

RENATA CRISTINA SOBRAL DIAS

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE
SOBRE O CENTRO DE REFERÊNCIA EM
SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST**

ASSIS
2010

RENATA CRISTINA SOBRAL DIAS

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE
SOBRE O CENTRO DE REFERÊNCIA EM
SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Dr^a. Maria Luiza Gava Schmidt

ASSIS
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

D541p	<p>Dias, Renata Cristina Sobral</p> <p>Percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST / Renata Cristina Sobral Dias. Assis, 2010</p> <p>181 f. : il.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.</p> <p>Orientador: Maria Luiza Gava Schmidt</p> <p>1. Políticas públicas. 2. Saúde do trabalhador. 3. Trabalho – Aspectos psicológicos. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.</p> <p>CDD 614 158.7</p>
-------	---

RENATA CRISTINA SOBRAL DIAS

PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE SOBRE
O CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR – CEREST

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª. Maria Luiza Gava Schmidt - Presidente
Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Assis

Profº Drº. Sérgio Roberto de Lucca
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP – Membro

Profª Drª Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro - Membro
Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Assis

Data da Aprovação: 08/06/2010

À minha avó Carmem Rodrigues (in memoriam), que, pela sua vida, me mostrou que a Saúde Pública é um exercício de cidadania.

A Yuri, Mariana, Edson e Rodrigo,
mais que significados: *existência!*

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas em nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples fato de terem cruzado o nosso caminho. Algumas percorrem ao nosso lado, vendo muitas luas passarem, mas outras apenas vemos entre um passo e outro. Todas deixam um pouco de si e levam um pouco de nós. Meus sinceros agradecimentos!

Aos meus pais, grandes responsáveis pela minha insaciável curiosidade em explorar o mundo do trabalho.

Ao Edson, exemplo de trabalhador contemporâneo de sucesso, companheiro nos momentos de luz e escuridão na brincadeira de viver e na construção profissional. Apoio fundamental nos momentos de ausência familiar. Obrigada!

Ao Yuri e Mariana, filhos amados e ao Rodrigo irmão-filho, fontes de inspiração e motivação na busca de maior conhecimento.

À MARIA LUIZA GAVA SCHMIDT, minha “super” orientadora, presente em cada passo, reflexão, dúvida, insegurança, ousadia, com quem generosamente acolheu-me e dividiu sua experiência na área da saúde do trabalhador. Eterna admiração.

Aos professores Inês Amosso Dolci e Francisco Hashimoto, mestres incomparáveis, pessoas queridas que plantaram em mim a semente de pesquisador e a crença de que era possível viver essa realização.

Aos professores da disciplina de Saúde Ocupacional da UNICAMP, pela ampliação do conhecimento teórico e participação em momentos cruciais da pesquisa. Em especial ao Dr. José Inácio de Oliveira, pela importante contribuição no momento da qualificação e ao Dr. Sérgio Roberto de Lucca, na banca de defesa.

Ainda no momento de defesa de dissertação, agradeço à Dra. Diana Rancini de Sá Ribeiro, pelo holding em seus apontamentos.

Ao professor José Luiz Guimarães (in memorian), presença fundamental na dissolução de dúvidas da pesquisa e da discência. Exemplo de determinação.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação da UNESP, pelo profissionalismo, ética e suporte, facilitando a operacionalização do processo acadêmico.

Agradeço ainda aos membros do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, em particular à socióloga e coordenadora Maria Aparecida Rodrigues e os técnicos administrativos Célia Matsumoto e João Raphael Souza Catalan, por abrir as portas para a parceria universitária, compartilhar suas necessidades e não medirem esforços em fornecer informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos gestores de saúde, protagonistas desse estudo, pelo espaço concedido e receptibilidade durante o processo de coleta de dados. Sem eles não seria possível e com eles o impossível deixou de existir.

À Juliana Midori Tuguimoto, pela disponibilidade e ajuda no desenvolvimento dos gráficos.

Aos velhos e novos amigos, representados pelos queridos: Rosângela R. Capelasso, Iuri Yrving Muller, Liege Caldeira, Daniele Almeida Duarte, Ana Carolina Lemos e Lívia Spoladore, pela escuta afetuosa e por tornar a caminhada mais leve e divertida.

À CAPES, que viabilizou os estudos, bem como sua complementaridade na participação em outras instituições, possibilitando aprofundamento nas reflexões propostas.

Por fim, a todos que incentivaram a realização dessa pesquisa, me apoiaram e acreditaram em mim.

“ Como fica forte uma pessoa quando está segura de ser amada!”

Sigmund Freud

[...] Um mundo que no qual o bem-estar de todos seria mais precioso do que o ter de cada um. Não mais um mundo a gerenciar, mas um mundo a amar, mundo que estaríamos orgulhosos de transmitir a nossos filhos.

Vincent de Gaulejac

SOBRAL DIAS, Renata Cristina. **Percepção dos Gestores de Saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**. 2010, 181p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista – UNESP.

RESUMO

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), conforme definida pelo Ministério da Saúde, é uma rede desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem como objetivo articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho. Esta estratégia está sendo implementada por Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que tem como função suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. Esse estudo possibilita fazer uma reflexão entre o trabalho prescrito e o trabalho real dessa Instância. Nesse contexto, nosso objetivo geral é verificar a percepção dos gestores de saúde da área de abrangência do CEREST de Presidente Prudente SP, sobre a importância deste para região. Os objetivos específicos que nortearam essa pesquisa são: verificar qual o conceito de saúde do trabalhador na percepção dos gestores da área de abrangência do CEREST/PP; avaliar como os gestores de diferentes instâncias de saúde percebem o papel de CEREST; possibilitar reflexões sobre a atuação dos gestores da área de abrangência do CEREST; identificar dificuldades no desenvolvimento do papel destes profissionais no cotidiano do trabalho; e, contribuir para o fortalecimento das ações em saúde do trabalhador. Sobre as questões metodológicas, as etapas de nossa investigação seguiram procedimentos de abordagem quanti-qualitativa. Utilizamos de dois instrumentos em dois momentos distintos para coleta de dados: questionário auto-aplicável e entrevista semi-dirigida. Foram sujeitos do questionário vinte gestores, representantes das Instâncias que se articula com o CEREST em sua área de abrangência e para a entrevista oito Secretários e/ou Coordenadores de Saúde. Os dados foram analisados quanti-qualitativamente, cada qual em seu tempo e especificidade, com base no referencial da fundamentação teórica e conceitos da Psicodinâmica do Trabalho. Os resultados apontam que, por um lado, os gestores de saúde têm deficiências sobre o conhecimento do trabalho prescrito e por outro, há insatisfações com o trabalho real, o que nos leva às dificuldades no desenvolvimento do papel destes profissionais no cotidiano do trabalho. Além disso, nos deparamos com a discrepância entre o trabalho prescrito e o real nas esferas macro e micro que, somado à necessidade de maior conhecimento sobre a atuação profissional tornam-se entraves para o exercício das ações do CEREST. Para tanto, sugere-se a clínica do trabalho, na concepção da Psicodinâmica como sugestão de enfrentamento frente às dificuldades encontradas.

Palavras-chave: Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Gestores de Saúde.

SOBRAL DIAS, Renata Cristina. **Perception of managers on the Health About the Center of Reference in Occupational Health**. Assis, 181p., 2010. Dissertation (Masters in Psychology) Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP.

ABSTRACT

The National Network for Comprehensive Health Care Workers (RENAST) as defined by the Health Ministry, is a network developed jointly between the Ministry of Health, the Departments of Health, the Federal District and Municipalities. Aims to articulate within the SUS, prevention, health promotion and rehabilitation of urban and rural workers, regardless of the employment relationship and type of insertion in the labor market. This strategy is being implemented by the Reference Centers in Occupational Health (CEREST), which has as its technical support, continuing education, coordination of assistance projects, promotion and health surveillance of workers in its service area. This study allows to reflect between prescribed work and real work in this instance. In this context, our main objective is to verify the design of the health managers of the area covered by the CEREST Presidente Prudente SP, on the importance for this region. The specific objectives that guided this research is to verify that the concept of occupational health in the perception of managers of the coverage area of CEREST / PP; assess how managers of different health authorities perceive the role of CEREST; possible reflections on the role managers of the area covered by the CEREST; identify issues impeding development of the role of these professionals in daily work, and contribute to the strengthening of actions on workers' health. On methodological issues, the steps of our research procedures followed quanti-qualitative approach. We make use of two instruments at two different times to collect data: self-administered questionnaire and semi-directed. The subjects of the questionnaire twenty managers, representatives of the Boards that joins the CEREST in their area and to interview eight Secretaries and / or Coordinators of Health Data will be analyzed quantitatively and qualitatively, each in his time and specificity, based on the framework of theoretical concepts and psychodynamics of work. The results show that, on one hand, health managers have knowledge about deficiencies of the prescribed work and secondly, there is dissatisfaction with the actual work, which leads us to issues impeding development of the role of these professionals in the daily work. In addition, we are faced with the discrepancy between the prescribed and actual work in macro and micro spheres which together with the need for more knowledge about the professional performance become obstacles to the exercise of stock CEREST. For this, we suggest the clinical work in the design of psychodynamics as suggestions for coping with difficulties.

Keywords: National Network of Integral Attention to Health Worker, Reference Center for Occupational Health, Health Manager.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE FIGURAS DO ANEXO E.....	13
LISTA DE SIGLAS.....	16
APRESENTAÇÃO.....	18
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	22
1.1 Justificativa.....	28
CAPÍTULO II: OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo geral.....	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
CAPÍTULO III: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	32
3.1 Relação Homem-trabalho: entre o bem e o mal estar.....	33
3.1.2 Trajeto do trabalho: do conceito de sobrevivência à dignidade humana.....	34
3.1.3 O agente do trabalho: O Trabalhador.....	38
3.1.4 Relações de trabalho na contemporaneidade.....	40
3.2 Breve contextualização histórica sobre a Saúde do Trabalhador.....	46
3.2.1 Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e Centro de Referencia.....	49
3.3 Organização do trabalho público.....	57
CAPÍTULO IV: A PESQUISA.....	63
4.1 Método.....	64
4.2 Caracterização do local da pesquisa.....	66
4.3 Objeto de estudo.....	68
4.4 Universo da pesquisa.....	71
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	72
4.5.1 Questionário auto-aplicável.....	73
4.5.2 Entrevista individual.....	77
4.6 Análise dos dados.....	79

CAPÍTULO V: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
5.1 Descrição e análise do questionário.....	82
5.1.1 Resultados do Bloco I – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	82
5.1.2 Resultados do Bloco II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador	85
5.1.3 Resultados do Bloco III – Plano de Saúde do Trabalhador.....	89
5.1.4 Resultados do Bloco IV – Gestão da RENAST.....	91
5.1.5 Resultados do Bloco V – Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação.....	95
5.1.6 Indicadores de correlação entre acertos e erros, referentes às questões dos blocos I a V.....	98
5.1.7 Resultados da questão aberta.....	103
5.2 Descrição e análise da entrevista individual.....	108
5.2.1 O papel profissional.....	108
5.2.2 O papel de gestor e a saúde do trabalhador.....	114
5.2.3 Percepção sobre o papel da RENAST.....	118
5.2.4 Percepção sobre o papel do CEREST.....	122
5.2.5 Entre o trabalho prescrito e o trabalho real.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS.....	142
ANEXOS.....	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Atenção da RENAST.....	52
Figura 2: Mapa de distribuição de CEREST por Estados.....	53
Figura 3: Demonstrativo da Descrição das funções do CEREST-PP.....	70
Figura 4: Demonstrativo das características dos gestores de saúde participantes do questionário.....	75
Figura 5: Demonstrativo da Descrição dos Sujeitos da Entrevista.....	78
Figura 6: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco I: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	82
Figura 7: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco II: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST.....	85
Figura 8: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco III: Plano de Saúde do Trabalhador.....	89
Figura 9: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco IV: Gestão da RENAST.....	92
Figura 10: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco V: Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação.....	95
Figura 11: Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes aos Bloco temáticos de I a V.....	98
Figura 12: Demonstrativo das percepções dos gestores sobre saúde do trabalhador.....	103

LISTA DE FIGURAS DO ANEXO E

Figura 1:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador?.....	162
Figura 2:	Demonstrativo das repostas referente à questão: No que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores?.....	163
Figura 3:	Demonstrativo das respostas referente à questão: A efetivação da atenção integral à saúde do trabalhador necessita de:.....	163
Figura 4:	Demonstrativo das respostas referente à questão: A construção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador institucionalizou para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, a seguinte condição:.....	164
Figura 5:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a função da rede regionalizada de CEREST?.....	164
Figura 6:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Abordar a Saúde do Trabalhador de uma forma integral significa:.....	165
Figura 7:	Demonstrativo das respostas referente à questão: A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador tem como um dos objetivos:.....	165
Figura 8:	Demonstrativo das respostas referente à questão: As diretrizes e estratégias do Plano Nacional do Trabalhador compreendem:.....	166
Figura 9:	Demonstrativo das respostas referente à questão: A pactuação intersetorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:.....	166
Figura 10:	Demonstrativo das respostas referente à questão: A pactuação intra-setorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:.....	167
Figura 11:	Demonstrativo das respostas referente à questão: O Pacto pela Vida está constituído por:	167
Figura 12:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Sobre o financiamento da RENAST, a portaria GM/MS 2.437, estabelece que:.....	168
Figura 13:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Uma das prioridades do Pacto em defesa	

do SUS é:.....	168
Figura 14: Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a finalidade do Pacto de Gestão do SUS?.....	169
Figura 15: Demonstrativo das respostas referente à questão: Por Planejamento entende-se:.....	169
Figura 16: Demonstrativo das respostas referente à questão: Ainda sobre Planejamento, podemos afirmar que:.....	170
Figura 17: Demonstrativo das respostas referente à questão: O método de Planejamento deve:.....	170
Figura 18: Demonstrativo das respostas referente à questão: No Plano de Ação, há um item denominado missão, que se define como:.....	171
Figura 19: Demonstrativo das respostas referente à questão: Compreende, respectivamente, a vigência do Plano de Ação Nacional e, Planos Estaduais e Municipais	171
Figura 20: Demonstrativo das respostas referente à questão: Sobre Planos Estaduais e Municipais, pode-se afirmar que.....	172
Figura 21: Demonstrativo das respostas referente à questão: As estratégias de gestão descentralizada do Plano de Ação Nacional em saúde do Trabalhador, em caráter operativo, devem seguir as metas do Plano Nacional de Saúde, devendo conter as diretrizes para:.....	172
Figura 22: Demonstrativo das respostas referente à questão: são ações de Saúde do Trabalhador na Assistência do Serviço de Atenção Básica:.....	173
Figura 23: Demonstrativo das respostas referente à questão: São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância da Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) do serviço de Atenção Básica:.....	173
Figura 24: Demonstrativo das respostas referente à questão: São ações de Saúde do Trabalhador nas atividades educativas do serviço de Atenção Básica:.....	174
Figura 25: Demonstrativo das respostas referente à questão: São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância Epidemiológica, nos serviços de média complexidade:.....	174
Figura 26: Demonstrativo das respostas referente à questão: Uma	

	das ações de Saúde do Trabalhador na informação dos serviços de urgência e emergência é:.....	175
Figura 27:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Dentre as atribuições dos CEREST, previstas na Portaria GM/MS 2437/05, estão:.....	175
Figura 28:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Para executar suas atividades, cada CEREST pode desenvolver e implementar Núcleos Técnicos de atividades, tais como:.....	176
Figura 29:	Demonstrativo das respostas referente à questão: É responsabilidade do Serviço Sentinela:.....	176
Figura 30:	Demonstrativo das respostas referente à questão: São ferramentas utilizadas no processo de gestão das ações em Saúde do Trabalhador:.....	177
Figura 31:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a finalidade das Comissões Intergestores Bi e Tripartite?.....	177
Figura 32:	Demonstrativo das respostas referente à questão: O grupo de trabalho interministerial Previdência/Saúde/Trabalho, instituído pela Portaria no. 153 têm como atribuição:.....	178
Figura 33:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Um dos princípios que norteiam o processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, é:.....	178
Figura 34:	Demonstrativo das respostas referente à questão: São aspectos considerados na Educação Permanente dos trabalhadores de saúde:.....	179
Figura 35:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Segundo o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, o que é preciso contemplar na formação e gestão do trabalho em saúde?.....	179
Figura 36:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Quais as estratégias definidas pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) para a capacitação em Saúde do Trabalhador?.....	180
Figura 37:	Demonstrativo das respostas referente à questão: Que política o gestor de saúde deverá adotar referente aos sujeitos das ações de Saúde do Trabalhador, isto é, os próprios trabalhadores?.....	180

LISTA DE SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
C	Coordenador
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIESP	Centro das Indústrias do Estado de São Paulo
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das leis de Trabalho
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COSAT	Coordenação técnica da Área de Saúde do Trabalhador
CRSTs	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DIR	Diretoria de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DRS	Delegacia Regional de Saúde
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HR	Hospital Regional
HU	Hospital Universitário
IBC	Indústria Brasileira do Café
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NOST/SUS	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEA	População economicamente ativa
PIA	População em Idade Ativa
PNSST	Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
S	Secretário
SAS/MS	Secretaria de Assistência/Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SEVITRA	Serviço Técnico Especializado de Vigilância do Trabalho
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SST	Segurança e Saúde do Trabalhador
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

A motivação para o desenvolvimento desse estudo se inicia ainda na infância (idos de 83), que se desvendou por meio do olhar curioso e intrigado da menina que observava pessoas que dormiam em filas do então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, na tentativa de conseguir atendimento médico. Como explicação ao fenômeno ouviu-se uma frase marcante da avó, também protagonista dessa vivência: “As pessoas adoecem de tanto trabalhar”.

Os anos passaram, a menina cresceu e dentre os vários papéis pertinentes a uma pessoa, se torna psicóloga em 2004. Na trajetória profissional, seu olhar mais uma vez se volta ao ser humano, à sua saúde e em específico, suas experiências com o mundo do trabalho. Afinal, como dito por Datner (2006), a profissão é uma construção proveniente de conhecimentos específicos e técnicos de um dado saber/fazer, adicionado de vivências e situações não só de formação ocupacional, como de tudo que antecedeu à sua entrada na profissão.

A pesquisa foi mais um passo para a concepção de que o papel da psicologia é de relevância social na sociedade contemporânea, pois ao aglutinar-se com outros saberes pode e deve contribuir na redefinição de teorias e práticas em saúde, na humanização dos serviços oferecidos à população e na perspectiva da atenção integral ao usuário, ampliando a visão sobre a concepção de homem ao considerar a subjetividade do sujeito.

Pensar os processos de subjetivação nas suas conexões com o trabalho remete à relação do trabalhador com sua realidade de trabalho, isto é, à análise da maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências, expressos em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos.

Para Cattani (2002), as experiências e as tramas que constroem o lugar do trabalhador, definem modos de subjetivação relacionados ao trabalho com duplo papel: o de desencadeador ou colaborador no processo saúde-adoecimento.

Nessa perspectiva, para que o trabalho seja fonte de saúde não cabe inexistir sofrimento, porque sofrer é inerente ao ser humano, mas relaciona-se ao enfrentamento das imposições e pressões do trabalho que causam a instabilidade psicológica, tendo lugar o prazer quando as condições geradoras de sofrimento podem ser transformadas. Já o patológico seriam as falhas nos modos de enfrentamento do sofrimento, relacionados à organização do trabalho, instalados pelo desejo vencido da produção em detrimento do desejo dos sujeitos-trabalhadores (DEJOURS, 1997;1999).

Deste modo, optar por conhecer a realidade da saúde do trabalhador de uma região, pela ótica dos gestores de saúde, justifica-se na reflexão de Mendes (2007) ao dizer que,

[...] as dificuldades dos que fazem a gestão da organização do trabalho geram maior sofrimento aos trabalhadores, por não haver margem de liberdade para que utilizem sua inteligência prática, sua inventibilidade, que seria um dos caminhos para a transformação do sofrimento. O sofrimento assume um papel fundamental que articula ao mesmo tempo a saúde e a patologia” (MENDES, 2007, p. 37).

Segundo Alevato (2005) a gestão pode ser caracterizada como forma de organização nas relações humanas, com força capaz de unir os participantes, explicando a todos e a cada um, o valor de seu esforço individual.

Os bons líderes, independentemente dos desafios propostos às instituições, podem ajudar na sobrevivência e no funcionamento mais harmonioso e saudável nas instituições (KERNBERG, 2000).

Afinal, “os homens procuram na gestão um sentido para a ação e até, por vezes, para sua vida e para o futuro” (GAULEJAC, 2007, p. 27), que sob a influência do setor econômico produz modelos de ser - humano e subjetividade.

Na tentativa de explorar tais fenômenos desenvolvemos a seguinte estrutura de apresentação deste estudo:

No Capítulo I, apresentamos uma introdução à pesquisa, bem como a justificativa pela escolha do tema.

O Capítulo II é composto pelos objetivos que pretendíamos alcançar.

O Capítulo III intitulado Revisão Bibliográfica, propusemos discorrer sobre os fundamentos teóricos que nortearam o estudo. O primeiro subitem trata da relação homem-trabalho, com uma breve contextualização, destacando tanto o bem, quanto o mal-estar vivenciados pelo labor. No subitem seguinte mostramos, com brevidade histórica, o contexto da Saúde do Trabalhador, perpassando a implementação da Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores - RENAST e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, instituição pública que contempla suas especificidades organizacionais, de modo que encerramos o capítulo com o tema: Organização do trabalho público, com destaque à contribuição de Dejours, Campos, Merhy, Cecílio, Yves Clot, entre outros.

A Pesquisa, título do Capítulo IV preconiza o delineamento metodológico do estudo. O primeiro subitem explana o método utilizado; o segundo trata da caracterização do local da pesquisa; o terceiro delinea o objeto de estudo; o quarto o universo da pesquisa; o quinto aborda o procedimento de coleta de dados. Na sequência, temos no último subitem a análise dos dados.

Resultados e Discussão compõem o Capítulo V, contemplando os desdobramentos encontrados no questionário e na entrevista. No primeiro subitem temos a descrição e análise

do questionário, demonstrando os resultados das questões fechadas e da questão aberta. No subitem Resultados da Entrevista, apresentam-se categorias encontradas no discurso dos participantes.

Como último tema, sob o título Considerações Finais, propõe-se uma reflexão sobre os achados do estudo, bem como apontamentos sobre as dificuldades encontradas, sequência da pesquisa e possíveis caminhos de mudanças para a problemática estudada.

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

“Um processo de mudança pode sempre começar AQUI e AGORA”
(CAMPOS, 1997)

Remete-se a Gaulejac, ao apontar que a ênfase na economia leva a inverter a ordem das prioridades, levando a sociedade a se colocar a serviço dela. Por sua vez, “a economia política se torna uma economia gestonária, na qual as considerações contábeis e financeiras importam mais que as considerações humanas e sociais” (GAULEJAC, 2007, p. 27).

O gerenciamento caracteriza-se como tecnologia de poder entre o capital e o trabalho por exibir uma ideologia corporativa nas relações do homem com a sociedade, por meio de uma aparência pragmática e racional. Assim, legitima-se uma representação do mundo que justifica a guerra econômica, em nome do desempenho, da qualidade, da eficácia, da competição e da mobilidade, com o propósito de construirmos um mundo novo.

Foucault partilha da ideia de poder ao conceituá-lo como:

Um conjunto de ações sobre ações possíveis, ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável, no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, In: Dreyfus & Rabinon, 1995, p.243).

Gestão e poder são peculiares a todas as esferas institucionais, até mesmo à esfera pública, lócus de nossa pesquisa, como nos alerta Gaulejac (2007):

Nascida na esfera do privado, ela tende a se espalhar nos setores públicos e no mundo não comercial. Hoje, tudo se gere – as cidades, as administrações, as instituições, mas também a família, as relações amorosas, a sexualidade, até os sentimentos e as emoções. Todos os registros da vida social são atingidos. Cada indivíduo é convidado a se tornar o empreendedor de sua própria vida. O humano se torna capital que convém tornar produtivo (GAULEJAC, p.28).

Sobre a disseminação dessas ideias no setor público, Bastos et.al. (2006) apontam a influência do Consenso de Washington na gestão pública.

O referido Consenso, segundo o autor, é um conjunto de medidas composto de dez regras básicas, formulado em 1989 por economistas de instituições financeiras baseadas em Washington, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990 e passou a ser "*receitado*" para promover o "*ajustamento*

macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades (BASTOS; BIANCARELI; DEOS, 2006).

Disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas) e direito à propriedade intelectual, compõem a lista de recomendações (10 regras) considerada responsável pela liberalização e abertura para os fluxos de capitais internacionais no Brasil (PEREIRA, 2006).

Para os crédulos, uma salvação; já para os críticos, um esforço ideológico destinado a impor o neoliberalismo e o fundamentalismo de livre mercado aos países emergentes (RODRICK, 2006).

No mesmo caminho, a aprovação da Emenda Constitucional da Reforma Administrativa (EC nº 19, de 4/6/1998) disseminou a necessidade de implementar a Nova Administração Pública, também chamada de Administração Gerencial, visando modernizar o modelo jurídico-administrativo brasileiro, construído originalmente pela Constituição Federal de 1988, responsável pela organização e funcionamento do setor público (PESSOA, 2000).

Pessoa (2000) descreve que o movimento da Nova Administração Pública apresentou-se como um sistema de pensamento ideológico com a pretensão de transpor ideias geradas no setor privado para dentro da Administração Pública. Embasada numa racionalidade econômica e de mercado, desenvolvida sobremaneira nos grandes centros do capitalismo, o discurso da "crise do Estado", que permeou o debate político e acadêmico nos anos 90, voltou-se para as organizações públicas, propondo uma reestruturação do setor público com base em conceitos, paradigmas, valores e ideias tradicionalmente aplicadas ao mercado.

Para o autor, o "economicismo" de cunho neoliberal, pensamento imperante da "globalização", pretendia mudanças no setor público, almejando maior desenvolvimento econômico, através de sua modernização, resgate de atraso histórico e maior eficiência.

Para tanto, surge uma onda de orientações, afetando o discurso do setor público, tais como:

adoção de uma programa de privatização em larga escala; terceirização de diversos serviços públicos importantes; adoção de valores gerenciais e de mercado na Administração Pública direta, fundacional e autárquica; mentalidade voltada para o mercado e orientação para o cliente; redução progressiva dos gastos sociais; crescente ênfase no "fazer mais com menos", com os ganhos em eficiência; administração hierarquizada; ênfase na mudança pelas "cúpulas", e não pelas "bases", relegadas ao descaso; separação entre um pequeno núcleo estratégico e uma grande periferia operacional;

Essa nova mentalidade privatista reestrutura e dita a forma de administrar as pessoas:

ênfase no papel do gerente...do técnico, com aumento da tecnocracia e do "déficit democrático" das novas instituições (agências executivas e agências reguladoras); adoção em larga escala do regime celetista em substituição ao estatutário, com possibilidade de dispensa nos moldes privados; quebra da estabilidade; freqüentes cortes orçamentários e aviltamento da situação dos servidores públicos; ênfase nos "resultados", nas "metas", e menosprezo aos "procedimentos", com a conseqüente "flexibilização" (entenda-se descaso) do princípio da legalidade em matérias vitais, tais como licitações, contratações de bens e serviços, nomeação/contratação/dispensa de servidores públicos. (PESSOA, 2000, p.2-3).

Advinda das corporações, a ênfase no papel do gerente com significado de administrar, dirigir e/ou conduzir, foi denominada de Administração Gerencial. Seus efeitos levam a um tipo de relação do indivíduo consigo mesmo, com o outro e com o mundo.

Pode-se hipotetizar que a percepção dos gestores influenciará nas ações dos sujeitos, mas Kernberg (2000) lembra que o comportamento disfuncional de um gestor pode originar-se dessas características da própria estrutura organizacional, e não de sua personalidade.

E o cenário atual, além da insatisfatória estrutura organizacional, é palco de desemprego crescente, com poucas oportunidades de sobrevivência no mercado de trabalho e, como consequência, molda um sujeito em busca de reconhecimento e um sentido para a vida jamais satisfeito, diante de uma realidade sem limites competitivos (BAUMAN, 2008).

Para Gaulejac (2007), vivemos na cultura gerencialista 'do alto desempenho', como modelo de eficiência em um mundo sob pressão, que gera esgotamento profissional, estresse e sofrimento no trabalho como se se tratasse de vivências banais.

Simultaneamente, como uma das medidas de enfrentamento no que se refere ao adoecimento humano e à necessidade de políticas de saúde efetivas; o Governo Federal brasileiro adotou, a partir de 1988, princípios iluministas. Em ação, o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu triplo preceito norteador: universalidade, intregalidade e equidade (CAMPOS, 1997).

O SUS, assim chamado, foi uma conquista da sociedade, criado com o propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos (BRASIL, 2006).

Importante lembrar que no Brasil, até 1988, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2008), a Saúde era um benefício previdenciário, um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar assistência privada.

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, foi o divisor de águas, onde se lê que a saúde é "um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas".

A institucionalização do SUS, como política de Estado, busca avanços históricos com a descentralização e a municipalização de ações e serviços, a melhoria e a ampliação da atenção à saúde da população e da vigilância em saúde e sanitária, e o maior controle social com a atuação dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2006).

Com base no Movimento de Reforma Sanitária, advindo de meados de 1970, propõe-se uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

O texto da Carta Magna concebe que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, e que compete executar, inclusive, ações de saúde do trabalhador.

Em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentaram-se os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visam a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde, existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas, em geral, sobre os riscos de acidentes de trabalho, de doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, registros de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e,

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Para garantir tais ideais, entra em vigor, desde 2004, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, que visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Suas diretrizes, descritas na Portaria nº 1.125, de 6/07/2005, compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e inter-setorial, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Segundo informação fornecida via email em maio de 2009, por Olga Rios – coordenadora da Saúde do Trabalhador CGSAT/SVS/MS - uma de suas diretrizes, a estruturação da RENAST, objeto deste estudo, se consolida pela existência, até o momento, de 178 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e por uma rede de 500 serviços sentinela de média e alta complexidade para atender às vítimas de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Com repasses mensais do Fundo Nacional da Saúde, recomenda-se que os Centros de Referência realizem ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Assim, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador tem papel fundamental na contribuição para mudar e melhorar o perfil da saúde do trabalhador na sua área de abrangência.

Diante dos fatos apontados, considerando-se a visão panorâmica nos escritos até aqui colocados e o próprio tempo de duração do SUS - haja vista ter esse órgão completado seu vigésimo aniversário quando do início desta pesquisa, é possível avaliar a evolução com que se tem beneficiado o povo brasileiro. Desde a reforma sanitária até o atual Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, encontrados na Portaria n. 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 (Brasil, 2006a) - de corresponsabilidade das esferas dos governos federal, estadual e

municipal – torna-se imprescindível identificar e tornar pública a malha social e institucional que interage e atua para superação dos desafios do setor de saúde, em especial a saúde do trabalhador.

