que a atividade física e o alongamento durante o expediente de trabalho é extremamente relaxante, além de melhorar o bem estar físico, mental e prevenir o aparecimento de doenças ocupacionais.

Então, movimente-se!



Estique os braços para cima e entrelace novamente os dedos. As palmas das mãos devem estar viradas para o alto. Mantenha nessa posição por 20 segundos.



Gire o punho no sentido horário e anti-horário, os dedos devem estar abertos.



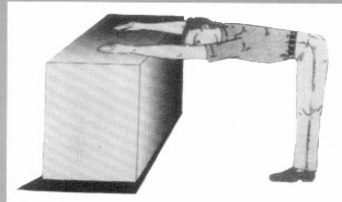
Una as palmas das mãos na altura do peito estendendo o punho. Faça esse exercício abaixando as mãos e separando as palmas sem separar os dedos.



Dobre o joelho segurando o pé com a outra mão e puxe o calcanhar na direção das nádegas. Faça isso com cada perna, 3 vezes cada uma. Mantenha essa posição por 20 segundos.



Coloque uma das pernas sobre o apoio fixo que não seja muito alto. Estenda essa perna mantendo o pé reto com os dedos virados para cima. Incline o tronco para frente, mantendo as costas retas. Permaneça nessa posição por 20 segundos. Faça depois com a outra perna. Repita 3 vezes cada uma.

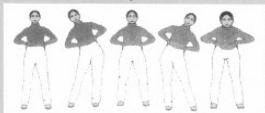


Com as mãos apoiadas sobre uma mesa, estique os braços descendo o tronco e mantendo as costas bem retas. As pernas devem permanecer esticadas e os pés paralelos, afastados na largura do quadril. Mantenha essa posição por 20 segundos. Repita 3 vezes.

Exercícios

Informe seu médico antes de iniciar qualquer atividade física.

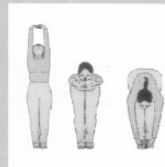
A dor é um sinal de que algo não está bem, portanto se sentir pare imediatamente



Com as mãos na cintura, gire o tronco para a direita, depois para frente, para a esquerda e finalmente para trás. Como se estivesse desenhando um círculo. Repita de 05 a 10 vezes. Pare, descanse e faça novamente.



Abraçe o joelho com ambas as mãos de encontro ao peito. Solte-o e faça com o outro joelho. Repita de 05 a 10 vezes cada perna.



Inspire, olhe para cima, junte as mãos e estique-as o máximo possível, abaixe o tronco até próximo aos seus pés soltando o ar pela boca. Volte e repita 05 vezes.

CERTO **ERRADO**

- Stress
- "Dobrar" as costas
- Caminhar de salto alto

CERTO **ERRADO**

- Apoio total da coluna

CERTO **ERRADO**

- Sempre que for agachar, dobre os joelhos



Dicas Básicas

- Apoio para os braços, coluna e pés.
- Teclado na altura do cotovelo.
- Monitor na linha de visão.
- A cada 1 hora na mesma posição, levante e movimente-se.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ



Saúde do Trabalhador

CEREST

Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

Rua Ladário, s/n - Centro - Fone: 3907-5444
Corumbá - Cep 79.330-000

Aprenda a prevenir a Dor

Com pequenos cuidados na nossa vida, seja em casa ou no trabalho, podemos evitar as indesejáveis dores. O jeito de trabalhar ou de ficar em casa influencia na nossa saúde.

Veja como é fácil!

ERRADO **CERTO**

ERRADO **CERTO**

- No ônibus, procure não se curvar

ERRADO **CERTO**

- Distribuir os pesos

CERTO **ERRADO**

CERTO **ERRADO**

- Ao erguer objetos, utilize escadas ou bancos

CERTO **ERRADO**

- Ao pegar objetos do chão, dobre os joelhos e levante-os com a força das pernas. **NÃO COM A COLUNA**

ERRADO

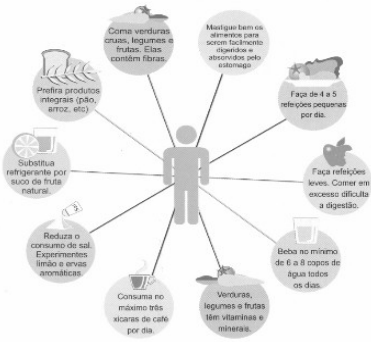
CERTO

- Travesseiro no meio das pernas

Certo **Errado**

- Apoio para os pés

Dicas para o dia-a-dia



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ



Saúde do Trabalhador

CEREST

Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

Rua Ladário, s/n - Centro - Fone: 3907-5444
Corumbá - Cep 79.330-000

CEREST

Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador



Quem se alimenta bem, trabalha melhor

Alimentação Saudável

O que é importante saber?

