

Alessandra Manni Peres

**Práticas dos coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
do município de São Paulo: desafios e estratégias de superação para o
desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Saúde Coletiva com ênfase em Saúde e Trabalho.

Orientadora: Dra. Selma Lancman

São Paulo

2018

Alessandra Manni Peres

**Práticas dos coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
do município de São Paulo: desafios e estratégias de superação para o
desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Saúde Coletiva com ênfase em Saúde e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

São Paulo

2018

Este trabalho está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro de Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

RESUMO

Peres AM. Práticas dos coordenadores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do município de São Paulo: desafios e estratégias de superação para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador. 2018. *Trabalho de Conclusão de Residência*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 50p.

Introdução: Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) são serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde, habilitados em 2002 com a criação da RENAST. Estes possuem a função de polos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de saúde e doença. **Objetivo:** Compreender a prática dos coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador à luz das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Para a coleta de dados, foram realizados grupos reflexivos com coordenadores de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo. A técnica de análise temática de conteúdo permitiu a elaboração de categorias de análise para apresentação dos dados obtidos. **Resultados:** Foi possível compreender alguns dos aspectos que impactam no desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador a partir do relato do cotidiano de trabalho dos coordenadores dos CRSTs. Foram elaboradas três categorias, com subcategorias específicas para cada temática, relacionadas à: (I) Prática dos Coordenadores dos CRSTs, o qual os participantes relataram dificuldades ao assumir o papel de gestor, de autoridade sanitária e realizar ações de assistência e capacitação em ST; (II) Relação Intrasetorial, com dificuldade de articulações com o próprio setor de saúde e; (III) Contexto Atual do Brasil, considerando o contexto das Reformas em tramitação e já aprovadas. **Conclusão:** Considera-se que tem havido poucos avanços no que concerne as políticas e ações na área da Saúde do Trabalhador. Contudo, em meio à todo esse contexto desfavorável, verifica-se que os profissionais inseridos nestes serviços se relacionam ideologicamente com as ações que desenvolvem no campo da ST, sendo este sentimento que os sustentam neste espaço.

Palavras-chave: Intersetorialidade; política de saúde do trabalhador, políticas públicas; saúde do trabalhador; serviços de saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Peres AM. Practices of coordinators in the Reference Occupational Health Services of the city of São Paulo: challenges and overcoming for the development of health actions 2018. Monograph Completion of Residency. Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, 50p.

Introduction: The Occupational Health began after a constitution of 1988, which included work as a social determinant of health. The Reference Occupational Health Services is a service that pertains to System of Public Health, allowed in 2002, established by National Web of Occupational Health. The National Policy of Occupational Health and management manual of National Web of Occupational Health establishes to these services the function of radiating poles of culture related to centrality of the work in the process of health and disease. **Objective:** To comprehend the practice of the coordinators of the Occupational Health Services according to the Public Policies of Occupational Health. **Methodology:** This is a qualitative research of exploratory aspects, developed from a Research Project of the Laboratory of Survey and Intervention in Occupation and Health of the University of São Paulo. The data collection was kept track in reflexive groups with coordinators of Occupational Health Services of the city of São Paulo. The technique of content analysis allowed the elaboration of analysis categories to present the obtained data. **Results:** It was possible to understand aspects that impact on the development of actions in Occupational Health based in the daily work reported of the coordinators of the Occupational Health Services. Three categories of analyses were elaborated, with specific subcategories for each subject, related to: Occupational Health Services coordinators' practice, which participants reported difficulties in assuming the role of manager, sanitary authority and performing care and education actions in Occupational Health; Intrasectoral relationship, with difficulties of articulations with the health sector and; Current Context of Brazil, with the context of the Reforms in progress and already approved. **Conclusion:** It is considered that there have been few advances related to policies and actions in the area of Occupational Health. Given this adverse context, Occupational Health professionals and its ideology are related to service developed by occupational health which sustains this occupation.

Keywords: Intersectoral, Occupational Health Policy, Public Policies, Occupational Health, Occupational Health Services

LISTA DE SIGLAS

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

COVISA - Coordenadoria de Vigilância em Saúde

EAD – Ensino à Distância

MP – Ministério Público

MPT – Ministério Público do Trabalho

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

SINAN - Sistema de Informação de Notificação de Agravos de Notificação

SMS-SP – Secretária Municipal de Saúde de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

ST - Saúde do Trabalhador

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PMSTT – Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVO.....	16
3.1 Geral:.....	16
3.2 Específicos:	16
4. METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de Estudo.....	17
4.2 Contexto do Estudo	17
4.3 População do Estudo	17
4.4 Procedimentos metodológicos adotados para a coleta e análise de dados	18
4.4.1 Grupos Reflexivos	18
4.4.2 Análise Temática de Conteúdo	18
5. RESULTADOS.....	20
5.1 Prática dos coordenadores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador .	20
5.1.1 Papel de Gestor	20
5.1.2 Papel de autoridade sanitária.....	22
5.1.3 Ações de Assistência e Capacitação em Saúde do Trabalhador	24
5.2 Relação Intrasetorial	26
5.2.1 Reestruturação da Secretária Municipal de Saúde.....	27
5.3 Contexto Atual do Brasil	30
5.3.1 Esvaziamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.....	30

5.3.2 Esvaziamento do campo de Saúde do Trabalhador	32
6. DISCUSSÃO.....	34
6.1 Articulação Intra-setorial	34
6.2 Contexto atual do Brasil.....	39
6.2.1 Reforma da Previdência e os impactos nos serviços de Saúde do Trabalhador..	39
6.2.2 Reforma Trabalhista e atualização da área de Saúde do Trabalhador.....	40
6.3 Limites e Contribuições do Estudo.....	42
7. CONCLUSÃO	44
8. ANEXOS.....	45
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo acúmulo rápido de capital e máximo aproveitamento do desempenho dos processos produtivos desencadearam transformações na organização do trabalho, em diversos momentos ao longo da história. Na revolução industrial da primeira metade do séc. XIX, as condições de trabalho eram caracterizadas por extensas jornadas e ritmo intenso de produção. Os avanços tecnológicos, subsequentes a este período, permitiram a introdução de novos equipamentos, com automatização e informatização do trabalho. A década de 1970 foi caracterizada também pela terceirização da economia e de diversas etapas da produção. Arelada a estas modificações, ocorreu o declínio do setor secundário/industrial. Além disso, as novas tecnologias trouxeram um incremento do desenvolvimento do setor terciário/de serviços (Mendes, Dias, 1991; Minayo-Gomes, Thendim-Costa, 1997).

A relação entre os acometimentos de saúde dos trabalhadores e as condições de trabalho passou a ser considerada a partir da Medicina do Trabalho, responsável por adequar física e mentalmente o trabalhador ao trabalho. Porém, as modificações dos processos de trabalho decorrentes do avanço tecnológicos e a introdução de novas abordagens para compreender o impacto do trabalho na saúde, tornou este modelo insuficiente para atender a demanda de saúde dos trabalhadores. A Saúde Ocupacional surge com uma nova proposta de intervenção, incorporando a teoria da multicausalidade do processo de saúde-doença. As estratégias de adequar o trabalhador ao ambiente de trabalho e cada trabalhador às suas atividades se tornou incompatível para atender a demanda de saúde dos trabalhadores. Isto possibilitou o surgimento de novas teorias e abordagens focadas em mudanças nas condições e na organização do trabalho (Mendes; Dias, 1991; Minayo-Gomes; Thendim-Costa, 1997).

A reestruturação internacional do trabalho evidenciou a necessidade de rever os modelos e práticas de atenção à saúde destes trabalhadores e a revisão do papel do trabalho no processo de saúde e doença. É construída então, por meio da Saúde do Trabalhador - ST, a compreensão da relação saúde-trabalho com o foco nos elementos que constituem o trabalho e a relação com o indivíduo e sua saúde. Esta apresenta como base, intervenções centralizadas nas modificações das condições de trabalho e dos processos produtivos incluindo o conhecimento do trabalhador de seu próprio trabalho.

A ST incorpora as experiências e conhecimentos destes na busca por alternativas de intervenção que possibilitem transformação do contexto de trabalho em prol da dimensão humana do trabalho e dos trabalhadores (Daldon, 2012; Lacaz, 2007; Mendes; Dias, 1996).

No Brasil, o movimento de Saúde do Trabalhador iniciou em 1970, em consonância com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira¹ e o desenvolvimento da Saúde Coletiva. Em 1986, a atenção à saúde dos trabalhadores foi delimitada por áreas e concretizada através de programas, denominados Programas de Saúde do Trabalhador (PST's), estabelecidos por Política Municipal, que visavam atender a demanda de saúde dos trabalhadores (Daldon, 2012; Dias; Hoefel, 2005; Lacaz, 1997; Minayo-Gomes; Thendim-Costa, 1997).