Apesar da pouca idade das áreas em questão, estudos avançam, e o número de dissertações e teses crescem. Santana (2006) relata que é de 1951 a tese mais antiga da área da Saúde do Trabalhador, sob o tema prevenção da perda auditiva induzida pelo ruído, de autoria de Mocellin (1951), defendida na Faculdade de Medicina do Paraná.

Em 1990, segundo o autor, houve aproximadamente 533 teses e/ou dissertações, quadro que apresenta declínio na década atual. Entre 2000 e 2004, por exemplo, localizaram-se um total de 360 (SANTANA, 2006).

Em termos gerais, as temáticas se concentram em pesquisas sobre o trabalho no ramo de atividades de saúde, especialmente do trabalho em enfermagem, focalizando principalmente saúde mental, sintomas e doenças ósteo-musculares, ergonomia, riscos químicos e biológicos e acidentes perfuro-cortantes (SANTANA, 2006)

Mudanças tecnológicas, trabalho informatizado, gestão do trabalho, sistemas de gestão e gestão dos serviços de saúde integrada ao ambiente destacaram-se e multiplicaram-se a partir da década passada, tendo proliferado como temas de escolha: precariedade das condições de emprego, trabalho informal e terceirização (SANTANA, 2006).

1.1 Justificativa

As pesquisas sobre o CEREST também evoluem na abordagem de estudos epidemiológicos, sanitários ou de constituição desse órgão, apesar de não aparecerem no levantamento de estudos em saúde do trabalhador, realizados por Santana (2006) e também não foi encontrado estudo sistemático (até o momento).

Portanto, abordar o tema gestores de saúde, neste viés, é uma contribuição na discussão homem e trabalho, iniciativa que se reveste de significado político, no sentido crítico do termo, para maior efetividade dos direitos sociais em nosso país, o que fundamenta as justificativas para desenvolver esta pesquisa.

A primeira está no discurso de Moura Neto (2009), durante o qual ele afirma que a rede de CEREST Regionais do SUS/SP é a maior do país, quando considera a sua abrangência estadual, correspondendo a 25% da RENAST implantada, até os dias de hoje, em todo o território nacional. Uma rede heterogênea, com dispositivos que atuam no campo da saúde do trabalhador há quase vinte anos, embora houvesse unidades da rede com pouco mais

de três anos de funcionamento (na ocasião). Por outro lado, ele ainda é pouco incorporado, no âmbito do SUS/SP, como dispositivo de caráter regional, apesar de estar sob gestão municipal.

Esse autor complementa em seu texto, que o caráter transversal e potencialmente conflitivo do campo da Saúde do Trabalhador, tensiona até os gestores mais preparados: por um lado, há resistência à incorporação dessas ações no interior do próprio SUS e, por outro, há pressão tanto por parte dos sindicatos de trabalhadores, para implementá-las, quanto por parte dos empresários, para esterilizá-las. Por tudo isso, o processo de construção do campo de Saúde do Trabalhador no SUS, malgrado o seu destaque no artigo 200 da Constituição Brasileira, ainda impõe enormes desafios para os gestores e para os técnicos envolvidos na sua implantação e disseminação.

O segundo ponto que justifica a relevância de nossa investigação se consolida na contribuição de propor uma avaliação particularmente necessária na atualidade, uma vez que, como veremos no Capítulo II, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída a partir de setembro de 2002, pela Portaria 1.679/02 do MS, se fundamenta na experiência dos CEREST.

Para Machado (1996) e também Pinheiro (1996), seria fundamental que a RENAST caminhasse para a superação da dicotomia entre assistência e vigilância e incorporasse em seu modelo, estratégias de prevenção a agravos e de promoção da saúde. Seria também de extrema relevância, que essa nova rede se articulasse com as instituições locais do Trabalho e da Previdência, em conformidade com os marcos teóricos da vigilância em Saúde do Trabalhador e inspirada em experiências de sucesso, nacionais e internacionais.

Portanto, como terceiro e último ponto, é crucial que nos dediquemos a refletir demoradamente sobre qual é a percepção dos profissionais envolvidos na atenção e vigilância da saúde no trabalho sobre suas ações, as quais não podem ser apenas incrementadas ou corrigidas. Considera-se aqui percepção, como o núcleo de articulação entre o psiquismo e o mundo, conforme observaram Laplanche e Pontalis (1967/2001). Resumidamente, remete-se ao processo complexo por meio do qual uma pessoa seleciona, organiza e interpreta as informações recebidas para criar uma imagem significativa do mundo e de si mesmo.

Assim, levanta-se então a questão: será que essa atuação profissional não exige maior criticidade? Afinal, há de se considerar a necessidade de radicalidade no processo de municipalização das ações de saúde na rede, com ênfase no atendimento das necessidades da população trabalhadora e a definição de uma base territorial sólida como referência.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Mediante o exposto, eis os objetivos que nortearam nossa pesquisa:

2.1 Objetivo geral

Verificar a percepção dos gestores de saúde da área de abrangência do CEREST de Presidente Prudente/SP sobre a importância deste para a região.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar qual o conceito de saúde do trabalhador na percepção dos gestores da área de abrangência do CEREST/PP;
- Avaliar como os gestores de diferentes instâncias de saúde percebem a atuação do CEREST/PP;
- Possibilitar reflexões sobre a atuação dos gestores da área de abrangência do CEREST/PP;
- Identificar dificuldades no desenvolvimento do papel desses profissionais no cotidiano do trabalho;
- Contribuir para o fortalecimento das ações em saúde do trabalhador.

CAPÍTULO III
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 - Relação Homem-Trabalho: Entre o Bem e o Mal-Estar

“o trabalho não produz o sofrimento, é o próprio sofrimento que produz o trabalho”.

(DEJOURS, 1993, p.103)

Ao pensar o homem em sua vivência social, Freud (1913/1996), em seu escrito Totem e Tabu, concebeu que, após o assassinato do pai, os irmãos se aliaram, promulgaram as regras do tabu e formaram o primeiro código do Direito. Eles perceberam que poderiam melhorar seu destino pelo trabalho em comum. A vida comunitária teve como um dos fundamentos, a compulsão para o trabalho criada pela necessidade externa de evitar o padecimento do corpo e combater as forças da natureza.

A civilização (vida comunitária), através do trabalho, favoreceu o desenvolvimento das ciências e das técnicas, que permitiu à humanidade garantir o domínio sobre a natureza e transformar os homens em novos deuses, ao se sentirem senhores dela. Em contrapartida, a vivência na civilização nos impõe restrições, nas palavras de Freud (1930/1996); uma vida árdua, posto que nos proporciona muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis, suportada pelas medidas paliativas de enfrentamento, ou ainda, pelas satisfações substitutivas, como o próprio trabalho.

Diante de uma vida de sentimentos e experiências ambivalentes, levanta-se uma questão a Freud: Qual é o propósito da vida, isto é, o que pedem os homens dela, e o que desejam nela realizar? O autor responde baseando-se em suas percepções sobre os próprios homens, por seu comportamento: “Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer” (1930/1996, p.84).

Inversamente à concepção da modernidade - que retrata felicidade como sinônimo de poder de consumo para obtenção do belo, da alta qualificação educacional e do sucesso profissional - para o autor ela provém do princípio do prazer, obtida pela satisfação (repentina) de necessidades represadas em alto grau, ainda que episódica. Somos feitos para sentir mais prazer a partir de um contraste, do que pela posse de um determinado número de coisas (FREUD, 1930/1996).

Já a infelicidade, a seu ver, é mais corriqueira e nos causa sofrimento a partir de três direções: do nosso corpo, devido à sensação de decadência e dissolução; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças esmagadoras e impiedosas; de nossos relacionamentos com os outros homens (FREUD, 1930/1996).

Para Freud, o sofrimento que provém desta última fonte é inevitável e talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro.

Nessa perspectiva, o autor enuncia que a atividade profissional, exercício que favorece a relação com nossos pares, é fonte de satisfação, se for livremente escolhida, isto é, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados (FREUD, 1930/1996).

Como caminho para a felicidade, acredita que o trabalho não é altamente prezado pelos homens, uma vez que eles não se esforçam nessa área como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A maioria das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e esta aversão humana ao trabalho, suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1930/1996).

No entanto, ao longo da trajetória laboral do homem, como veremos nos próximos subtítulos desse capítulo, por um lado o trabalho vem adquirindo valor central na vida das pessoas e status de felicidade. Por outro lado, *lócus* de sofrimento, seja pela relação do homem com outros homens ou pela ineficiência das formas de institucionalização do trabalho.

Com isso em mente, não intencionamos discorrer sobre os conceitos psicanalíticos acerca da felicidade ou infelicidade humana, mas a partir deles ilustrar dada contradição na relação do homem com o trabalho, que culminam em vivências de prazer e sofrimento.

3.1.2 Trajeto do trabalho: do conceito de sobrevivência à dignidade humana

O trajeto do trabalho, na linguagem cotidiana, revestiu-se de um sentido vago e maleável, com muitos significados. No dicionário encontra-se a definição do verbete trabalho como: “Aplicação da atividade física ou intelectual; serviço; esforço; fadiga; ação ou resultado da ação de uma força; labutação; esmero; inquietação; exercício; obra feita ou em via de execução” (FERREIRA, 1986, p. 1695).

Segundo Albornoz (1976) há um apanhado de significados em todas as línguas da cultura européia. O grego, por exemplo, tem uma palavra para fabricação e outra para esforço, oposto ao ócio. O latim distingue *laborare*, a ação de labor, e *operare*, o verbo que remete a *opus*, obra.

Arendt (2002) diferencia labor e trabalho. O primeiro é um processo de transformação da natureza para satisfação das necessidades vitais do ser humano. O segundo, um processo

de transformação da natureza para responder àquilo que é um desejo de ser humano, emprestando-lhe certa permanência e durabilidade histórica.

Já para Marx, trabalho pressupõe uma atividade exclusivamente humana:

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é a atividade orientada a um fim para produzir valores-de-uso, apropriação natural para satisfazer necessidades humanas, condição natural para satisfazer necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes, igualmente, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1985, p. 153).

Taylor (1966) o compreende a partir do estudo de tempos e movimentos, em que predomina a atenção para o método do trabalho, para os movimentos necessários à execução de uma tarefa e para o tempo médio dispensado para efetua-la. Nega todo o processo criativo do homem na realização do trabalho, maximizando a produção de mais-valia e perseguindo os ideais do capital.

Assim, trabalho pode ser entendido como exclusividade humana, consciente e proposital, como aponta Marx; numa relação dialética do ser humano com a natureza, como mostra Arendt; ou, ainda, como um processo contínuo e fragmentado, que visa aumentar a eficiência da empresa através da organização, como quer Taylor.

Em todas as definições, há um consenso de que ele é histórico, mutável e problematizável. A palavra trabalho, por exemplo, não era usada antes do século XI; seu significado como obra a fazer, ou execução de uma obra, surge somente no final do século XV, e o significado da palavra trabalhador aparece no final do século XVII (Le Goff, 1992).

Guareschi e Grisci (1993) acrescentam que no século XV havia cooperação simples, uma forma rústica de trabalho capitalista, quando os artesãos da Idade Média eram reunidos sob um mesmo teto para trabalhar para um burguês que controlava os burgos ao trazer especiarias do Oriente para a Europa Ocidental.

O autor relata que no século XVII, com o advento da manufatura, surge a divisão de trabalho. A unidade técnica de produção era a mesma proveniente da cooperação simples, ou seja, o artesão, sua ferramenta e a natureza a qual manipula. O proprietário descobriu que, com o desdobramento do trabalho haveria maior produção; o artesão, no entanto, mesmo realizando o trabalho parcelado, dominava o processo de confecção.

No século XVIII, com a emergência da grande indústria, houve a ruptura da percepção do trabalho humano como atividade econômica das outras dimensões da vida social e individual, como a religiosidade, a organização familiar, a política e a sexualidade

(CATTANI, 2002). Influência do acesso do pobre ao mundo burguês, através de uma mudança radical no modo de produção e no processo de trabalho, alheio à subjetivação do trabalhador, com ênfase no racionalismo (GUARESCHI & GRISCI, 1993, p. 34).

O crescimento acelerado e desorganizado das fábricas aumentou a exigência de maior produção, característica do capitalismo e do século XIX. O trabalhador, além de produzir, precisava garantir, promover a mais-valia (lucro). Weber já constatava que o trabalhador não produzia para si, mas para o capital (1920/2008).

Uma das formas encontradas pelas fábricas, para conseguir tal objetivo, foi a institucionalização do chamado prêmio de produção, que passou a gerar um sentimento ambivalente no trabalhador. Apesar de ter consciência do sofrimento do corpo, acarretado pela produção em larga escala, a necessidade financeira falava mais alto e o trabalhador sucumbia à ilusória gratificação (GUARESCHI & GRISCI, 1993).

A gratificação remunera e premia o capital, gera competição e afirma o novo sistema de administração, que procura aumentar a individualidade (facilitando a exploração), a eficiência, com ares de oferecer maior prosperidade (GUARESCHI & GRISCI, 1993).

A produção capitalista, segundo Braverman (1987), exige intercâmbio de relações, mercadorias e dinheiro, mas sua característica maior é a compra e venda da força de trabalho.

Guareschi e Grisci (1993, p. 40-43) afirmam,

O trabalhador perde a visão do processo total da fabricação e não conhece o que suas mãos executam. Não realiza trabalho, mas tarefas fragmentadas sob os cuidados de disciplinadores de corpos (o chefe), impedindo ao mesmo tempo a criatividade e qualquer emocional-subjetivo do homem com as tarefas executadas.

Para ele, o resultado é a menção do trabalho e sofrimento, em muitos momentos, como sinônimos. Para o século XX, que vai da glorificação oficial à desqualificação prática, resta, ao trabalhador, combater o enfraquecimento e as dificuldades para criar e viver novos conceitos, sentidos de um trabalho que se faça mais humano (LE VEN, 2001).

Emerge, no contexto do trabalho, a chamada reestruturação produtiva, envolvendo a adoção de novos modelos férteis, que englobam tanto formas de gestão da produção – incluindo ou não a incorporação de tecnologias microeletrônicas –, como novas formas de gestão dos trabalhadores. Tais estratégias, em geral, resultam na redução da força de trabalho. "Como se disse, no *mundo enxuto* [itálicos dos autores], produzir-se-ia mais, e melhor, com menos gente" (RAMALHO & SANTANA, 2003, p. 11).

O resultado, para Antunes (2003), é o crescimento do desemprego e a precarização das formas de trabalho e dos direitos do trabalhador, colocando em cheque a centralidade do trabalho. Os efeitos colaterais são profundas transformações na própria configuração da classe

trabalhadora, incorporando não só o proletariado fabril, mas a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, incluindo:

o enorme leque de trabalhadores precarizados, terceirizados, fabris e de serviços, *part time* [grifos do autor], que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário, em expansão no mundo produtivo. Deve incluir também o proletariado rural, os chamados bóias-frias das regiões agroindustriais, além, naturalmente, da totalidade dos trabalhadores desempregados que se constituem nesse monumental exército industrial de reserva. (ANTUNES, 2003, p. 218-219)

Pensando nos processos subjetivos dos trabalhadores, Sennet (2001) afirma que no capitalismo contemporâneo, o trabalho flexível, temporário, terceirizado, com ênfase no curto prazo, diminui as possibilidades de as pessoas desenvolverem experiências e construir uma narrativa coerente para suas vidas.

Liedke (2002) esclarece que:

O trabalho passa a assumir um conteúdo crescentemente intelectual, em contraposição ao conceito de trabalho físico, manual. Aumenta a importância da informação, do trabalho imaterial, em contraposição ao conceito convencional de trabalho, centrado na ideia de transformação da natureza (p.345).

Nessas circunstâncias, o trabalho para alguns é antes de tudo fruto de uma relação social determinada pela relação salarial; para outros, trata-se, sobretudo, do emprego; e para outros ainda, trata-se de uma atividade de produção social, etc.

Ironicamente o trabalho vem se configurando como sinônimo de dignidade humana e condição de progresso econômico, no entanto os trabalhadores enfrentam sérios limites às suas possibilidades de estabelecimento de vínculos interpessoais com seu fazer e, conseqüentemente, são reduzidas as probabilidades de identificação com os outros e com o seu trabalho, ao menos na perspectiva de uma continuidade, por mais efêmera que esta seja, interferindo diretamente em sua saúde.

Sob esse prisma, entendemos trabalho conforme preconizado pela Psicodinâmica do Trabalho, cujo objeto de estudo são as relações entre organização do trabalho e processos de subjetivação, com base na relação do trabalhador com sua realidade laboral, que o conceitua como:

[...] aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. (DEJOURS, 2004, p.28)

Segundo Dejours (2004) o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego, e sim certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais).

Afinal, o trabalho está em movimento, não é estático, seu cotidiano é permeado

[...] por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes, [...] (DEJOURS, 2004, p. 28).

A dinamicidade encontrada em todos os níveis da tarefa e da atividade na relação entre trabalhador-trabalho gera uma discrepância entre a organização formal do trabalho - o prescrito - e a organização informal, resulta da realidade concreta da situação – o real (DEJOURS, 1980/1987).

Assim, trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. E trabalho é aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são indicados. Como dito por Dejours (2004, p. 28): “é aquilo que ele (trabalhador) deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições”.

Dimensão chave da existência, constitutivo do psiquismo, o trabalho é meio de vinculação social e equacionamento de conteúdos psíquicos. Está além da produtividade e eficiência, destaca o trabalhador como agente de sua própria história.

3.1.3 O agente do trabalho: O Trabalhador

O processo de reestruturação do trabalho criou uma série de demandas que evocaram transformações nas formas de organização do trabalho, enfatizando a necessidade de um novo modelo de trabalhador, com capacidade de ser e lidar com tecnologias e processos mais flexibilizados (LIEDKE, 2002).

Conceitualmente, encontramos no dicionário a seguinte definição global: “Que trabalha; laborioso; ativo; operário” (BUENO, 2000, p. 762).

Guareschi e Grisci (1993, p.47) deduzem, pelo uso da representação de uma relação entre empregado ou operário, que “trabalhador é aquele que trabalha para alguém, podendo então, haver aqueles que trabalham e aqueles que não trabalham [...]”

Nesse sentido, a Consolidação das Leis de Trabalho, responsável pela definição do indivíduo, enquanto pessoa de direitos e deveres, usa a terminologia ‘empregado’ como

sinônimo de trabalhador, pois, “*Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário*” (CLT, Art.3º, 1943).

Legalmente, existindo uma prestação de serviços realizada por pessoa física, com regularidade, subordinação e sendo tal prestação remunerada, poderemos estar diante de um trabalhador.

No Brasil, é preciso considerar que a população apta a trabalhar, chamada de População em Idade Ativa (PIA), em 2007, foi de 156,9 milhões. Deste total, cerca de 92,7 milhões eram economicamente ativas (PEA) e, conseqüentemente, estavam inseridas no mercado de trabalho, mas apenas 25,6 milhões possuem carteira assinada, cobertura da legislação trabalhista e Seguro de Acidentes do Trabalho – SAT, culminando em uma grande massa de desamparados (IBGE, 2007).

Como podemos observar, a minoria tem amparo legal, sobretudo os demais, não deixam de serem trabalhadores, pois, segundo o Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST (2004, p. 4):

Trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Incluídos: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais, autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário; ou aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria, ou desemprego.

Trabalhadores por condição, inseridos em diversos e complexos *settings* de atuação - *locus da práxis* – articulados em uma dada organização do trabalho, que mobiliza e engaja o sujeito, resultando em modos de subjetivação específicos, uma vez que todos estão ligados a essas organizações por meio de laços materiais, morais, ideológicos, sócio-econômicos e psicológicos.

A mobilização subjetiva é o cerne da constituição do sujeito, trata-se de um processo que se caracteriza pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. Espaço que permite a resignificação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer, ícone da saúde do trabalhador. Acontece a partir do resgate do sentido do trabalho, dependendo da relação entre a subjetividade do trabalhador, do saber fazer e do coletivo do trabalho (MENDES & MORRONE, 2002).

Apesar das vivências de sofrimento serem inerentes ao ser humano, e não é diferente no campo do trabalho, o sentido almejado é o prazer. Entende-se que,

O trabalho quando funciona como uma fonte de prazer (identidade, realização, reconhecimento e liberdade), permite que o trabalhador se torne sujeito da ação, criando estratégias, e com essas possa dominar o seu trabalho e não ser dominado por ele, embora nem sempre isso seja possível, em função do poder na organização do trabalho para desarticular as oportunidades para uso dessas estratégias (MENDES, 2007, p. 51)

3.1.4 Relações de trabalho na contemporaneidade

De acordo com Freud (1930/1996), o mal-estar que se manifesta na cultura, isto é, nas sociedades civilizadas modernas e que se traduz por uma busca infeliz e infantil da felicidade, corresponde ao sentimento de insatisfação que os homens experimentam face à civilização e aos seus progressos. A civilização seria encarada simultaneamente como obra dos homens e como processo que os ultrapassa; estes a veriam com estranheza, e ela passaria, por assim dizer, por cima deles, como um rolo compressor.

Uma das formas de lidar com as agruras humanas, se deu por meio das atividades ocupacionais em organizações. Uma formação da civilização que segue sua própria lógica, instituída pelos homens em oposição àquilo que é estabelecido pela natureza (KÄES, 1991).

Segundo esse autor isso ocorre porque, as organizações são “conjunto das formas e das estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume, regula as nossas relações, preexiste e se impõe a nós; ela se inscreve na permanência” (KÄES, 1991, p. 6),

O autor ressalta que ela não é apenas uma formação social e cultural complexa, posto que realiza funções psíquicas múltiplas na sua estrutura, dinâmica e economia pessoal.

No entanto, a relação do homem com o trabalho nunca foi tranquila, devido às dificuldades que sempre permearam esta instância, o que talvez tenha sido um agravante na dor humana. Em hipótese, pode ainda estar atrelada à mudança no conceito de trabalho, uma mudança subjetiva sobre a necessidade do trabalho.

À medida que a civilização contemporânea se configurou, o mundo do trabalho passou por uma transformação completa, profunda, que alterou o modo como as pessoas trabalhavam, o significado dessas atividades nas suas vidas e as normas sociais que regulamentavam as diferentes práticas profissionais.

A Revolução Industrial trouxe uma proposta de felicidade, uma esperança de crescimento, que a atualidade não apresenta. Hoje falamos em crise mundial, precarização do trabalho, e temos um homem que labora, consumista e consumível, pois, no processo de

evolução do trabalho mudaram-se os conceitos, os parâmetros, as metas, os objetivos, as formas de ver e de fazer (ANTUNES, 2002).

O trabalho foi-se moldando às novas configurações da realidade e da sociedade, adaptando-se às tarefas e às suas exigências. O trabalhador deixou de ser o artesão executor e passou a assumir o papel de operador, controlador das máquinas, planejadas para minimizar o custo do trabalho e maximizar a produtividade.

As novas tecnologias e formas de gestão, oriundas do final da década de 70, com novos arranjos organizacionais, foram arquitetadas em busca de estruturas organizacionais mais flexíveis. A hierarquia ganhou mais leveza com o corte de níveis hierárquicos. A terceirização passa a ser uma prática disseminada com forte enxugamento dos trabalhadores (ANTUNES, 2002).

Os processos de trabalho, sob o impacto das inovações tecnológicas, alteram a relação do indivíduo com a atividade laboral e passam a exigir novas competências e habilidades. Os trabalhadores são pressionados a dominar uma gama cada vez mais ampla de tarefas e a desenvolver competências múltiplas. Novos modelos de gestão são construídos com vistas a elevar a produtividade e fazer frente à competitividade.

As novas tecnologias recebem o nome de Gestão do Conhecimento, Gestão por Competências, Inteligência Competitiva, CCQ (Círculos de Controle da Qualidade), que se desdobram numa série de programas e modismos gerenciais chamados de células de produção, estiques mínimos, *Kaizen*, *Kan ban*, Qualidade Total, 5 S, Just in Time, empregabilidade, fim do emprego, dentre outros (ANTUNES, 2002)

Exige-se do trabalhador um novo perfil: ele deve ser polivalente, criativo, disponível, flexível, em constante estado de atualização de conhecimentos, participativo, deve ter espírito de liderança, saber trabalhar em equipe. Deve, ainda, se identificar com a missão e com os valores da empresa, e, para tanto se faz um apelo ao imaginário do desempenho e da excelência, através da canalização do afetivo que mistura a racionalidade do capital, a estratégia e a paixão.

Para Enriquez (1997), a empresa não é o único local em que a estratégia se instala, mas, em função do esvaziamento progressivo de outros pólos de identificação e referência (Estado, família, classes sociais) se instaura como ator principal da sociedade e exporta para outras organizações os seus valores (competição, sucesso econômico), com sua visão pragmática de mundo, suas normas de eficácia e performance. Ela propõe a estratégia ao alcance de todos e é destinada a “qualquer um”.

A empresa passa a ser considerada, então, como fator fundamental e praticamente exclusivo do mundo da produção (ANTUNES, 2002).

Esses dispositivos incutem no indivíduo a ideologia organizacional de modo que ele não somente idealize a empresa e se identifique com ela, como também lhe dê sua devoção incondicional. Essa idealização tem como objetivo fazer que os trabalhadores internalizem as ambições do capital como se fossem suas.

Assim, instaura-se a gestão da captura da subjetividade (ALVES, 2000), que se refere à internalização da ambição do capital, como se fosse a do próprio sujeito. Para tanto, são divulgadas as ideologias da fidelidade, da lealdade, do orgulho profissional, do sucesso ao alcance de todos que tanto leva à identificação dos trabalhadores com os valores da empresa, como cria dispositivos de exclusão àqueles que resistem a tal internalização.

O que acontece, como argumenta Sato (2002), é que estratégias sutis de controle ganham força, mesclando velhos e novos paradigmas de organização do trabalho. Observam-se a preocupação cada vez maior com os mecanismos de controle simbólico de maior invisibilidade dos que aqueles presentes apenas fisicamente e externamente, uma vez que os controles por resultados estão atrelados aos controles internos dos sujeitos.

Enquanto no fordismo havia uma subsunção formal-material, no toyotismo tem-se uma subsunção formal-intelectual (ou espiritual) do trabalho ao capital. A nova lógica da produção capitalista, que exige novas qualificações do trabalhador, articula habilidades cognitivas e habilidades comportamentais (GRAMSCI, 1974).

Apesar desses controles não serem novos, pois a eles já se referiu Foucault (2005) quando discute o poder disciplinar que, em seu entender, tem por objetivo utilizar de veículos variados e sutis, que estejam por toda parte e em parte alguma, aumentando a força física dos corpos e diminuindo-as em termos de forças políticas.

Segundo Lages (2008) ocorre, assim, a banalização do sofrimento para muitos indivíduos, também em prol do interesse do capital, pois “estar estressado” significa estar sobrecarregado de atividades, possuir uma vida dinâmica, com um tempo totalmente preenchido, ocasionando sentimentos de importância, de reconhecimento, pelos diferentes significados que o termo pode vir a adquirir em ambientes altamente competitivos.

Em busca de estabilidade no emprego, ou de reconhecimento por parte das chefias e dos colegas, muitos trabalhadores excedem em seus horários de trabalho, deixam de fazer pausas para o almoço (chegam mesmo a fazer suas refeições no próprio ambiente de trabalho), levam tarefas para casa, diariamente, e nos finais de semana. (LAGES, 2008, p. 5)

A nova lógica substitui os valores concretos por um abstrato, o capital, ao qual tenta subordinar os valores do indivíduo e da coletividade. Esfacela o território enquanto local de trocas simbólicas e o abre para um universo de trocas indiferenciadas onde o dinheiro é o regulador. Parte de um campo pluridimensional não hierarquizado para um campo monodimensional hierarquizado, onde se afirma o primado do econômico. A desapropriação é essa alienação dos trabalhadores (PAGÈS; BONETTI; GAULEJAC; DESCENDRE, 1987).

A centralização do controle da organização é mantida no nível econômico, político, ideológico e psicológico. O poder econômico da organização reforça seu poder psicológico, pois sua imagem de poder cultiva a angústia, ao mesmo tempo, que serve de suporte para a identificação. (Pagès et al, 1987, p. 38)

Pagès et al. (1987) afirmam que os indivíduos somente assim se deixam ser destituídos de poder, deixando a organização resolver por eles e em benefício dos objetivos aos quais ela se presta, devido às contradições da vida social, pelo afrontamento do desejo e dos limites, substrato psicológico a todas as relações humanas.

Alertam os autores que as instituições transformam as contradições, não as criam, e sim se enxertam nelas segundo a articulação dialética das relações entre natureza e cultura. O sentido desta articulação é transformar a confrontação com a morte, os limites em uma angústia de morte inconsciente vivida na relação com as instituições sociais para as quais simultaneamente trazem uma solução, uma mediação, sob a forma de modos de investimento psíquico, de tipos de prazer, de sistemas de defesa contra a angústia, no sentido psicológico do termo.

Em outras palavras, a dominação e a exploração social, por parte das organizações, tiram uma parte do poder dos trabalhadores por trazerem uma resposta às contradições psicológicas individuais e interindividuais, permitem-lhes defenderem-se da morte e da angústia, propondo-lhes um sistema de defesa sólido, socialmente organizado e legitimado pela sociedade, à custa de reforços múltiplos. Há impotência dos trabalhadores para lidar com suas contradições, por serem eles coletivamente impotentes para estabelecer relações de cooperação verdadeiras em que se aceita o que está pronto e se assimilam seus princípios de prazer, a ameaça que ela faz pesar sobre eles (PAGÈS et al., 1987).

Sem a organização, o indivíduo se sente fraco, a angústia de destruição e os impulsos agressivos aumentam. Para lidar com esses sentimentos, ele vive uma situação de dependência infantil que lembra a dependência em relação aos pais - particularmente a mãe - a se ver frágil diante da organização, precisa se identificar para sobreviver. A organização imaginária invade a psiquê, torna-se uma parte dela à medida que introjeta seus valores,

canaliza sua agressividade e angústia. Conseqüentemente, ele passa a sentir prazer em pertencer a ela, porque lhe confere identidade, sentimento de pertença.

Satisfações relativas a salário, trabalho, carreira, viagens, contatos fazem parte dos múltiplos prazeres que a organização oferece, com a condição de que ele cumpra suas exigências, e aceite ser retirado se não as cumprir. Para Pagès et al., um prazer sadomasoquista de identificar-se com o poder da organização, dominar os outros e vencer continuamente a si próprio, o que, em contrapartida, exclui a paz e a calma. Constrói-se um modelo baseado no sucesso e na conquista.

Diante dessa pressão, quando a relação do trabalhador (sujeito singular, portador de uma história, projetos, esperanças e desejos) com a organização não possibilita uma harmonia psíquica, pode ocorrer o sofrimento, uma vez que a energia pulsional que não encontra canais de descarga no exercício do trabalho, acumula-se no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Para Dejours (1980/1987, p.52), “a certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento”, ou seja, as vivências de sofrimento são o esgotamento das possibilidades de adaptação ou ajustamento da energia psíquica e bloqueio da relação subjetiva do trabalhador com o trabalho.

E assim como Freud, nos escritos sobre o mal-estar na civilização, percebemos que a função do trabalho é ineficaz para nosso desejo de felicidade e enfrentamento das contradições. É preciso cogitar que infelicidade ou mal-estar é algo comum e pensar o trabalho não só como mais-valia, e sim como valor de uso, que possa nos proporcionar um sentido.