Os alimentos são compostos por várias substâncias químicas necessárias ao corpo, conhecidas como nutrientes. Quando o alimento é ingerido, ocorre o processo de digestão que tem como produto final os nutrientes que são absorvidos pelo organismo.

São eles: proteínas, carboidratos, lipídios, vitaminas, sais minerais e água. Para se ter uma boa alimentação, deve haver equilíbrio entre qualidade e quantidade dos alimentos para que eles forneçam todos os nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo.



Funções dos Alimentos



São compostos por alimentos que fornecem proteínas, necessárias ao crescimento e reparação dos tecidos (carnes, ovos, leite e feijões:)



Funciona como "combustível" e nos faz andar, correr, pensar etc (óleos, macarrão, batata, pães, farinha, doces, geléias, cereais e etc);

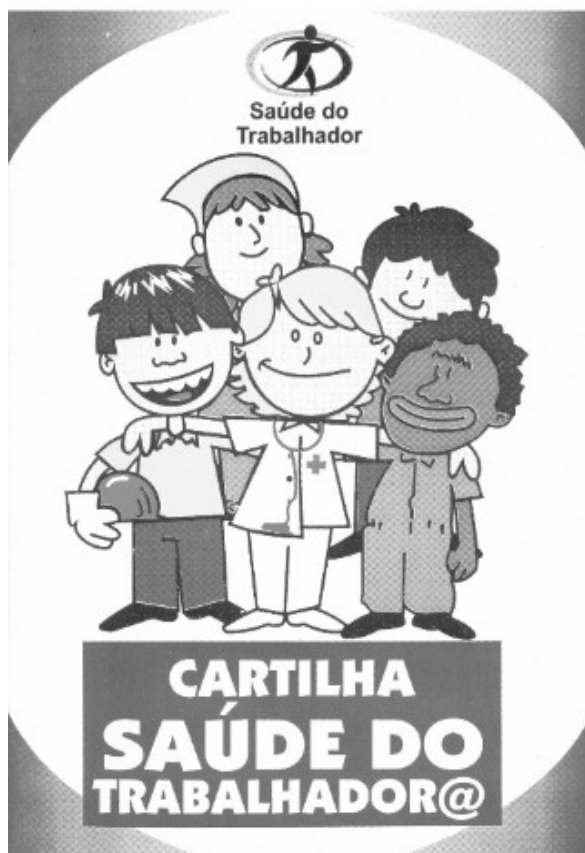


Fornecem vitaminas e minerais, são responsáveis por regular o funcionamento do organismo. O ferro, por exemplo, participa da formação do sangue. São alimentos reguladores: as frutas, verduras e alguns legumes.

Como ter uma alimentação balanceada



Nenhum alimento é totalmente completo. Para satisfazer as nossas necessidades do nosso organismo é preciso comer diariamente alimentos de todos os grupos citados acima. Quanto mais variada for a sua refeição, mais completa e equilibrada estará sendo a sua alimentação.



CENTRO REGIONAL SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST

Equipe:

Beatriz Silva Assad - Coordenadora e Assistência Social
 Keyla de Brito Silva - Enfermeira do Trabalho
 Flávia Addor de Barros Marinho - Médica
 Fábio Luiz Barbosa de Oliveira - Médico do Trabalho
 Nelson Fuzetta - Médico do Trabalho
 Yussef Mohamed El Salla - Fisioterapeuta
 Juliana Lima Cardoso - Fisioterapeuta
 Danielle Ribeiro Ribas - Fisioterapeuta
 Fernanda dos Santos Lima - Nutricionista
 Mirian Feitosa Camacho Lugez - Psicóloga
 Dirceu Miguéis Pinto Junior - Odontólogo
 Antonio Neves de Oliveira - Téc. em Seg. do Trabalho
 Mariluce G. L. de Almeida - Téc. em Enf. do Trabalho
 Heloiza Helena Porcino - Téc. em Enfermagem
 Nella Barros Pereira - Téc. em Enfermagem
 Paula Cristine da Matta Monteiro - Aux. Administrativo
 Izabel Picolomini - Aux. Administrativo
 Silvio Pessoa Rodrigues - Aux. Administrativo
 Regina Paes Proença - ACD
 Rita Aparecida da Costa Silva - ASD
 Luiz Carlos da Silva - Motorista
 Sonia Regina Carvalho Barbosa Sabatel - Fonoaudióloga

02



proteção do meio ambiente, nele incluído o do trabalho.