Após a Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, a reformulação do sistema de saúde público, denominado Sistema Único de Saúde - SUS abordou o conceito ampliado de saúde. O trabalho foi legalmente reconhecido como determinante do processo de saúde-doença, sendo de responsabilidade do SUS a coordenação de ações de prevenção e promoção da saúde nos ambientes de trabalho e nos serviços de saúde no Brasil (Daldon, 2012; Dias; Hoefel, 2005; Oliveira, Vasconcelos, 2000; Souza; Virgens, 2013).

As intervenções em ST passaram fundamentar-se em ações de notificações de adoecimentos relacionados ao trabalho, intervenções multidisciplinares, incorporação da participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões ao valorizar seus conhecimentos e implementação de Políticas Públicas para favorecer essa área. Os Programas de Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo desencadearam a criação dos primeiros Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST ou CRST), vinculados ao Governo Estadual e a Prefeitura Municipal de São Paulo (Minayo-Gomes; Thendim-Costa; Lacaz, 1997; Dias; Hoefel, 2005; Daldon, 2012; Lancman, 2016).

¹ A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento político-ideológico durante o período de redemocratização do país, que questionava concepção de saúde - restrita à dimensão biológica e individual. Este movimento discutia e propunha possibilidades de organização dos serviços de saúde e a estrutura social (Paim, 1997; Souza, 2014). O SUS foi criado a partir desta ideologia.

Os CRSTs foram enquadrados como serviços de nível secundário que visavam introduzir maior repertório técnico em Saúde do Trabalhador ao quadro de profissionais para desenvolvimento das ações no SUS. Ainda que os dez anos subsequentes tenham contribuído para a construção de uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador, o desenvolvimento das ações apresentou dificuldades, como a baixa cobertura de ações, a desarticulação do conjunto de ações em saúde e uma fraca articulação intersetorial (Lacaz, 1997; Santorum; Dias; Hoefel, 2005; Daldon; Santos; Lacaz, 2012; Souza, Virgens, 2013; Lancman, 2016).

A necessidade de repensar o modelo de gestão das práticas em saúde do trabalhador desencadeou, em 2002, a criação da RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria MS/SAS 656 (19/09/2002). Esta Portaria define construção da Rede de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, viabiliza estratégias de disseminação e integração das ações em toda a rede de serviços e habilita a Rede de serviços em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2002; Santorum, 2005; Santos, 2001; Daldon, 2012).

Atualmente, a RENAST se dá como estratégia importante da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823, de 24 de Agosto de 2012. Esta Política corrobora com a rede uma vez que propõe a implementação de ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção da saúde. Além destas, prevê a articulação das ações a partir da organização da rede sentinela de notificação, da organização de fluxo de informação e de atendimentos aos trabalhadores em todos os níveis de atenção do SUS e estabelece como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal (Santorum; Dias; Hoefel, 2005; Daldon, 2012; Souza; Virgens, 2013).

Assim, os CRST são serviços que constituem a Rede de Saúde do Trabalhador (RENAST), no SUS, sendo reconhecidos como atores sociais e políticos. As atribuições deste serviço estão presentes na Portaria GM Nº1679/02 que instituiu a estruturação da RENAST; na Portaria GM/MS 2437/2005 que dispõe sobre a ampliação e estruturação da rede de saúde do trabalhador; na Política Pública de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, de 2012 e; no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST 2006.

Segundo estes documentos, os CRST são responsáveis por desempenhar funções de suporte técnico e educação permanente aos demais serviços da rede de saúde; apoio matricial para o desenvolvimento de ações em todos os níveis de atenção da RAS - Rede de Atenção à Saúde; coordenar projetos de assistência e vigilância em saúde do trabalhador a partir de ações intra e intersetoriais. Os CRSTs devem atuar então como retaguarda técnica para ações e serviços da RAS no SUS (Brasil, 2002; 2005; 2012; Daldon, 2012).

Segundo o Manual de Gestão de gerenciamento da RENAST (2006), estas ações devem ser executadas de maneira integrada e articulada tendo como objetivo incluir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS em todos os níveis de atenção e na cultura local. Resume assim, que os CRST devem assumir:

“[...] o papel de polos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças, e, ainda, lócus de articulação inter e intrasetorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência (Brasil, 2006, p. 40)”.

Após a instituição da Portaria 2.437/05, ocorreu a habilitação de 42 CRSTs no Estado de São Paulo. Destes 42 serviços, 35 foram criados em 1986, pioneiros com os Programas de Saúde do Trabalhador e; sete instituídos a partir desta portaria. Atualmente, no Município de São Paulo, há seis CRST-Regionais habilitados para o desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador (Brasil, 2005).

A composição das equipes dos CRSTs varia de acordo com a área de abrangência destes serviços. As unidades Estaduais devem ser constituídas por cinco profissionais de nível médio (ex: auxiliar de enfermagem; técnico de higiene; segurança do trabalho) - sendo ao menos dois auxiliares de enfermagem; 10 de nível superior (com experiência prévia em Saúde do Trabalhador), sendo ao menos dois médicos e um enfermeiro. Nos Regionais, quatro profissionais de níveis médios - obrigatório dois auxiliares de enfermagem; seis profissionais de nível universitário - um médico e um enfermeiro (Brasil, 2006).

As propostas de ações em ST envolvem modelo de atenção à saúde na qual ocorrem articulações entre assistência e vigilância a fim de auxiliar no desenvolvimento desta área. Na rede de cuidados assistenciais, a identificação de doenças relacionadas ao

trabalho, em diversos níveis de atenção da RAS, geram notificações de agravos à saúde relacionados ao trabalho. As fiscalizações dos ambientes e condições de trabalho através da vigilância sanitária, das situações de saúde dos trabalhadores com a epidemiológica e à situação ambiental, de responsabilidade da vigilância ambiental, também favorecem o levantamento de dados e, conseqüentemente, os encaminhamentos de ações e intervenções em ST. É a partir destes dois eixos de intervenções - assistência e vigilância, que são produzidas a coleta, a sistematização, a análise e a divulgação das informações da saúde dos trabalhadores (Brasil, 2006; Santos, 2011).

Segundo o Manual de gestão e gerenciamento da RENAST (2006), as ações de assistência possibilitam identificação de casos e situações de adoecimentos relacionados ao trabalho que, ao serem notificados, desencadeiam ações de vigilância em ST. Ao mesmo tempo, as ações de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador geram informações sobre as condições de trabalho que podem levar a adoecimentos relacionados ao trabalho. Estes são encaminhados à rede de serviços especializada para diagnósticos e, caso necessário, tratamento e reabilitação.

Os CRSTs deveriam assumir, nesta perspectiva, a via para a incorporação e funcionamento da perspectiva da saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS.

2. JUSTIFICATIVA

As ações na área da Saúde do Trabalhador são orientadas por Políticas Públicas de Saúde que buscam a promoção, prevenção e proteção à Saúde dos Trabalhadores. As Políticas Públicas presumem diretrizes e princípios, estratégias e atribuições que orientam as práticas que devem ser desenvolvidas. Assim, essas orientações gerais são materializadas por profissionais que desenvolvem estratégias para alcançar os objetivos propostos a partir do saber-fazer acumulado (Lancman, 2016).

Segundo Santos (2011), os processos de trabalho em Saúde do Trabalhador são constituídos por:

“[...] atores, meios, objetos de trabalho e as relações técnicas, mediadas pelos saberes, tecnologias e pela relações que se estabelecem entre tais atores: gestores, trabalhadores em saúde e trabalhadores atendidos, organizados coletivamente ou não, com papel protagônico destes últimos dada sua vivência e conhecimento prático (Santos 2011, p. 19).”

Dessa forma, tendo em vista que os CRST são serviços de extrema importância na área de Saúde do Trabalhador, considera-se relevante compreender as dificuldades encontradas no trabalho e o saber-fazer dos profissionais destes serviços. Isto nos permite apreender como são respondidas as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde e as possibilidades de viabilizar o cuidado integral à saúde dos trabalhadores para avançar na área da Saúde do Trabalhador.

3. OBJETIVO

3.1 Geral:

Compreender como se dá a prática dos coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Município de São Paulo à luz das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador.

3.2 Específicos:

- Descrever o processo e práticas de trabalho dos coordenadores de Centros de Referência do Município de São Paulo no desenvolvimento das ações em ST;
- Identificar dificuldades e potencialidades do trabalho exercido pelos coordenadores dos CRST;
- Aprender a aplicabilidade das diretrizes e atribuições de Políticas Públicas de Saúde a estes serviços a partir dos relatos sobre o seu cotidiano de trabalho.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa de caráter exploratório. Esta abordagem consiste em um conjunto de práticas interpretativas que buscam entender o significado individual ou coletivo de um determinado fenômeno. Assim, a partir dos relatos das experiências dos sujeitos diante dos problemas investigados, é possível compreender como estes fenômenos são vividos nas práticas cotidianas e como os elementos desta estão associados (Flick, 2009; Turato, 2005).