Cabe a nós, trabalhadores, refletirmos sobre nossa práxis e sujeitar-nos ao princípio de realidade, pois a meta de satisfação, mesmo que substitutiva como disse Freud, não pode ser abandonada, visto que nos garante certa proteção contra o sofrimento.

Não podemos negar que a organização do trabalho estrutura o social, provê o indivíduo e dá-lhe um lugar de significação, sentido, permanência e renúncia. A última é dolorosa, mas não está atrelada somente ao trabalho, está na amplidão da estrutura da vida em sociedade, faz parte do homem.

E é por meio de estudos bibliográficos que vemos uma porta para a reflexão sobre as relações de trabalho e sobre sua presença nas organizações, considerando o bem e o mal-estar vivenciados. Um caminho para se pensar a condição dos trabalhadores, da sua subjetividade, para além do modelo explorador-explorado.

Entende-se, conforme o princípio dejouriano, que sofrimento e prazer não fazem parte da objetividade; são, em suas origens, provenientes de uma relação específica com o inconsciente. É na ótica da subjetividade, através da investigação psíquica e interpretação, portanto, que podem ocorrer as elaborações, dando passagem a novos sentidos.

3.2 - Breve Contextualização Histórica sobre a Saúde do Trabalhador

“Saúde é um bem socialmente produzido”

(Carta de Ottawa, 1996)

As questões referentes à saúde e trabalho se apresentaram como um tema de preocupação pública desde meados do século XIX, quando o adoecimento, em grande escala advindo dos processos de produção, aparece ainda nas etapas iniciais da industrialização, diferentemente do que ocorreu no Brasil, onde a industrialização ocorreu um século depois. Desse modo, nos países industrializados, o Estado passa a assumir as funções de regulamentação e intervenção quanto aos temas relativos à promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores, com o objetivo de eliminar os obstáculos ao desenvolvimento econômico. O Estado promove então, uma série de ações visando garantir as condições para o desenvolvimento do novo sistema de produção.

Quando a fábrica se torna o local privilegiado para a realização das novas relações de produção, como apontam Mendes e Dias (1991), ocorre o surgimento da Medicina do Trabalho, visando o controle da força de trabalho para o aumento da produtividade. Porém, como especialidade médica, nasce na Inglaterra na primeira metade do século XIX com a Revolução Industrial. Os autores citam que em 1830 instala-se o primeiro serviço de Medicina do Trabalho. Este se caracterizava por ser um atendimento centrado na figura do médico, que, por sua vez, deveria ser de inteira confiança do empresário. A prevenção à saúde deveria ser uma tarefa médica, assim como as responsabilidades pela ocorrência das doenças na fábrica.

A Primeira Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra, levou o trabalhador a se submeter a precárias condições de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso. Nesse contexto, a presença da figura do médico no interior da fábrica se apresenta principalmente como um meio de possibilitar a recuperação do trabalhador o mais rápido possível para o retorno ao trabalho, num momento em que a força de trabalho era necessária à industrialização. Dessa forma, o surgimento da Medicina do Trabalho centrada na atuação médica se mantém até os dias atuais, dentro de um enfoque biologicista e individualista, buscando a causa das doenças e dos acidentes de trabalho com uma abordagem unicausal (MENDES & DIAS, 1991).

Voltada basicamente para o indivíduo, a medicina do Trabalho privilegia o diagnóstico e o tratamento dentro de uma visão na qual o espaço para a subjetividade e a percepção do

trabalhador é restrito. Desvela-se, então, sua impotência para intervir sobre os problemas de saúde causados pelo processo de produção. Em resposta, amplia-se a atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido de outras disciplinas (OLIVEIRA, 2001).

Nessa direção, a Saúde Ocupacional começa a se delinear, a partir do contexto econômico e político da II Guerra e do Pós-Guerra, quando o custo provocado pela perda abrupta de vidas, por acidentes de trabalho ou por doenças do trabalho, começou a ser sentido tanto por empregadores, como pelas companhias de seguro, devido as pesadas indenizações. Nessa abordagem, desloca-se a intervenção, que antes era centrada no indivíduo, para a questão dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Dessa forma, a Saúde Ocupacional utiliza o enfoque da higiene Industrial, buscando através da atuação multiprofissional (de médicos, engenheiros, toxicologistas, etc.), intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletindo assim, a influência das Escolas de Saúde Pública principalmente dos Estados Unidos (MENDES & DIAS, 1991).

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da Saúde Ocupacional deram-se tardiamente, reproduzindo o processo ocorrido nos países do Primeiro Mundo. O modelo de Saúde Ocupacional não conseguiu alcançar seus objetivos, pois manteve o referencial da Medicina do Trabalho, não atingindo a interdisciplinaridade e as medidas para propiciar a saúde no trabalho, de forma mais ampla; restringiram-se a ações pontuais sobre os riscos mais evidentes.

Uma forma diferenciada de analisar as questões referentes ao trabalho-saúde/doença, surge com alguns autores da Medicina Social Latino-americana, entre eles, Laurell e Noriega (1989) que conceituam o trabalho a partir da concepção de processo de trabalho, que se inscreveria nas relações sociais de produção.

A Medicina Social Latino-americana propõe, então, uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma "categoria" explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho. (LACAZ, 1996, p. 23)

Neste contexto, uma questão nova se apresenta: a emergência da Saúde do Trabalhador, que aflora da medicina social latino-americana e da saúde coletiva. Apresentando, como premissa básica, o enfoque na relação saúde/trabalho, compreendendo o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexo

biopsíquico das coletividades nas sociedades capitalistas industriais (LAURELL & NORIEGA,1989).

Segundo Oliveira (2001), é o momento em que começam a ser divulgados no Brasil os pressupostos básicos do Modelo Operário Italiano, a partir do intercâmbio de técnicos e profissionais de saúde enviados à Itália, em finais dos anos 70, período de eclosão dos movimentos sociais.

Esse modelo preconiza a valorização do conhecimento e das experiências do trabalhador, e a não delegação, aos técnicos, da responsabilidade de sistematizar estes conhecimentos.

Utiliza-se uma metodologia de produção de conhecimento baseada na formação de grupos homogêneos, ou seja, trabalhadores submetidos às mesmas condições de trabalho que analisam o processo de trabalho e suas repercussões na saúde, e finalizando com a validação consensual. Nesse momento, ocorre a implantação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde e a realização de eventos em estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, destacando a inserção da temática da Saúde do Trabalhador nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e nas da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador-CNST.

O segundo momento, compreendido entre 1987-1990, é marcado pela institucionalização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, com amparo legal. É o período da promulgação da Constituição Federal de 1988, das Constituições Estaduais e da elaboração da Lei Orgânica de Saúde em 1990.

O terceiro momento é marcado não só por conflitos no sistema de saúde, que se divide, entre as propostas da Reforma Sanitária e do Projeto neoliberal, como também pela dificuldade de obtenção de financiamento para as ações do Sistema Único de Saúde. É o momento da implantação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS.

Em relação à Saúde dos Trabalhadores, as dificuldades são muitas, pois consiste numa proposta a ser implantada dentro de um sistema de saúde em mudança. Começam a surgir disputas entre as corporações profissionais e os órgãos responsáveis pela efetivação da política de Saúde do Trabalhador, quer sejam do Ministério do Trabalho, quer sejam da Previdência Social. Segundo Dias (1994), esse período se encerra em 1994 com a II CNST, em Brasília.

A partir desse contexto, inicia-se a transição para um quarto momento, no qual pode ocorrer desde o cumprimento da legislação estendendo a atenção à saúde dos trabalhadores a

todos os trabalhadores, até mudanças de concepção das práticas e organização da atenção devido às mudanças constitucionais e do processo de regulamentação da área (DIAS, 1994).

No decorrer desse processo, são observados avanços e recuos no Sistema de Saúde, que dificultam uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador na rede pública. Esta situação deve ser entendida diante da conjuntura política e econômica, que nas últimas décadas representou mudanças significativas nos padrões de produção e acumulação capitalista.

Constata-se que muitos dos princípios norteadores das ações de Saúde do Trabalhador, expressos na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS - NOST/SUS, apesar de reconhecidamente aceitos, vêm sendo viabilizados de forma incipiente e assistemática. Alguns princípios, como o controle social e o acesso às informações, confrontam-se com uma visão reducionista e fragmentada de alguns profissionais, associada às dificuldades institucionais, inviabilizando a efetivação desses princípios.

De acordo com este cenário de avanços e recuos que dificultam a operacionalização das diretrizes que preconizam a área de Saúde do Trabalhador, a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) e Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), oferecem escopo para a reflexão sobre a importância da percepção da Saúde do Trabalhador, por parte dos próprios atores envolvidos neste processo de busca por universalidade e equidade nesse âmbito.

3.2.1 Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e Centro de Referência

Conforme definição do Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem como objetivo articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2006c).

Sua invenção data do final do ano de 2002, quando uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, permitiu a sua criação mediante a portaria 1.679, de 19 de setembro de 2002.

Segundo Dias e Hoefel (2005), no processo de elaboração, houve críticas e desencontros institucionais observados, mas a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CEREST e por setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na

iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS.

A partir de 2003, a coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2006c), delineando as seguintes ações:

[...] foi organizado um suporte técnico regionalizado para assessorar o processo de implementação da RENAST, prioritariamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também, buscou-se ampliar e consolidar a articulação intra-setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, em particular com a Atenção Básica; retomar o processo de discussão técnico-político de definição de uma Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter interssetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência. Outra frente de atuação envolve a implementação de um amplo processo de capacitação, nos Estados e municípios, de modo articulado com a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETES) e a participação dos pólos de educação permanente, de universidades e instituições de ensino. Nesse sentido, está sendo organizada uma rede de centros colaboradores em Saúde do Trabalhador no SUS, para apoiar essa capacitação, fornecer assessoria técnica e produzir conhecimentos e material de apoio necessários ao pleno desenvolvimento das atividades (DIAS & HOEFEL, 2005)

Brasil (2004a) afirma que em 28 de abril de 2004, a Portaria N°.777/GM/MS instituiu os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde (SUS); portanto, a criação de uma Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador, com a função de registrar e atender a população trabalhadora com agravos em saúde do trabalhador – acidentes e doenças relacionadas ao trabalhador - para registros no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN).

A portaria, segundo Dias e Hoefel (2005), reitera a importância da articulação intra-setorial na saúde, em particular as interfaces com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, de modo a suprir a necessidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção e o perfil de adoecimento relacionado ao trabalho.

Ela define onze grupos de agravos, considerados de notificação compulsória na rede de serviços sentinela, em sintonia com os fluxos do SINAN, operacionalizada por protocolos técnicos para cada um desses 11 grupos, com a colaboração de técnicos das universidades, dos CEREST e de instâncias do controle social, que disponibilizam informações consideradas essenciais para subsidiar o controle social e orientar as ações de saúde e as mudanças nos ambientes e condições de trabalho.

O processo de constituição da construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, pela Portaria GM/MS n. 2437, representou uma possibilidade de atenção mais consistente na saúde do trabalhador no âmbito do SUS, reunindo as condições para o firmamento de uma política de estado e meios para sua execução, articulando segundo o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (BRASIL, 2006c):

- A concepção de uma rede nacional, cujo eixo integrador é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – localizados em cada uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios sede de polos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos;
- As diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, pré-requisito para a habilitação dos Estados aos investimentos definidos na Portaria;
- Uma política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios.

Esta estratégia está implementando-se por uma rede regionalizada de CEREST que desempenha uma função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, 2006c).

Órgão público criado através de uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Secretaria Estadual de Saúde, com criação respaldada nestas Leis: Constituição Federal/88, Lei 8.080/90 - Sistema Único de Saúde - SUS, Lei 8.213/91 - SUS e no Decreto 611 de 21 de julho de 1992, que especificam um conjunto de ações de Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no SUS pelas diversas instituições que tratam dessa área.

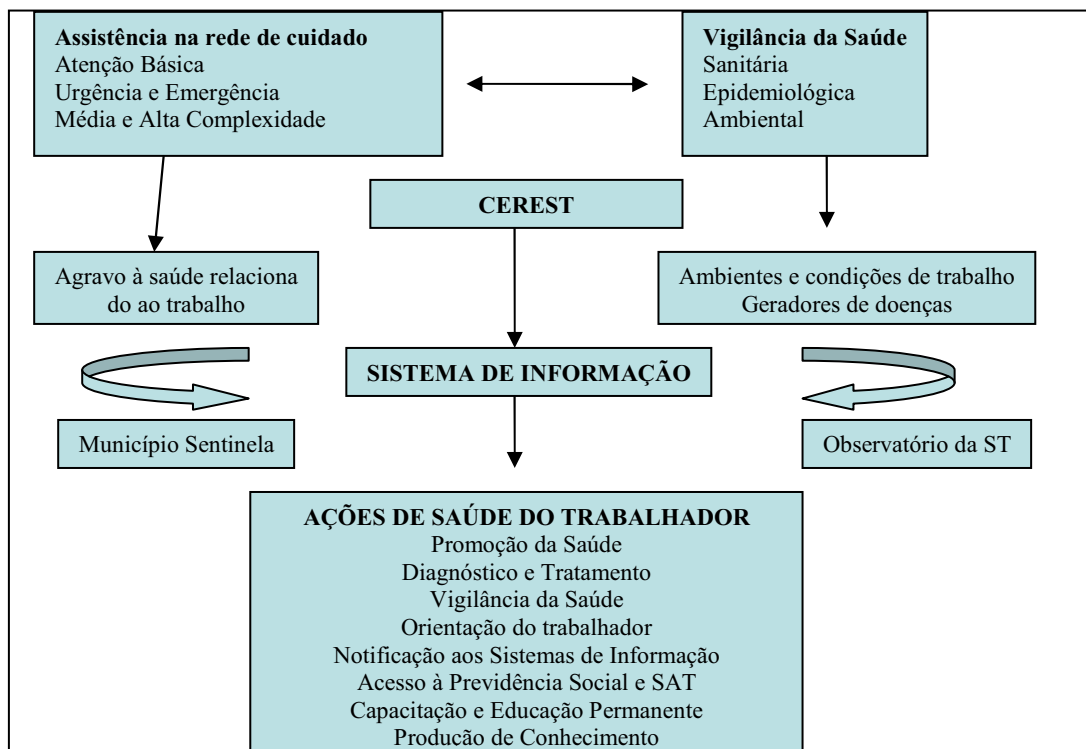
Ainda segundo essa estratégia, os CEREST devem deixar de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e interssetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e polos irradiadores de ações e idéias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (DIAS & HOEFEL, 2005).

Em 2005, por meio de suas vivências, o texto da portaria 1.679 é revisto, e em 25 de dezembro do mesmo ano, a Portaria Nº. 2437 GM/MS dispõe sobre a ampliação e o

fortalecimento da Rede Nacional Integral de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST), no Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece:

- Adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- Inclusão das ações de saúde de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica;
- Implementação das ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador, considerando o Pacto pela Vida, que está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governo federal, estadual e municipais. As prioridades do Pacto pela Vida são: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e Atenção Básica à Saúde;
- Instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, chamados de Serviço Sentinela;
- Caracterização de municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Figura 1 – Modelo de Atenção da RENAST



Importante lembrar que o CEREST é resultado de uma política sanitária governamental, decorrente de um processo reivindicatório promovido por diferentes atores: trabalhadores, sindicalistas, profissionais interessados na preservação da saúde.

Com ideia de cobrir todos os municípios brasileiros, gradativamente, Olga Rios, da Coordenação da Saúde do Trabalhador COSAT/SVS/MS, informou que atualmente temos 178 CEREST, distribuídos conforme mapa abaixo:

Figura 2. Mapa de distribuição de CEREST por Estados.



Fonte: Coordenação da Saúde do Trabalhador COSAT/SVS/MS, 2009.

Dentre as atribuições do CEREST, temos: prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador; apoiar a realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador; facilitar os processos de capacitação e educação permanentes para os profissionais e técnicos da rede do SUS e dos participantes do controle social; elaboração dos Planos de Ação Estaduais e Regionais de Saúde do Trabalhador, naqueles estados onde o CEREST acumula a função de Coordenação Estadual ou Regional de Saúde do Trabalhador, e os seus respectivos Planos de Aplicação; articular e operacionalizar as estratégias da PNST (Plano Nacional de Saúde do Trabalhador); implementar protocolos de atenção à Saúde do Trabalhador e projetos

estruturadores de ações prioritárias; acolher, discutir e prover soluções às demandas das instituições e dos movimentos sociais, relacionados com a situação da saúde e trabalho.

Otani (2003), baseado em documentos do Ministério da Saúde (Portaria Nº 2437) e em sua vivência como Coordenador da Comissão Intra-setorial de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde, ressalta que os Centros de Referência podem ser Estaduais, localizados nas capitais dos Estados, ou Regionais, localizados nas regiões metropolitanas e nas que apresentam maior concentração de trabalhadores.

Cabe ao CEREST Estadual: desenvolver estudos atuando em conjunto com outras unidades e instituições públicas ou privadas; promover programas de formação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador; dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares; propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais; atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins; promover com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de: avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal; produzir informações para subsidiar proposições de políticas; desenvolver programas de educação em saúde-trabalho para a população em geral; promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras (BRASIL, 2006c)

No âmbito estadual é obrigatório que o CEREST, em conjunto com os gestores estaduais coordene o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador; coordene o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST e participe do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador nos municípios, nas diversas regiões do Estado (BRASIL, 2006c)

Como observado, a parceria é fundamental para a efetividade do CEREST Estadual, que ainda preconiza em suas atribuições: prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, a fim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho; participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

E ao CEREST Regional, dentre suas atribuições, compete papel de suporte: para a rede de serviços do SUS, efetuar o atendimento de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho; efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares e vistorias sanitárias aos locais de trabalho; efetuar registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde e suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, nos ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual (BRASIL, 2006c).

Outras atividades são: retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência; ações de promoção à Saúde do Trabalhador integradas com outros setores e instituições, como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros; participar, no âmbito de seu território de abrangência, de treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados (BRASIL, 2006c).

Para viabilizar suas ações, preconiza que os recursos humanos dispostos em cada equipe dos CEREST deverão ser dimensionados e pactuados na comissão intergestores bipartite, com parâmetros mínimos de composição e capacitados para o exercício das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2006c).

Os recursos financeiros, outra forma de fomentar as ações, serão repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso, em conta específica, e serão aplicados pela Secretaria de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde e pela CIST correspondentes (BRASIL, 2005).

O segundo parágrafo menciona que os recursos destinam-se ao custeio de todas e quaisquer ações do CEREST, inclusive pagamento de pessoal.

Assim, com o surgimento dos CEREST, temos uma proposta de política de Saúde do Trabalhador, que segue os princípios do SUS, com toda a sua complexidade:

[...] universalidade de acesso, integralidade da atenção com equidade e controle social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da Atenção Básica de Saúde e o enfoque da Promoção da Saúde (DIAS & HOEFEL, 2005, p. 824).

Saúde a todos, de forma descentralizada, com qualidade e igualdade, é sem dúvida um desafio, considerando a complexidade do sistema de saúde e a realidade sócio-econômica na qual vivemos.

Dificuldades são encontradas e desafios lançados, conforme avaliado por Hoefel et al. (2005), ao destacar que a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CEREST, não corresponde à organização do SUS, que é centrada na municipalização, gerando frágil articulação intra-setorial, uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal.

Segundo Hoefel, Dias e Silva (2005) há confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência, falta de orientação clara quanto aos processos de *pactuação* dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados.

Complementam que o Controle Social - responsável pela boa atuação da Instituição - está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho informal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais. Sem contar o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde.

Concluem que apesar dos avanços regionais, ainda se observa o precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações, nas quais as ações interssetoriais ainda são tímidas e localizadas.

Entretanto, esses obstáculos e entraves não devem representar paralisia diante da proposta inclusiva e transformadora da RENAST no desenvolvimento e ações na Saúde do Trabalhador.

Está traçado um árduo caminho a ser percorrido pelos vários atores envolvidos, seja via instâncias governamentais, instâncias de saúde, sindicatos, seja via trabalhadores, estudiosos, etc. Sujeitos de um momento histórico em busca de um cenário que contemple, senão a felicidade, a atenção ao ser humano.

3.3 Organização do trabalho público

Sem trabalho eu não
sou nada
Não tenho dignidade
Não sinto o meu valor
Não tenho identidade [...]

(Legião Urbana)

Na trajetória dos vários atores da Saúde do Trabalhador existe, como enunciado, a relação do homem com o trabalho, configurada em uma dada organização que, em sentido geral, é o modo como se organiza um sistema.

Para Maximiano (1992), essa organização se caracteriza por uma combinação de esforços individuais, que têm por finalidade realizar propósitos coletivos.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) anunciam que o trabalho é um espaço de produção de sentido e que sua organização pode ser entendida por meio destas operações: divisão do trabalho, conteúdo da tarefa (na medida em que este deriva daquilo), sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder, questões de responsabilidades, etc.

Na mesma direção, Vidal (1997) enfatiza que a organização do trabalho determina a atividade das pessoas e cuida de, pelo menos, seis aspectos interdependentes:

- A repartição de tarefas no tempo (estrutura temporal, horários, cadências de produção) e no espaço (arranjo físico);
- Os sistemas de comunicação, cooperação e interligação entre atividades, ações e operações;
- As formas de estabelecimento de rotinas e procedimentos de produção;
- A formulação e negociação de exigências e padrões de desempenho produtivo, aí incluídos os sistemas de supervisão e controle;
- Os mecanismos de recrutamento e seleção de pessoas para o trabalho;
- Os métodos de formação, capacitação e treinamento para o trabalho.

Como visto, a organização do trabalho é responsável pelas regulamentações e assume um papel determinante e, conseqüentemente, pode contribuir para a melhoria dos espaços de resolução de problema ou, ao contrário, restringir as possibilidades definindo regras que inviabilizam a manifestação dos saberes acumulados ou da criatividade resultante da articulação de outras competências.

A organização do trabalho influencia o planejamento, a execução e a avaliação, permeando todas as etapas do processo.

Convém sublinhar que,

A organização do trabalho é de certa forma, a vontade de outro. Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a organização do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994, p 27)

Clot (2006) concorda e complementa que precisamos pensar a importância do lugar que os outros ocupam na atividade profissional, uma vez que sua execução segue normas e parâmetros que determinam quem vai fazer o que, o que vai ser feito, como, quando e com que equipamentos/instrumentos; em que tempo, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, enfim, a organização do trabalho constitui a 'viga central' do labor. Na opinião do autor, nesta construção com os outros, nossa atividade profissional é sempre uma resposta à atividade alheia.

Não consideramos abusivo observar nesse processo o exercício de uma vontade: a de dominar, de controlar, de explorar ao máximo a força de trabalho, isto é, de substituir o livre arbítrio do trabalhador pela imposição do empregador, mediado por técnicos especializados. O trabalhador é, de certa maneira, forçado a agir conforme a vontade de outro. (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994)

No mundo do trabalho parece ser quase impossível não haver pressão. Ela existe efetivamente e se engendra por diferentes meios (SCHMIDT, 2006).

O taylorismo propôs essa lógica, cujo objetivo era desapropriar os artesãos/trabalhadores de sua competência, a fim de centralizá-la ao nível da direção, e possibilitar uma redivisão do trabalho e uma redefinição dos modos operatórios, conforme os desejos da **direção** em detrimento da livre organização do trabalho, que era, até então, o privilégio do operário-artesão (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

No entanto, o desejo do gestor precisa estar em harmonia com o trabalhador, pois a relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. Uma organização autoritária, que não oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

Para Mendes (1999), na organização do trabalho é possível haver vivências de prazer quando se permite que o trabalhador utilize estratégias de trabalho para ajustar e adequar o prescrito à realidade de trabalho.

Trabalho prescrito é o determinado para ser executado pelos trabalhadores, e trabalho real pode ser definido como o realmente executado.

Para Ferreira e Mendes (2001) a vivência de prazer no trabalho é representada pela sensação de bem-estar, motivação e satisfação, quando também é permitida a expressão da sua individualidade e da sua criatividade.

O grau de liberdade da organização do trabalho é sempre corrigida pelo grau de liberdade na escolha da tarefa. Essa segunda variável pode funcionar no sentido do acréscimo ou diminuição da carga psíquica do trabalho, conforme o caso (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994, P.28).

Segundo o autor, a carga psíquica do trabalhador é o eco da pressão que caracteriza a organização do trabalho, uma vez que, quando essa não oferece mais um arranjo possível para o trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é bloqueada, e emerge então o domínio do sofrimento. E, se já há complexidade na esfera privada, mais ainda se encontram na esfera da Saúde Pública, alguns dificultadores.

Cada trabalhador e cada usuário têm ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003).

Os serviços de saúde, por conseguinte, apresentam atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre clara, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. Diariamente, portanto, deparam-se com duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas e dos mecanismos de financiamento, entre outros, mas não governam sozinhos. Há uma direção - outros gestores - a quem formalmente cabe governar, mas, na verdade, todos governam, bem como os trabalhadores e os usuários.

Matus (1996) diz que todos são agentes da organização e alguns estão em posição de alta direção, e a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos praticam no cotidiano. Em outras palavras, todo ator, em situação de governo, encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem.

Os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de

ferramentas, que compõe sua capacidade de governar), pois conforme Datner (2006) o papel profissional também é papel social e o seu desenvolvimento terá consequências na dinâmica dos grupos envolvidos.

Diante disso, Merhy (2002) alerta que existem, no mínimo, três campos de tensão nas organizações de saúde.

O primeiro refere-se ao território das práxis, como um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas, idealizado a partir da ação dos interesses e capacidade de agir dos seus atores, que para fazer valer os interesses dos usuários, tenta entrar em cena o controle social e a pactuação política. O segundo campo é o das tecnologias leves, que opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores, ocasionando possibilidades estratégicas de construção de novos valores, compreensões e relações. E o terceiro campo é o terreno da organização de saúde, que disputa a orientação cotidiana com as normas e regras instituídas, tensionada pela polaridade autonomia e controle. Campo ainda de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar o espaço privado de ação em favor do interesse público (usuários).

Feuerwerker (2005) analisa os campos de tensão em duas perspectivas. A primeira como espaço para definir as possibilidades de intervenção nesse *locus*, pois pode haver aumento da governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, causando impacto nos exercícios dos profissionais, atuando e amenizando as disputas cotidianas e, finalmente, rompendo os interesses particulares de alguns em favor dos interesses de todos. A segunda seria a estratégia para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. Considera que a possibilidade de rompimento da lógica predominante na saúde está na desconstrução no espaço da micro-política, da organização do trabalho e das práticas (MERHY, 2002).

Sabe-se que o SUS não é hegemônico, mas sim um órgão em construção, é uma política, um projeto e vários outros processos ao mesmo tempo, que pede atores sociais para produzi-lo, sustentá-lo e recriá-lo.

Segundo o postulado da coerência de Testa (1995), um movimento (ou projeto) tem que adotar meios e organização de trabalho coerente com o conteúdo de suas propostas, ou seja, deve haver harmonia entre o prescrito e o real descrito por Dejours. Em outras palavras: harmonia entre a descrição formal da função do trabalhador e o executado na prática, informalmente.

Nesse sentido, as práticas de gestão contribuem para estimular os sentimentos de satisfação, realização e motivação nos trabalhadores, é condição *sine qua non* no

desenvolvimento de uma saúde sustentável e direcionada aos usuários. A gestão pública está corporificada, porém, por especificidades.

Para Machado (2007), a gestão pública da saúde é um conceito abrangente que vai desde a gestão de organizações, passa pela gestão da informação e do conhecimento e se estende até a gestão clínica. Envolve o político, o decisivo e o profissional que presta cuidados diretos.

Em quaisquer níveis, a gestão deve ser baseada na evidência e, também, no planejamento prévio, que estabelece prioridades, objetivos e atividades na área da saúde.

Refletindo sobre a corrente de pensamento responsável pela prática de gestão pública, Campos (1997) afirma que há um corpo teórico classicamente adotado para a gestão e direção dos serviços públicos de saúde. Esse referencial ora se alimenta nos ditames da escola clássica (com seus mecanismos de controle mais explícitos, duros e autoritários), ora na teoria dos Recursos Humanos (mais brandos, camuflados e difusos).

De acordo com Merhy (2007), o setor público, no Brasil, tem sido, desde sempre, expressão do privado.

Motta (1979, p.7-8) descreve como principais características da organização pública, apresentados subsequentemente:

- Sobrevivência e ação independem dos mecanismos de mercado ou da existência de lucro ou superávit;
- A remuneração global independe, em grande parte, do preço pago pelos clientes;
- Os objetivos são baseados em interesses comunitários mais amplos, cujo alcance ultrapassa os limites particularísticos;
- A cultura organizacional tende a se caracterizar por forte senso de identidade e de aderência à missão sócio-econômica.

Tais características descrevem as diferenças entre público e privado e evidenciam a inviabilidade na aplicação da moderna teoria gerencial ao setor público, na medida em que praticamente toda a produção teórica disponível refere-se às empresas privadas (MERHY, CAMPOS & CECÍLIO, 1997).

Esse autor explica que as organizações públicas não elaboram suas estratégias de crescimento baseadas na competição e no lucro mercadológico. A racionalidade no processo decisório é divergente, pois não sofre as mesmas ameaças, nem busca as mesmas oportunidades. E seus dirigentes não têm as mesmas condições de análise e de autonomia.

As organizações públicas, por sua natureza, não são administradas ou avaliadas segundo critérios de mercado; têm dificuldades em justificar mudanças repentinas, quando deveriam, normalmente, deixar transparecer continuidade, coerência e estabilidade (MERHY, CAMPOS & CECÍLIO, 1997).

Segundo o autor, outro aspecto relevante está no funcionamento do setor público, regulamentado pelo legislativo, por meio de regras nem sempre claras, com execução orçamentária rígida e orçamento anual negociado com outras instâncias. Há também rigidez e lentidão no processo de recrutamento de pessoal, bem como inadequação dos mecanismos de avaliação, promoção e até mesmo de demissão de pessoal.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) não existe uma única organização do trabalho, que seria a solução ideal para diminuir a carga psíquica de trabalho de todos os trabalhadores, nem há uma solução geral. Ele sugere, porém, uma flexibilização da organização, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e avaliar os procedimentos capazes de lhe fornecer prazer, isto é, a expansão ou a diminuição de sua carga psíquica de trabalho.

Desse modo, a ampliação da gestão pública implicaria aumento da liberdade para a construção de novos arranjos tecnoassistenciais (regionais e locais), uma vez que perdemos a capacidade de combinar livremente, uma variação de tecnologias conforme a situação-problema a ser enfrentada (CAMPOS, 1997).

Segundo Campos (1997), essa autonomia chamada por ele de heterodoxia metodológica, exigiria autorizarmo-nos a pensar o arsenal disponível (recursos) no enfrentamento dos problemas, de modo a favorecer alívio e diminuição das agruras do social e do econômico sobre a vida e a morte das pessoas.