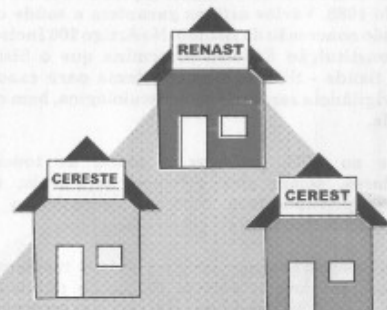
O governo federal, atendendo reivindicações da reforma sanitária e do movimento sindical passou a atender de forma eficaz as determinações da Constituição Federal de 1988. Vários artigos garantem a saúde como direito e não concessão do Estado. No Artigo 200 Inciso II e VII da Constituição Federal determina que o Sistema Único de Saúde - SUS tem competência para executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde.

Cabe ao SUS, proteger a saúde de todos os trabalhadores, sejam eles urbanos ou rurais; setor público ou privado; com carteira assinada ou não, independente de tipo de vínculo empregatício.

Caso a empresa não tenha serviços médicos, ou inoperantes, procure o serviço de saúde pública (ou conveniado ao SUS, ambulatorial ou de emergência, conforme o caso).

05

PROGRAMA SAÚDE DO TRABALHADOR



Em 2002 foi iniciada a construção de uma rede de proteção à saúde do trabalhador que foi estruturada da seguinte forma: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e o Centro Regional e/ou Municipal CRST.

06

O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST de Corumbá iniciou suas atividades em julho de 2007. Além de Corumbá o Centro deve assistir os trabalhadores nos municípios de Bonito, Bodoquena, Ladário e Miranda. Atualmente conta com atendimento do Médico do Trabalho, tratamento fisioterapêutico, avaliação e atendimento de Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Serviço Social, Enfermeiro do Trabalho e Odontologia.

O CEREST realiza também orientações, encaminhamentos e trabalhos de prevenção a acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho

No CEREST são atendidos todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício, inclusive as donas de casa e informais.

O objetivo geral do CEREST de Corumbá é atender aos trabalhadores de forma a promover prevenção e reabilitação física emocional, na busca por promoção de qualidade de vida.

07

ALGUNS DIREITOS DOS TRABALHADORES



- * Realizar exames de saúde na contratação, durante a permanência no emprego e na demissão, com custos pagos pela empresa.
- * Ser informado sobre riscos existentes em seu ambiente de trabalho
- * Ter à disposição Equipamentos de Proteção Individual (EPI), quando as medidas coletivas não forem suficientes ou quando houver emergências;

08

- * Participar de comissões, acompanhar e fiscalizar o cumprimento das normas e medidas de proteção à saúde e segurança implantadas pelas empresas e órgãos públicos;
- * Receber da Previdência Social (INSS) os benefícios acidentários nos casos de afastamento por mais de 15 dias, incapacidade de seqüelas;
- * Ter estabilidade no emprego durante o tratamento e garantia de 12 meses do contrato de trabalho após alta do INSS, quando se tratar de acidente de trabalho; caso seja segurado da previdência social;
- * Ter assistência à saúde, tratamento e reabilitação;
- * Ter acesso a ações de promoção e proteção da saúde;
- * É também direito do trabalhador interromper o trabalho quando houver grave e imediatamente risco à saúde.