4.2 Contexto do Estudo

O presente estudo compõe o projeto “Construção da intersectorialidade no campo saúde e trabalho: perspectiva dos profissionais inseridos na rede de serviços do município de São Paulo”, que está sendo desenvolvido pelo Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST) do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O referido projeto tem previsão de duração de cinco anos (2016-2020) e tem como objetivos: conhecer, dar visibilidade e analisar os processos de trabalho dos atores envolvidos nas diferentes instâncias relacionadas ao campo das políticas públicas de saúde e trabalho, considerando a proposta de intersectorialidade trazida pela Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST); detectar sobreposições, lacunas e desenvolver avanços para a consolidação das redes intra e intersectoriais, com vistas à efetivação de um sistema integrado e global de atenção à saúde do trabalhador.

4.3 População do Estudo

Foram elencados os seguintes critérios de inclusão para os participantes do estudo:

- 1) Atuar em algum dos seis Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no município de São Paulo;
- 2) Ocupar ou já ter ocupado a posição de coordenador destes serviços;

- 3) Ter interesse em participar do estudo, expresso através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Procedimentos metodológicos adotados para a coleta e análise de dados

4.4.1 Grupos Reflexivos

A coleta de dados se deu a partir de grupos reflexivos, focalizando, para este estudo, aspectos do trabalho desenvolvido pelos coordenadores e o que é previsto pelas Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador.

Foram realizados três encontros grupais previamente agendados e, em cada um deles, houveram de três a quatro participantes. Cada encontro teve duração de aproximadamente duas horas e ocorreram na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A coordenação dos grupos foi realizada pela responsável pelo projeto de pesquisa, havendo também a participação de um doutorando e um residente da Faculdade de Medicina da USP.

4.4.2 Análise Temática de Conteúdo

Os grupos foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos. Após a leitura deste material na íntegra, sistematizaram-se as temáticas abordadas com base na Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 1979), que visa a identificação dos sentidos contidos nos materiais coletados (Turato; Campos, 2009).

Foram elaboradas três categorias de análise, com subcategorias específicas para cada temática: 1) Prática dos coordenadores do Centro de Referência, considerando o papel de gestor, de autoridade sanitária e as ações de assistência e capacitação em Saúde do Trabalhador; 2) Intra-setorialidade, com questões relacionadas a Reestruturação da Secretária Municipal de Saúde e a Relação com a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e; 3) Contexto Atual, pontuando aspectos que estão relacionados ao esvaziamento dos profissionais lotados nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e do próprio campo da ST.

4.4.3 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob protocolo CAAE: 58418816.1.0000.0065; e pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, sob protocolo CAAE: 58418816.1.3001.0086.

5. RESULTADOS

A participação dos grupos reflexivos permitiu, nesse estudo, verificar aspectos que impactam no desenvolvimento de ações em ST pelos coordenadores dos CRSTs, do Município de São Paulo, norteado pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nesse sentido, as categorias foram elaboradas a partir do relato dos participantes do grupo.

5.1 Prática dos coordenadores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Para este serviço são atribuídas três vertentes que norteiam o desenvolvimento de ações: vigilância, assistência e capacitação em saúde do trabalhador. Estas são desenvolvidas a partir da demanda de saúde da população atendida no serviço, de outros setores - como Ministério Público do Trabalho, e de instâncias superiores do próprio setor de saúde. Porém, os coordenadores relatam algumas dificuldades ao responder estas demandas, uma vez que carecem de respaldo e de recursos para realizar as ações pelas quais são responsáveis.

Os coordenadores relatam uma situação de um esvaziamento do quadro de funcionários decorrentes das aposentadorias, ausência de profissionais administrativos ocasionando uma sobrecarga de trabalho e ameaça da perda e ausência de recursos. Nesse contexto, soma-se a fragmentação da rede de serviços do campo da saúde do trabalhador, que realizam ações isoladas, refletindo em uma relação contraditória do que prevê as políticas públicas e as práticas dos serviços.

Para compreender e descrever as práticas do cotidiano de trabalho dos coordenadores foi elaborado três subcategorias relacionadas ao planejamento das ações internamente aos CRSTs.

5.1.1 Papel de Gestor

Os coordenadores apontaram dificuldades ao realizar a gestão do serviço. Estas estão relacionadas aos limites de possibilidades de agir e de solucionar problemas vivenciados nas práticas, uma vez que dependem de outros profissionais ou de normativas para tomada de decisões.

Além disso, foram abordadas também questões relativas ao preparo para assumir a gestão. Normalmente, ocorre por meio de indicação para o cargo de coordenador, com ausência de processo formativo ou suporte para o desempenho deste tipo de função.

Os coordenadores referem que há profissionais do serviço que auxiliam no cotidiano do trabalho e que colaboram para o andamento das ações, sendo mais presentes nas tomadas de decisões. Essas relações possibilitam a construção de uma relação baseada na parceria, a qual coordenadores e profissionais estão implicados e se respaldam interna e externamente ao serviço.

Porém, quando a relação entre gestor e técnico apresenta-se de forma conflituosa, a ação dos gestores de cobrança torna-se desgastante. Para os gestores, a ausência de instrumentos para estimular esses profissionais (como cursos) poderia favorecer as relações interpessoais e ampliar o desempenho dos profissionais.

Como coordenadores, o seu principal papel é de intermediador entre as demandas internas do serviço e a Secretária de Saúde do Município. Porém, foram relatadas grandes dificuldades relacionadas a realizar o planejamento das ações em saúde do trabalhador em conjunto com os técnicos no cotidiano do trabalho, devido à ausência de articulação com instâncias superiores ao setor de saúde.

Ninguém nasce gestão [...] Você é competente, tem as articulações pessoais e acaba sendo indicado pra gestor, ai você é jogado na gestão sem ter um preparado pra tal.

Acho que no centro de referência as pessoas são bem colaborativas, na medida do possível, aderem bastante às propostas, tem vontade de fazer.

Então tem lá 4 ou 5 pessoas que resolvem tudo assim como eu. Tem as pessoas que fazem apenas o seu papel e vão lá para os seus consultórios particulares e tem uma minoria que é a minoria que realmente atrapalha.

O que sobra para a gente tem bomba de um lado, questionamento de outro, da equipe, os superiores cobrando, os pacientes/usuários. Então fica meio complicado.

5.1.2 Papel de autoridade sanitária

As dificuldades apontadas pelos participantes são descritas principalmente em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. O tempo para o cumprimento de metas é incompatível com o esvaziamento de funcionários no serviço. As iminências da perda de recursos estruturais, como o carro para realizar as inspeções sanitárias, também auxiliam para a desorganização dos profissionais do serviço. Além disso, a ausência de profissionais administrativos dificulta o alcance de metas, uma vez que os técnicos de saúde, por vezes, assumem responsabilidades relacionadas ao controle de horário de funcionários, permanecer na recepção, etc. Nesse sentido, invés de realizar ações que exigem um repertório técnico em ST, os profissionais devem auxiliar em questões administrativas do serviço.

As inspeções de vigilância têm como objetivo identificar irregularidades nos ambientes de trabalho para favorecer as transformações nesse contexto. Para isso, as autoridades sanitárias utilizam-se do Código Sanitário, de 2004, para exigir adequação das condições de trabalho. As solicitações de inspeções encaminhadas ao CRSTs são relacionadas a questões de condições dos vestuários, banheiros, investigação de acidente de trabalho com máquinas específicas, etc. Os critérios desses encaminhamentos são decorrentes das notificações dos acidentes de trabalho, denúncias realizadas ao Ministério Público (MP) e Ministério Público do Trabalho (MPT), e projetos e programas pactuados entre prefeitura e outros setores.

Porém, ao longo dos anos, estas ações foram repensadas pelas autoridades sanitárias, considerando todo o contexto de condições de trabalho e os processos produtivos no momento da inspeção. Referiram então que, devido a esse cenário, as ações de vigilância tornaram-se mais densas, causando a intensificação do trabalho e dificuldade em atender as metas devido ao tempo utilizados para realizar as inspeções.

O papel da autoridade sanitária é relatado, por vezes, por uma ausência de respaldo jurídico em relação ao andamento dos processos decorrentes das inspeções, pois as empresas quando não aceitam as autuações entram como processos judiciais. Nesse cenário geram-se processos contra as ações de vigilância, questionando o próprio poder de autoridade sanitária em saúde do trabalhador. Quando isso ocorre, esses profissionais respondem como pessoa jurídica, apesar de representarem a instituição da prefeitura.

Isso impacta diretamente no desenvolvimento das ações de vigilância, uma vez que essa ausência de respaldo causa insegurança e desestimula o desempenho desse papel. Ainda assim, a sustentação desse lugar está relacionada à importância que esses profissionais creditam a essas ações.

Essa questão de atingir meta, a gente não vai conseguir atingir todas as metas, porque a maioria como eu falei já foi embora.