Indica como estratégia de reconstrução da legitimidade social da Saúde Pública, combinar a capacidade de diagnóstico e de eleição de riscos da Epidemiologia, fornecendo-lhe uma série de argumentos para o diálogo com a sociedade; com a valorização e eleição de prioridades pelos processos políticos [...], tais como: Conselhos de Gestão, programas de política social, ou através de movimentos sociais, ou culturais, muitas vezes seguindo lógicas diferentes, empregadas pela medicina e epidemiologia.

Usamos as palavras de Feuerwerker (2005), ao finalizar este tópico, dizendo que, neste contexto, o prazer no trabalho a que se referia Dejours, pode se manifestar quando há possibilidade de negociação entre trabalhadores e gestores, com modelo de organização do trabalho flexível, considerando a variabilidade intra e interindividual dos sujeitos.

CAPÍTULO IV
A PESQUISA

“Fazer pesquisa constitui um processo de trabalho complexo que envolve teoria, método, operacionalização e criatividade.”

(Minayo, 1999)

4.1 Método

Dada a natureza do objeto de estudo, as etapas de nossa investigação seguiram procedimentos de abordagem quantitativa e qualitativa. A escolha por essa integração resultou no emprego de diferentes procedimentos de coleta de dados.

Essas abordagens são distintas, cada qual possui suas especificidades e propósitos e, do ponto de vista epistemológico, nenhuma das duas é mais científica que a outra, elas não se opõem, mas se complementam (MINAYO & SANCHES, 1993).

Entendemos conforme preconizado por Minayo e Sanches (1993), que são instrumentos usados na Saúde Pública para aproximação da realidade observada, desde que utilizados dentro dos limites de suas especificidades, na busca da construção de teorias e de levantamento de hipóteses, uma vez que os conhecimentos científicos são uma busca de articulação entre a teoria e a realidade empírica.

Para Minayo (2002, p.22), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem.” Ao contrário, dialogam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente. Acrescenta que é desejável às relações sociais serem analisadas em seus aspectos mais “concretos”, e aprofundadas em seus significados mais “essenciais”, de modo que o estudo quantitativo possa despertar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Sob esse prisma, os dados foram analisados quanti-qualitativamente, cada qual em seu tempo e especificidade, com base no referencial utilizado na revisão bibliográfica dessa pesquisa, apoiados no arcabouço teórico da Psicodinâmica do Trabalho, descrito por Dejours (1994).

Essa vertente está,

[...] fundamentada no pressuposto de que o trabalho exerce a função de mediador estruturante do psiquismo humano, ao propiciar ao trabalhador meio para consolidação da sua identidade, seja pelo reconhecimento social seja pela retribuição simbólica do engajamento no trabalho (Santos Júnior, Mendes & Araujo, 2009, p.1)

Ressalte-se que,

[...] a introdução de novas formas de organização de trabalho do processo produtivo, considerando automação, inovações tecnológicas, políticas de gestão de pessoal, etc., tem suscitado novas indagações sobre a articulação trabalho/identidade. São questões que se referem ao impacto destas alterações sobre o trabalhador e suas expressões de identidade (JAQUEZ, 2002, p.164)

Assim sendo, essas alterações denotam a importância de pesquisas que objetivem estudar a articulação entre trabalho e identidade. Para tanto, a escolha da Psicodinâmica do Trabalho como fio condutor para nossa discussão justifica-se à medida que essa teoria revela que o trabalho, para exercer essa função de identidade, deve caracterizar-se por estruturas organizacionais que permitam a expressão da subjetividade do trabalhador, bem como:

[...] o estabelecimento de relações intersubjetivas de confiança pautadas em princípios afetivos e éticos e que favoreçam ajustamentos singulares, estratégias de ação adotadas pelos trabalhadores para mediar as suas necessidades e desejos com as contradições presentes na organização do trabalho (Santos Júnior; Mendes; Araujo, 2009, p.1).

De acordo com Merlo e Mendes (2009) apesar dos avanços da discussão ocorridos nos últimos vinte anos, ainda existem lacunas na compreensão das relações entre trabalho e saúde mental, que limitam e criam entraves ainda não resolvidos para, por exemplo, a atenção à saúde nos serviços que atendem os trabalhadores.

Nesse sentido, os autores lembram:

[...] as dificuldades para o estabelecimento do nexos causal entre trabalho e saúde mental, que é uma questão ainda não devidamente resolvida e que limita a atividade dos profissionais de saúde que atuam nos centros de referência em saúde do trabalhador, nos ambulatórios de doenças do trabalho dos hospitais universitários e nas unidades básicas de saúde. Esses campos e práticas profissionais ainda precisam ser amplamente investigados, fortalecendo, assim, a tendência de usar a psicodinâmica do trabalho enquanto uma clínica do trabalho aplicada à gestão da organização do trabalho e às ações e políticas públicas de prevenção de doenças mentais ocupacionais (MERLO & MENDES, 2009, p. 152).

Esses autores concebem que todos os métodos são instrumentos de trabalho para a pesquisa em permanente construção. Como tal, são dinâmicos e precisam ser ajustados às realidades e horizontes nas quais são utilizadas, onde podem e devem ser ampliados.

Com a psicodinâmica do trabalho não ocorre diferentemente. As várias experiências realizadas até hoje por pesquisadores brasileiros utilizando esse método, indicam que o método permite, não apenas produzir uma investigação e, portanto, novos conhecimentos, mas, também, revela-se um instrumento para intervenção, prevenção e transformação de processos de trabalho agressivos à saúde psíquica (MERLO & MENDES, 2009, p. 152).

Salientam que o uso da Psicodinâmica do Trabalho como categoria teórico-metodológica é o cenário ideal que, muitas vezes, não corresponde ao real do campo de pesquisa, mas é uma possibilidade de assegurar a perspectiva transformadora desta abordagem.

Com base nessas concepções, essa pesquisa faz uso da Psicodinâmica do Trabalho, mantendo seus princípios, de modo a produzir a investigação e conduzir novos conhecimentos, contribuindo assim para a ampliação dessa abordagem.

Por meio dela buscamos “desvelar as transformações da organização do trabalho, a eficácia das estratégias, a emancipação dos trabalhadores, a reapropriação de si, do coletivo e das suas condições de poder, das suas funções políticas e sociais” (MENDES, 2007, p. 66)

Nesse sentido, intencionamos descrever os aspectos invisíveis do labor com a Psicodinâmica do Trabalho – enunciando particularidades de sua organização e condição de trabalho – revelando a discrepância existente no trabalho prescrito e no trabalho real dos gestores de saúde, entendendo que essa lacuna interfere no trabalhar desse cargo, com todas as questões psíquicas pertinentes, e reflete-se nas ações em saúde do trabalhador e nas possibilidades de saúde do próprio trabalhador e gestor.

Segundo Dejours (1994) as condições de trabalho são características que podem prejudicar a saúde do corpo do trabalhador, relacionadas ao conteúdo ergonômico do trabalho, tais como: aspectos físicos, químicos, biológicos, condições de higiene, de segurança e características antropométricas do posto de trabalho.

A organização do trabalho atua no nível do funcionamento psíquico, comporta o conteúdo significativo do trabalho relacionado aos instrumentos de operação e características da tarefa. Confronta a significação da tarefa acabada em relação à carreira profissional, o estatuto social ligado ao posto de trabalho, bem como ao sentido simbólico do trabalho determinado em função da história do trabalhador (DEJOURS, 1994).

A divisão de tarefas e o modo operatório evocam o sentido e o interesse de trabalho para o sujeito, e a divisão de homens mobiliza os investimentos afetivos, a solidariedade e a confiança.

Assim, por meio dessa vertente buscamos revelar e compreender a dinâmica do cotidiano do trabalho dos gestores, bem como abarcar aspectos da organização e condições do trabalho, evidenciando os processos de subjetivação dos entrevistados.

4.2 Caracterização do local da pesquisa

O local da coleta de dados foi a região de Presidente Prudente, município do interior do estado de São Paulo, localizada aproximadamente 587 quilômetros a oeste da capital do estado.

A região de Presidente Prudente atravessou distintas fases econômicas, desde a extração da madeira, a criação de gado, passando pela cultura do café (décadas de 20 e 30), do algodão (décadas de 30 e 40), da menta, do amendoim e, novamente, retomando o predomínio da criação de gado.

Fundada em 14 de Setembro de 1917, atualmente a cidade é polo comercial e prestador de serviços e considerada Capital do Oeste Paulista; também detém os títulos de Capital do Nelore Mocho e Capital do Quarto de Milha, por ser sede da região que é a maior exportadora de carne do Brasil, de rebanho bovino entre os maiores do país.

Segundo dados do cadastro da Prefeitura, existem na região do município 445 indústrias. Este número abrange 58% das indústrias associadas na Federação das Indústrias do Estado de São Paulo e Centro das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP/CIESP - instaladas na região do Oeste Paulista. Destacam-se, no cenário industrial da cidade, empresas de micro e pequeno porte.

Em educação, a cidade conta com 3 universidades, 2 faculdades e 7 faculdades de Educação a Distância.

Para oferecer respaldo à Saúde, há 91 estabelecimentos, dos quais, 26 são Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Em específico à Saúde do Trabalhador, desde 2006, data de sua inauguração, é referendada pelo CEREST Regional de Presidente Prudente, *lócus* da pesquisa, responsável por quarenta e cinco municípios que compõem a área de sua abrangência.

A escolha por esse objeto de pesquisa se deu considerando alguns requisitos, tais como: apresentou demanda, período de implantação, área de abrangência e conhecimento da realidade da qual faz parte o pesquisador. No entanto, é importante ressaltar que a pesquisadora não possui nenhum vínculo com a instituição pesquisada.

O estudo de campo ocorreu nas seguintes Instâncias de Saúde que se articulam ao CEREST-PP nas ações de Saúde do Trabalhador: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Secretarias de Saúde, Comissão Interssetorial de Saúde do Trabalhador e Diretorias de Saúde.

As vigilâncias - sanitária e epidemiológica – configuraram um requisito para compor o estudo de campo, pois apresentam uma subdivisão dos quarenta e cinco municípios que compõem a região, por área de abrangência, sendo vinte e quatro pertencentes à Presidente Prudente e vinte e um a Presidente Venceslau. Optamos pelo primeiro na coleta de dados, devido limite de tempo para efetivação da pesquisa.

4.3 Objeto de estudo

O objeto de estudo dessa pesquisa é o CEREST-PP. Essa instância de saúde faz parte de um sistema complexo, que historicamente vem tentando se articular com outras instituições e difundir ações em prol do trabalhador.

A sua trajetória de quatro anos está refletida nos resultados da pesquisa e revelam o grau de informação dos responsáveis pela realização da saúde do trabalhador nos municípios. Portanto, antes da descrição e análise dos resultados procuramos traçar panoramicamente a história do CEREST-PP.

Segundo seus arquivos, o início aconteceu na reunião da Comissão Intergestora Regional (CIR), realizada no dia 16 de novembro de 2002, conforme Ata nº. 92, no qual os gestores de Presidente Prudente e do município de Dracena se candidataram para reivindicar a habilitação, junto ao Ministério da Saúde, quanto à execução da Política de Saúde do Trabalhador/SUS/RENAST nos municípios que compõem a área de abrangência da Regional - DIR XVI de Presidente Prudente - São Paulo.

Nesta reunião, foi deliberado que o gestor municipal de Presidente Prudente é o responsável pela implantação e execução regional das ações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST, habilitando para instalação o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Mas algumas questões retardaram esse processo, dentre elas, a dúvida sobre a Gestão Plena, se o município ao deixar de ser gestor pleno poderia continuar sendo responsável pela RENAST, uma vez que, no momento da habilitação era Gestor Pleno e depois deixou de sê-lo. Ocorreu demora no sentido de haver um esclarecimento de que não haveria impedimento neste sentido. Outro ponto foi a discussão sobre uma proposta de Pactuação na Comissão Intergestora Regional - CIR, quanto aos Recursos Humanos necessários ao CEREST/PP.

Apesar dos entraves iniciais, a inauguração ocorreu em 06 de novembro de 2006, onde passou a funcionar no centro de Presidente Prudente – SP, como pólo regional para 45 municípios que compõem a região, denominado pelo programa como Sentinelas.

De acordo com o processo de elaboração do Perfil da Região da área de abrangência, foi constatado que não havia nenhuma ação em Saúde do Trabalhador nos municípios Sentinelas. E se existia, neste primeiro momento não foi possível detectar, mesmo pelo formulário de levantamento, elaborado pelo CEREST/PP, distribuído aos gestores municipais de Saúde.

Por este, Presidente Prudente foi o único município que tinha alguma ação delineada, tomada pelo Poder Executivo, no sentido de organizar um Serviço Municipal em Saúde do Trabalhador, a saber:

A Lei Municipal Nº. 5.223, de 13 de março de 1999, criou a Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador e instituiu também, o Conselho Municipal de Segurança, Saúde e Meio Ambiente do Trabalho. Divisão teórica, vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, que não saiu do papel.

A Lei Nº. 5.223/1999, instituiu como parte integrante da Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador: o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; a Seção de Fiscalização e Controle; Seção de Assistência Toxicológica e ainda as ações Preventivas e Educativas.

Para o Plano de Ação do CEREST (BRASIL, 2006/2007), há uma confusão conceitual, entre operacionalizações necessárias em Saúde do Trabalhador vistas como órgãos integrantes da Divisão em Saúde do Trabalhador.

A Saúde do Trabalhador aparece novamente na Lei Nº. 75, de 11 de dezembro de 1999, de iniciativa do Poder Executivo, que instituiu o “Serviço Técnico de Vigilância Sanitária, da Taxa de Fiscalização”.

Em 29 de dezembro de 2001, a Lei Nº 5.691, revogou a Lei Nº.5.223/1999, e criou o órgão de Vigilância do Trabalho – SEVITRA. O mesmo não foi instalado e com a instalação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o Plano de Ação do CEREST-PP (2006/2007) propôs a sua rediscussão, considerando que a referida Lei não contempla a proposta Política em Saúde do Trabalhador trazida pela RENAST, com visão multidisciplinar em Saúde do Trabalhador, cujos adoecimentos e agravos se dão em um contexto mais amplo, não centrado apenas, numa visão de segurança do trabalho, não referendando política em saúde do trabalhador.

Para o CEREST-PP (2006/2007), com a primeira Lei se iniciou um processo de ação voltado à visão de segurança e saúde no trabalho, restrito ao servidor público municipal e não desenvolveu uma análise da saúde em si ou das tarefas desenvolvidas pelo trabalhador, apenas pelas atividades prescritas e não reais. Há também, ausência de visão do ambiente de trabalho do servidor, em detrimento ao cargo, voltado à questão da insalubridade.

Desse modo, acreditam ultrapassar os limites geográficos e de soberania municipal, pois afirmam caracterizar-se como órgão seguidor dos princípios do SUS e que traz objetivos propostos pelo SEVITRA. E por ser o governo municipal de Presidente Prudente o gestor do CEREST/PP, o SEVITRA seria um órgão paralelo exercendo papéis similares. Sendo assim, a

proposta do Plano de Ação Regional em Saúde do Trabalhador, para o biênio 2006/2007, contemplava alterar ou substituir a referida Lei.

E para avançar seus próprios limites, além da constituição do Plano de Ação Regional, dentre suas ações paralelamente à instalação efetiva do CEREST-PP, está a I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de Presidente Prudente, como uma das etapas da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST.

No processo de organização da I Conferência Municipal, houve um amplo envolvimento das representações de todos os setores econômicos, bem como, com representatividades de todas as categorias, e ainda representações dos trabalhadores, empresários, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social, Secretaria das Relações do Trabalho e Emprego do estado de São Paulo, Universidades, Serviços do SUS (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade) e do Conselho Municipal da Saúde.

Para tanto, as ações são realizadas por uma equipe multidisciplinar.

Figura 3 – Demonstrativo da Descrição das funções do CEREST-PP

Qt	Profissional	Nível	Formação	Título	Cargo	Função CEREST/PP	Carga
1	Socióloga	Univ.	Ciências Sociais Pedagogia	Especialista Saúde Pública; Gerência Urbana; Planejamento e Gestão Pública; -Viol. çça e adolescente.	Sociólogo	Coordenação	8
2	Fisioterapeuta	Univ.	Fisioterapia	Especialista: Saúde Pública e Educação Especial	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	8
1	Médica	Univ.	Medicina	Medicina do Trabalho	Médico do Trabalho	Médica do Trabalho	4
1	Fonoaudióloga	Univ.	Fonoaudiologia	Especialista em Saúde Pública	Fonoaudióloga	Fonoaudióloga	8
1	Psicólogo	Univ.	Psicologia		Psicólogo	Psicólogo	8
1	Téc. Seg. do Trabalho	Méd/ Tec.	Técnico de Segurança		Técnico de Segurança	Técnico de Segurança	8
2	Escriturário I	Méd Univ.	E ₁ - Ensino Médio/Téc. de Contab./ Letras E ₂ - Direito		Escriturário	Aux. Administrativo	8
2	Vigia	Ens. Fund			Vigia	Vigia	8

Fonte: CEREST de Presidente Prudente, 2009

4.4 Universo da Pesquisa

A demanda surgiu do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Presidente Prudente, que solicitou pesquisa ao Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho (UNESP), frente necessidade de diagnosticar a percepção das instâncias parceiras na efetivação do seu trabalho, na expectativa de que elas reconhecessem seu papel no processo.

A solicitação cumpre uma das competências prescritas ao CEREST regional, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c), em facilitar o desenvolvimento de pesquisa com as universidades locais.

Em uma primeira reunião entre pesquisador e coordenação do CEREST, foram apontados os pontos críticos e reafirmada a demanda.

A partir desse momento delineou-se o universo total da pesquisa, constituído por um quadro funcional, no momento da coleta de dados, correspondente a aproximadamente 1000 (mil) funcionários. Desses, 150 ocupavam cargos de gestão (chefia, coordenação e supervisão).

No entanto, participaram do estudo vinte e oito gestores de Saúde, dos quais vinte foram participantes do questionário auto-aplicável e os oito restantes tomaram parte da entrevista.

O critério de inclusão dos sujeitos do questionário, foi o de ser gestor da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Secretaria de Saúde, Comissão Interssetorial de Saúde do Trabalhador e Diretorias de Saúde, pois representam as instâncias que devem se articular com o CEREST, para que as ações de Saúde do Trabalhador se efetivem.

A ocupação também foi o principal critério de inclusão na entrevista, no caso – ser Secretário e/ou Coordenador de Saúde - uma vez que cabe a esse gestor administrar a saúde da população a quem representa, segundo normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como direito, promovendo a assistência universal com equidade, resolutividade e com humanização do atendimento (BRASIL, 2009).

Ele é responsável pelo gerenciamento e execução da política municipal de saúde, com exceção das ações em Saúde do Trabalhador, configuradas regionais, a respectiva secretaria - onde atuam os gestores mencionados deste estudo - descreve particularmente suas ações da seguinte forma:

relativas às Unidades Básicas de Saúde onde são praticados atendimentos médico-cirúrgicos, de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral, procedimentos de enfermagem, odontologia básica, vacinação e outros, e às medidas ligadas à profilaxia de doenças, investigando e analisando dados epidemiológicos e promovendo campanhas de vacinação, garantindo à população o direito e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Apesar dos critérios de inclusão estipulados, considerou-se os limites de tempo *strictu sensu*, o número total de municípios da área de abrangência do CEREST-PP e a impossibilidade de ouvir a todos, bem como recomendações de Dejours, Abdoucheli e Jayel (1994) para escolher os participantes aleatoriamente, com caráter de voluntariado, uma vez que a pesquisa não deve ser parte de uma convocação, mas de um convite que aceita quem quiser.

Explica Mendes (2007) que “esse é um modo de garantir princípios éticos, considerando a mobilização psíquica que a fala sobre o trabalho pode gerar no sujeito [...]” (p. 72).

Para tanto, o contato inicial se deu via telefone e correio eletrônico.

A caracterização dos sujeitos participantes do questionário encontra-se descrita no subitem questionário auto-aplicável, por meio da Figura 4. Já o demonstrativo da descrição dos sujeitos da entrevista compõe a Figura 5.

Houve uma fase de estudo piloto, com aplicação de quatro questionários e a realização de quatro entrevistas, todos levados em consideração para análise dos dados.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos distintos:

- Questionário auto-aplicável (modelo anexo C).

Versou sobre o papel do CEREST, bem como suas atribuições e competências conforme prescrição do Ministério da Saúde, formalizadas no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST. Considerado o primeiro momento da pesquisa, utilizado em vinte gestores (chefia, supervisão, coordenação), representantes das Instâncias que se articulam com o CEREST-PP em sua área de abrangência.

- Entrevista individual semi-estruturada (modelo anexo D).

Num segundo momento, após a análise do conteúdo coletado por meio de questionário, realizou-se entrevista individual semi-estruturada aplicadas em 4 secretários de Saúde e 4 em coordenadores, das respectivas instâncias.

O estudo foi desenvolvido com base nas normas estabelecidas pela Resolução 196/96, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP de Assis -FCL/UNESP/ASSIS/SP - Processo nº: 1157/2008.

Os dados coletados em dois momentos seguiram as estratégias seguintes:

- ☺ Observação livre no CEREST/PP e conversa assistemática com os trabalhadores e dirigentes, a fim de conhecer o funcionamento institucional prescrito;
- ☺ Análise de documentos envolvendo a leitura do Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, da política nacional de atenção integral à saúde do trabalhador, do plano de saúde do trabalhador elaborado pelo CEREST, de leis, portarias e decretos pertinentes à saúde do trabalhador. Esse procedimento foi fundamental na compreensão, organização e integração da fala dos trabalhadores, assim como auxiliou na apreensão da história do CEREST e da organização profissional como um todo;
- ☺ Envio de email informativo sobre a natureza e realização da pesquisa, bem como aviso de contato posterior para agendamento e pedido de retorno do correio eletrônico aos interesses na participação. O retorno desse procedimento foi aquém de nossa necessidade, apresentando número insuficiente de candidatas. Desse modo, passou-se a usar contato via telefone e presencial (no caso dos gestores do questionário por ser da mesma cidade), que apesar da negativa de alguns se apresentou mais efetivo aos propósitos. Uma negativa significativa aconteceu por parte da direção geral da DRS, que alegou falta de tempo para responder ao questionário;
- ☺ Após agendamento prévio, aplicaram-se os instrumentos de coleta de dados no local de trabalho dos participantes, antes houve re-explicações sobre a natureza da pesquisa, procedimentos do instrumento e possibilidades de retorno social através da participação de todos. Também foi apresentado para autorização conforme assinatura, o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo os princípios éticos que concebe a pesquisa;
- ☺ O local onde foram coletados os dados apresentou condição de infra-estrutura favorável para o desenvolvimento do estudo, como uma sala privativa para aplicação dos instrumentos;
- ☺ As entrevistas foram gravadas em áudio quando permitido pelos participantes, transcritas na íntegra, lidas exaustivamente.

4.5.1 Questionário auto-aplicável

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a partir do Manual de Gestão e Gerenciamento (BRASIL,2006c), auxilia gestores, gerentes e pessoas interessadas em acompanhar a implantação da RENAST, no âmbito do SUS. Nesse Manual o conteúdo

prescrito orienta as atividades e os processos de gestão dentro dos princípios e das regras gerais da administração pública. Por meio dele, pretende-se apresentar caminhos que subsidiem a gestão e gerenciamento, e, conseqüentemente o atendimento aos anseios e à necessidade dos cidadãos, em especial dos trabalhadores brasileiros.

De acordo com o descrito no Manual de Gestão da RENAST, as extremas desigualdades regionais nos aspectos sociais, culturais, econômicos e geográficos, entre outros, justificam a relevância da necessidade de adequação das regras gerais ao nível local, sem subtrair direitos garantidos pela legislação. Trata-se de um instrumento de fortalecimento e qualificação aos gestores de saúde, a fim de que os municípios, ao se capacitarem como pólos da RENAST, possam garantir o processo de estruturação da rede de referências da região (BRASIL, 2006c).

Para tanto, procuramos, neste momento do estudo, verificar indicadores e tendências sobre a apreensão e/ou grau de informação dos gestores das várias instâncias relacionadas à Saúde do Trabalhador. Tomado como referência o Manual, desenvolvemos um questionário auto-aplicável, com 38 questões fechadas de múltipla escolha e uma aberta.

Esse procedimento efetivou-se nos meses de fevereiro a abril de 2009, na diferentes instâncias de saúde articuladas com as ações do CEREST, denominadas: Delegacia Regional de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestora de Saúde do Trabalhador e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

A escolha do período de aplicação considerou a mudança de gestão municipal (prefeito, secretários e também gestores de saúde em geral), decorrente das eleições municipais.

O questionário foi composto por: campo de identificação, instruções, cinco blocos temáticos e uma questão livre (vide anexo C).

Para elaboração dos blocos temáticos, seguimos as cinco modalidades descritas no Manual, a saber:

Bloco I – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – referente Introdução;

Bloco II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST – referente Capítulo 1 de mesmo nome;

Bloco III – Plano de Saúde do Trabalhador – referente Capítulo 2: Como Elaborar e gerenciar um Plano de Saúde do Trabalhador;

Bloco IV – Gestão do RENAST – referente Capítulo 3: A Gestão da RENAST enquanto Estratégia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;

Bloco V – Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação – referente aos subitens do Capítulo 3.

Cada bloco contém de uma a nove questões de múltipla escolha e apenas uma alternativa correta a ser marcada com “x”, conforme recomendado nas instruções.

O questionário contemplou três etapas: dados de identificação, questões fechadas e uma questão aberta.

1ª Etapa: Dados de identificação

Os dados de identificação geraram uma tabela de apresentação sucinta sobre as características dos sujeitos da pesquisa.

Figura 4 – Demonstrativo das Características dos gestores de saúde participantes do questionário:

Característica dos Sujeitos			Característica da atuação em Saúde do Trabalhador		
Sujeitos	Sexo	Idade	Instância	Tempo Atuação/Anos	Aprendizado sobre atuação em S.T. No início do exercício profissional
1	F	> 40	DRS	2	Representante do DRS no CEREST
2	M	26 a 33	CIST/CEREST	3	Chefia imediata
3	F	> 40	Vigilância	9	Entidade privada
4	F	>40	CIST	8	Seminários e Eventos CEREST e SENAC
5	F	> 40	CIST	NR	Sindicato
6	F	> 40	DRS	7	NR
7	F	> 40	DRS	10	Colegas de trabalho
8	F	> 40	DRS	4	Colegas de trabalho
9	M	26 a 33	CIST	6	NR
10	M	34 a 40	CIST/CMS	13	NR
11	F	> 40	CIST	25	CEREST e SST/UNESP
12	F	> 40	Vigilância	NR	NR
13	F	> 40	CIST/CEREST	3	Formação profissional e colegas de trabalho
14	F	>40	Vigilância	10	Normas e Portarias
15	F	> 40	DRS	29	Nenhuma
16	F	>40	DRS	14	Pós graduação
17	F	> 40	Vigilância	NR	Curso VST após anos depois da admissão
18	F	> 40	DRS	12	Formação profissional
19	F	> 40	CMS	20	Formação profissional, chefia imediata, colegas de trabalho
20	M	26 a 33	CIST	NR	Formação Profissional

*NR corresponde à ausência de resposta assinalada neste item.

* Para preservar a identidade dos respondentes da Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, os referendamos como Vigilância.

Fonte: autores

Para preservar a identidade dos participantes, apresentamos a instância a que se veicula, em detrimento do cargo que ocupam especificamente.

O perfil predominante do nosso respondente neste momento da pesquisa, se caracteriza pelo gênero feminino (16 respondentes), com idade acima de 40 anos (16 respondentes) e atuação no exercício de sua função superior a cinco anos (13 respondentes).

Outro item explorado, diz respeito à organização do trabalho, versou sobre a aprendizagem da atuação na Saúde do Trabalhador. No momento da admissão no cargo aprendemos o modo de fazer de nossa prática profissional, e há várias possibilidades de aprendizagem: pela chefia imediata, colegas de trabalho, formação acadêmica, profissional, etc. Essa diversidade foi apontada pelos respondentes, não havendo predominância de uma forma de conhecimento.

A diversidade é salutar, mas, talvez nesse momento de inserção no assunto, fosse interessante uma capacitação formal, que trouxesse uma mesma linguagem aos nossos gestores, para, a partir dessa experiência, proporcionar além do conhecimento, maior criticidade no assunto.

2ª Etapa: Questão Fechada

A segunda etapa proposta no questionário – questão fechada – foi analisada após a coleta de dados. Agrupamos as respostas em valores, somando cada resposta dada, com destaque para a escolha correta.

A demonstração dos resultados dos dados foi organizada em seis figuras, em gráficos apropriados para cada variável, utilizando programa Excel. As cinco primeiras figuras iniciam cada bloco do questionário e no último bloco fez-se um demonstrativo geral de todos os cinco blocos.

As múltiplas respostas foram representadas graficamente em cores e valores, destacado em verde o valor pertinente à alternativa correta e vermelho para as incorretas. A cor amarela aparece na 6ª figura, a fim de mostrar o total de perguntas realizadas.

Apresentaremos os dados seguindo a lógica de construção do questionário, por intermédio dos blocos temáticos.

3ª Etapa – Questão aberta

A fim de apreendermos a concepção de saúde do trabalhador que os gestores apresentavam, neste último item do questionário perguntamos: Para você, o que é Saúde do Trabalhador?

4.5.2 Entrevista individual

O segundo instrumento utilizado foi a entrevista, que segundo a psicodinâmica do trabalho, proporciona por meio da fala e da escuta, modos de ação sobre a organização do trabalho vivido, sendo intervenção ao fazer o trabalhador pensar sobre o seu trabalho, mudando suas percepções (MENDES, 2007).

A objetivação do vivido intersubjetivamente se dá por meio da palavra...(ela) é mediadora da representação psíquica do trabalhador e da situação real concreta de trabalho, veiculada por um modelo de organização do trabalho específico (MENDES, 2007, p. 92)

A escuta aos gestores responsáveis pela secretaria e ações municipais de saúde, denominados Secretário ou Coordenador, desempenhou um papel capital, pois eles são incumbidos pelo gerenciamento e execução da política **municipal** de saúde, com exceção às ações em Saúde do Trabalhador configuradas **regionais**, pertinentes somente ao secretário da cidade pólo.

A secretaria ou coordenadoria de saúde - onde atuam os gestores mencionados na entrevista - descreve particularmente suas ações da seguinte forma:

relativas às Unidades Básicas de Saúde onde são praticados atendimentos médico-cirúrgicos, de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral, procedimentos de enfermagem, odontologia básica, vacinação e outros, e às medidas ligadas à profilaxia de doenças, investigando e analisando dados epidemiológicos e promovendo campanhas de vacinação, garantindo à população o direito e o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2009).

Tecnicamente optou-se pela entrevista semi-estruturada para apreender o discurso dos sujeitos, obedecendo a um roteiro apropriado fisicamente cobrindo os pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2006).

O roteiro buscou conhecer: 1) dados de identificação; 2) descrição da função do Secretário e/ou Coordenador de Saúde; 3) percepção da relação entre o cargo de Secretário e/ou Coordenador e Saúde do Trabalhador; 4) percepção sobre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; 5) percepção da atuação do CEREST Regional; e, 6) percepção entre a relação da Secretaria de Saúde e o CEREST Regional.