09

ALGUMAS INSTITUIÇÕES QUE DEVEM DEFENDER OS DIREITOS DOS TRABALHADORES SINDICATOS



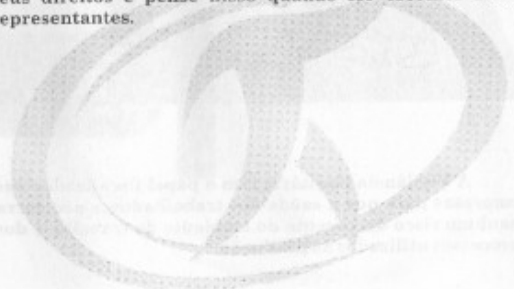
Os sindicatos dos trabalhadores devem proteger seus filiados contra riscos que o modo de trabalho pode provocar, através de processos e ambientes inadequados e relação hierárquica autoritária (abuso de poder por parte dos chefes), estes fatores trazem danos à saúde dos trabalhadores.

10

As condições do trabalho incluindo a relação social entre empresa e empregados, as condições físicas e a forma que são executadas as atividades laborais devem ser objeto de acompanhamento, no local, por seu sindicato.

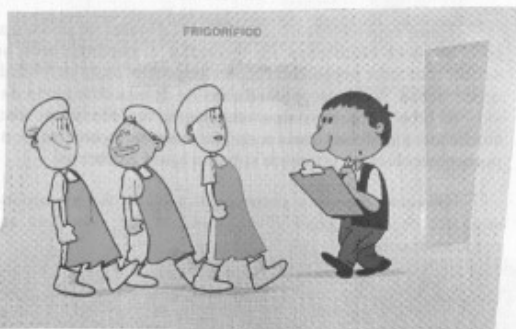
Seus representantes sindicais devem se preocupar com as suas condições de trabalho e garantir que sua saúde não seja prejudicada. Ao executar suas atividades na empresa. A preservação da saúde de sua categoria deve ser objeto dos acordos coletivos celebrados entre sindicato e patrões, pois a saúde é um bem natural e não pode ser colocada em risco sob qualquer pretexto.

Observe se seus representantes estão garantindo seus direitos e pense nisso quando for escolher seus representantes.



11

VIGILÂNCIA SANITÁRIA



A Vigilância Sanitária tem o papel fiscalizador nas empresas para que a saúde dos trabalhadores não corra nenhum risco decorrente do ambiente de trabalho e dos processos utilizados na produção.

12

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

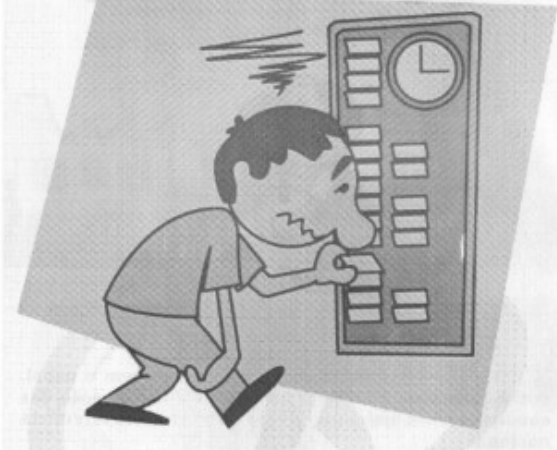


O Ministério do trabalho e Emprego tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo território nacional.

As Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego DRTE representam o Ministério do Trabalho nos estados, e possuem um setor responsável pela operacionalização da fiscalização dos ambientes de trabalho, no nível regional.

13

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO



As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho.

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de

14


Trabalhos são classificados em:

- agentes físicos: ruído, vibração, calor frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação, etc.
- agentes químicos: substâncias químicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira.
- agentes biológicos: bactérias, fungos, parasitas, vírus, etc.
- organização do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade de movimento, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organização do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros.

As doenças relacionadas ao trabalho são equiparadas ao acidente de trabalho, para fins de concessão dos benefícios previdenciários, sendo chamadas pela Legislação Previdenciária de "doenças ocupacionais" ou "doenças do trabalho".

15

ACIDENTES DE TRABALHO



Tanto os acidentes quanto as doenças relacionadas ao trabalho são eventos potencialmente preveníveis, desde que modificadas e melhoradas as condições de trabalho.

Para a Previdência Social, acidente de trabalho é o "acidente que ocorre pelo exercício do trabalho e a serviço da empresa (fora do local de trabalho), ou durante o trajeto (residência/trabalho/residência), provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporário".