Acho que já comentei no outro dia, que pra você ter profissional de nível universitário fazendo uma função do não universitário, porque você não tem o não universitário. Então por exemplo, ele podia estar fazendo vigilância, fazendo gestão, mas ta atendendo telefone, dando baixa em TID, recebendo TID, e por ai vai.

Quando a gente vai em uma empresa, antigamente, antes de eu entrar na área tinha um foco mais no problema, então se era acidente na máquina via aquela prensa para intervir. [...] Aí se começou, quando eu entrei já era assim, de ter que ver tudo, então não vai ver só essa máquina, vai ver todas. E isso causa uma intensificação do trabalho, porque ao invés de você ver só uma máquina você vai ver a máquina, instalação elétrica, banheiro, refeitório. Então é muito difícil você ir em uma empresa e não sair com um processo.

Porque além da demanda você vai encontrar alguma coisa, e dizer que não tem nenhum problema é praticamente impossível.

Se alguma empresa processar a gente, a gente responde como pessoa física, mas estamos representando a instituição. A prefeitura não dá suporte jurídico, a gente vai como pessoa física e o jurídico da prefeitura é para defender a instituição e não os profissionais.

5.1.3 Ações de Assistência e Capacitação em Saúde do Trabalhador

Os profissionais dos CRSTs, gestores ou técnicos, estão há um tempo significativo no setor da saúde, inscritos em serviços públicos. As questões relativas à mobilização dos profissionais é presente nas discussões, porém é apontado que a dificuldade de articular as ações do campo da ST também está atrelada ao desgaste destes profissionais, que já viveram em diversos contextos tensão no campo da saúde pública.

Além disso, há ausência de suporte para realizar as ações de capacitação em Saúde do Trabalhador. Isso reflete diretamente ao articular ações em conjunto com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e outros setores, tornando o espaço da ST isolado dos demais serviços do campo.

Neste contexto, a redução do quadro de funcionários e a ausência de parcerias com outros setores da saúde, torna o trabalho desgastante pela falta de reconhecimento do campo e conseqüentemente do trabalho dos profissionais da ST. Constantemente, sentem a iminência do desmonte de seu trabalho e criam estratégias para a sustentação deste junto a Secretaria Municipal de Saúde, pois acreditam na importância da contribuição dos CRSTs à saúde dos trabalhadores. Portanto, o sentido dado ao trabalho por esses coordenadores está diretamente relacionado ao engajamento, comprometimento e o impacto que acreditam que sua atuação favoreça a população trabalhadora.

Conclui-se que esse esvaziamento de normativas, de planejamento diante de instancias superiores, de profissionais do serviço, de capacitação em saúde do trabalhador e da rede favorece a suspensão de diversas frentes de trabalho nestes serviços.

Nesse contexto, os coordenadores temem que os serviços não estejam preparados para atender às demandas de saúde da população trabalhadora, que está mudando. É referido que com essa precarização, a saúde do trabalhador deixará de atualizar-se para responder as demandas de saúde decorrentes de transformações do trabalho. A compreensão sobre especificidade da saúde do trabalhador estará defasada.

As ações de matriciamento são consideradas como um potencial espaço de discussão acerca dessas transformações e construção de novas formas de cuidado em

saúde. As estratégias para o enfrentamento dessas situações se dá a partir de um contato pontual entre os próprios profissionais da rede de serviços e também em instâncias superiores, como as coordenadorias regionais.

Os coordenadores passam a buscar formas de sustentar a saúde do trabalhador com reuniões as quais apresentam o serviço, o fluxo de trabalho, as políticas e diretrizes que norteiam o campo, visando possibilidades de parceria. Mas essas ações nem sempre são efetivas e a inserção da Saúde do Trabalhador em espaços comuns aos outros campos se dá de forma diferenciada em cada território.

Esta falta de espaço do campo da saúde do trabalhador esteve sempre presente, segundo o relato dos profissionais. E dependem também das gestões que estão responsáveis pelo planejamento das ações em saúde do município.

É só pensar em UBS, Saúde da Mulher, Clínico, Criança, mas não tem trabalhador.

Foi elaborado um curso na gestão anterior pelos CRSTs, é um curso muito bacana, que é um disparador de matriciamento, de 60h que é feito pela internet. Isso funcionou até o final do ano passado e essa gestão suspendeu.

Isso é uma coisa que me preocupa bastante em relação ao nosso futuro porque eu acho que a intenção é acabar com o CRST e ir juntando os caquinhos.

Essas são questões que tornam o trabalho desgastante. Porque na verdade você fala ‘estou fazendo o meu melhor’, ‘estou tentando com trancos e barrancos, apesar de todas as dificuldades que temos’. Aí chega a hora que você precisa de um respaldo, um suporte, que é uma obrigação da coordenação você não tem isso.

Acho que o desgaste tem dos funcionários, [...] sabe assim vai vendo que a coisa não vai fluindo, nessa não se consegue isso, não se consegue aquilo sempre, as pessoas vão perdendo um pouco do fôlego das coisas.

Se a gente não aparece, eles esquecem de chamar para a reunião, não dá informação e a gente é sempre o esquecido.

Nessa reunião e depois numa posterior permitiu que a gente começasse a tentar fazer uma aproximação, uma apresentação do que era o centro de referência, o que a gente fazia, os processos, como é que a gente lidava.

Então assim, todo mundo acumulou essa experiência, viu essas gestões diferentes e acho que isso é um grande facilitador. Porque se tem um gestor também progressista na direção da unidade facilita muito a organização do trabalho. Se você tem um gestor que não está do lado da política, não sabe o que está fazendo, ele vai dificultar, vai burocratizar a ação, vai tirar autonomia dos trabalhadores, dos trabalhadores internos.

5.2 Relação Intrasetorial

No decorrer dos encontros, os coordenadores relataram sobre como têm se dado a relação entre os CRSTs e as instâncias pertencentes ao setor da saúde. Na gestão atual, algumas mudanças da estrutura da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) impactaram no planejamento das ações em Saúde do Trabalhador.

Nessa nova configuração, foram identificadas algumas dificuldades nas práticas profissionais dos coordenadores relacionadas à organização das ações do campo em conjunto com os profissionais; ausência de diretrizes técnicas para ações de assistência e impossibilidade de continuidade de alguns programas.

A fim de avaliar o impacto destas modificações no cotidiano do trabalho dos coordenadores, foram elaboradas duas subcategorias relacionadas à reestruturação da SMS-SP e a relação com a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), instância única responsável por elaborar diretrizes técnicas para o campo da Saúde do Trabalhador, atualmente.

5.2.1 Reestruturação da Secretária Municipal de Saúde

Para compreender o contexto dessas modificações, os coordenadores apresentaram a estrutura da secretária municipal da gestão anterior. Havia uma Área Técnica de Saúde do Trabalhador subordinada ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, responsável por elaborar as diretrizes e planejar as ações do campo, elaborando um plano de metas para a Saúde do Trabalhador.

Porém, na atual gestão, após a reformulação dessa estrutura interna, ocorreu a extinção desta Área Técnica para a ST. Em substituição, a SMS estabeleceu departamentos para cada Programa em Saúde do SUS, incluindo campos Saúde da Mulher, Saúde Mental, etc. Porém, para à Saúde do Trabalhador, este programa não foi criado. Nesse cenário, a ausência de planejamentos das ações em ST também é apontada como limitante do trabalho de gestão dos coordenadores do CRSTs.

Atualmente, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são responsáveis por elaborar as diretrizes para o desenvolvimento das ações da rede nos territórios. As Coordenadorias de Vigilância em Saúde, na mesma posição que as coordenadorias, também são responsáveis por estabelecer diretrizes técnicas. Estas são direcionadas às ações específicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Ambiental e Sanitária.

Ainda, há um setor responsável em realizar interlocução entre os departamentos e áreas de saúde, a fim de articular e integrar as ações em saúde inscritas na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Neste cenário, existe um interlocutor responsável para discutir questões técnicas e práticas relacionadas às diversas áreas como atenção básica, saúde da mulher, saúde mental. Porém, novamente, atualmente não há interlocutor responsável pela ST.

Neste cenário, na estrutura atual da Secretária Municipal de Saúde, não há nenhuma instância que represente a Saúde do Trabalhador. Assim, atualmente, é descrito a inexistência de um departamento da área da saúde do trabalhador e de um interlocutor responsável por articular questões referentes ao campo.

Os coordenadores relataram também dificuldades de comunicação no próprio setor de saúde, envolvendo as prefeituras e coordenadorias regionais; as supervisões técnicas e os Centros de Referência. Por isso, as informações não são repassadas de forma clara.

A ausência de espaços formais de pactuação, de acordos, de reuniões, favorece para a desinformação e heterogeneidade das ações entre os CRSTs.

Nesse contexto, os coordenadores e profissionais da secretaria, trocam as informações através da “Radio Peão”, de forma informal. Em consequência, os coordenadores são colocados em situações delicadas, uma vez que este lugar de intermediação é caracterizado por uma responsabilidade ao repassar as informações e promover acordos com os profissionais da equipe. Neste cenário, são encontradas dificuldades relacionadas ao Planejamento das ações em Saúde do Trabalhador.