A princípio intencionava-se cumprir a recomendação de Dejours (1980/1987) sobre fundamentar a pesquisa num coletivo, mas devido a complexidade dos participantes em encontrar tempo incomum e deslocamento, optamos pela entrevista individual.

As entrevistas usadas como piloto aconteceram em março de 2009 e as quatro restantes em agosto do mesmo ano, todas foram utilizadas no estudo. Com duração média de uma hora,

foram gravadas com a anuência dos entrevistados, transcritas na íntegra de acordo com os aspectos éticos, referentes à pesquisa acadêmica, no que diz respeito ao anonimato, confidencialidade, sigilo, privacidade das informações e da identificação. Optamos por discriminar os sujeitos, por meio das siglas S para Secretário e C para Coordenador de Saúde, seguido de números que os diferenciem, conforme descritos abaixo:

Figura 5 – Demonstrativo da descrição dos Sujeitos da Entrevista

Sujeitos	Sexo	Idade	Formação	Tempo de atuação no cargo
S1	M	51	Medicina	3 Meses
S2	M	50	Técnico em Agropecuária	5 anos
S3	M	64	Medicina	4 Meses
S4	F	46	Enfermagem	5 Meses
C1	M	69	Téc. em Saúde	6 Anos
C2	F	45	Odontologia	7 Anos
C3	F	52	Ensino Médio	4 meses
C4	M	37	Ed. Física	5 meses

Fonte: Roteiro das entrevistas, março e agosto de 2009.

A figura 5 demonstra a descrição dos sujeitos participantes da entrevista, todavia é importante acrescentar que apesar do critério de inclusão ter sido aleatório, todos são considerados sujeitos-chaves, devido representação populacional significativa na região.

Observamos na figura, predominância do sexo masculino (5 gestores), faixa etária entre 37 a 69 anos, sendo a maioria acima de 44 anos. A formação educacional se divide em técnico e superior: um gestor com ensino médio, dois técnicos (um na área da saúde) e cinco com ensino superior voltado à área da saúde. Já o tempo de atuação é relativo, pois apesar de vermos a maioria com pouco tempo de atuação, apenas um relatou ser o primeiro contato com a atividade exercida.

4.6 Análise dos dados

Considerando o modelo de investigação proposto, foi empregada análise quantitativa e qualitativa.

Utilizou-se, segundo descrito por Merlo e Mendes (2009), um dos eixos de uso da Psicodinâmica do trabalho – a categoria teórica – que por meio de seus conceitos oferecem suporte teórico para os resultados. Em outras palavras, é centrado em discussões teóricas e no uso dos conceitos para delinear pesquisas empíricas, interpretar dados e estabelecer diálogos com outras abordagens.

Na organização dos dados quantitativos as operações passaram pelo estabelecimento de categorias para a análise, codificação das informações, tabulação com auxílio do programa excel, distribuição de frequências com uso de dados em tabelas para verificar as relações que apresentam entre si. A apresentação dos dados se deu em frequências absolutas (n.º) e as medidas de posição central em gráficos, para facilitar a visão do conjunto de uma vez só.

Nas entrevistas, a elaboração e preparação do material foi realizada por gravações de áudio, transcritas na íntegra logo após a gravação pelo pesquisador para garantir a fidedignidade ao que foi dito pelos pesquisados. A leitura foi acompanhada por um juiz (a orientadora) que auxiliou na definição das categorias de análise.

Para a leitura dos dados quantitativos e qualitativos fizemos uso da análise do conteúdo, que segundo Bardin é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (Bardin, 1979, p.42).

Segundo a autora, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos que envolvem a investigação científica: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, resultando na elaboração de indicadores quantitativos e/ou qualitativos que devem levar o pesquisador a uma segunda leitura da comunicação, baseado na dedução, na inferência.

A importância da análise de conteúdo consiste, em sua tentativa de impor um corte entre as instuições e as hipóteses que encaminham para interpretações mais definitivas, sem, contudo, se afastar das exigências atribuídas a um trabalho científico (MINAYO, 2006).

Do ponto de vista operacional Minayo (2006) esclarece, que a análise do conteúdo parte de uma leitura das falas, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material.

Para a autora, a consistência interna às operações acontece quando:

[...] Todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características:

variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2006, p. 308).

Assim, conforme descrito por Minayo (2006), dentre as técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material de comunicação, utilizamos a análise temática ou categorial.

A análise temática proporcionou o desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (MINAYO, 2006). Essas operações visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização (Bardin, 1979). Com a variante de que trabalham com significados em lugar de inferências estatísticas.

Afinal, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. (Bardin, 1979, p. 105)

Funcionalmente, conforme etapas descritas por Minayo (2006), a primeira denominada pré-análise, se caracterizou pela análise dos dados a partir da investigação dos temas do discurso, elaborando alguns indicadores na compreensão do material e na interpretação final.

Para tanto, utilizou-se de leitura flutuante no conjunto das comunicações, constituição do corpus para validar qualitativamente os dados segundo os objetivos da pesquisa, definindo os temas-chaves, os recortes e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Na segunda etapa - exploração do material - reduziu-se o texto à mini-textos, ou seja, unidades de registro significativos, escolhendo termos empregados pelos gestores como temas. O processo de agrupamento foi realizado pela associação de ideias consideradas semelhantes.

Por fim, na terceira etapa – tratamento dos resultados obtidos e interpretação – juntamente com o juiz (orientadora) os dados foram analisados nos seus aspectos simbólicos e dinâmicos, possibilitando interpretação das falas para ação, tirando da sombra e tornando visível a dinâmica da gestão dos trabalhos, sob a luz da relação entre a realidade psíquica e realidade do trabalho.

Os resultados quanti-qualitativos estão apresentados e discutidos no Capítulo V.

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO

"O homem é feito visivelmente para pensar; é toda a sua dignidade e todo o seu mérito; e todo o seu dever é pensar bem."

(Blaise Pascal)

Esse capítulo subdivide-se em duas seções: descrição e análise do questionário; descrição e análise da entrevista individual.

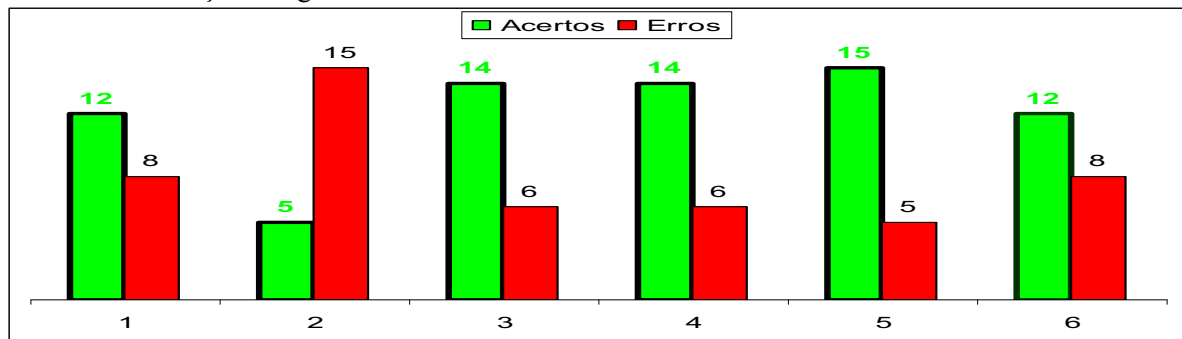
5.1 - Descrição e análise do questionário

Os resultados do questionário serão apresentados seguindo a lógica da construção do instrumento quantitativo, em blocos temáticos como segue:

5.1.1 Resultados do Bloco I - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Abaixo, podemos observar graficamente o índice de acertos e erros, em cada questão do Bloco I.

Figura 6 – Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco I: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.



1. Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores? *Para desenvolver política de estado e fortalecer os meios de execução das ações de Saúde do trabalhador;*
2. No que implica a existência de um modelo de atenção integral à Saúde dos Trabalhadores? *No atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância;*
3. A efetivação da atenção integral à Saúde do Trabalhador necessita de: *utilização de instrumentos, saberes e tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento;*
4. A construção da Rede Nacional de atenção à Saúde do Trabalhador institucionalizou para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, as seguintes condições: *Concepção de que a Rede Nacional terá como eixo integrador a rede regionalizada do CEREST;*
5. Qual a função da rede regionalizada de CEREST? *Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua área de abrangência;*
6. Abordar a Saúde do Trabalhador de uma forma integral significa: *abordar o sujeito de forma integral, considerando a resolutividade, responsabilização, acolhimento e integralidade dos reflexos do trabalho em sua vida;*

A figura 6 acompanha legenda com as questões a que os gestores se submeteram no questionário. Destacado em verde estão as respostas para cada questão, a fim de facilitar a leitura dos dados.

Como observado nessa figura, os respondentes acertaram cinco das seis questões deste bloco, demonstrando entendimento sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Contudo, gostaríamos de fazer alguns apontamentos sobre as respostas um, dois e seis.

Nas respostas referentes à questão um, a diferença entre acertos e erros são quatro pontos, demonstrando que pode haver dúvida sobre a necessidade de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores.

O fato é confirmado na questão seis, onde encontramos a mesma diferença entre acertos e erros, referentes ao significado de abordar a Saúde do Trabalhador de forma integral.

Por fim, na questão dois, os maiores índices de erros em detrimento de acertos, indicaram desconhecimento sobre o que envolve e a quem se destina o modelo de atenção integral, pois não é do conhecimento de quinze dos vinte gestores que acidentes de trabalho, trabalhadores doentes, urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, representam a razão da existência da RENAST.

Os resultados desse Bloco mostram que os Gestores de Saúde apresentam dúvida sobre a necessidade e funcionalidade de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, conforme observado e cada questão.

Na primeira pergunta: Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a resposta correta é: **desenvolver política e fortalecer os meios de execução das ações de saúde do trabalhador**. Dos 20 respondentes, 12 responderam corretamente, o que mostra que há por parte de alguns, entendimento sobre a necessidade de existência de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Apesar dos sete anos de existência, ainda não é consenso a necessidade da RENAST, oito respostas assinaladas erradas alertam para isso. Dessas, temos três gestores da DRS, um da Vigilância e quatro da CIST, sendo dois membros ainda do CEREST.

E se não há universalidade neste aspecto, pode representar falha na capacitação técnica realizada nos anos 90 para fomentar ou fraca articulação interssetorial, dificuldades apontadas por Dias e Hoefel (2005) em seu estudo sobre a construção da RENAST.

A segunda questão: no que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, a resposta correta é: **no atendimento aos acidentados do trabalho**,

trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância.

Apresentaram esta compreensão dois gestores da CIST/CEREST, dois da DRS e um da Vigilância. Respondentes que mencionaram no campo aprendizado sobre sua atuação na ST, Normas e Portarias, especialização em Saúde Pública e participação em treinamentos e seminários.

As respostas predominaram em: oferecer diretrizes no desencadeamento de políticas estaduais que nortearão a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador (7 respondentes), seguido de: no atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, urgências e emergências (6 respondentes).

Mediante as respostas fica evidenciado que a maioria dos entrevistados desconhece no que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, evidenciando graficamente o conhecimento em um modelo de atenção parcial.

Não escolher a alternativa que aborda as ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, em detrimento da opção similar, mas que se resume ao atendimento, é um exemplo de visão parcial do assunto.

Em outras palavras, exaltam a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicam a integralidade das ações (DIAS & HOEFEL, 2005).

Na terceira pergunta do bloco a respeito do que necessita a efetivação da atenção integral à saúde do trabalhador, dentre os vinte respondentes, quatorze responderam corretamente, o que mostra o entendimento sobre a necessidade de **utilização de instrumentos, saberes e tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento.**

Se nas questões anteriores à integralidade se mostraram parciais, nesta, os sujeitos parecem ilustrar um caminho, pois, ao pontuar essa resposta, denotam necessidade de efetividade na interssetorialidade, princípio do SUS (BRASIL, 2006c) e consequentemente da RENAST.

Nesse entendimento, a questão seguinte esclarece que a construção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador institucionalizou para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, como eixo integrador à **rede regionalizada do CEREST.** Os resultados apontam que dos vinte respondentes, houve quatorze acertos, o que denota conhecimento sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, como vertente da RENAST.

Qual a função da rede regionalizada de CEREST?

A resposta correta para a questão foi a opção de quinze respondentes: **Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua área de abrangência.**

Nesta questão, os gestores de saúde demonstraram conhecimento sobre a função da rede regionalizada de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

Abordar a Saúde do Trabalhador de uma forma integral significa:

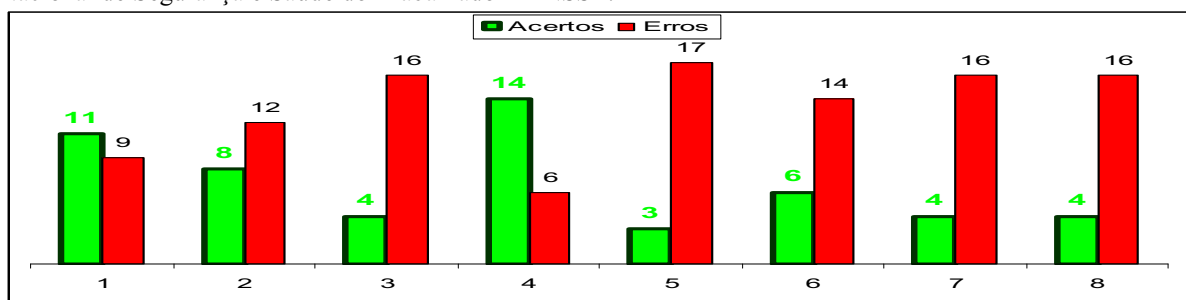
Doze dos vinte sujeitos assinalaram a resposta correta, a saber: **abordar o sujeito de forma integral, considerando a resolutividade, responsabilização, acolhimento e integralidade dos reflexos do trabalho em sua vida.**

Apesar de mais da metade dos respondentes assinalarem corretamente esta questão, ressaltamos a importância de observar que ainda parece não haver clareza sobre a necessidade de abordar a Saúde do Trabalhador de forma integral, pois conforme demonstrado na figura 2, há contradição nas respostas.

5.1.2 Resultados do Bloco II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

Neste bloco apresentaremos os demonstrativos de questões pertinentes à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST.

Figura 7 – Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco II: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST.



1. A Política Nacional de S.S.T. tem como objetivos: **Explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas da Saúde do Trabalhador;**
2. As diretrizes e estratégias do Plano Nacional do Trabalhador compreendem: **A ampliação das ações de SST visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de proteção e promoção à saúde;**
3. A Pactuação interssetorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe: **Atender o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas;**
4. A Pactuação intra-setorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:
5. O Pacto pela Vida está constituído por: **Estabelecer articulação entre as diferentes secretarias e demais órgãos regionais;**
6. Sobre o financiamento da RENAST a portaria GM/MS 2.437 estabelece que: **A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais, onde os gestores deverão alimentar mensalmente o sistema de informação;**
7. Uma das prioridades do Pacto em Defesa do SUS é: **implementar projeto de mobilização social;**
8. Qual a finalidade do Pacto de Gestão do SUS? **Contribuir no fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.**

De acordo com a figura 7, o Bloco II apresenta maiores índices nos erros. Apenas duas das oito questões foram respondidas com maior número de acertos, como observado nas questões um e quatro. Na questão um, há dois pontos de diferença entre erros e acertos, demonstrando dúvida sobre os objetivos da Política Nacional e, na questão quatro notou-se clareza sobre a pactuação intrassetorial, que discorre sobre as alianças nos níveis do governo feitas, para execução das ações na saúde do Trabalhador.

Percebe-se, de modo geral, que os Gestores de Saúde desconhecem a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST. Tal desconhecimento pode estar associado à falta de clareza sobre o Pacto pela Vida, as prioridades do SUS e sobretudo, à finalidade do Pacto de Gestão do SUS, tendo em vista que, quando estes assuntos são questionados, a maioria assinalou errado.

A primeira questão sobre um dos objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a resposta certa é: **explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas da Saúde do Trabalhador**. Dos vinte respondentes, doze, acertaram a resposta. Os erros se distribuíram nas demais opções. Três respondentes e também atuantes da DRS há mais de dois anos, não apresentaram conhecimento sobre o assunto. E, dois optaram pela resposta outros, sem esclarecer qual seria a opção adequada. Conhecer os objetivos da Política facilita a pensar meios para execução das suas diretrizes e bases de atuação, articulada entre órgãos públicos em relação à Saúde do Trabalhador.

A próxima questão abordou as diretrizes e estratégias do Plano Nacional do Trabalhador, na qual, a opção correta, com oito acertos é: **A ampliação das ações de Saúde e Segurança do Trabalhador, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de proteção e promoção à saúde**. Dos oito respondentes, três são da Vigilância, dois do DRS e dois da CIST/CEREST e um da CIST. Seis respondentes apontaram harmonizar as normas e articular as ações de promoção e tratamento de doenças. Essa opção se torna errada, uma vez que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador menciona em uma de suas diretrizes, articular, ações de promoção da saúde e não tratamento das doenças.

A terceira questão, sobre a pactuação interssetorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe: **atender o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas**. A pactuação constitui uma diretriz importante e presume o envolvimento de diversos setores de governo e sociedade civil, intencionando atuação integral na Saúde do Trabalhador. Essa compreensão faz parte de dois membros da CIST/CEREST, um da CIST e um do DRS.

Dos vinte respondentes, dezesseis apresentam compreensão errada sobre o assunto, nos quais, nove gestores entendem como pactuação o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores dos diferentes governos: federal, estadual e municipal, que atuam *somente* na promoção da saúde, parece demonstrar, como dito por Dias e Hoefel (2005) falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que as ações não são restritas à promoção.

Assim sendo, por meio das respostas, observa-se que a maioria dos respondentes desconhece o objetivo da pactuação, uma vez que suas respostas foram direcionadas para outros itens. Para as respostas referentes à pactuação intra-setorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador, pressupõe que há por parte dos respondentes, um melhor entendimento no que se refere à pactuação no âmbito intra-setorial, pois, dos vinte respondentes, quatorze optaram pela resposta correta, isto é, **estabelecer articulação entre as diferentes secretarias e demais órgãos regionais**. Dois gestores mostraram equívoco ao pensar na intrassetoriedade apenas municipal, uma vez que a Rede funciona regionalmente. A falta de conhecimento no assunto foi assumida por quatro gestores, nos quais, um é membro do DRS há dois anos, um da Vigilância há nove anos e dois da CIST, com treze e cinco anos de profissão, respectivamente.

Na sequência perguntamos: o Pacto pela Vida está constituído por:

Segundo a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006),

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (p.27).

A alternativa correta é: **nenhuma das alternativas acima** (nda). Somente um, dos vinte respondentes, assinalou corretamente, o que denota a falta de conhecimento dos demais sobre este assunto. O gestor com mais tempo de atuação (29 anos), alocado no DRS, foi quem apontou visão global e compreensão sobre o assunto.

A questão seguinte, sobre o financiamento da RENAST, a portaria GM/MS 2.437 estabelece como resposta correta: **a destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais, onde os gestores deverão alimentar mensalmente o sistema de informação** (BRASIL, 2003). O conhecimento sobre o financiamento destinado à RENAST é importante para garantir aos gestores de saúde, a execução das ações da Saúde do Trabalhador.

Dos vinte respondentes, seis apresentaram conhecimento nessa questão, nos quais três são gestores da DRS há mais de seis anos, dois são da CIST e um da CIST/CEREST.

A próxima questão retrata uma das prioridades do Pacto em defesa do SUS, uma estratégia de mobilização social para envolver a sociedade brasileira, através do financiamento público.

O Pacto em Defesa do SUS, de acordo com o Manual da RENAST (BRASIL, 2006c, p. 29), tem como prioridade:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social;
- Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

Desta forma, a resposta correta para a questão é: **implementar projeto de mobilização social.**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), ao explicar sobre os princípios do SUS, atesta que para além da descentralização dos serviços e recursos de saúde, a participação social tanto na formulação, quanto na execução, é condição essencial de desenvolvimento do SUS.

Os dados mostram, conforme ilustrado graficamente, que apenas quatro dos vinte respondentes, têm conhecimento sobre o assunto. Os quatro são gestores da DRS. Torna-se preocupante o índice de erros nesta questão, pois se a ST está inserida no âmbito do SUS e se os respondentes desconhecem as prioridades do Pacto em defesa do SUS, conseqüentemente poderão ter dificuldades para desenvolver ST no contexto público.

A última questão deste bloco é: Qual a finalidade do Pacto de Gestão do SUS?

A finalidade é: **contribuir no fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS**, como apontado por quatro respondentes. Para atingir tal fim o Pacto de Gestão do SUS estabelece diretrizes, com ênfase na: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento e gestão do trabalho e educação na saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o Pacto de Gestão é fundamental para melhorar a qualidade e a eficiência da Gestão do SUS.

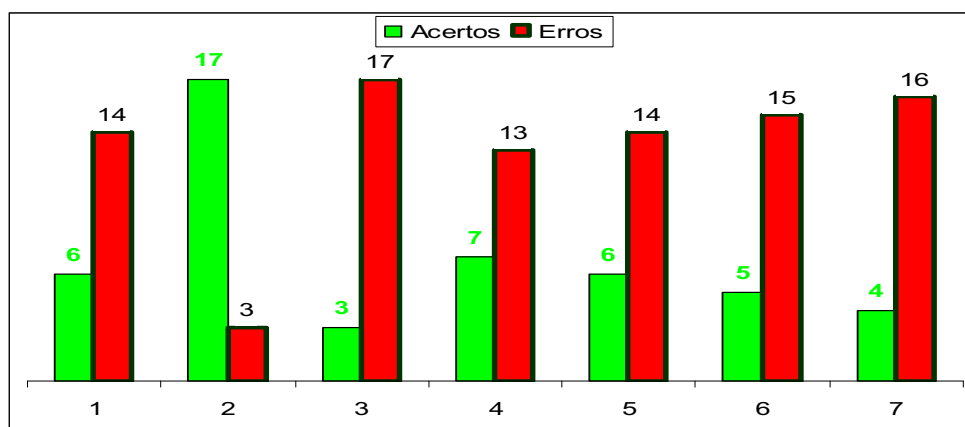
Deverá atingir metas sanitárias condensadas e, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Essas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios do SUS, deverão ser construídas sob a égide da responsabilidade sanitária, adequar-se à realidade de cada região do País e integrar as ações da promoção da saúde, da atenção básica à saúde, da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, da vigilância em saúde e da gestão do trabalho e educação na saúde (p. 9).

Assim, os dados mostram que se não há entendimento, a pactuação fica comprometida, pois, as ações ficam desarticuladas da finalidade do SUS.

5.1.3 Resultados do Bloco III – Plano de Saúde do Trabalhador

O Capítulo 2 do Manual da RENAST aborda o Plano de Saúde do trabalhador, sem a intenção de esgotar o assunto, mas introduzir fundamentos indispensáveis para a operacionalização do método. Em nosso questionário o tema se manteve denominando o Bloco III, por meio de sete questões.

Figura 8 – Demonstrativo de correlação de acertos e erros do Bloco III



1. Por Planejamento entende-se: **Instrumento de aproveitamento do tempo e dos recursos no alcance dos objetivos;**
2. Ainda sobre Planejamento podemos afirmar que: **estratégias precisam ser acompanhadas continuamente à luz de situações que se modificam;**
3. O método de Planejamento deve: **contribuir para a melhoria do nível de saúde da população através de conhecimento e recursos disponíveis;**
4. No Plano de Ação há um item denominado missão, definido como: **um enunciado que compreende quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço se compromete a fornecer;**
5. Compreende a vigência do Plano de Ação Nacional e Planos Estaduais e Municipais: **Quadrienal e bienal;**
6. Sobre Planos Estaduais e Municipais, pode-se afirmar que: **os gestores do SUS são os responsáveis pela sua elaboração;**
7. As estratégias de gestão descentralizada contêm diretrizes para: **organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da atenção Básica.**

No Bloco III podemos observar que das sete questões, seis apresentaram índice de erro acima dos acertos.

Sobre planejamento e necessidade de acompanhá-lo continuamente, o inverso ocorre apenas na questão dois.

Os resultados evidenciam a falta de conhecimento dos respondentes sobre o Plano de Saúde do Trabalhador.

Na primeira questão sobre o entendimento por planejamento, cuja resposta correta é: **instrumento de aproveitamento do tempo e dos recursos no alcance dos objetivos**, dos vinte respondentes, seis acertaram a respostas. Os demais respondentes apresentam respostas distribuídas nas outras opções. Sete respondentes optaram erroneamente por aprimoramento das diferentes possibilidades de ação, diante de uma determinada situação.

A segunda questão do bloco, ainda sobre Planejamento, afirmou que: **as estratégias do planejamento precisam ser acompanhadas continuamente à luz de situações que se modificam**. A afirmação se justifica, uma vez que não há um método de planejamento a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo, é preciso considerar as especificidades (CECÍLIO, 1997). Dos vinte respondentes, dezessete apresentaram conhecimento no assunto.

O método de planejamento deve: **Contribuir para a melhoria do nível de saúde da população através de conhecimento e recursos disponíveis** foi a próxima pergunta, assinalada por três respondentes.

Os demais respondentes se dividiram nas outras opções, com destaque (cinco respondentes) para a alternativa: operacionalizar as determinações que regulamenta as atividades da RENAST. Entretanto, a operacionalização no planejamento se refere às ações estipuladas no Plano, e não da RENAST.

Conhecer sobre o planejamento é saber sobre o papel profissional do gestor e suas ações. Nota-se, nesta questão que o desempenho do papel profissional desses respondentes vê-se comprometido, à medida que eles não conhecem de forma efetiva o sistema onde estão inseridos e tampouco “porque” fazem ou executam suas ações.

No Plano de Ação Saúde do Trabalhador há um item denominado missão, que se define como: **um enunciado que compreende quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço se compromete a fornecer**. Responderam corretamente sete dos vinte respondentes.

Nesta questão as opiniões se dividem: cinco respondentes não têm conhecimento sobre o assunto e outros cinco, acreditam que a missão do Plano de Ação seriam os objetivos maiores que pretendem alcançar. Se não há conhecimento sobre o SUS, não saberão qual a sua missão dentro deste contexto.

E no contexto SUS, a pergunta seguinte compreende, respectivamente, a vigência do Plano de Ação Nacional e, Planos Estaduais e Municipais, onde, a resposta correta é: **vigência do Plano de Ação Nacional quadrienal, e bienal para os Estaduais e Municipais**; correspondentes a seis respondentes. Dos seis gestores, três são da DRS há mais de seis anos,

um da CIST, com tempo de 25 anos de atuação na saúde e dois da CIST/ CEREST (um há três na área e o outro há vinte). Outras respostas foram destaques: quatro respondentes acreditam que ambos os Planos, tem vigência quadrienal; e, para outros três respondentes, a vigência de ambos é bienal.

A maioria valorativa desta questão não tem conhecimento sobre o assunto, podendo comprometer sua atuação, o que implicará em deficiências para planejar suas ações.

A quinta questão é sobre Planos Estaduais e Municipais, através dos quais pode afirmar que: **os gestores do SUS são os responsáveis pela elaboração dos respectivos Planos**. Entretanto, para os respondentes, parece não estar claro, uma vez que apenas cinco assinalaram corretamente a resposta.

Outras opções foram cogitadas, com destaque de dez respondentes na crença de que a aprovação final dos Planos ocorre por meio do Controle Social do SUS e das Comissões Intergestores Bipartite. Mas, após elaboração dos respectivos Planos, pactuados pelos gestores do SUS e aprovados pelas instâncias de controle social e Comissões Intergestores Bipartite – CIB, eles são encaminhados à Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, onde serão analisados, sistematizados, adequados e aprovados (BRASIL, 2006c).

Os erros nesta questão sinalizam a falta de conhecimento dos gestores acerca do seu papel no SUS, pois esse saber não é de responsabilidade de uma instância da Saúde apenas.

A última pergunta do bloco é: As estratégias de gestão descentralizada do Plano de Ação Nacional em saúde do Trabalhador, em caráter operativo, devem seguir as metas do Plano Nacional de Saúde, devendo conter as diretrizes para:

A opção correta, para esta questão é: **Organização de ações assistências em Saúde do Trabalhador, no âmbito da Atenção Básica, bem como, na rede de Média e Alta Complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar**.

Dos vinte respondentes, quatro assinalaram corretamente a resposta. As outras dezesseis respostas se distribuem pelas demais alternativas, sobressaindo com o apontamento de sete respondentes em: fiscalização, normatização e controle da rede dos CEREST. A inadequação desta alternativa se justifica onde se lê: controle da rede dos CEREST, pois, certo seria o controle dos serviços de Saúde do Trabalhador ou de medicina do trabalho, próprios ou contratados, das instituições e empresas públicas e privadas.

5.1.4 Resultados do Bloco IV - Gestão da RENAST

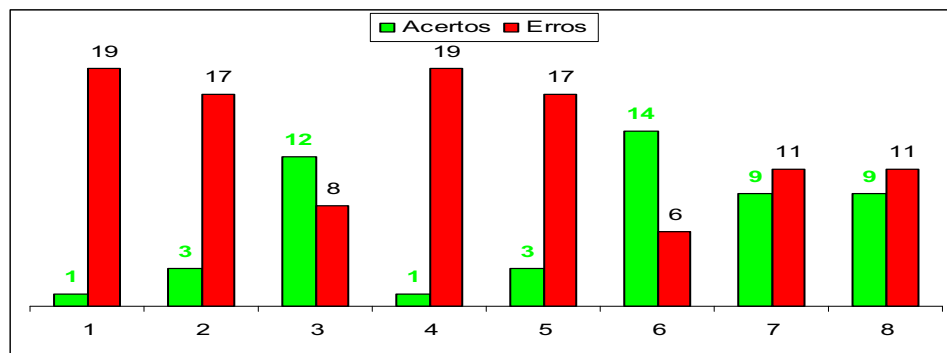
O Bloco IV do nosso instrumento de pesquisa versou sobre o capítulo III do Manual: A Gestão da RENAST enquanto Estratégia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

do Trabalhador. Lembra neste, que não se pode falar de um “modelo de atenção da RENAST”, pois esta se organiza na rede do SUS, conforme os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção, controle social, de modo regionalizado, hierarquizado, destacando as estratégias da Atenção Básica e o enfoque da Promoção da Saúde.

Deste modo,

A RENAST se propõe a qualificar a atenção aos usuários dos serviços públicos de saúde, fazendo com que o SUS, incorpore e funcione na perspectiva da Saúde do Trabalhador, a partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho e do registro no sistema de informação, de forma a coletivizar o fenômeno e estabelecer procedimentos de vigilância que modifiquem as condições e ambientes de trabalho geradores de doenças (Brasil, 2004, p. 38).

Figura 9 – Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco IV: Gestão da RENAST.