16

COMO AGIR EM CASO DE DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO



TRABALHADOR EMPREGADO, CARTEIRA ASSINADA, MESMO SE TERCEIRIZADO, SE ESTIVER EMPREGADO:

- A empresa deve emitir a CAT (Comunicação de Acidente do trabalho) e encaminha para registro no INSS, independente de necessitar ou não afastamento de trabalho;
- A previdência faz a perícia médica e avalia se há incapacidade;
- Confirme se há ou não relação do acidente/doença com o trabalho;
- Se a empresa não tomar essa providência, o trabalhador deve procurar os serviços de saúde pública ou o sindicato de sua categoria para emissão da CAT

17

Se estiver desempregado ou aposentado:

- Procure os serviços de saúde do SUS de seu município, o sindicato de sua categoria;
- Esses serviços podem emitir CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho), quando for necessário.
- O aposentado tem direito a reabilitação profissional quando sofre acidente de trabalho e poderá optar em receber auxílio-doença acidentário, caso este seja mais vantajoso que a aposentadoria, pelo período em que a aposentadoria, pelo período em que estiver incapacitado para o trabalho.
Trabalhadores do mercado informal, autônomos, por conta própria, empregados domésticos:
- Os benefícios acidentários do INSS só são concedidos para os trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho, que são empregados com carteira assinada (exceto os empregados domésticos);
- Os trabalhadores autônomos, empresários e empregadas domésticas têm direito aos benefícios previdenciários (pensão por morte, auxílio-doença previdenciário, auxílio-reclusão e aposentadoria por idade, tempo de serviço, e aposentadoria por invalidez, desde que preenchidos os requisitos em Lei;
- No entanto a atenção à saúde prestada pelo SUS, à *garantida a todos* sem distinção;
- Procure o serviço de saúde SUS e o sindicato de sua categoria;
- Os casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho nestes trabalhadores devem também ser notificados ao SUS, pelos serviços de saúde ou pelos próprios trabalhadores e seus representantes.

18

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CIST



A Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador CIST é um colegiado que garante o controle social do programa, suas políticas e estratégias para melhor atender o trabalhador acometido por acidente de trabalho ou doenças profissionais e do trabalho, busca promover a prevenção dos riscos que podem estar presentes no ambiente ou nos processos de trabalho. Essa comissão é formada por sindicatos, universidades, instituições que cuidam dos interesses do Estado dos trabalhadores, incluindo além da saúde, todos os fatores de risco onde representantes de empregadores e trabalhadores traçam políticas públicas de saúde para os

19

Trabalhadores e a forma de acolimento e orientação aos doentes pelo trabalho.

Tem por competência:

- I - Acompanhar e decidir as políticas de saúde do trabalhador desenvolvida pelo Centro Regional de Saúde do Trabalhador CEREST / Corumbá.
- II - Recomendar o aprimoramento dos instrumentos de controle dos indicadores de acometimento de acidentes e doenças ocupacionais em Corumbá e região.
- III - Determinar, localmente a política de prevenção de acidentes e doenças dos trabalhadores levando em conta o ambiente para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.
- IV - Articular a interface com as instituições científicas para estabelecer a prevenção e o cuidado de forma integral aos trabalhadores do município e região.
- V - Autorizar atos e ações complementares necessários a implementação e aprimoramento das políticas que promovem a saúde integral dos trabalhadores.
- VI - Avaliar e decidir sobre serviços, recursos e mão-de-obra necessários à promoção de saúde dos trabalhadores de Corumbá e região.

20

O QUE É LER/DORT?



* A LER (Lesão por Esforço Repetitivo) e DORT (Distúrbio Ósteo Muscular Relacionado ao Trabalho) está sendo uma das epidemias do século XXI, no qual é representada por várias fases:

- * Na primeira fase, existe a sensação de peso e desconforto na parte afetada, a dor é leve, mas pode aparecer apontada durante o período de trabalho;
- * Na Segunda fase, a dor é mais intensa e persistente. Já se pode sentir formigamentos e fisgadas, choques, inchaço, rangidos, dormência, queimação, etc. Ao fazer as tarefas domésticas podem aparecer alguns desses sintomas;

21

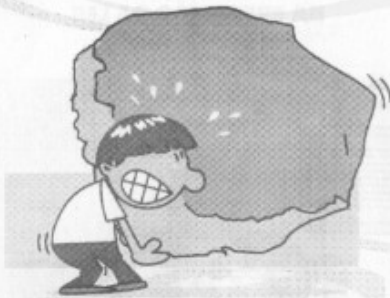
* Na terceira fase, a dor é mais forte e mais persistente, o sono passa a ser agitado e os sintomas pioram com as mudanças de temperatura. À noite podem surgir câimbras, palidez, suor nas mãos, fadiga e fraqueza. Algumas tarefas domésticas podem ser feitas outras não.