Na gestão anterior, [...] tinha uma definição formal de colegiado de gestão, que era composto pelos coordenadores dos centros de referência e COVISA. E por esse colegiado de gestão a gente elaborou a Política Municipal de Saúde do Trabalhador. E esse colegiado de gestão foi publicado pela secretaria, pelo secretário de saúde que dava legitimidade pra esse grupo que tava vinculado ao gabinete.

Está tudo assim, tudo meio jogado e a gente vai assim ‘ouvi dizer’, ‘nossa, fiquei sabendo’. Porque não tem uma estrutura, não tem uma reunião, não tem nenhum fórum. Oficialmente a gente não sabe de nada.

Quando é a nível de prefeito, de uma gestão inteira, uma diretriz de política, ainda você tem favorável que você tem uma homogeneidade de todos os nós.

Dentro da saúde do trabalhador só tinha a área de riscos à saúde [...], mais operacional e agora vai ter um bracinho que vai cuidar da assistência. Aí teve uma primeira reunião da assistência, pensando no planejamento da assistência onde elas apresentavam algumas proposições.

Uma subdivisão. Como se fosse um penduricalho ali. Alguém para ser uma referência para lidar com a assistência, não é nem uma área técnica.

5.2.2 Relação com COVISA

Após a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, o planejamento das ações relacionadas assistência e capacitação em saúde do trabalhador não aconteceram. Nesta gestão, que teve início em 2016 a área da ST não foi considerado pela prefeitura ao elaborar o Plano de Metas de Saúde do Município de São Paulo.

Isto impacta diretamente na compreensão do que será realizado nessa área na gestão atual. Evidencia-se essa situação conflituosa quando consideramos a dificuldade de comunicação, de parâmetros e critérios em comum para o desenvolvimento das ações. Então, as coordenadorias regionais buscam operacionalizar os projetos e programas de forma diversificada.

As ações de assistência estão, após reestruturação, centralizadas em COVISA, incluídas apenas em projetos em andamento, como da Zoonoses. Enquanto que as ações de capacitação em saúde do trabalhador foram suspensas. Os coordenadores consideram que os espaços de reunião são direcionados às questões relativas à vigilância exclusivamente, e que pouco se discute sobre as necessidades dos serviços.

Dessa forma, questões relacionadas ao quadro de funcionário, solicitação de recursos, desenvolvimento de ações de capacitações e de planejamento para a assistência e articulação com a rede não entram em pautas nestas reuniões. Sendo este único espaço formal esvaziado de sentido.

Os coordenadores citaram um curso de EAD, organizado pelos CRSTs, que favoreciam para articulação com os demais serviços da rede. Estes cursos favoreciam para a sensibilização quanto às questões de saúde do trabalhador e discussões acerca da temática. Os coordenadores referem que esta frente de trabalho, é guiada por uma diretriz da política pública de saúde do trabalhador. Ressaltam ainda que a suspensão desta frente promove o esvaziamento de demandas dos CRSTs.

A gente ia ter uns processos de solicitação e parece que estão em andamento, material de fisio, de TO... mas assim, não finalizou ainda.

Hoje você tem uma estrutura que não existe mais e nós estamos discutindo assistência no terceiro escalão de COVISA. Então como fica essa questão de força institucional pra discutir assistência, sei lá “vamos ver pra discutir o que não tem ainda

um papel definido”. Então quer dizer, mudou muito do ponto de vista institucional essa relação com a saúde do trabalhador.

A questão é que se existe esse mérito de acompanhar [trabalhadores de zoonoses] de um jeito ou de outro, ele devia ser homogêneo. Então começa por aí. A gente chega à conclusão que existe uma autonomia regional que não tem a ver com priorização de risco, com demanda... não tem a ver com nada.

5.3 Contexto Atual do Brasil

O contexto político atual tem apresentado diversas modificações que impactam diretamente nas ações desenvolvidas na área da saúde do trabalhador. A Reforma da Previdência, com as reformulações do sistema de benefícios favoreceram para que os servidores públicos acelerassem a solicitação de aposentadorias. Além desta, a Reforma Trabalhista, em vigor desde novembro, altera a legislação e direitos dos trabalhadores.

Neste sentido, as transformações decorrentes destas duas reformas atreladas aos fatores descritos anteriormente, repercute de forma significativa para o esvaziamento de profissionais, de demandas e de atualizações do campo nos CRSTs.

Esta categoria de análise se divide então em duas subcategorias, uma relacionada ao esvaziamento dos CRSTs e outra, ao desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador.

5.3.1 Esvaziamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Atualmente, encontra-se em tramitação a proposta da Reforma da Previdência que, ainda que não aprovada, influência diretamente na sustentação dos servidores públicos nos serviços em que estão inscritos. Acrescenta-se ainda que muitos profissionais inscritos há muito tempo na área da ST, com repertórios técnicos e práticos adquiridos ao longo dos anos.

Concomitantemente, não há reposição de profissionais mais novos para que estes conhecimentos sejam repassados. A ausência de reposição de profissionais pode ser decorrente da falta de inclusão da ST no planejamento de ações em saúde. Dessa forma,

a continuidade das ações do campo causa preocupação nos coordenadores, pois é um dos fatores que também favorece o enfraquecimento da política em saúde do trabalhador.

Além disso, este esvaziamento de profissionais impacta também no planejamento interno de ações dos CRSTs, uma vez que o quadro de funcionários está reduzido. Os coordenadores relatam que as especialidades médicas e não médicas já não estão mais presentes para serem ofertados aos trabalhadores que utilizam o serviço. Ainda ressaltam que além das especialidades, ainda existe uma especificidade na área da ST que não é facilmente substituída.

A situação é ainda mais alarmante, quando se discute a formação em ensinos técnicos e superiores, que não consideram a Saúde do Trabalhador no cronograma universitário. Portanto, os esvaziamentos dos CRSTs estão diretamente associados ao enfraquecimento de uma política pública que é sustentada pelos profissionais implicados no campo.

Muita gente está com a aposentadoria assim “Eu vou, eu vou”. E no centro de referência a gente é tudo meio dinossauro...na verdade, no meu centro de referência tem 11 ou 12 pessoas, se a gente resolver se aposentar por conta da reforma da previdência, a gente vai ser reduzido à metade. Então, conforme o andar da carruagem, nos próximos meses, a gente vai ter uma redução no serviço público como um todo, federal, estadual e municipal, bastante significativo.

Numa reunião pública, pediram para o pessoal preencher uma tabela nos centros de referência. Vários preencheram, onde mostrava que em 3, 4 ou 5 anos quase 80% poderiam se aposentar. Sem o agravante do motivador, que ainda não tinha a questão da reforma da previdência.

Porque a saúde do trabalhador, como em qualquer outro campo, tem uma expertise diferenciada. Na verdade, os cursos de graduação não preparam o profissional com um olhar de vigilância. Nem em temas de saúde do trabalhador, mas a

vigilância se for pensar que é a mais conhecida das áreas, não se tem esse preparo.

Então é esse conhecimento acumulado que vai embora, está indo embora e as pessoas que estão lá não tem essa formação, essa experiência toda e vão ter que assumir.

Na parte da assistência, muita gente se aposentou, não tenho ortopedista, não tem fisioterapeuta.

Fora que a gente está ficando sem pernas pra muita coisa, muita gente se aposentou.

5.3.2 Esvaziamento do campo de Saúde do Trabalhador

A Reforma Trabalhista foi caracterizada pela modificação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), relacionada à jornada de trabalho, condições insalubres, trabalho intermitente, etc. Neste contexto, os coordenadores consideram que esta nova legislação legitima condições de trabalho que consideram precárias.

As ações de vigilância buscam adequar empresas no que tange, principalmente, as condições e organização do trabalho que podem levar ao adoecimento dos trabalhadores. Porém, a com a ausência de atualização do campo e das normativas sobre a área, limitam as margens de ações dos profissionais lotados nestes serviços.

A falta de políticas, de avanços científicos e investimento na área de ST se configura em outra forma de esvaziamento. Nesse sentido, os coordenadores abordam aspectos relacionados ao futuro das ações, principalmente, de vigilância. Condições que anteriormente eram irregulares, hoje são legais diante da modificação da reforma trabalhista.

Além disso, concordam que os espaços de lutas e de reivindicação de direitos, antes parceiros destes profissionais, tem se apresentado fragilizados. Os coordenadores relataram que os sindicatos, um dos principais parceiros do serviço, estão enfraquecidos. Incluiu-se também a plenária de ST, atualmente esvaziada de profissionais e de trabalhadores. Neste contexto, os espaços de mobilização e as

instituições parceiras tornam-se insuficientes para auxiliar no fortalecimento de reivindicações para o campo da saúde pública.

Nossos dispositivos legais estão ficando engessados. Se a gente não atualizar a legislação sanitária, que é um instrumento de intervenção importante nosso e de luta dos trabalhadores, se a gente não avançar na legislação a gente vai ficar engessado.