1. São ações de S. T. na Assistência do Serviço de Atenção Básica: **Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes;**
2. São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância da Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) do serviço de Atenção Básica: **Busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho (Vigilância Epidemiológica);**
3. São ações de Saúde do Trabalhador nas atividades educativas do serviço de Atenção Básica: **Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos, etc.;**
4. São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância Epidemiológica, nos serviços de média complexidade: **Busca ativa de outros casos de doenças relacionadas ao trabalho;**
5. Uma das ações de Saúde do Trabalhador na informação dos serviços de urgência e emergência é: **Cadastro das atividades produtivas existentes no território;**
6. Dentre as atribuições dos CEREST, previstas na Portaria GM/MS 2437/05, estão: **Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador;**
7. Para executar suas atividades, cada CEREST pode desenvolver e implementar Núcleos Técnicos de atividades, tais como: **Controle Social, Comunicação e Educação Popular;**
8. É responsabilidade do serviço sentinela: **Diagnóstico, tratamento e notificação.**

O Bloco IV, denominado Gestão da RENAST, composto por oito questões, se configura por mais respostas erradas (seis questões) do que certas (duas questões), representando desconhecimento dos Gestores de saúde sobre a Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

Conhecem o papel do CEREST, mas parece haver falta de entendimento sobre a articulação CEREST e SUS.

A seguir, apresentaremos os resultados das oito questões pertinentes ao Bloco.

Primeira: São ações de Saúde do Trabalhador na Assistência do Serviço de Atenção Básica: o **Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes**, onde apenas um respondente tem conhecimento e não se trata de atuante na Coordenação.

Os resultados apontam índices muito elevados de respostas incorretas sobre esta questão. O dado é preocupante, uma vez que mostra o desconhecimento dos respondentes sobre sua ação no âmbito da Atenção Básica.

O problema, conforme apontado pela RENAST (BRASIL, 2006c), é que, na atualidade, existe consenso de que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, está relacionada à sua assimilação pela Atenção Básica. Apenas ela, “tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham” (p.38).

A compreensão equivocada justifica os quinze respondentes que assinalaram erroneamente, por uma ação da produção de conhecimento e não da Assistência Básica: identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho, que necessitem ser investigadas ou estudadas.

Outros três respondentes também erraram ao assinalar a coleta da história de vida, para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho, uma vez que é levantada sistematicamente a história ocupacional do indivíduo.

A repercussão desta visão distorcida nos leva ao que Dejours chamou de diferenças no trabalho prescrito e trabalho real.

Para o autor a organização do trabalho é prescrita a partir de: pressões de planejamento e de coerência técnica do desenvolvimento por etapas, de uma parada setorial; pressões dos regulamentos; e, consígneas locais conhecidas sob o nome de “gammes” (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

E esta prescrição é transmitida por atores e contextos específicos, que tendem a desorganizar o ordenamento inicialmente previsto pela Área Técnica do Ministério da Saúde. Nesse processo, encontramos a organização real, significativamente modificada em relação à organização prescrita.

Segunda questão: são ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância da Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) do serviço de Atenção Básica: **a busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho (Vigilância Epidemiológica)**, conforme compreendido por três respondentes.

A resposta mais assinalada aponta a vigilância das condições e dos ambientes de trabalho (Vigilância Epidemiológica) como opção adequada, mas, essa é uma tarefa da Vigilância Sanitária e não Epidemiológica.

Parece haver confusão entre as ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, não conseguem discriminar quem cuida das condições e ambientes de trabalho, para quem cuida das doenças relacionadas ao trabalho.

A próxima questão é: são ações de Saúde do Trabalhador nas atividades educativas do serviço de Atenção Básica: **Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos, etc.**, é a alternativa correta e, a escolha de doze dos vinte respondentes.

Representando o segundo maior índice desta questão - com seis respondentes - a opção planejamento, programação, acompanhamento e a avaliação das ações está errada por ser uma ação na Atenção Básica do Controle Social.

O índice de acertos parece demonstrar que para os respondentes as ações na Atenção Básica são ações de educação.

Na sequência, a questão sobre as ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância Epidemiológica, nos serviços de média complexidade, dos vinte respondentes, apenas um tem conhecimento sobre o assunto, ao optar pela resposta: **busca ativa de outros casos de doenças relacionadas ao trabalho.**

Trata-se de membro da CIST/ CEREST, na função pública há 20 anos.

Percebe-se compreensão equivocada dos outros respondentes, onde, por exemplo, doze respostas optam pela notificação dos agravos à saúde, relacionadas ao trabalho, pertinentes à informação e não à atividades educativas.

Quarta questão: uma das ações de Saúde do Trabalhador na informação dos serviços de urgência e emergência é: **cadastro das atividades produtivas existentes no território.** Escolha de três dos vinte respondentes.

O valor mais apontado como correto foi o desenvolvimento de sistema de informação de acordo com cada CEREST, um erro, à medida que é certa apenas a alimentação do sistema de informação.

Evidencia-se neste item desconhecimento sobre o assunto.

Ainda sobre o CEREST pergunta-se: dentre suas atribuições previstas na Portaria GM/MS 2437/05, estão:

Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador é a resposta para esta questão.

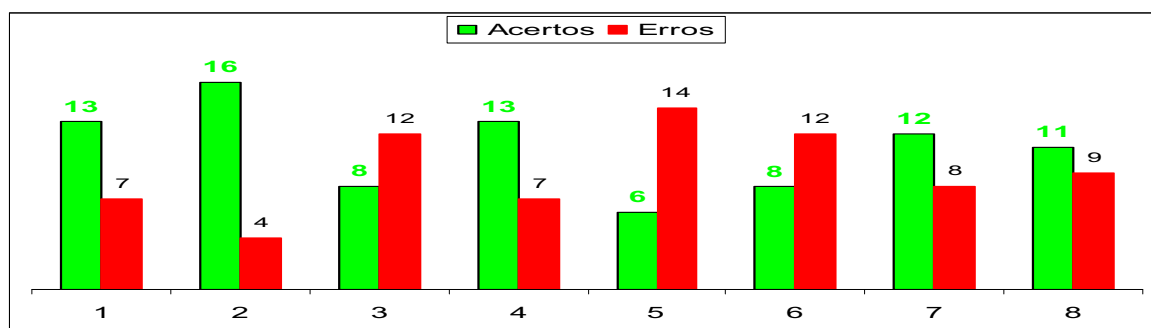
Quatorze dos vinte respondentes tem clareza sobre as atribuições dadas ao CEREST, ao escolher corretamente a alternativa: Neste item, apesar das contradições encontradas nas questões anteriores, observamos que a percepção dos gestores de Saúde sobre o CEREST está adequada, pois, parecem conhecer o papel do CEREST.

No mesmo raciocínio a questão: Para executar suas atividades, cada CEREST pode desenvolver e implementar Núcleos Técnicos de atividades, tais como: **Controle Social, Comunicação e Educação Popular**. Dos vinte respondentes, nove optaram pela escolha correta: evidenciando conhecimento por parte destes gestores, sobre a execução das atividades do CEREST.

Finalizando o bloco; é responsabilidade do Serviço Sentinela: **diagnóstico, tratamento e notificação**. Dos vinte respondentes, nove optaram pela resposta adequada. E com segundo maior índice valorativo, encontramos a opção: elaborar mapa de risco. A responsabilidade do serviço Sentinela parece não ser clara para onze dos respondentes.

5.1.5 Resultados do Bloco V - Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação

Figura 10 – Demonstrativo de correlação entre acertos e erros, referentes às questões do Bloco V.



1. São ferramentas utilizadas no processo de gestão das Ações em Saúde do Trabalhador: **Gestão de conflitos, acompanhamento, controle, avaliação e negociação;**
2. Qual a finalidade das Comissões Intergestores Bi e Tripartite? **Para tomadas de decisões sobre a organização, direção e gestão da saúde;**
3. O Grupo de Trabalho Interministerial Previdência/Saúde/Trabalho, instituído pela Portaria no 153, tem como atribuição: **Elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, levando em conta interfaces e ações dos diversos setores do Governo;**
4. Um dos princípios que norteiam o processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde? **Importância do trabalho na determinação saúde-doença do indivíduo e do coletivo dos trabalhadores;**
5. São aspectos considerados na Educação Permanente dos trabalhadores da saúde: **Produção da subjetividade e habilidades técnicas;**
6. Segundo o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, o que é preciso contemplar na formação e gestão do trabalho em saúde? **Que haja mudanças nas relações, processos e ações de saúde;**
7. Quais as estratégias definidas pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) para a capacitação em Saúde do Trabalhador? **Desenvolver programa de capacitação de profissionais, para o**

desenvolvimento das ações em Segurança e Saúde do Trabalhador no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada;

8. Que política o gestor de saúde deverá adotar referente aos sujeitos das ações de Saúde do Trabalhador, isto é, os próprios trabalhadores? **Buscar estratégias, instrumentos de comunicação e educação popular em saúde.**

Nas respostas do Bloco V: Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação, há cinco questões que apresentam maior número de acertos e as outras três, maior número de erros. Das últimas, duas são sobre formação profissional na saúde e uma a função das oito questões, explicitam nossas observações.

A primeira aborda as ferramentas utilizadas no processo de gestão das Ações em Saúde do Trabalhador. Nestas, treze dos vinte respondentes têm compreensão sobre essa questão, onde a resposta correta é: **gestão de conflitos, acompanhamento, controle, avaliação e negociação.**

A segunda é sobre a finalidade das Comissões Intergestores Bi e Tripartite, cuja **tomada de decisão sobre a organização, direção e gestão da saúde** é a resposta adequada para esta questão.

Dos vinte respondentes, dezesseis apresentam conhecimento no assunto, pela escolha correta, demonstrando que os gestores apresentam clareza sobre este item.

A terceira questão verifica a atribuição do Grupo de Trabalho Interministerial Previdência/Saúde/Trabalho, instituído pela Portaria no 153. Nesta questão, **elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, levando em conta interfaces e ações dos diversos setores do Governo,** é a resposta correta. Dos vinte respondentes, oito responderam corretamente, os quais, dois atuam na DRS, três na Vigilância, um na CIST e um na CIST/CEREST. No entanto, doze não têm conhecimento sobre o assunto, declarado textualmente na escolha de oito gestores, ao optarem pela alternativa errada.

Um dos princípios que norteiam o processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, é a quarta pergunta do bloco.

Dos vinte respondentes, treze apontam corretamente a resposta: **importância do trabalho na determinação saúde-doença do indivíduo e do coletivo dos trabalhadores.**

As demais respostas se dividem nas outras alternativas.

A estratégia atribuída à preparação dos trabalhadores da saúde, busca uma educação permanente, baseada no pressuposto da aprendizagem significativa – que promova e produza sentidos (BRASIL, 2006c).

Dessa forma, os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem ter como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão do sistema e do controle social, tendo por objetivo a transformação das práticas dos profissionais e da organização do trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2006c, p. 54)

Dejours (1994) vai além da educação significativa ao falar do trabalho significativo, isto é, quando encontramos satisfação no trabalho que realizamos. Essa satisfação, sem dúvida, leva o próprio trabalho à saúde pessoal e saúde das suas ações.

Falando em educação, a questão seguinte, quer saber quais são os aspectos considerados na Educação Permanente dos trabalhadores da saúde. A resposta é: **produção da subjetividade e habilidades técnicas.**

Dos vinte respondentes, seis responderam corretamente, demonstrando desconhecimento pelos gestores sobre essa questão. Desconhecem que a capacitação de sua atuação têm peso social, refletindo na construção da sua subjetividade, bem como na forma como atuará no campo.

A sexta questão busca no Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, o que é preciso contemplar na formação e gestão do trabalho em saúde. Dos vinte respondentes, oito assinalam a escolha correta: **que haja mudanças nas relações, processos e ações de saúde.** Apesar dos acertos, considera-se desconhecimento do assunto em doze respondentes, onde quatro gestores sinalizam uma necessidade a ser olhada, por parte da gestão: as mudanças que ocorrem nas pessoas e conseqüentemente nas ações de saúde.

A próxima pergunta é sobre quais as estratégias definidas pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) para a capacitação em Saúde do Trabalhador?

Desenvolver programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em Segurança e Saúde do Trabalhador, no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores. Doze respondentes mostram conhecimento, ao assinalar a resposta certa. Os outros respondentes dividem suas opiniões entre as opções restantes.

Finalizando o bloco, perguntamos: Que política o gestor de saúde deverá adotar referente aos sujeitos das ações de Saúde do Trabalhador, istok é, os próprios trabalhadores?

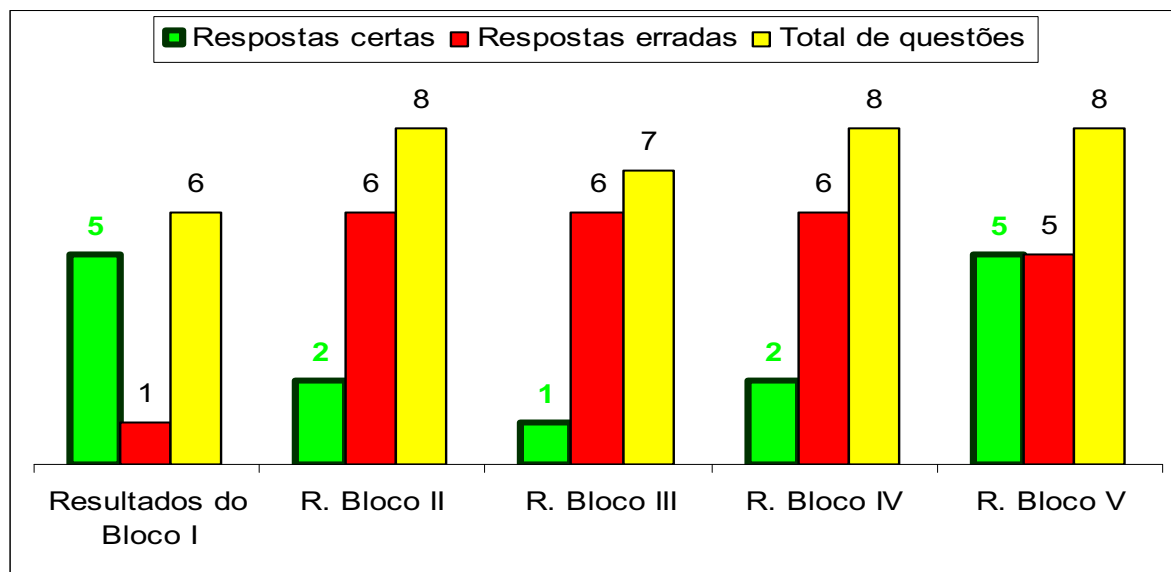
Dos vinte respondentes, onze optam pela alternativa correta: **buscar estratégias, instrumentos de comunicação e educação popular em saúde.** Destes, dois são da CIST/CEREST, três da CIST, um da Vigilância e oito da DRS. Dos nove respondentes desconhecedores do assunto, cinco apresentam a mesma resposta: oferecer serviços que o SUS considera importante em Saúde do Trabalhador.

O erro na questão se dá pela interpretação de que o SUS elege o que é importante no oferecimento de serviços, mas, são os trabalhadores os maiores protagonistas das mudanças possíveis em Saúde do Trabalhador, seja na prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, seja na melhoria de condições de vida e ambientais no trabalho.

5.1.6 Indicadores de correlação entre acertos e erros, referentes às questões dos blocos I a V

Os blocos temáticos, por meio dos indicadores de correlação entre acertos e erros, demonstram a quantidade de questões respondidas corretamente na cor verde, questões erradas na cor vermelho e o total de questões na cor amarela.

Figura 11 – Demonstrativo da correlação entre acertos e erros, referente às questões dos Blocos I a V.



Bloco I – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;

Bloco II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST;

Bloco III – Plano de Saúde do Trabalhador;

Bloco IV – Gestão da RENAST;

Bloco V – Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação.

Antes de comentar sobre os dados tangíveis, é válido mencionar uma observação feita no campo pelo pesquisador, no momento em que eram entregues pelos gestores de saúde, os questionários preenchidos.

Na ocasião, eles sentiram necessidade de justificar ao pesquisador suas possíveis falhas com relação ao conhecimento do conteúdo abordado no questionário. Reconheceram como causas: pouco contato com a Saúde do Trabalhador, sobrecarga de trabalho para dar atenção às questões da ST, articulação insuficiente com outras instâncias de saúde, inclusive o CEREST e a centralização das informações em ST em uma pessoa.

Os resultados do questionário corroboram com as justificativas dos gestores participantes do questionário, pois, conforme observados na Figura 10 apontam de forma geral, conhecimento parcial sobre o que é a RENAST, mas indicam também desconhecimento sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, bem como sobre o Plano de Saúde do Trabalhador e sobre a Gestão da RENAST. Ainda na mesma figura, os índices de empate sobre as ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação, indicam conhecimento parcial sobre o assunto.

No Bloco I, apesar do entendimento sobre o que é a RENAST, importante resgatar através da figura 5, que os Gestores de Saúde parecem apresentar dúvida sobre a necessidade e funcionalidade da mesma, pois a maioria dos entrevistados mostrou desconhecer no que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, exaltando a

precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, podendo a posteriori prejudicar a integralidade das ações, como previsto por Dias e Hoefel (2005).

A falha no conhecimento da atividade de trabalho nos leva ao pensamento das autoras, confirmando a teoria de que a falta de orientação clara quanto aos processos da atividade laboral e o despreparo dos profissionais da saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho, são uma das dificuldades encontrada no campo (DIAS & HOEFEL, 2005).

Retrato, como observado por Merhy (2002), de uma dicotomia cotidiana do trabalhador, que por um lado se vê diante de normas e papéis institucionais e por outro, à mercê de práticas privadas individuais.

Mendes (2002) esclarece que é preciso conhecer as regras, normas, conteúdo previsto, requisitos e condições de execução reais para conhecer a organização de trabalho de maneira mais sistematizada e propor melhorias.

Caso não ocorra o entendimento do trabalho concreto, objetivo, realizado e do sujeito enquanto subjetividade, haverá ônus no processo de trabalho (DEJOURS, 1994), repercutindo na subjetivação e conseqüentemente na força de transformação dos pontos a melhorar no trabalho.

O Bloco II ilustra o desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador - PNSST, o que pode estar associado à falta de clareza sobre o Pacto pela Vida, as prioridades do SUS e, sobretudo a finalidade do Pacto de Gestão do SUS, tendo em vista que, quando estes assuntos são questionados, a maioria assinalou errado. A consequência seria o comprometimento da pactuação, pois, as ações ficam desarticuladas da finalidade do SUS (BRASIL, 2008).

Sobre essa dificuldade, Dias e Hoefel (2005, p. 825-826) responsabilizam a “falta de orientação clara quanto aos processos de *pactuação* dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde.”

O entendimento sobre a pactuação é fundamental na efetividade do PNSST, pressupõe o envolvimento de diversos setores do governo, seja federal, estadual ou municipal e da sociedade civil (BRASIL, 2002), o que pode não estar bem constituído na realidade pesquisada.

O processo social derivado dessa ação desenharia a materialidade possível da ação estatal, isto é, o espaço estratégico da ação planejada em saúde, pois nessas articulações se expõe a natureza das relações entre o Estado e a sociedade, espaço onde se efetivam os

padrões de intervenção e regulação estatal, definindo uma lógica institucional, o tipo e a viabilidade do planejamento (MERHY, 2002).

Conhecer a PNSST implica desnudar o quadro existente, com todos os possíveis parâmetros capazes de serem traçados, a despeito das dificuldades conhecidas em estabelecer a prática em ST. Conjetura-se atender ao enunciado prescrito pelo Ministério da Saúde ao:

[...] superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social e Saúde, por meio de definição de diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e interssetoriais (BRASIL, 2006, p. 56)

Confirmando com o desenho do Bloco II, até mesmo por serem itens correlacionados, no Bloco III observa-se que os resultados evidenciam a falta de conhecimento dos respondentes sobre o Plano de Saúde do Trabalhador, o que poderia afetar diretamente o desempenho do papel profissional desses respondentes, à medida que não conhece de forma efetiva o sistema onde estão inseridos e tampouco “porque” fazem ou executam suas ações.

Dejours (1980/1987) denomina esse fenômeno de significação do trabalho. Alerta que o trabalhador muitas vezes não conhece a própria significação de seu trabalho em relação ao conjunto da atividade da instituição a que se reporta.

Se a política delinea o “porque fazer”, o plano orienta o “como fazer”, pois ele expressa a identificação dos problemas, define as prioridades para a intervenção e as ações.

É um instrumento, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 32) tem como objetivo: “contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis”.

Executar o trabalho sem compreendê-lo leva a ausência de investimento seja material ou afetivo, podendo gerar uma vivência de adormecimento intelectual e paralisia da imaginação, explicando o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo (DEJOURS, 1980/1987).

O resultado seria uma prática descomprometida da função significativa do trabalho, ou seja, produção laboral como função social, econômica e política (DEJOURS, 1980/1987), uma vez que o ser humano é simbólico, cuja capacidade de construção e atribuição de significados é responsável pela construção de sua realidade.

Afinal, sejam quais forem as condições de trabalho, cada indivíduo tem necessidade de dar valor à sua produção, de colocar coerência diante do caos, regulação diante da desordem, racionalidade diante das contradições, criatividade diante da uniformidade, permitindo realizar-se ao executar sua tarefa (GAULEJAC, 1946/2007).

A tarefa permite que o trabalhador canalize apropriadamente sua carga psíquica, pela exigência do emprego suficiente de atividades psíquicas, fantasmáticas e psicomotoras. A relação saudável entre sujeito e organização, advém do livre funcionamento psíquico articulado entre o conteúdo da tarefa, expresso e revigorado por ela. A possibilidade de um trabalho livremente organizado, gera vias de descarga mais adaptadas às necessidades de o trabalhador constituir um meio de relaxamento ou trabalho equilibrante (DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET, 1994).

Subsequentemente no Bloco IV - denominado Gestão da RENAST – aborda-se o modelo de atenção integral ao trabalhador proposto por esse órgão, delimitando modos de qualificar essa atenção, na intenção de que o SUS incorpore e funcione na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

No entanto a Figura 8 sinaliza conhecimento insuficiente sobre a Gestão da RENAST, pois há indicação de que os gestores parecem saber sobre o papel do CEREST, mas falta entendimento sobre a articulação entre o CEREST e o SUS. Confirma-se assim, a análise do Bloco I, já que ao apontar conhecimento parcial da RENAST logo há probabilidades de incompreensão quanto à sua gestão.

Interessante é que essa percepção foi retomada na próxima seção desse capítulo, abordada na fala dos secretários e coordenadores de saúde, validando os resultados encontrados em ambos os instrumentos.

Por fim, o Bloco V: Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação, foi o que apresentou menor distância entre os índices de acertos (n. 5) em relação aos índices de erros (n. 3).

É importante observar que as três questões com maior número de erros, exploram temas importantes para uma boa gestão em saúde, tais como: o papel da articulação inter e intragovernamental, a educação permanente do profissional da saúde e a formação e gestão do trabalho em saúde. Os desconhecimentos de ambas podem gerar falhas tanto nas ações em ST, quanto na formação do profissional da saúde.

Percebe-se que a não articulação é uma das dificuldades a ser superada pela RENAST, explicada talvez pela falta de incorporação da lógica do modelo da RENAST, que é centralizada na atuação do CEREST, fator não correspondente à organização do SUS, que é centrada na municipalização. Sem contar que essa fragilidade de articulação se mantém devido a falta de incorporação da ST na Agenda de Saúde, nos níveis federal, estadual e municipal (DIAS & HOEFEL, 2005).

Configura-se por um lado a complexidade do sistema operacional do SUS e da RENAST e por outro lado, o despreparo dos profissionais de saúde, onde nos remete a ideia popular de quem nasceu primeiro: o ovo ou galinha?

Retrato, como observado por Merhy (2002), de uma dicotomia cotidiana do trabalhador, entre normas e papéis institucionais e práticas privadas individuais.

A nosso ver, essas dificuldades, representadas pelos baixos índices de acertos em nosso questionário, são decorrentes da lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Os gestores não conseguem realizar na prática, as teorias propostas, percebem-se perdidos na imensidão de informações pertinentes à execução de sua função e de seus subordinados, gerando restrita assimilação de conteúdo, pouco contribuindo para sua formação profissional e desdobramentos na atenção à saúde, quiçá à saúde do nosso trabalhador.

É fato que a estabilidade dos manuais e normas não corresponde ao trabalho real, pois ocorrem variações contínuas, mas também é necessário cogitar a inserção da ST na Agenda da saúde - condição *sine qua non* - para o desenvolvimento da área. A premissa é de que quanto maior a informação sobre a ST mais domínio no assunto e possibilidades de transgressões aos moldes atuais, já que o modelo atual de atenção integral não permite a flexibilidade necessária para lidar com as situações variadas do cotidiano.

O panorama traçado, entretanto, nos obriga a refletir e considerar que, anterior ao conhecimento sobre a ST está o conhecimento sobre as diretrizes do SUS, de modo que lacunas nesse setor resultariam possíveis entraves na ciência e atuação da ST, caracterizando um problema na compreensão acerca do SUS e não específico à ST.

Assim, estamos obrigados a repensar os serviços públicos, a rediscutir sua burocratização, emperramento e ineficiência, propondo alterações de funcionamento.

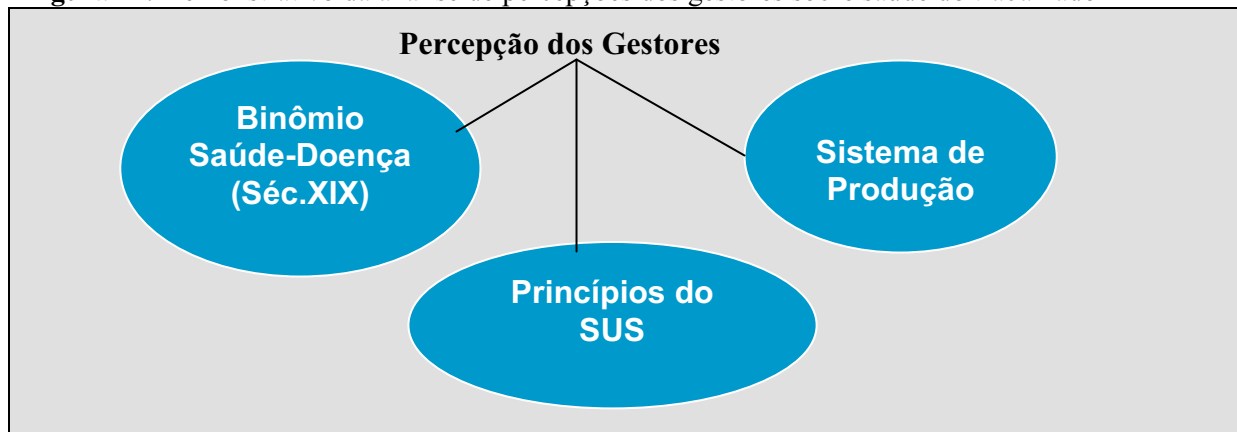
Segundo Campos (1997) chegou o tempo de inventarmos novos modos de organizar as práticas da saúde pública, e de criar contextos que favoreçam a constituição de sujeitos coletivos.

5.1.7 - Resultados da questão aberta

Encontramos como respostas para a questão aberta do questionário, três percepções dos gestores sobre o assunto e agrupamo-las nos seguintes temas: a) Percepção Binômio Saúde-Doença, b) Percepção de Sistema de Produção e c) Percepção dos princípios do SUS.

Os temas serão apresentados por meio de transcrições parciais dos sujeitos da pesquisa. A versão integral, gravada na ocasião, foi apagada seguindo os preceitos éticos científicos.

Figura 12: Demonstrativo da análise de percepções dos gestores sobre saúde do trabalhador



Fonte: autores

a) Percepção do Binônimo Saúde-Doença

O conceito de saúde evoluiu ao longo da história da humanidade com os conhecimentos adquiridos sobre as doenças. Considerando a historicidade do tema, data do século XIX, a visão da saúde como contrário de doença.

É preciso pontuar que nesta época as dificuldades sanitárias eram maiores. SOUTO (2003) transcreve as palavras do médico sanitarista Bastos (1979) sobre o tema: A saúde através dos tempos,

Apesar do interesse pela saúde, a realidade, porém, é que o homem, vivendo em habitação inadequada, mal alimentado, ameaçado permanentemente pela morte por acidentes e por doenças epidêmicas, enfim por uma série de outros fatores e ainda movido pelo desejo vital de sobreviver, teve que dar maior atenção às doenças empenhando-se numa luta constante contra elas, ao invés de lutar pela preservação da saúde (p.13).

Dentro deste cenário, é fato que a medicina teve necessidade de vencer a doença antes de promover a saúde e com o avanço desta, novas visões foram traçadas. Mas sabemos que novas visões de mundo não excluem as velhas, conforme encontrado no seguinte discurso manifesto por dois dos sujeitos.

“Saúde do trabalhador são todas as ações voltadas para o binômio saúde-doença dos trabalhadores inseridos na população economicamente ativa”.

“Para mim saúde do trabalhador é uma forma de eliminar as enfermidades do convívio do trabalhador, para que ele volte a se sentir capaz”.

A Organização Mundial de Saúde define que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença". Por isso, apesar de aparecer em dois dos vinte respondentes, é interessante considerar essa visão, porque ainda há a crença de que a maneira de manter a saúde é tão somente evitar ou curar doenças. E tal conceito também está como veremos no discurso de alguns sujeitos das entrevistas.

b) Percepção de sistema de produção

Com os avanços na economia e conseqüentemente na Saúde, chegamos à era da ênfase na produção, caracterizado pela força crescente do Capitalismo.

E encontramos em nossa pesquisa visões de saúde do trabalhador atreladas à preparação do homem para a produção, conforme exemplificado no seguinte discurso:

“Área técnica da saúde pública que busca intervir na relação entre o sistema de produção e a saúde no sentido de promover um trabalho que dignifique ao invés de denegrir o homem”.

Outros relatos também se remetem a esta ideia, conforme descritos subseqüentemente:

“Um programa que desmembrado em projetos atenda globalmente as necessidades dos trabalhadores”.

“A saúde do trabalhador enquanto patrimônio é condição social, indispensável do trabalho, **ferramenta primeira no desenvolvimento das relações de produção (grifo nosso)**. É um conjunto de atividades, que se destina a promover, proteger e recuperar a saúde do trabalhador”.

No que tange a construção do SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) diz que essa visão não é adequada, porque saúde é direito do cidadão e dever do Estado, no marco do processamento dos direitos sociais. Ressalta-se ainda, que é um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, contemplando os aspectos biológico, social, psicológico e ambiental, como preconizado pela OMS.

A saúde é fundamental no desempenho laboral, mas como visto seu conceito vai além desse campo, não pode se limitar ao desejo do mercado de ter apenas trabalhadores saudáveis, que não adoçam, tampouco se reportar apenas às condições de trabalho.

Alguns dos gestores participantes do estudo manifestaram essa ideia errônea, uma vez que seus discursos acerca desse assunto revelam as seguintes opiniões:

“Se concebe como adequadas condições de trabalho individuais e coletivas que considere as questões sociais, econômicas, tecnológicas, ambientais e fatores de riscos refletindo nas condições físicas, emocionais do trabalhador”.

“Contempla o ambiente e a forma de trabalho realizado, tendo em consideração o meio ambiente e o sujeito”.

“É segurança para o trabalhador”.