* Na Quarta fase, a dor é contínua e forte, muitas vezes insuportável. Mesmo quando a parte afetada está imobilizada, pode-se sentir dor. Existe a perda de força, dificuldade concentração e insônia. Os transtornos emocionais levam à agressividade, medo, depressão e angústia. Começam a surgir deformidades e atrofia no local atingido. As tarefas são impossíveis de se realizar.

Aos primeiros sintomas da doença, procure imediatamente um médico, pois quando a LER não é cuidada a tempo, pode nos trazer danos "sem volta"! Porém, quando ela é tratada logo no começo, a doença pode ser controlada e curada.

22

ORIENTAÇÕES PARA INDIVÍDUOS COM LER/DORT



- * Não levante pesos do chão acima de 20% do seu peso corporal;
- * Não coloque o monitor fora da linha de visão;
- * Não deixe o monitor distante dos seus olhos, a distância certa * é entre 45 e 80 centímetros;
- * Não deixe sua mão ficar sem apoio, o correto é deixar a mão apoiada na mesa;
- * Evite colocar pesos acima da cabeça em prateleiras altas;
- * Evite fazer movimentos que torças o pescoço ou o tronco;
- * Não carregue bolsas pesadas inutilmente, durante o dia todo;
- * Não levante objeto do chão sem flexionar os joelhos e quadris.
- * Sente bem ereto, encoste as costas na cadeira formando um ângulo de 90° com o quadril e apoie todo o pé no chão.
- *

23

CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE PODEM AJUDAR NA PREVENÇÃO DA LER



- * Iluminação adequada;
- * Temperatura agradável;
- * Ambiente ventilado;
- * Cadeiras com regulagem, encosto e braços;
- * Ambiente sem poeira, vapores, gases, ou ruídos;

24

- * Mesas, teclados bancadas, terminais, máquina e escrivaninhas devem proporcionar boa postura, visualização e operação;
- * Trabalhe disposto, sorrindo e com vontade;
- * Solte suas emoções, libere seus sentimentos;
- * Exponha suas idéias, deixe sua criatividade aparecer;
- * Dê respeito, amizade e atenção a todos os que trabalham ao seu redor;
- * Trabalhe com dedicação e perseverança, porém sem fazer "mágica";
- * Rede de atenção em saúde;
- * Dê pausa durante a jornada de trabalho;
- * Abuse da solidariedade, ela faz bem a você e aos seus colegas.

25

SAÚDE MENTAL E TRABALHO



Segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais acontecem cerca de 30% a 40% dos trabalhadores ocupados. No Brasil, dados do INSS sobre benefícios como a auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, mostram que os transtornos mentais com destaque

26

para o alcoolismo crônico ocupam o terceiro lugar entre as causas ocorrentes.

Em nossa sociedade, o trabalho ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas, pois representa garantia de subsistência (Valor Econômico) e posição social. A falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico (mental), pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo abala o valor que a pessoa dá a si mesmo, gerando sentimentos de inferioridade, angústia, insegurança, desânimo e desespero.

Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocam tensão e, conseqüentemente, sofrimento e distúrbios mentais.

Frequentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não pela doença, mas nos altos índices de faltas ao trabalho, conflitos interpessoais e extra trabalho.

Uma das melhores maneiras de prevenir os transtornos mentais relacionados ao trabalho está na vigilância do ambiente e das condições de trabalho, políticas de educação e informação aos trabalhadores e principalmente uma boa comunicação dentro do ambiente de trabalho.

27

ASSISTÊNCIA SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR



“Como viver inclui alguns perigos, as incertezas sobre o amanhã estão sempre a atormentar os trabalhadores. Ninguém em sã consciência deseja ver a família passar por necessidades, sem um mínimo de conforto material. Medo de acidentes ou doenças que levam à morte ou à invalidez, medo da velhice desamparada ou do desemprego, tudo isso torna o cotidiano do trabalhador ainda mais angustiante. A rigor, para o cidadão desprotegido, fatos naturais como envelhecer e até ter um

28

Filho podem representar uma aventura bem mais arriscada do que o desejável". Para evitar o pior, no entanto, não basta apenas querer o melhor. É preciso também se prevenir".