Mas hoje a gente devia tá mais mobilizado que antes e não tá. Exatamente pela pressão contrária devia estar mais mobilizado. Só que existem outros interesses que passa além do que a gente pode entender.

Então de que interessa pra quem implanta uma reforma trabalhista, já nem interessava tanto, se o adoecimento vai ser maior ou menor? Gente, no país do desemprego a matéria prima mais barata é a mão de obra.

O que resulta quando você vê esse panorama não só no contexto político, mas também no contexto de que 45% da população, inclusive os mais jovens, acham que a precarização do trabalho vai gerar mais emprego. Ai você vai pra uma plenária que todo mundo acha que tem que fazer uma moção e encerra ai. Então isso traz uma preocupação, uma frustração.

Então você tinha 17 anos e ia trabalhar no bufê por R\$5/h, não tinha carteira assinada, mas paciência, você vai até aprender a trabalhar, é um lugar seguro, dá até pra estudar na recepção. Hoje isso é trabalho regulamentado.

Que é isso que eu falei da gente se superar do ponto de vista do que o mundo do trabalho apresenta, os riscos psicossociais, das questões ergonômicas que vão mudando, da nova configuração da regulamentação do trabalho. Então assim, se a gente não cria instrumento pra intervir nessa realidade a gente vai ser superado.

6. DISCUSSÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), o Manual da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Municipal de Saúde do Trabalhador, com o Plano Plurianual do Município de São Paulo, são documentos que definem as diretrizes e atribuições da área da Saúde do Trabalhador, especificamente aos CRSTs. Nestes estão presentes ações relacionadas à capacitação no campo da Saúde do Trabalhador para os demais serviços da Rede Atenção à Saúde (RAS) e coordenação das ações de assistência e vigilância em ST.

Observa-se que as Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador atribuem aos CRSTs a responsabilidade por articular com os demais serviços da Rede do SUS. Além disso, estes serviços têm a função de desempenhar funções de retaguarda e suporte técnico para que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS. Para isso, os CRST devem realizar ações de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores em sua área de abrangência (Brasil, 2006; 2012).

Há diversos elementos que impactam na prática dos coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ao ordenar ações do serviço e, conseqüentemente, da área da ST. Entre as dificuldades apontadas, a articulação intrasetorial, especialmente após a Reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, SMS-SP, e o atual contexto político estão enfatizados, neste presente estudo, pois foram considerados os principais elementos que impactam e dificultam o desenvolvimento das ações da área.

6.1 Articulação Intrasetorial

A Saúde do Trabalhador é formalmente incorporada ao organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) em níveis estaduais e municipais do SUS. Porém, segundo Dias e Hoefel (2005) , ao longo dos anos, esta área têm se deslocado pelas estruturas intrasetoriais, ora no âmbito da Vigilância, ora da Assistência, ora de instâncias administrativas do SUS, a depender do formato institucional vigente. Esta compartimentalização dificulta a implementação de uma atenção integrada aos trabalhadores.

A articulação intrasetorial envolve a relação entre todas as instâncias do SUS. No que tange a Área Técnica de Saúde do Trabalhador, Dias e Hoefel (2005) a pontuam como instância principal que possibilita esta articulação. Atualmente, segundo os coordenadores, após a reestruturação da Secretária Municipal de Saúde, ocorreu desinstituição da Área Técnica de ST e a não criação de um departamento específico para cuidar do campo.

Nesse contexto, a atual gestão municipal não estabeleceu um Plano de Metas para a saúde do trabalhador, o que dificulta a implementação da política no município. Isto corrobora com um dos desafios apontados na Política Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, contido o Plano Plurianual de 2013-2016. Este se dá pela dificuldade de garantir intervenções dos CRSTs como eficaz articulador e organizador das ações do campo nos territórios das Coordenadorias Regionais (Brasil, 2013).

A PNSTT estabelece que as ações previstas à serem realizadas pelos CRSTs deverão ser planejadas de forma integrada pelas equipes que compõe a Rede de Saúde do Trabalhador no âmbito das Secretárias Municipais de Saúde, sob a coordenação de gestores (Brasil, 2012). Por isso, como estratégia desta política, os CRSTs, especializados em Saúde do Trabalhador, devem ser resolutivos no que tange as questões relacionadas à assistência e vigilância. Além disso, devem desempenhar suas atribuições através da capacitação em ST e apoio matricial, em conjunto com os demais serviços da rede (Brasil, 2013).

Nesta mesma perspectiva, a RENAST propõe a qualificação da atenção aos trabalhadores que sempre foram usuários do sistema de saúde. Portanto, a área de Saúde do Trabalhador busca promover, diante dos demais serviços da rede, a compreensão entre a relação estabelecida entre saúde e trabalho e os encaminhamentos possíveis e adequados, considerando o trabalho como um importante determinante social de saúde. Porém, essa ausência de compreensão sobre o campo da ST nas unidades de saúde impactou, e ainda o fazem, no desenvolvimento das ações do próprio setor de saúde (Dias; Hoefel, 2005; Santos, 2011).

Atualmente, no que tange as ações de capacitação e a assistência em Saúde do Trabalhador, este campo está destituído de um espaço para discussão e pactuação destas

ações diante a Secretária Municipal de Saúde, como as Coordenadorias Regionais de Saúde. Isto impacta na articulação com as demais áreas do setor, impossibilitando a construção de uma rede qualificada para atender integralmente à saúde da população. Além disso, os coordenadores referem que ocorreu a suspensão de projetos que anteriormente estavam em desenvolvimento e buscavam esta perspectiva.

Como forma de sustentar o campo diante deste contexto, os coordenadores, em conjunto com os profissionais do serviço, buscam espaço nas Coordenadorias Regionais por meio de solicitação de reunião para apresentar o serviço. Porém, a inserção do campo nas reuniões com as demais áreas pode variar de acordo com a região em que o serviço está inserido.

A dificuldade de inserção da área em espaços de planejamento de ações em saúde pública impossibilita a efetivação do modelo de atenção proposto pelo SUS. Dias e Hoefel (2005), enfatizam a importância de articulação com a Atenção Básica, considerando que as ações da área da ST estão diretamente relacionadas à possibilidade de assimilação dessa perspectiva por estes serviços. Para que isto ocorra, os autores sugerem que as tarefas sejam redimensionadas, as equipes capacitadas e os procedimentos de referência e contra-referência garantidos.

Santos (2010), em sua tese, afirma que as ações de matriciamento possibilita a articulação entre as instâncias e serviços de saúde do SUS. Refere ainda, que estas ações favorecem para a construção de vínculos que viabilizariam e embasariam a relação de referência e contra-referência.

As ações de capacitação e de matriciamento permite compor o repertório do raciocínio clínico da Rede de Atenção à Saúde, favorecendo para o estabelecimento de nexos e, posteriormente, de notificação via Sistema de Informação de Notificação de Agravos de Notificação – SINAN. Os dados obtidos, neste procedimento, favorecem para a identificação de possíveis problemáticas relacionadas aos ambientes, processos e condições de trabalho, sendo destinados às autoridades sanitárias (Brasil, 2013).

No planejamento da gestão de 2013-2016, foi acordado que seria disponibilizado um curso de Ensino a Distância (EAD) sobre o campo Saúde do Trabalhador à toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este curso favorecia as ações de matriciamento, de articulação com a rede e a notificação de acidentes e agravos em Saúde do Trabalhador.

Os coordenadores referem que a ausência deste curso prejudica ações de matriciamento, dificulta a comunicação com os demais serviços e reduz as notificações de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, a sensibilização das equipes técnicas da RAS do Município de São Paulo em relação aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, prevista também pela Política Municipal, esta inoperante.

Segundo Santos (2010), a medida que ocorre a redução de espaços para ações de matriciamento ocorre o prejuízo da potencialidade de discutir casos e problemas de saúde, construir projetos terapêuticos e alinhar condutas de atenção à saúde em comum à rede. A ausência de espaço para pactuar ações de atenção integral a saúde trabalhador favorece para os esvaziamentos dos CRSTs. Além disso, dificulta a possibilidade de compartilhar saberes técnicos que identificam e compreendem o trabalho como determinante social de saúde.

Os participantes referem que, atualmente, as questões relacionadas às ações em Saúde do Trabalhador têm sido discutidas internamente a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). Porém, as questões relacionadas à assistência têm sido discutidas também neste espaço, com a ressalva apenas para projetos específicos de Vigilância, como de Zoonoses e Bancários. Nesse sentido, as ações de assistência em ST estão esvaziadas de diretrizes técnicas, de normativas e de planejamentos que abrangem a saúde do trabalhador integralmente.