“São ações ou procedimentos que visam promover, proteger, tratar, reabilitar trabalhadores que tenham alguma dificuldade proveniente do trabalho”.

Para Minayo (2006), essas opiniões são características de nossa sociedade capitalista, que vê a saúde como sinônimo de bem econômico, de atribuição individual, como um capital de reserva e de propriedade privada que se mantém pelo equilíbrio e harmonia, perseguidos pela doença, também responsabilidade do indivíduo em sua luta contra o mundo opressivo.

O fator econômico na saúde, mencionado pela autora, se remete ao conceito de saúde coletiva, que inclui visão do progresso econômico em favor da equidade e o uso da ciência e da tecnologia em favor da superação dos problemas e das doenças que atingem a maioria da população que precisa do Estado, tendo em vista que essa concepção rompe com a ênfase no biológico, no individual, na harmonia e no equilíbrio social (MINAYO, 2006).

A saúde como direito coletivo - e a saúde do trabalhador se inclui - é uma bandeira de transformação das condições de vida e de trabalho e que aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais de produção e também uma bandeira de redefinição das prioridades do Estado.

O direito à saúde e conseqüentemente à Saúde do Trabalhador, implica no conhecimento de que todos os cidadãos, sem exceção, têm garantias universais de saúde.

c) Percepção sobre os princípios do SUS

Uma terceira e mais completa visão de saúde apareceu no discurso de alguns dos respondentes e a denominamos de percepção global. Nessa, o acesso universal à Saúde do Trabalhador atrelado à concepção de Saúde é considerado:

“Na verdade a saúde do trabalhador deve ser tratada como um todo, independente do trabalho”.

“Proposta de ação, de promoção, prevenção, trato e reabilitação do trabalhador”.

“Olhar para o trabalhador, visando minimizar e/ou eliminar riscos à sua saúde não só no ambiente de trabalho, através de informação, educação em todos os níveis e extensivo à sua família e a sua vida em sociedade”.

O reconhecimento dessa visão configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído em um processo de diferentes concepções e pressões sociais, na tentativa de romper as desigualdades e iniquidades das relações sociais, levando em conta as divergentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006c).

Para o seguinte gestor: “Saúde do Trabalhador é a mesma do conceito ampliado de saúde”.

O conceito ampliado de saúde foi elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), como sendo a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Dizem respeito às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade mais do que atenção assistencial à saúde e sim agregar condições de bem-estar físico, mental e social.

Como dito por Campos, Barros e Castro (2004, p.745),

[...] um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde [...]

Uma política efetiva, com serviços e ações de saúde que coloquem usuários e profissionais de saúde, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo segundo Campos, Barros e Castro (2004) que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Em tese, é reconhecer o ser humano como ser integral, conforme transcrito pelo gestor abaixo:

“É ver o indivíduo de forma integral dentro do contexto social e de trabalho. Não há saúde do trabalhador sem considerar os aspectos relacionados aos processos e organização do trabalho. Essas relações, como elas ocorrem e onde ocorrem. Considerar os aspectos e os direitos do cidadão e o dever do Estado preconizados pela Constituição Federal, quanto ao direito à saúde e dever do Estado. Daí a RENAST/SUS, os CEREST como órgão para garantir uma política Nacional de SST.”

A integralidade, como posto por esse gestor, contempla inclusive a organização do trabalho e nos remete à Dejours (1987), quando descreve que ela exerce sobre o homem impacto na saúde em situações que “não se pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada” (p.133). Em outras palavras, quando o nível de insatisfação não consegue mais diminuir, gerando sofrimento e falta de significado no trabalho.

Parece que para os gestores que apresentam percepção dos princípios do SUS sobre Saúde do Trabalhador, concebe-a como exercício de cidadania e de trabalho significativo, exemplificado no seguinte relato:

“O respeito e cuidado com os adoecidos. Um completo bem-estar bio-psico-social e espiritual do trabalhador no seu ambiente de trabalho e fora dele. A promoção da saúde, prevenção e notificação dos agravos (Port. 777/2004). A garantia da participação social quanto a reivindicação dos seus direitos. A prática da cidadania sem repressão. A adaptação da máquina ao homem, e não do homem, e não do homem a máquina. É o respeito a todos que constituíram e constroem uma nação digna e democrática. Enfim, a atenção integral.”

Desse modo, os dados da questão aberta nos revelaram até aqui, que não há consenso sobre o que é Saúde do Trabalhador para os gestores de saúde. Não que o conceito tenha obrigatoriedade de ser hegemônico, mas nos dá uma pista de que a concepção de saúde do trabalhador ainda é deficitária no campo de atuação.

Os motivos não foram apreendidos nesse instrumento pela fala, o que será permitido com as transcrições e análise das entrevistas individuais, mas temos indicadores pela análise dos dados quantitativos e da questão aberta.

[...] pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio ambiental (DIAS & HOEFEL, 2005, p. 820).

É fato que apesar das dificuldades, houveram avanços percebidos ao longo dos vinte anos de regulamentação da atenção integral a ST pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, como a própria criação da RENAST e CEREST, mas os gestores participantes do questionário ainda estão à margem das estruturas e políticas do SUS.

O déficit é prejudicial em todos os sentidos, porque o papel da gestão pode através de suas ações, modificar o perfil da saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores (BRASIL, 2006c).

Em outras palavras, cabe aos profissionais da saúde participar da construção dos saberes do seu campo e atuar como os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para modelos de atenção mais operativos (CAMPOS, 1992).

5.2 - Descrição e análise da entrevista individual

Da análise empreendida no discurso dos gestores emergiram cinco categorias centrais à temática: o papel profissional; o papel de gestor e a ST; percepção sobre o papel da RENAST; percepção sobre o papel do CEREST; o trabalho prescrito e o trabalho real.

5.2.1 O papel profissional

Datner (2006, p. 39) esclarece que “ao nascer um papel, produto da relação, a ação desse desempenho se pauta por referências de repetição”. O indivíduo usa conhecimento e experiências dos outros para exercer seu papel. O maior domínio faz com que o papel seja executado com mais independência e naturalidade, e o seu desenvolvimento pleno seria a liberdade, autonomia e originalidade, o que possibilitaria ao líder relacionar-se de forma flexível com o outro.

Nesse sentido, “[...] o papel profissional um dos tantos papéis do conjunto de papéis que a pessoa desenvolve durante a vida...é exercido na ação de trabalhar [...]” (DATNER, 2006, p. 41) e contempla ainda o papel funcional, mas são distintos.

Segundo a autora, o papel funcional refere-se à descrição de um cargo como exigência da organização, como por exemplo, o papel gerencial. Já, o conjunto de competências pessoais relacionadas com o trabalho e que possibilita o indivíduo a assumir um cargo é o papel profissional.

Assim, o papel funcional a ser desempenhado pelo secretário ou correspondente dele, na forma prescrita, está estabelecido pelo Decreto nº 6860/09 que aos Secretários incumbe planejar, dirigir, coordenar, orientar, acompanhar e avaliar a execução das atividades das unidades que integram suas respectivas Secretarias, bem como exercer outras atribuições que lhes forem cometidas em regimento interno.

Ainda sobre trabalho prescrito, mais especificamente, encontramos na Portaria GM/MS nº 2.437, as Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST, sobre as ações preconizadas para seu exercício, no que diz respeito à Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo município, de forma pactuada regionalmente:

- 1) realizar o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades;
- 2) atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, conjuntamente ou não, com as Universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;
- 3) articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- 4) informar a sociedade, em especial os trabalhadores, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;
- 5) capacitar os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho;
- 6) executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- 7) definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do município;
- 8) tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário (BRASIL, 2006c).

No entanto, como nos lembra Datner (2006), diante do papel funcional é o acervo do papel profissional do gestor mobilizado para a ação, que lhe dará condições de assumir e exercer (ou não) um cargo.

É fato que o gestor não encontrará um mar de rosas pela frente e sim uma organização do trabalho real divergente da prescrita, como nos ensina Dejours (1994); aquilo que de fato acontece às vezes se distancia do que está prescrito.

Assim, o discurso dos gestores, apresentados abaixo em trechos, demonstra aspectos do trabalho real no que tange tanto o papel funcional, quanto o papel profissional:

“O Coordenador de Saúde é envolvido com tudo que diz respeito a área né...então a gente faz ...esse relacionamento desde o contato com o gestor maior que é o prefeito até o funcionário mais simples de toda a estrutura de saúde, a gente conta aí com essa unidade de saúde...é uma unidade básica, a UBS II, que é municipalizada, ela é do Estado, com a disparização da saúde, passou para a gerência ao município e aqui nós temos nosso quartel general”. (C₁)

A transcrição da entrevista de C₁, não apresenta em sua fala um funcionamento em rede e sim hierárquico, com tendência à liderança autocrática, quando trata a instância de saúde na qual atua, como quartel general. Nos lembra o modelo de gestão pública tecnocrática, de estilo taylorista, voltado para a produção de procedimentos, que se caracteriza

pela gestão mais centralizada e nos centros de saúde como responsáveis pelo processo de saúde (MERHY, 2007).

Conforme Campos (2007), trata-se de uma suposta forma de controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho.

Essa dificuldade de entender e funcionar como rede, terreno, onde, a organização de saúde, disputa a orientação cotidiana com as normas e regras instituídas (discurso encontrado não só em C₁, mas em quase todos os gestores pesquisados), é sempre tensionado pela polaridade autonomia e controle, explica Merhy (2002). Quanto mais autonomia, menos controle e vice-versa.

O comprometimento da autonomia, se veiculada e se aplicada nas relações não como relações de soberania e sim de dominação, busca sujeição, dirigindo gestos e regendo comportamentos (FOUCAULT, 2005). O que poderia interferir nas possibilidades de construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar o espaço privado de ação em favor do interesse público (usuários).

Ainda sobre seu papel, C₁ retrata as ações de saúde e não menciona a ST:

“Aqui nós temos o atendimento de vários médicos... tem um PSF... e fazemos toda aquela prevenção, atenção básica que é própria do PSF. E os casos mais complexos que a gente não consegue resolver... referenciamos, aos nossos canais de referência: Prudente, Marília, Assis, São Paulo”. (C₁)

Sobre a ST especificamente, o gestor não se mostrou centralizador, pois esclareceu que o domínio do assunto em seu município se dá pelo interlocutor de ST, de modo que pediu a ele uma relação das ações realizadas no município e principais dificuldades encontradas, a serem entregues ao pesquisador no final da entrevista (anexo E). Do conteúdo nada comentou, apenas se dispôs a agendar uma entrevista entre interlocutor e pesquisador, para mais esclarecimentos.

O levantamento de problemas e prioridades é válido, mas chama a atenção por ter sido realizado em prol da visita do pesquisador e não por ser uma prática instituída na Portaria GM/MS n. 2437, pertinente às funções do secretário. Sem contar que há desconhecimento, por parte dele, sobre a realidade municipal em saúde do trabalhador.

A gestora C₂, sobre um dos discursos que foi possível apreender, uma vez que a mesma não permitiu a gravação da entrevista, disse exercer todas as ações pertinentes à área da Saúde e se refere – ao contrário de C₁ – à ação realizada em saúde do trabalhador:

“Realizo todas as atividades pertinentes à área da Saúde. Sou gestora da Saúde aqui...Veja, o que vem do CEREST também está aqui, tenho esses papéis que recebi, não li ainda, são muitas coisas, mas está aqui...Mas, aqui a gente faz a CIPA com nossos funcionários, explicamos sobre os problemas da Saúde do Trabalhador”. (C₂)

O discurso demonstra que nesse município (até o momento) a ação em ST é restrita ao funcionalismo municipal. Um exemplo seria quando fala de ação via CIPA - uma das oito

tarefas do Gestor segundo a Portaria 2.437 – exclusivamente voltada para os funcionários municipais. Sua resposta para essa questão evidencia atuação de forma distorcida, do qual, é de fato o papel do gestor, no que tange a ST, uma vez que cabe à toda população o seu acesso.

Mendes (2002) esclarece que para compreender sistematicamente e melhorar a organização do trabalho “[...] é necessário não somente conhecer as regras, normas de produção, o conteúdo previsto, mas conhecer igualmente todos os requisitos e condições de execução reais” (p.812).

Conhecer as atividades que executamos é reconhecidamente importante, pois, na situação concreta de trabalho o gestor compreende a complexidade da tarefa e seus limites. Sem contar que os profissionais de saúde são os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para modelos de atenção mais efetivos (CAMPOS, 1992).

Complementa Mendes (2009) que a atividade do trabalho é o elemento central que organiza e estrutura os componentes da situação laboral.

Ainda sobre algumas de suas atividades, onde se lê em C₂: “*são muitas coisas*” (a fazer), sinaliza sobre uma suposta sobrecarga de trabalho, o que poderia ser um dos bloqueadores do entendimento de seu papel.

Com outro gestor - C₃ - a sobrecarga aparece quando se refere ao excesso de reuniões previstas em suas atividades de coordenação:

“Exerço atividades da área administrativa, tem que ver as compras, o que precisa pra unidade...processo seletivo...é meio corrido.Participo de muitas reuniões, uma em cima da outra...Tem muitas reuniões de colegiado...esse mês que deu uma maneirada...que é a fase de elaboração do Plano de Saúde”. (C₃)

No entanto, por um lado reuniões que contemplem articulação com outros municípios, como ocorrido nos colegiados, se for como descrito no item 3, sobre as funções das secretarias municipais de Saúde, seriam pertinentes para a formação e atuação do gestor, ainda mais com o objetivo de elaborar o Plano de Saúde, fundamental para estruturar ações. Por outro lado, a sobrecarga de trabalho pode ocasionar, conforme descrito por Dejours (1994) sofrimento psíquico e patologias.

Outros sujeitos da pesquisa – C₃, C₄, S₁, S₄ – ao descrever sobre sua função apresentam a realização de algumas das atividades, que se configuram com o descrito para atuação do Secretário de Saúde, sem menção à ST:

“Gestão. A gente administra toda parte...que são vinte e seis Unidades Básicas de Saúde mais o Centro de Atendimento Odontológico. A atividade nossa é gestão, a gente tem que otimizar atendimento, reunir com os membros né, com os médicos, enfermeiros, nutricionista, dentista, fisioterapeuta, psicólogo e fazer um trabalho de

conscientização, de...como é que vou falar, de tentativa de estimular esses profissionais a aumentar os atendimentos”. (S₁)

“Tem também acompanhamento das Vigilâncias, lá tem as coordenadoras, mas a gente acompanha né, a sanitária e a epidemiológica... é tudo centralizado aqui desta UBS e temos também duas estratégias de Saúde da Família, duas equipes, que agora são chamados de ESfs [...] Então é bastante coisa”. (C₃)

“Eu coordeno todo o sistema de saúde do município...Aqui temos 2 equipes de PSFs, uma urbana e outra rural que atende 100% do município e o Pronto-atendimento que funciona das 07hs às 22 hs”. (C₄)

“Tudo que é referente à saúde faz parte do meu papel, seja nas UBS, CAPs...Tento resolver tudo que é necessário para agilizar a saúde do município. Meu objetivo é atender a demanda que temos, não tenho 100% mas quero um trabalho voltado à humanização. Não aceito más respostas a quem nos procura”. (S₄)

S₂ fala de seu papel genericamente, sem especificá-lo:

“Bem, em 93 a 96 fui Secretário da Saúde, depois em 2008 teve umas cassações aqui e fui prefeito e secretário ao mesmo tempo, por um ano. A... o que eu faço...tudo...Eu coordeno toda a saúde de xxxx, supervisiono, contrato médicos, compro remédios. É isso”.

Esse gestor tem uma peculiaridade, trouxe a interlocutora de ST para a entrevista, alegando que ela é quem entende e pode falar sobre o assunto.

O gestor S₃ também convidou em um dado momento sua interlocutora, mas compartilhou a fala, parecendo não estar alheio ao assunto. Como os demais entrevistados, explanou sobre suas atividades, no entanto a definiu como cargo gerencial político:

“Então, aqui em xxxx as atividades do secretário é a gerência da Saúde Pública, então eu controlo o Fundo Municipal de Saúde, tenho que saber como é gasto o dinheiro porque o Tribunal de Contas fica em cima... E a gente controla os problemas da Saúde com o Estado, por meio das campanhas chamada pré-natal, tem o hiper-dia que é o de hipertensão e diabetes, controle de natalidade, uma série de programas e cada setor tem o funcionário, como a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica...Na verdade o secretário da saúde é um cargo gerencial político, tenho o privilégio do prefeito ser médico...Não sou entendido de Saúde Pública, mas estou aprendendo um monte de coisa....mas como a gente conhece a prática médica e tem muita malandragem aí dentro, de exame de laboratório e tal, a gente sabe controlar pra não gastar dinheiro desnecessário e tem muito dinheiro público sendo desviado para uso desnecessário, são exames desnecessários, existe lóby de laboratórios, de farmácias, complicado o jogo, tem um monte coisas...Mas dá pra tocar tranquilo sem muito alarde, é que tem muita política na Saúde que tem que contornar, porque não dá pra dizer não pra tudo, existe essa parte política infelizmente que tem que ir levando com calma sem atrapalhar a atividade da política de saúde para o povo”. (S₃)

O gestor expôs a complexidade do setor saúde, explica algumas ações preconizadas para suas atividades, mas não especifica a ST em seu discurso, bem como outros sujeitos:

“Não há nada específico do trabalhador, tampouco um órgão que vá na empresa fiscalizar, temos a vigilância sanitária que fiscaliza as condições sanitárias apenas. Na prefeitura não sei te responder como que funciona. Com a mudança de governo no ano passado, estamos todos começando, pensando em ginástica laboral, que já consta no plano a ser iniciado em 10/03”. (S₃)

“[...] nós estamos pensando em montar uma estrutura para atender principalmente o trabalhador da prefeitura, já tive conversando com o prefeito para colocar isso no nosso plano de Saúde... inclusive conversei pra fazer o Plano de Cargos e Carreiras para os funcionários, então ta meio assim na conversa. Eu pretendo fazer o que eu puder, se eu agüentar nessa coordenação, que a coisa é meio complicada”. (C₃)

“Específico a ST ainda está em fase de estudo e implantação, apesar de ser algo importante e com certeza que vai nos dar trabalho futuramente por causa das 2 usinas né... isso realmente causa muitas lesões, é um trabalho muito pesado”. (C₄)

De modo geral, percebemos que o papel funcional do secretário ou coordenador apresenta defasagem, provavelmente vindo a interferir no papel profissional.

Conforme prescrito pela Portaria GM/MS 2.437/05 a defasagem se dá com relação ao trabalho real, uma vez a ST não é mencionado por todos em sua descrição de cargo. Interessante porque se fosse algo pertinente à sua rotina, não haveriam de esquecer. Mas, até os discursos que se reportam a ela são superficiais, promovem ações parciais em saúde do trabalhador certos de que são integrais, tais como: CIPA ou vigilância epidemiológica ou sanitária.

Conceitualmente, não há nos discursos a definição de saúde de trabalhador propriamente dita, até porque não parece haver clareza sobre o assunto. Alguns lançam seus palpites. Seria ginástica laboral? Plano de cargos e salários? Atendimento para as doenças e acidentes provenientes do trabalho nas usinas?

Sem respostas concluem ser uma ação a ser desenvolvida no futuro, devido curto tempo a frente dessa gestão. Perecem e justificam a falta de informação sobre o assunto, seja por sobrecarga de trabalho ou pela própria complexidade do sistema de saúde, que não coloca a ST em sua agenda, configurando uma discrepância entre o que é e o que deveria ser realizado.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) a discrepância significa conflito, uma vez que para ele, as regras de trabalho são regras técnicas e também podem ser éticas, das quais, a organização real do trabalho e seus ajustes decorrem de conflitos técnicos, sociais e psicoafetivos.

Para a questão da informação, concordamos com Merhy, Campos e Cecílio (2007) ao constatar que não há um despreparo das equipes de saúde para trabalhar com ela, pois vivemos na “era do conhecimento”, como tal seja nos serviços públicos ou privados operamos constantemente com a produção de dados e informações.

O fato é que,

[...] os dados que são utilizados mais cotidianamente servem para a construção de determinados tipos de serviços e de determinadas maneiras de geri-los, e não de outros; ou mesmo, servem privadamente de modos distintos para intenções distintas e conflituosamente operantes no dia-a-dia. Por isso, este processo em si é um grande ruído a ser percebido, pelos gestores dos estabelecimentos de saúde (MERHY et. al., p.125).

Os autores revelam que é preciso novos modos de olhar para o tema, encarando-o como ferramenta analisadora e instrumento efetivo de ação, possibilitando a exposição do modelo cotidiano (instituído) de construir uma modalidade de atenção à saúde, imperante no serviço, e expressão da rede de articulação dos vários níveis tecnológicos das práticas de saúde.

5.2.2 O papel de gestor e a ST

Esse tema avançou na reflexão sobre o papel do gestor e sua atuação na área de abrangência do CEREST.

C₁ faz ligação do seu cargo com o de Coordenador da Saúde da seguinte maneira:

“Eu acho que a saúde...o trabalhador como tal, ele ainda não é muito bem acolhido em nossas unidades de saúde...Em primeiro lugar pela sua dificuldade de acesso, que é muito natural, uma pessoa que talvez não tenha uma facilidade de buscar suas necessidades, não sabe colocar essas necessidades, às vezes coloca no segundo plano até a própria necessidade de saúde, em função da necessidade maior que é a sobrevivência dele, da família e...Então, de tal forma que a gente vê na classe trabalhadora um grande sofrimento, uma grande desassistência, por um fator ou por outro que não completa aquilo que talvez seja o sonho de todo coordenador de saúde, que vem a ser a resolutividade, integralidade daquilo que ele precisa”.

Ele tece comentários gerais sobre o que envolve ST e se vê carente, não aquinhoado para lidar com as dificuldades encontradas e expectativas relacionadas ao cargo:

“[...] Hoje a gente consegue uma coisa e não consegue outra...Acho que as classes mais bem aquinhoadas, aquelas que de alguma forma conseguem se expressar ou ter voz, ou por força de um sindicato ou por força da própria cultura do trabalhador, consegue alguma coisa, mas, o trabalhador mais humilde, ele e a família ainda continuam necessitando de uma atenção maior (C₁).”

C₁ expressa frustrações diante do que considera principal função de um gestor de saúde: *resolutividade*. Ao explicar sobre a carência dos usuários que não são atendidos integralmente, também se remete à sua cidade – instância de saúde – que por ser menor ou mais humilde como se refere, recebe verba inferior do governo e conseqüentemente promove número menor de ações, o que justificaria a preocupação secundária com a ST.

Entretanto, o termo resolutividade vem da ideologia gerencialista, que segundo Gaulejac (2007) “[...] é acompanhada de uma concepção negativa do papel do Estado, que

não é mais considerado como um elemento central de regulação, mas como um aparelho...que convém “modernizar”(p.269)”.

O autor esclarece que nessa perspectiva o crescimento econômico seria o único responsável de assentar uma política social, no qual o dinheiro reduziria desigualdades, melhor protegeria os desfavorecidos, financiaria a proteção social etc. Entretanto, ao enfatizar indicadores estatísticos e financeiros, deixam de lado o sentido dos indicadores, tanto do que é medido, quanto do que é esquecido de medir (GAULEJAC, 2007).

Desse modo,

[...] As reflexões sobre o bem público, o estar junto e do bem comum reduzem-se a porcentagens, curvas, taxas e índices. O debate instrumental – sobre os instrumentos de medida – instala-se em um vazio reflexivo sobre a melhoria da vida individual e coletiva, sobre as finalidades da existência humana e social (GAULEJAC, 2007, p. 268-269)

Não se trata de negar que o crescimento é necessário, apenas não se pode considerá-lo como uma finalidade em si, para que a visão gerencialista não abale a hierarquia de valores e do sentido da ação. Há de se ter responsabilidade social.

Nesse sentido, o gestor C₂ mostra sua percepção de responsabilidade pela Saúde e, sobretudo, à ST: “Faz parte né. A Saúde é como um todo e tudo acaba na Saúde. O trabalhador é gente né...quando adoecer vai procurar o médico...e sou responsável por tudo”.

Todavia, podemos notar que a ideia de todo desse gestor, não compartilha com ações específicas em ST, de modo que ao surgir uma necessidade relacionada ao trabalho (acidente ou doença), fatalmente seria incorporada ao atendimento convencional.

S₁ e S₄ seguem na mesma direção e concebem a ST de forma integrada com saúde em geral:

“Tá totalmente interligado com meu cargo, todo cidadão é um trabalhador e a saúde do trabalhador passa diretamente pela saúde em geral da população... essa atividade que ele exerce pode interferir mais ou menos né, na qualidade de vida e na condição de saúde das pessoas. Então, eu acho que a ST é...é...tratar da saúde da população”. (S₁)

“Acho que está relacionada, porque respondo pela Saúde do Município como um todo e a saúde do trabalhador está incluída”. (S₄)

Sobre as transcrições entendemos que falar de saúde *strictu sensu* é também falar em saúde do trabalhador, mas a prática dissociada, isto é, o “fazer” dissociado, implicaria no desempenho do gestor, tendo em vista que cabe ao dirigente do serviço público aplicar as ferramentas, habilidades e conhecimentos apreendidos no decorrer de sua vida profissional, procurando entender e apropriar-se de conceitos relacionados a todo o funcionamento da atribuição que lhe foi dada e isso incluiria a ST (BRASIL, 2006c).

Exemplo também observado no gestor S₂, que conhece e esclarece sobre o fluxograma, mas não associa a ST à sua função: “Bom...aqui a Saúde do Trabalhador é atendida exclusivamente pelo SUS. Minha função é atender e os atendimentos que passam pelos médicos que temos aqui nesta Unidade e pela outra UBS”.

Lembra-nos Gaulejac (2007) que a gestão, mesmo a pública, apresenta-se pragmática, fundada sobre a eficiência da razão. Ela influencia as representações dos indivíduos, prescrevendo modelos.

De modo que por trás dos instrumentos, dos procedimentos, dos dispositivos de informação e de comunicação encontra-se em ação, uma dada visão do mundo e um sistema de crenças.

O que implica que não basta injetar mais recursos no sistema; deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde (MERHY, 1997).

O domínio dos processos de gestão dentro dos princípios e das regras gerais da administração pública prevê ações em ST na área da saúde e o que percebemos com alguns dos sujeitos da pesquisa são justificativas para práticas não realizadas ou em prol de uma categoria, esboçadas por meio de previsões para o próximo ano:

“[...] eu to pesquisando, to lendo, to indo atrás para pensar e estruturar alguma coisa...o prefeito é bem aberto...mas na minha posição eu tenho que levar alguma coisa pra ele...eu to pensando já pro ano que vem, a gente começar...estar conversando com os funcionários, participando mais”. (C₃)

“É de extrema importância (ST), mas como te falei nós estamos ainda em processo de amadurecimento e avaliação, nada implantado, temos prioridade para o ano que vem, inclusive a gente vai estar constando isso no Plano Municipal de Saúde, a ser elaborado até o dia 31 (31/08/09)”. (C₄)

“[...] estamos iniciando aqui na prefeitura...um programa de atendimento ao funcionário nos cuidados com a atividade profissional, um programa de ginástica laborativa, recreação...Então, a intenção nossa é isso, começar na prefeitura, não temos a estrutura no município, eu penso, pra dar esse tipo de atenção, mas nosso município é muito varejo, o ideal é fazer esclarecimento, prevenção”. (S₃)

A razão da ausência de efetividade até o momento não foi esboçada por eles, opiniões sutis declararam dificuldades estruturais do município, necessidade de organização do trabalho devido o tempo de atuação ou carência de informação sobre o assunto.

O gestor C₄ também se justifica:

“Eu trouxe a preocupação com a ST dos próprios colegiados que tenho participado, até mesmo do CEREST e principalmente da minha experiência com a Vigilância Sanitária, que tem uma importância muito grande, apesar da nossa equipe não

conseguir fazer nem o básico, imagine a ST... mas ele (CEREST) deveria fazer e não fez na região de Prudente, pelo menos eu desconheço né”. (C₄)

Compara-se com a cidade de referência ao afirmar que nem ela, por meio do CEREST, executa ações efetivas, quiçá sua cidade com menos recursos. Lança-nos no próximo tema sobre a percepção que se tem sobre a Instituição.

Antes, é válido ressaltar que o recurso financeiro, citado por C₄ como entrave às ações, concebe a sociedade como uma empresa a ser gerenciada, a espera do crescimento econômico e, mais uma vez, nos remete a Gaulejac (2007), ao explicar que esse pensamento é uma inversão entre os meios e os fins, entre o peso das normas financeiras e as missões políticas das instituições.

Segundo o autor, essa racionalidade dos meios, leva a perder de vista as finalidades sociais e humanas, ainda que essas finalidades sejam constitutivas da própria existência da instituição.

Esse gerencialismo paradoxal encontrado no sistema de saúde tem como objetivo, canalizar a energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho, o que muitas vezes causa nos envolvidos, além da cegueira sobre as degradações das condições de trabalho e de suas consequências sociais; danos psíquicos como: pressão, depressão e estresse (GAULEJAC, 2007).

Encoraja-nos o autor a pensar que a gestão deveria oferecer instrumentos para avaliar não só os benefícios e perdas financeiras, mas os custos sociais e psíquicos, em sinal de um serviço de interesse geral à sociedade.

5.2.3 Percepção sobre o papel da RENAST

O papel da RENAST, conforme explorado em nossa fundamentação teórica, é criar condições para operacionalização de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, voltada para o enfrentamento do quadro brasileiro de morbimortalidade relacionado à vivência no trabalho, em ação integrada com outros órgãos públicos.

Nesse sentido, o presente tema retratou como os gestores de saúde percebem até o momento a RENAST.

O gestor C₁ inicia sua exposição de ideias questionando a organização do trabalho público, mediante a diversidade de situações e necessidades encontradas na amplitude de nosso País:

“Não é uma crítica negativa, mas é uma crítica construtiva. Um País da dimensão do Brasil, que não é um País, é um Continente, com situações tão diversificadas, do norte ao sul, de leste a oeste, se quiser ter uma estrutura, uma posição no cenário mundial como País realmente, ele tem que dar um toque diferente à Saúde”.

A transcrição aborda a generalização que ocorre na saúde pública e conseqüentemente na RENAST, ao impor um sistema padrão que não considera as especificidades de cada município.

Faz relação da dificuldade encontrada com as condições de trabalho na saúde:

“É...se criou um imposto próprio destinado a Saúde, que infelizmente virou uma ponte de arrecadação, sem que atendesse ao setor para o qual foi criado..., matando a idéia de quem o criou, né...(cita ministros da saúde)...nós trabalhamos com uma tabela SUS defasada, em pelo menos dez anos e colocou aí dois milhões para dar uma melhorada, mas só deu para melhorar quatorze ou quinze itens desta tabela, que é uma numeração aí de duzentos, trezentos itens na tabela do SUS”. (C₁)

A seu ver, as verbas criadas para a RENAST, deveriam ser utilizadas na melhoria da tabela do SUS. Articula as conseqüências e ações não efetivas à falta de atenção aos trabalhadores, o que incluiria o trabalhador da saúde:

“Quantas empresas grandes, que começam já a fazer dispensa de trabalhadores. Aonde esses trabalhadores, vão? Não tem uma alternativa de emprego, então, eu acho que a força trabalhadora que construiu esse País, deveria receber uma atenção melhor...sem condições não há saúde” (C₁).