O artigo 1º da LOAS Lei Orgânica de Assistência define que "a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas".

O Serviço Social é a porta de entrada do Programa Saúde do Trabalhador - CRST. O trabalhador que procurar o programa, em primeira instância entrevistado pela Assistente Social, e logo ele é encaminhado para ser atendido pela rede pública de saúde ou pelos profissionais do CRST que são:

Médico do trabalho, Psicóloga, Fisioterapeuta e demais especialidade. Além deste primeiro contato, o Serviço Social procede conforme as necessidades do trabalhador ou seja:

- Atendimentos diversos
- Agendamentos com os especialistas da Rede SUS
- Orientações sobre a Previdência Social
- Informações diversas
- Acompanhamentos
- Visitas, se necessárias.

29

ORIENTAÇÕES PARA OBTER UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA



* Pessoas que praticam exercícios físicos tornam-se mais dispostas: observa-se melhora do humor, das expectativas, uma postura mental mais positiva e melhora da auto-estima.

* Dormir bem é fundamental. Durante o sono o organismo se restabelece dos desgastes e recobra energias para combater o estresse, um dos grandes males que assolam o mundo.

30

* Aprenda definitivamente a não usar a comida como "calmante". Procure resolver os problemas emocionais de outra maneira;

* Transforme a refeição em momentos de tranquilidade:

* Pare, sinta o cheiro da comida, mastigue com calma, não utilize algum líquido para ajudar a "empurrar" a comida em pedaços, isto resulta em sensação de estômago pesado e mal-estar.

* O nosso organismo necessita de 02 litros de água por dia para um bom funcionamento.

Acima de qualquer coisa, ame a si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Cartilha Saúde do Trabalhador / 2003
- Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul.
- Cadernos de Atenção Básica - n° 3 - Saúde do Trabalhador / 2002
- Ministério da Saúde
- Doenças Relacionadas ao Trabalho-Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde / 2001
- Ministério da Saúde.
- Previdência e Estabilidade Social: Curso de formadores em Previdência

31

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I-Dados de identificação do sujeito pesquisado:

Nome _____ do _____ Pesquisador
Participante: _____

II-Dados sobre a pesquisa:

Título da Pesquisa: **“Por uma co-gestão de coletivos: um estudo de caso sobre a implantação da política nacional de saúde do trabalhador na microrregião Corumbá/Ladário - MS”**

III-Pesquisador acadêmico: Ilidio Roda Neves, doutorando em Psicologia Social pela PUC/SP. Fone: 67-3226-4021 / 67-8177-3546. Email: ilidiorneves@yahoo.com.br

IV-Registro das explicações da pesquisa ao participante

Trata-se de um estudo ligado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em nível de doutorado. Busca compreender a forma como a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) ocorre, de fato, nas ações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional Corumbá-Ladário (Cerest).

Para isso, pedimos que você atue na pesquisa de forma ativa, participativa, se envolva nela, que trabalhem juntos investigando e refletindo sobre o processo de implantação do Cerest-Corumbá/Ladário. Eu, como pesquisador acadêmico farei reflexões dos documentos públicos produzidos pelo Cerest, pela Renast e a Comissão Intersetorial de Saúde do trabalhador e debatarei com vocês minhas ideias sobre o que estes documentos estão me dizendo, da mesma forma as situações e reuniões (que quando autorizadas serão gravadas), para nos ajudar a pensar sobre o cotidiano do serviço e enriquecer nossas conversas e, juntos, podermos construir um entendimento sobre as ações de saúde do trabalhador em Corumbá e Ladário que estão ocorrendo e a maneira como o serviço se organiza e seus profissionais interagem entre si. Você é livre para expressar e apresentar suas ideias, poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se tiver alguma dúvida, procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigada (o) a participar desse estudo. Tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isso lhe trará prejuízos. Não haverá custos para você. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Todos os dados relativos ao estudo, serão coletados e guardados em local seguro.

Antes da publicação dos resultados, você terá acesso ao material resultante da sua participação, para validação ou retificação que considerar necessária.

V- Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador acadêmico e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador
Participante

Assinatura do Pesquisador
Acadêmico