Um dos objetivos da PNSTT é definir princípios, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento da atenção integral a saúde do trabalhador. Estas visam prevenção, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, com ênfase nas ações de vigilância (Brasil, 2012). Segundo Dias e Hoefel (2005), as ações em Saúde do Trabalhador compreendem:

“a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (Vigilância Sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (Vigilância epidemiológica) e da situação Ambiental (Vigilância Ambiental). Estão incluídas, ainda, a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas [...]” (Dias; Hoefel, 2005, p. 825)

As ações assistenciais permitem a identificação de situações de adoecimentos, através do SINAN, que fornecem informações para os procedimentos de vigilância da

saúde. Concomitantemente, as ações de vigilância, em suas diversas especificidades, também geram informações e identificam casos de agravos à saúde que são encaminhados à rede de serviços da assistência. Este ciclo é apresentado por Dias e Hoefel (2005) e também pelo Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (2006).

No que tange a vigilância dos ambientes e das condições de trabalho, os coordenadores referem dificuldades para além de questões técnicas e de articulação com demais instâncias. Relatam dificuldades relacionadas à ausência de recursos estruturais, de respaldo para realizar as ações, solicitação de manutenção da estrutura física, reposição de profissionais que se aposentaram e a iminência da perda dos carros da prefeitura para a realização das ações também de vigilância. Além disso, os coordenadores referem que as autoridades sanitárias, quando realizam a autuação e esta é contestada, o processo pode torna-se judicial. Quando isto ocorre, estes profissionais respondem como pessoa física.

Estas situações refletem um cenário de insegurança para os coordenadores e profissionais que atuam como autoridade sanitária. Segundo Daldon (2012), as autoridades sanitárias carecem de prescrição clara do trabalho a ser realizado, além disso, refere que não há reconhecimento e mecanismos que efetivamente avaliem o alcance de suas ações.

Ainda, Daldon (2012) coloca que a ausência de clareza da perspectiva da saúde do trabalhador e da atenção básica em tempos de RENAST pode ser limitante para a construção de programas em Saúde do Trabalhador. Devido à falta de planejamento, de avaliações e de sistematização dessas ações, a autora evidencia que estas têm sido pontuais e podem estar se desviando do objeto de intervenção de prevenção e promoção de saúde. Aspecto este também abordado pelos participantes do grupo, quando relatam sobre as demandas de vigilância que chegam ao CRST.

Além disso, evidência que a existência de planejamento e a coordenação de ações possibilitariam a construção de novas frentes de trabalho baseada em fatores epidemiológicos (Daldon, 2012). Fator este ausente atualmente nas ações desenvolvidas pelas autoridades sanitárias, conforme descrito pelos coordenadores.

A COVISA, como Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador é a instância única em que se discutem e planejam as questões referentes à área, sendo

incorporadas questões técnicas e de recursos para a continuidade das ações. As diretrizes quando mal delimitadas pela SMS-SP, impõe um poder e uma responsabilidade às autoridades sanitárias que podem ser consideradas além dos limites das competências do setor de saúde (Daldon, 2012).

A ausência de direcionamento e abordagem de ações específicas dos níveis de atenção primário, secundário e terciário das Políticas Públicas levam os servidores de saúde a enfrentar dificuldades em seus cotidianos de trabalho. As constantes mudanças políticas, a sobreposição das ações de diversos atores públicos e políticos e a desarticulação entre as ações e os processos de trabalho são uma das principais causas deste impasse. Assim, os aspectos da organização, das condições e dos recursos utilizado para realizar o trabalho impactam diretamente nas atividades desenvolvidas por estes serviços (Lancman, 2016).

Diante deste cenário, quando questionado aos coordenadores em relação ao que favorece para permanecer neste papel, estes referem um comprometimento ideológico com a área Saúde do Trabalhador. Ao longo dos anos, movimento da Saúde do Trabalhador enfrentou diversos desafios, mas resiste apoiado nos sonhos e no trabalho de muitos que acreditam que o trabalho é um meio de vida (Dias; Hoefel, 2005).

6.2 Contexto atual do Brasil

Para além da reestruturação da Secretária Municipal de Saúde, a Reforma da Previdência e a Trabalhista impactam diretamente no desenvolvimento das ações. A primeira favorece para a redução de quadro de funcionários, enquanto a segunda, deslegitima as inadequações que prejudicam a saúde do trabalhador.

6.2.1 Reforma da Previdência e os impactos nos serviços de Saúde do Trabalhador

A proposta de Reforma da Previdência, como verificado pelos resultados, desencadeou uma série de aposentadorias recentes, afetando todos os Centros em maior ou menor impacto. Há Centro de Referência em que houve perda de profissionais com tempo e implicação significativa em Saúde do Trabalhador, com conhecimentos técnicos específicos da área.

Assim, as metas estabelecidas pela gestão anterior tornam-se inatingíveis em todas as ações da ST. Aspecto também pontuado por Santos (2010), referindo que os profissionais lotados nos CRSTs, alguns com equipe mínima prevista pela Portaria da RENAST, devem realizar ações de vigilância, assistência e educação em Saúde do Trabalhador.

Os coordenadores referem falta de profissionais para o desenvolvimento de ações de todos os campos (assistência, vigilância e capacitação) da ST. Porém, atualmente isto se dá de forma mais alarmante quando relacionado à ausência profissionais administrativos nos serviços. Assim, os profissionais técnicos, que ainda estão lotados nos CRSTs, direcionam suas atribuições a questões administrativas.

A ausência de novas contratações é um fator de desamino em comum a todos os participantes do grupo. Estes se apresentam ainda mais apreensivos, quando referem à ausência de inclusão da área em ensino superior e de capacitação aos profissionais. Dias et al e Santos (2010), em suas pesquisas, também apresentam este aspecto como uma das dificuldades encontradas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que refletem a defasagem na formação em ST de profissionais de saúde.

6.2.2 Reforma Trabalhista e atualização da área de Saúde do Trabalhador

A reestruturação do processo produtivo é um dos fatores que dificultam a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Dias e Hoefel (2005) pontuam que enquanto:

“‘comemorávamos’ as conquistas do movimento da Saúde do Trabalhador e buscavam formas para efetiva-las, tomavam corpo, no Brasil, mudanças radicais na forma de organizar e gerenciar o trabalho e de reorientar as ações do Estado (Dias; Hoefel, 2005, p. 820)”.

Em decorrência destas transformações, foram identificados aspectos relacionados ao desemprego, a precarização do trabalho e o crescimento de contratos informais de trabalho. Neste contexto, o perfil epidemiológico de adoecimento relacionado ao trabalho também sofrem alterações (Dias; Hoefel, 2005).

A Reforma Trabalhista entrou em vigor em novembro de 2017, com reformulações legislativas acerca das formas de contratação, condições de trabalho, etc. Esta aprovação

impactou diretamente nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, devido a processos administrativos abertos contra as empresas, com solicitações de adequações. Neste cenário, os coordenadores referem existência de processos que, após a reforma, desvalidaram as irregularidades apontadas no relatório, como trabalho intermitente e o *home office*.

Considerando estas duas novas modalidades de contratação, os coordenadores apresentaram dificuldade em compreender o papel de autoridade sanitária. Pode-se verificar que em diversos momentos destas transformações, os profissionais da Saúde do Trabalhador encontraram-se fragilizados. Dias e Hoelfel (2005), apontam em sua pesquisa que os técnicos do CRST têm encontrado dificuldade para lidar com a nova realidade do trabalho. O mesmo encontra-se neste estudo, com o relato dos coordenadores acerca das normativas de vigilância e a nova legislação trabalhista.

A discussão acerca desta temática apresentou questões acerca de uma necessidade de revisão da legislação que fomenta as ações de vigilância em saúde do trabalhador. Discussão esta abordada por Costa et al (2013), quando apontam que estas modificações, agora legitimadas, favorecem o interesse do capital e desrespeitam os direitos adquiridos pelos trabalhadores.

Ainda, Costa et al (2013), questiona a possibilidade de instrumentalização das ações da área da Saúde do Trabalhador, como proposta de enfrentamento, diante de legislações que vão contra a perspectiva da área. Este contexto de reforma trabalhista favorece para a fragmentação das ações, esvaziamento dos serviços e das políticas públicas de saúde.

A PNSTT (2012) considera a capacitação dos profissionais de saúde com a proposta de favorecer a implementação de protocolos, de normativas e linhas de cuidado em Saúde do Trabalhador. Porém, neste cenário de reestruturação da secretária, de reformulações legislativas, de ausência de planejamento das ações e redução do quadro de funcionários, torna a operacionalização desta Política fragilizada.

As atuais reformações acerca dos direitos trabalhistas são incompatíveis com a proposta de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores, quando direcionam estas responsabilidades ao interesse do capital. Costal et al (2013), ainda pontuam:

“[...] a política de desenvolvimento econômico e industrial, posta em prática desde meados dos anos 1990, rivaliza com a perspectiva de dar prioridade ao trabalho saudável e emancipador da criatividade e das potencialidades humanas, objetivo central da ST (Costa et al, 2013, p. 16)”.

Neste cenário de rivalidades, Minayo-Gomez e Lacaz (2005), referem que há iminência de extinção dos serviços de saúde, uma vez que o próprio Estado não apresenta uma contrapartida para as ações de saúde pública. O enfraquecimento da política de saúde do trabalhador e a iminência de desmonte dos CRSTs também foram relatados pelos coordenadores.

A ausência de planejamentos em ST, de articulação, de respaldo e de recursos para manter as condições das unidades e das ações, são os principais aspectos relatados pelos coordenadores que dificultam a organização do trabalho dos CRSTs. Os coordenadores apontam que os profissionais lotados nestes serviços estão desestimulados e não creditam que há reconhecimento do seu trabalho.

Neste cenário, é pontuado por Costa et al (2005) e verificado a partir deste estudo, que os CRST estão sem margem de ação uma vez que dependem de outras instâncias, de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente e profissionais capacitados para desenvolver as ações da área. Estes são aspectos considerados pelos autores como:

“[...] condições mínimas para o enfrentamento dos problemas da área, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com proteção integral da saúde dos trabalhadores (Costa et al, 2005, p. 18)”

6.3 Limites e Contribuições do Estudo

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, como uma estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é o serviço que centraliza e ordena estas ações diante da Rede de Atenção à Saúde. Portanto, discutir o cotidiano de trabalho dos coordenadores permite apreender como são desenvolvidas as ações previstas pelas Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador atualmente.

Através deste estudo, foi verificado que existem uma série de desafios, internos e externos aos CRST, no cotidiano de trabalho dos participantes que impactam diretamente no que é previsto pelas Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador.

Além disso, devido as recentes transformações do contexto atual, com a proposta da Reforma da Previdência e as novas legislações trabalhistas, este estudo pode, também, contribuir para auxiliar na elaboração de estratégias que ampliem as ações no campo da ST diante destas modificações políticas e sociais.

Considera-se como limite do estudo, o rodizio de orientadores disponíveis e incluídos na pesquisa para esta monografia. Após a delimitação do tema, em um período dos oitos meses de construção desta pesquisa, foram realizadas orientações com três diferentes profissionais.

Outro limite do estudo se deu pela complexidade ao compreender as ações de Saúde do Trabalhador, uma vez que este se dá de forma transetorial e com uma diversidade de elementos que permeiam a área. Nesse sentido, para atender aos objetivos do estudo, a discussão pautou-se apenas em questões relacionadas ao próprio setor de saúde e ao contexto atual do Brasil.

7. CONCLUSÃO

A Política Municipal de Saúde do Trabalhador, de 2013-2016, aponta alguns desafios para a implementação da PNSTT. Estes são descritos e relacionados à sensibilização das equipes técnicas de toda a RAS em relação aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; a manutenção e ampliação das ações de vigilância em saúde do trabalhador; a intervenção dos CRSTs como articulador e coordenador das ações de ST em conjunto com as Coordenadorias Regionais – CRs e; à garantia de que o trabalho seja considerado permanentemente como um determinante de saúde no contexto do SUS (Brasil, 2013).

Nota-se que os desafios citados neste documento, elaborado em 2013, vão ao encontro dos relatos dos participantes do estudo. Ou seja, considera-se que tem havido poucos avanços no que tange as políticas e ações na área da Saúde do Trabalhador. Isso pode se dar pelo fato de que as diretrizes, princípios e atribuições estabelecidos pelos documentos públicos são dados, na prática, de forma fragilizada, uma vez que o próprio Estado, não auxilia para o desenvolvimento dessas ações.

Costa et al (2013), pontua que as ações de sucesso foram possíveis devido ao engajamento de servidores que atuam em prol da proteção à saúde integral da população. Para que as estratégias de superação dos problemas sejam resolutivas, é central que estejam presentes aspectos que historicamente fizeram parte da construção da Saúde do Trabalhador. Como militância, valores compartilhados entre os profissionais da área, características em comum às ações e serviços atuantes, capacidade de inovação de projetos, métodos, instrumentos e novas formas de organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Dessa forma, foi verificado que os profissionais inseridos nestes serviços também se relacionam ideologicamente com as ações que desenvolvem na área da ST. O compromisso que zelam é dado com a PNSTT, que os sustentam neste espaço. Em meio a todo esse contexto desfavorável, é possível atestar este sentimento é comum entre os coordenadores.

8. ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

1

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Nome:

Documento de Identidade Nº: Sexo M() F()

Data de nascimento:/...../.....

Endereço nº apto

Bairro: Cidade

CEP:..... Telefone: DDD(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

2. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO CAMPO SAÚDE E TRABALHO: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS INSERIDOS NA REDE DE SERVIÇOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Selma Laneman

CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 418 - TO (CREFITO-3).

UNIDADE DO HCFMUSP: FMUSP - Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 5 anos.

5. INFORMAÇÕES RELEVANTES

A pesquisa intitulada "Construção da Intersectorialidade no Campo Saúde e Trabalho: perspectiva dos profissionais inseridos na rede de serviços do município de São Paulo" tem como objetivo geral conhecer, dar visibilidade e analisar os processos de trabalho dos atores envolvidos nas diferentes instâncias relacionadas à implantação das políticas públicas do campo "saúde e trabalho" no município de São Paulo, considerando a proposta de intersectorialidade trazida pela Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), que envolve os profissionais da saúde, do Instituto Nacional do

Seguro Social, do Ministério do Trabalho e Emprego e, indiretamente, do Ministério Público do Trabalho e das Justiças do Trabalho e Federal. Ademais, propõe detectar lacunas e desenvolver, a partir da contribuição destes profissionais, avanços para a consolidação das redes Intra e Intersetoriais, com vistas à efetivação de um sistema integrado e global de atenção à saúde do trabalhador.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo, que utilizará os seguintes procedimentos: entrevistas e grupos de discussão sobre o trabalho. Sua participação é voluntária e você tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Você poderá perguntar qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre sua participação a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos procedimentos realizados serão gravados, filmados e/ou fotografados, escritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado. Portanto, seu nome ou qualquer outro dado que o identifique não será revelado. Você poderá solicitar os escritos da entrevista e dos encontros grupais, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessária. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O principal pesquisador é a Profa. Titular Selma Lancman, que pode ser encontrada na Rua Cipotânea, 51; ou no telefone: 3091.8436; ou ainda no e-mail: lancman@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Doutor Arnaldo, 251 – 21º andar - sala 36, Cep: 01246-000 – Cerqueira César, São Paulo – SP.

Se você teve a liberdade de conversar com o pesquisador que te apresentou este termo de consentimento para participar da pesquisa; se você acredita ter sido suficientemente informado; se ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; se ficou claro também que a participação é voluntária e isenta de despesas, sendo que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo, assine abaixo.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do entrevistado/representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2011.
- BRASIL. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2002.
- BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Manual de Gerenciamento e Gestão da RENAST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS CJG; TURATO ER. Análise de Conteúdo em Pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativo: aplicações e perspectivas. *Rev. Latino-am Enf*, São Paulo. 2009, v. 17, n. 2.
- COSTA D, LACAZ FAC, FILHO JMJ, VILELA RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. Bras. Saude Ocup*. São Paulo, 2013. p. 11-30.
- DIAS EC, HOEFEL MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005. p. 817-827.
- DIAS EC, CHIAVEGATTO CV, SILVA TL, REIS JC, SILVA JM. Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Rev. Med. Minas Gerais*, 2010. p. 66-74.
- DALDON, MTB. Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância da saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, Universidade de São Paulo; 2012.

DIAS MDA, BERTOLINI GCS, PIMENTA, ALP. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Análise a partir de uma experiência Municipal. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2011. p. 137-148,

FLICK, U. Desenho da pesquisa Qualitativa. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia, 2013. p. 149-161.

LACAZ, FAC. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações Trabalho-Saúde. Caderno de Saúde Pública, 2007. p. 757-66.

LACAZ, FAC. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. Caderno de Saúde Pública, 1997. p. 7-19.

LANCMAN, S. Construção da Intersetorialidade no campo de Saúde e Trabalho: Perspectiva dos profissionais inseridos na rede de Serviços do Município de São Paulo. Faculdade de Medicina da USP, 2016.

MENDES R, DIAS EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Publica. 1991; p. 341-49.

MINAYO-GOMES C, THENDIM-COSTA SM. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. 1997. p. 21-32.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005. p. 797-807.

MINAYO, MCS.; Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1993. p. 239-262.

SANTOS, SPL. Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: 2010.

SANTORUM, KMT. Pelas Fendas do Trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de Vigilância em Saúde do Trabalhador [tese]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

SOUZA, TS. VIRGENS, LS. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. Ver. Bras. Saúde ocup. São Paulo, 2013, p. 292-301.

VILELA, RAG. Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho: a experiência do Programa de Saúde do trabalhador de Piracicaba; Construindo Prevenção e Desvelando a impunidade [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

OLIVEIRA, MHB, VASCONCELOS, LCF. As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: tempos de avaliação. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Saúde em debate. 2000.

TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2005. p. 507-514.