Lança sua frustração, sentimentos de revolta ao que chama de causa - o mau uso do dinheiro público:

“Estamos pensando em sediar jogos em 2014 e ninguém sabe se estará vivo em 2010... existem prioridades. Nós temos centenas de ambulância num pátio, que não são emplacadas por uma questão de burocracia qualquer. Então, eu tenho impressão que há muita má vontade, morosidade, pouco empenho do poder constituído na Rede Nacional, até Estadual e às vezes até Municipal, não estou falando do meu município porque a gente não tem esse recurso. Mas, de uma forma geral é necessário que um País, tenha um olhar complacente com a educação e saúde. No nosso País não há boa educação, segurança questionada e a nossa saúde, né, deveria ter maior assistência. Para se ter uma idéia, as Santas Casas, reconhecida pelo Ministério e palavras do próprio ministro, responde por mais de 50% dos leitos SUS, estão às minguas, fadadas a não mais prestar sua assistência, por conta de uma tabela que sacrifica as instituições que são filantrópicas, que trabalham por amor às ações de saúde, não recebem nenhuma forma de ajuda e quando recebem alguma ajuda, ela é tão burocratizada em exigências e normas que acabam não surtindo nenhum efeito” (C₁)

Conclui sua opinião no assunto com um desabafo, tom de questionamento e retórica sobre solução, sem deixar de lado a visão gerencialista:

“O trabalhador, ainda é a força, que é o que faz a diferença no Brasil. Nós, que no começo não tivemos força trabalhadora e tivemos que buscar, escravizando índios...e ainda não fugimos muito disso, temos muita força trabalhadora escrava, de vez em quando se descobre alguma coisa, mas de uma forma geral, nosso

trabalhador ainda não tem a sua valorização, conforme sua contribuição na construção desta nação, né” (C₁).

Logo, para C₁ o SUS não privilegia melhorias de condições de trabalho, quando relata sobre a padronização no sistema e a atualização da tabela de serviços por não contemplar tudo o que é necessário, e remunerar mal os itens existentes. O discurso parece ser ainda uma reclamação sobre a remuneração do próprio funcionário da saúde.

Para ele há apenas investimento financeiro na criação de novas instâncias de saúde, dentre elas a RENAST, que ao adentrar no sistema também não delibera, aumentando a complexidade teórica do atendimento e perpetuando a desvalorização do trabalhador.

Para Mendes (2007) a Psicodinâmica do Trabalho vê essa desesperança de reconhecimento, como uma defesa psíquica frente à forma de funcionamento da organização do trabalho.

Esclarece Dejours (1987) que as defesas são modos de proteção para os trabalhadores contra o mal-estar no trabalho, cuja função é ignorar o sofrimento ou negar as causas. Mas, quando usada de forma exacerbada obstrui a capacidade de pensar sobre o seu trabalho, de ação e luta contra os efeitos deletérios da organização do trabalho em sua subjetividade e saúde (MENDES, 2007).

Assim, buscamos observar similaridades nas outras transcrições.

O gestor C₂ ressalta o não conhecimento sobre o assunto em questão (RENAST). Denota a dificuldade que enfrenta para atuar como Coordenador de Saúde, perante a falta de informação do sistema:

“Acho que ainda não está muito claro, falta muitas coisas. Falta principalmente informação. A gente não tem acesso aos dados, daí fica difícil trabalhar no escuro. As empresas não informam, já fizemos reuniões, mas não adianta. Pela minha função, eu sei quem morre na cidade, mas não está no óbito, nos documentos que foi por causa do trabalho. Sabemos que sim, mas, não há notificação, enfim...falta realmente dizer para que serve. Eu sei o objetivo da Vigilância Sanitária, o da Vigilância Epidemiológica, mas não sei o do CEREST”.

Os gestores C₃, S₂ e S₄ concordam com C₂ ao ressaltar que nada sabem sobre a RENAST:

“Desconheço... não sei nada sobre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Comecei há pouco tempo nesse cargo, depois da criação do CEREST, porque em 93 a 96, ninguém falava desse assunto. E nesse pouco tempo dessa gestão, não estou a par do assunto. Acho que você vai ouvir muito isso nas outras cidades, a mesma opinião. Se tiver alguém aqui que sabe alguma coisa é a nossa fisioterapeuta, que é a responsável e interlocutora em saúde do trabalhador, e ela também sabe pouco... mesmo sendo responsável pela vigilância sanitária e epidemiológica. Acho que ela poderia falar melhor do que eu sobre o assunto... A Rede parece mais uma repartição, que se direciona verba em vez de melhorar as verbas do município. É mais uma secretaria de teoria?” (S₂)

“Olha, vou ser honesta, não conheço a RENAST. Não tenho o que dizer”. (C₃)

“Não conheço a RENAST, não sei o que é, para que serve e como poderia nos ajudar. Não vem informação para cá”.(S₄)

O gestor C₄ justifica seu desconhecimento pela sobrecarga de trabalho e a ausência de ações de ST, pela falta de profissionais no quadro funcional municipal:

“Conheço a RENAST muito pouco, alguma coisa por email... quando se assume vem uma tempestade de informação ao mesmo tempo e simplesmente não dá tempo para conhecer tudo...Vejo que temos uma equipe de epidemiologia, uma sanitária, mas de ST não conseguimos montar. É certo que as duas primeiras deveriam fazer ST, principalmente a sanitária, mas falta profissionais, condições técnicas para isso [...]”

Afirma S₃, nunca ter lido nada sobre RENAST e supõe que:

“Deve existir teoricamente, mas não conheço...deve envolver educação porque é preciso ensinar um semi-analfabeto a usar luva e capacete, porque não faz parte de sua cultura, nunca usou...Daí pergunto: O CEREST funciona? Eu não sei qual é a função dele ainda! Ele não tem que sair a campo, ir nas empresas, fiscalizar e não é fiscalizar e multar, é orientar.” (S₃)

S₁ não diferencia RENAST de CEREST, demonstra admiração pela atuação local, e dúvida sobre o aproveitamento da região:

“A Rede Nacional... eu não posso te dizer nada, porque o Brasil é muito grande...heterogêneo, a gente não sabe, mas...a nossa aqui é muito boa. Existe uma preocupação...da Coordenação...ela busca o trabalhador... para que venha ao encontro desse serviço, sabe...Eu não sei se os 45 municípios da região conseguem aproveitar...o CEREST, como Prudente aproveita...devido localização [...]”.

Desconhecimento, descontentamento e falta de reconhecimento além de soarem foneticamente similar, são as palavras-chave que definem a percepção sobre o tema abordado.

No temas anteriores notamos falta de conhecimento sobre o que é a saúde do trabalhador, o que pode favorecer o desconhecimento sobre o tema atual - a RENAST.

Esse não-saber é incorporado como responsabilidade da instância de saúde do trabalhador, isto é, cabe a ela fazer-se saber. Mas, como vimos anteriormente, o problema não é a informação em si, a questão é o seu uso, porque ela existe em abundância (GAULEJAC, 2007); tendo em vista que a informação referida (ST) é parte da atribuição de função desses sujeitos (BRASIL, 2003).

Não estamos aqui no papel de “advogado do diabo”, não podemos ingenuamente apontar culpados, nossa missão é favorecer por meio da fala dos sujeitos, um modo de

clarificar as redes de relações que os sustentam, desvelando o que está por trás da falha no acesso ou incorporação das informações.

Dando continuidade, a segunda palavra-chave - descontentamento - se referiu às condições de trabalho: remuneração insuficiente, sobrecarga e falta de profissionais no quadro funcional. Em decorrência, introduzido na análise de C_1 , culminaria no uso de mecanismos de defesa, que se utilizado exacerbadamente pode causar sofrimento patogênico, ou seja, instituindo o trabalho como mediador da desestabilização e fragilização da saúde (DEJOURS, 2004).

E a última palavra-chave – falta de reconhecimento – é a contrapartida do trabalho, uma vez que todo trabalhador busca ser reconhecido em sua experiência ocupacional.

A ausência de constatação da contribuição individual na organização do trabalho e da gratidão pela contribuição a essa organização resulta, numa tendência de desmobilização, na medida em que repercute na gratificação identitária dos indivíduos (DEJOURS, 2004).

Assim, um trabalho prazeroso e com possibilidade de reflexão e mudança, está atrelado à possibilidade de realização e construção da sua identidade pessoal e social, no reconhecimento de si próprio como alguém que existe e tem importância para a existência do outro (MENDES & MORRONE, 2002).

5.2.4 Percepção sobre o papel do CEREST

Com exceção de S_1 , que demonstra satisfação referente ao papel do CEREST, os outros gestores de saúde repetem o enunciado pela percepção sobre o papel da RENAST.

O gestor C_1 faz uma análise de quando ele surgiu até agora e acha que no começo caminhou devagar demais, embora seja compreensível, porque não se conhecia muito bem a estrutura e explica sobre o período pós estruturação física:

“Depois que ele se estruturou fisicamente, tem agora um corpo de funcionários e de técnicos, trabalhando...ele começa a apresentar bons resultados. A gente tem uma interlocução com eles, temos um interlocutor da saúde do trabalhador aqui, que é o próprio chefe da Vigilância Sanitária. Não há nenhuma atividade que a CEREST promova que ele não participe. Então, a gente tem acompanhado muito de perto toda essa luta, esse empenho, mas é como eu digo pra você, nós estamos encravados numa região muito pobre, com poucos olhos voltados dos nossos mandantes, governantes maiores pra nossa região.”

Explica que apesar das inovadoras ideias do CEREST de apoio técnico, sente necessidade de porta de entrada:

“Haja visto, que esse namoro do HU com Hospital Regional foi um parto de dois anos, e agora que começou a surtir algum efeito em função até da força pelo mandato de segurança, mas pelo menos a gestão do HR, a Congregação dos Franciscanos já está tomando conta e já começa a aparecer alguns resultados. Estamos torcendo para que a AME – Ambulatório Médico de Especialidades em tratamentos, aconteça logo em seguida, porque isso tudo representa de alguma forma, porta de entrada para o trabalhador que até agora continua no gargalo, continua nas filas de espera, continua tendo a nossa demanda que previa. Vejo que a CEREST –PP, nosso líder regional, tem se empenhado, na pessoa de seus funcionários, seus técnicos tenham se empenhado em fazer o que eles tem feito de melhor. Não é muito, mas é uma presença deles, né. Se as ligações políticas não tiverem maior articulação... Se essa região não se reunir como um todo para cobrar providências mais efetivas, reivindicações mais incisivas e fortes, vamos continuar como está... É preciso parar de criar diretorias, que desviam nosso dinheiro e investir no trabalhador. Mais de 50% dos nossos pacientes estão carentes de acolhida, é raro um trabalho mais humanizado e grande parte das doenças são as mentais [...]”

O gestor menciona o fato do Hospital Universitário de Presidente Prudente, chamado pela população regional de HU, ter sido vendido ao governo do Estado; fonte de grande expectativa de melhoria de atendimento aos usuários e gestores de saúde do município e região, passando a se chamar Hospital Regional – HR.

Já S₂ mantém a opinião sobre a RENAST, vê sem efeito as ações e avalia a atuação como ruim:

“Não tenho muito a falar sobre esse assunto...Acho a atuação ruim...não sei direito para que serve. Acho que a maioria pensa igual, porque quando há algum benefício os municípios comentam e não estamos vendo nada por aí, nem por aqui. Em nossa cidade ninguém veio falar com a gente e não fizeram nada por aqui. Falta informação, falta informatização. Na parte de formação, com os cursos, a nossa fisioterapeuta acha que é bom, forma bem os nossos funcionários, como nos cursos sobre LER/DORT. Eles sempre vão, mas, e depois... cadê a referência?...Mas, o negócio é de cima pra baixo, nas instâncias Federal e Estadual. Não sabemos direito para que o CEREST serve, a que veio. Achamos que ele devia ser mais referência para os atendimentos. Será que vamos ter que esperar o A.M.E? Temos casos de audição e o CEREST não tem um aparelho de audiometria para fazermos diagnóstico... precisamos de um lugar específico para atendimento aos casos que surgirem sobre problemas na saúde do trabalhador”.

C₂ é bem sucinta em sua resposta ao concordar com S₂: *“O mesmo que disse sobre a RENAST, não vejo clareza nas ações”*.

Desconhecimento do conceito e de ações no município do qual é responsável - S₃ - emite opinião crítica e visão sobre o funcionamento ideal do órgão:

“Sobre o CEREST, Não sei a função do CEREST, meu conhecimento é zero. Acho que deveria ser um órgão fiscalizador, que daria uma atenção na área do trabalho como preventivo, de esclarecimento em cada setor da área do trabalho, na indústria, no comércio...nesses diversos setores acho que deveria ter um protocolo de esclarecimentos e prevenção de acidentes. Deveria ser isso. Fica uma dúvida: qual é a real função desse órgão. Veja, a Vigilância Sanitária visita os estabelecimentos e tem autoridade para fechá-los acaso não estiver em condições de higiene, sua função é clara. Essa forma tripartite de funcionar como o PSF é complicada, vira política e

não dá autonomia para as ações. Mas de forma geral não conheço o trabalho do CEREST, suas ações não chegaram ao nosso município”. (S3)

O gestor C₄ também não compreende a função do CEREST:

“Sinceramente não sei te dizer hoje qual seria a sua função, mas o que estamos precisando é que realmente tenhamos um Centro de Referência para o trabalhador, porque talvez se você perguntar ao trabalhador será que ele tem um Centro de Referência? Acho que não tem. Os municípios pequenos, hoje, não têm suporte técnico nenhum para oferecer nada especificamente” (C₄).

E alerta para a importância de ações na área: “Vejo como promissora, mas ainda nós estamos meio distantes né...Mas eu vejo como uma área que ainda tem que crescer muito...e precisaremos dele até por conta das usinas daqui [...]” (C₄)

A falta de conhecimento no assunto foi fundamentada por C₃ pela representatividade do interlocutor de ST: “[...] conheço de nome e algumas coisas que a gente lê de email, mas a fundo mesmo, o que ele pode fazer, como pode estar participando não sei, porque a interlocutora da ST é a xxx”.

Opinião semelhante à de S₄: “O CEREST manda email quando vai ter reunião, mas acho que só isso mesmo...as informações ficam com a interlocutora.” Mas diz não se acomodar ao fato:

“Eu tenho exigido que as informações sejam repassadas porque eu fico aqui oito horas e é também uma exigência do prefeito, que não quer aqui um gestor que venha só assinar papéis, quer uma pessoa presente, que resolva os problemas das pessoas que vem aqui...” (S₄)

Já o gestor C₃ aponta a causa da exclusividade de informação do interlocutor, como sendo a sobrecarga de trabalho:

“A gente tava aqui organizando o serviço ainda. Creio que a hora em que conseguirmos por no papel esse plano já vai sobrar mais tempo para podermos ir mais a campo, participando...”(C₃)

Contraopondo-se às críticas, a satisfação de S₁ foi mantida conforme seu discurso do tema anterior, ao comentar que:

“[...] a atuação deles é muito legal, estão de parabéns. A Coordenação...tem um trabalho incansável, de conseguir trazer pessoas pra dar curso, palestras, esclarecimentos, orientação... Então, realmente... não sei se os 45 municípios que ele abrange consegue aproveitá-lo como a gente aproveita... Acho que está muito bom [...]”

Apesar da dúvida na cobertura da área de abrangência, o gestor atribui exclusivamente ao CEREST as ações de ST no município:

[...] Para a população, as ações de Saúde do Trabalhador, a gente deixa por conta da (gestão do CEREST). Ela é quem faz toda essa parte e isso aí é muito bem feito. Acho que...ela vai nas fábricas, na empresas, eles fazem...eles autuam aquelas empresas que se recusam a entrar dentro das normas de Saúde do Trabalhador. Então, acho que eles estão fazendo um trabalho muito bom (S₁).

Entretanto, o acompanhamento e prática de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância, segundo a Portaria GM/MS 2.437/05, devem ser necessariamente articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo que possuam interface com a Saúde do Trabalhador, no qual, entendemos fazer parte a Secretaria Municipal de Saúde.

O trecho exposto por S₁, onde se lê: “*Acho que...ela vai nas fábricas, nas empresas [...]*”, nos remete à ideia de dúvida e de ausência de acompanhamento do gestor, referente às atribuições do CEREST.

A incerteza não foi privilégio do gestor S₁. De modo geral, os entrevistados parecem demonstrar ausência de domínio sobre o papel do CEREST e a sua articulação com a sua função de gestor de saúde.

Tal pressuposto delineia lacunas no exercício da ST na região, pois o que seria *locus* de articulação inter e intrasetorial das ações no seu território de abrangência, não está se configurando. Na tentativa de compreender o fenômeno, procuramos no próximo tema desvelar os impasses existentes.

5.2.5 Entre o trabalho prescrito e o trabalho real

Com objetivo de identificar aspectos impeditivos ao desenvolvimento do papel dos gestores de saúde do trabalhador no cotidiano do trabalho, questionamo-nos sobre a percepção da relação entre a instância sobre a sua gestão e o CEREST Regional.

Após lida as transcrições exaustivamente encontramos indicações do descompasso entre o trabalho prescrito, que em nosso estudo, é o composto pelas diretrizes da Portaria GM/MS N. 2.437/05, em especial o anexo III, sobre as funções das secretarias municipais de Saúde na gestão da RENAST e o trabalho real, representado pelas entrevistas e observações do pesquisador.

Como dito por Dejours (1997, p.43), o trabalho “é a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido

pela execução estrita da organização prescrita”, já que o trabalho prescrito não comporta a totalidade da realidade com que se depara o gestor, sendo apenas a ponta do *iceberg*. Em outras palavras, não é o prescrito que realiza o trabalho, mas sim o real.

O trabalho real é o efetivamente realizado, derivado de estratégias, certa obediência às regras e uma pitada de transgressão para se resolver as novidades e aos imprevistos que surgem na idiosincrasia do momento.

Entretanto, compreender o real não propõe desconsiderar a importância do planejamento para coordenação das forças de trabalho, a questão é a distância entre o planejado e o executado, que pode impedir um espaço para a discussão do trabalho. Afinal, o gestor é o possível detentor de saber prático de uma especialidade realizada por ele e precisa de abertura para conversar sobre sua atuação, modificações sugeridas ou adaptações.

Vejamos as percepções do trabalho real, segundo os secretários e coordenadores de saúde.

No discurso do gestor C₁, ele percebe o ritmo lento das ações do CEREST, explicado a seu ver pela regionalidade da instância, que produz desencontros de ideias a serem revertidas em algo melhor, muito mais consistente. Aponta como aspecto impeditivo o não funcionamento como porta de entrada:

“Então, o CEREST chegou assim, como uma coisa muito despercebida, sem definição de onde queria chegar e isso deu muito questionamento...É mais uma instância de se discutir o sexo dos anjos, sem ter uma resposta imediata? Quem trabalha com Saúde Pública quer muito mais: Onde vou fazer tal exame? Onde vou operar o fulano? Mas, com o tempo, os gestores, as pessoas envolvidas em saúde Pública acabaram vislumbrando que era um novo olhar, uma nova forma, uma contribuição diferente. E, com esse enfoque a gente começou a caminhar um pouco melhor. As coisas foram tomando consistência...as coisas até que no último ano caminhou muito bem...Mas, eles, na medida do possível tentaram envolver todo mundo. A gente percebeu que os dirigentes do CEREST apanharam muito no começo, levaram... críticas, que não tinham maldade, mas eram, talvez a angústia de se ter respostas mais imediatas e a coisa do CEREST é meio empírica, é mais uma metodologia, uma educação... e de repente a gente foi aprendendo com as reuniões que era necessário construir primeiro paredes, a estrutura, para depois acabar realizando aquilo que o trabalhador precisa (C₁)”.

Segundo o gestor S₄, as propostas de criação de instituições de saúde, geram expectativas de serem portas de entrada (como deve ter sido com o CEREST em 2006 e esse ano com a inauguração do HR), pois esperam essas iniciativas de atendimento às prioridades dos municípios, isto é, atenção básica. Todavia, o não cumprimento dos seus anseios gera frustrações, pelas quais lidam, repetindo a atitude de esperar “uma salvação do governo”, depositando suas esperanças em outra instituição de saúde que inicia atendimento:

“Quantas dificuldades temos aqui...Nossa região é muito desassistida aqui na área da saúde, nossa esperança é o A.M.E, porque esse ano (2009) a esperança de todos os municípios aqui da região de Prudente era a inauguração do HR. Havia uma expectativa muito grande, mas... para nós da região foi uma decepção, porque não há atendimento, não agenda nada de exame e o atendimento é muito ruim. Inicialmente o AME seria inaugurado em setembro, depois falaram em outubro e agora parece que ficou só para o ano que vem”.

Para C₂ o aspecto impeditivo trata da falta de informação, tanto do Sistema como do próprio trabalhador:

“Nós procuramos participar em tudo o que eles realizam, temos uma interlocutora da Saúde, fazemos a CIPA com nossos funcionários. Com a população, os atendimentos acontecem de forma generalizada, porque, como disse, ainda falta informação. Muitas vezes, o funcionário também, para não perder o emprego não fala nada, trata o sintoma. Vai se submetendo para não perder o emprego”.

Para a falta de conscientização da população observado por C₂, o gestor C₄ entende necessitar de mudança cultural, pois o usuário ainda valoriza tratamento, em detrimento da prevenção: “Trabalhar a prevenção ainda é mais difícil que o curativo, uma questão de educação, principalmente porque passamos por um período onde o preventivo não foi prioridade, perdendo o interesse das pessoas por ele [...]”

Sobre a insuficiência de informação municipal relatada anteriormente, vemos que não se refere às atividades desenvolvidas via evento, pelo CEREST, uma vez que alegam participar de todos. Embora quem participe seja a interlocutora, que talvez não tenha autonomia ou sinta dificuldades na implementação das ações de ST voltadas à população.

A centralidade na interlocutora também é a realidade de S₄: “Como já te disse, as informações ficam com a interlocutora...me falta informação”, limitando a atuação em participação de eventos e conseqüentemente em conhecimento apenas teórico.

A aplicabilidade do conhecimento resultante da aliança e comunicação entre CEREST e municípios implicaria na implementação das ações em ST na região, no entanto os relatos apontam uma relação frágil, composta apenas pelo Centro de Referência e pelos interlocutores, via participação de eventos. Caracteriza-se assim, relacionamento superficial das partes.

Nessa direção, para o gestor S₃, o cerne da falta de informação é o desconhecimento sobre a função do CEREST que, se esclarecido, nortearia “o como fazer” saúde do trabalhador nos municípios:

[...] Não sei qual a função deles né... O que nós estamos fazendo aqui é... criando esses programas de controle médico de saúde ocupacional, que vai ser usado na

Prefeitura... programas de recreação para os funcionários e atividade física para os trabalhadores e nos PSFs vamos fazer...capacitação e tudo. É um começo. Agora o CEREST é como eu disse, não sei se a gente tem que ir lá, ou se eles viriam aqui fazer uma visita para o município, ficar á disposição, se eles tem algum programa para apresentar, a gente não sabe nada” . (S₃)

O gestor S₂ também enfatiza a necessidade de funcionar como porta de entrada e aparenta mais descrédito, além de discorrer sobre a falta de informação, aborda ainda a ausência de interssetoriedade preconizada pelo Ministério da Saúde:

“Era para funcionar em parceria, não só do nosso município, mas de todos. Ninguém faz nada sozinho. Mas, como eu disse, ainda precisa mostrar para que veio (CEREST). Gostaria de ter mais dados sobre o CEREST, que eles viessem falar o que está acontecendo, ter mais informações. Não adianta dar informações teóricas e sim práticas, de teoria já estamos de saco cheio, viu. Um negócio que na hora que você precisa, funcione. Se o CEREST não for para atendimento, para que serve? Não é uma coisa clara, ainda mais para quem está entrando (no cargo)...A parte teórica funciona, a gente sai de lá com tudo para trabalhar, mas se fala em saúde do trabalhador, é atendimento...ou vai virar Sindicato esse CEREST? (rs). Pelo jeito é, né. Mesmo que nos falaram que não é porta de entrada, mas...onde a gente pode encaminhar esses pacientes que serão atendidos, porque num acidente de trabalho não dá pra você ficar esperando [...]”

Se a falta de atenção básica representa problema, outro aspecto impeditivo apontado foi insuficiência de recursos humanos:

“[...] não sei se é culpa do CEREST, acho que é culpa da gestão do município que não tem perna pra estar caminhando em todos os setores da saúde a nível regional. Não temos condições de ir em todas as reuniões, não temos funcionários suficientes e toda vez que mando um profissional estamos tirando atendimento da população e essa é uma grande dificuldade.” (C4)

Enfim, contrário aos demais, S₁ vê a integralidade e aponta como aspecto impeditivo o pouco tempo de atuação, comparado ao volume de ações que precisa o Município de sua Gestão:

“É uma relação de parceria, que nós estamos tentando construir, porque a Secretaria, apesar de ter 20 anos, é totalmente desagregada. Todas as suas Unidades eram independentes... não tinha grandes controles... nós estamos começando a construir um bloco, uma unidade realmente... fazendo com que todas tenham o mesmo comportamento. E o CEREST, da mesma maneira, era um órgão isolado... Tinha uma vida autônoma da Secretaria. E nós estamos trazendo o CEREST pra junto da gente, com a participação da sua gestora, que realmente faz a diferença... tentando dar condições de trabalho, de atuação, que até então eles não tinham. Então, tudo que eles pedem nós estamos autorizando a compra...porque a gente sabe que é um trabalho de conscientização...que exige estrutura pra poder ser feito e ter uma resposta boa no final...”

Como exposto, o gestor aprecia a parceria e define ergonomicamente as atuais ações em ST, que ao fazê-lo parece se referir apenas aos trabalhadores públicos:

“Acho que é uma parceria bacana... As ações de saúde do trabalhador no município é uma tentativa de melhorar a ergonomia, estar adaptando as mesas, colocando cadeiras adequadas...os teclados de maneira que não dê lesões por esforço repetitivo para os funcionários. Só que tudo isso existe custo, né...(S₁)”

Outro apontamento é sobre a regionalidade do CEREST, que ao seu modo de ver, deveria ser Municipal:

“Acho só, que deveria haver realmente uma descentralização...as cidades que estão mais longe de Prudente perdem né...a oportunidade...de aproveitar o CEREST é muito pequena em relação a Prudente e a cidades mais próximas... Por ele ser Regional, essa centralização é complicada...a coordenação é uma coisa...e você ter pólos de execução em cada cidade é necessário, porque toda a estrutura do CEREST é prudentina. Todos os funcionários são da prefeitura e eles têm uma atuação Regional. Então, se cada cidade colocar lá um funcionário, uma salinha lá dentro da prefeitura, que possa acomodá-lo, que tenha capacidade de fazer o trabalho...quem ganha é o trabalhador. E aí, a partir de Prudente emanariam as resoluções e as diretrizes para que cada uma dessas unidades atuassem em sua cidade, entendeu?” (S₁)

Mediante este discurso, visualizamos desconhecimento de alguns aspectos relacionados aos princípios do SUS, cuja proposta fala em descentralização, referindo-se à gestão compartilhada. É o contrário da estrita municipalização proposta por S₁.

O gestor também se equivoca sobre os recursos do CEREST, haja visto, a dificuldade encontrada na gestão das verbas destinadas à Instância CEREST, uma vez que ela não tem autonomia para gerir suas ações no sentido financeiro:

“O trabalho do CEREST é direcionado, eles têm uma meta, eles têm sabe...têm meios de conseguir aquilo, meios de conseguir aquilo, tem recurso. E o mais importante é recurso, porque tudo que você quer fazer esbarra em recurso e o CEREST tem, ele recebe recursos Estadual, Federal, suficiente para ele se manter condição de dar um atendimento bom ao trabalhador. Acho que isso é que é importante. Acho que todas as prefeituras teriam condição de tirar a sua participação nisso daí e ficaria melhor”. (S₁)

E também erra ao delegar responsabilidade exclusiva das ações de Saúde do Trabalhador, pois, como vimos no início deste capítulo, é principalmente de responsabilidade do Secretário de Saúde:

“No nosso município tudo o que se refere às ações em Saúde do Trabalhador é por conta do CEREST. Ele que faz questão disso, porque é um órgão que tem todo o preparo para isso né...E eles norteiam as nossas atitudes também. Muitas vezes a...(gestora) vem aqui pedindo para fazer modificações, para alterar... rotinas né... Porque ta comprometendo alguma coisa ou outra e imediatamente a gente acata. São coisas que já partem deles”. (S₁)

No que diz respeito ao funcionamento do CEREST, o contato com os sujeitos mostrou-nos que se por um lado na concepção do Ministério da Saúde essa instância não deva ser porta de entrada ao trabalhador adoecido ou acidentado no trabalho, por outro lado, na percepção de um dos secretários ficou evidente seu questionamento acerca desta concepção ao pronunciar: “*quem atenderá a demanda da população na Atenção Básica?*”

Teoricamente a responsabilidade da Atenção Básica deverá ser do Município e não do CEREST, no entanto, percebe-se por essas entrevistas que existe deslocamento dessa responsabilidade para o CEREST.

Situação semelhante acontece com as informações sobre acidentes e doenças do trabalho, indispensável para mapeamento desses agravos no município sede e região. Não é claro para os entrevistados que nesta Instância, o INSS, é a Instituição responsável pelo registro dessas informações:

“Sobre informação (estatística) de acidentes e doenças no trabalho, o município não tem acesso, fica tudo com o CEREST, quando há alguma coisa mais alarmante a Coordenação vem conversar com a gente... Existem relatórios que provavelmente vão para lá, para o CEREST. E o CEREST acompanha tudo isso. A Secretaria não tem nenhuma informação desta parte. Acredito que o pessoal do CEREST tem acesso a essas informações...acho que eles tem mecanismos de acompanhar isso, que é exatamente o que eles fazem né, é evitar exatamente que a pessoa tenha um acidente de trabalho, tenha uma injúria no serviço. Então, essa é a função deles...analisar caso a caso e ver onde que podem evitar que isso venha a acontecer com outras pessoas ou novamente naquela mesma empresa” (S₁)

Ressalta-se que os registros dessas informações são dados de Saúde Pública, fundamentais no diagnóstico de prevenção e promoção da Saúde.

Assim, resumidamente foram vários os aspectos impeditivos ao desenvolvimento do papel do gestor, no que tange sua atuação em saúde do trabalhador.

O desconhecimento sobre a função do CEREST foi o aspecto mais complexo, tendo em vista que se esclarecido nortearia a implementação de ações de saúde do trabalhador nos municípios.

Como não há clareza, notamos possíveis justificativas e consequências. Uma delas é a lentidão das ações do CEREST devido a regionalidade da instância, percebida como produtora de desencontros de ideias e dificultadora da interssetoridade.

A falha na informação seria outro reflexo, tanto do sistema como do próprio trabalhador. Sobre o último acredita-se que uma mudança cultural sobre a valorização da prevenção minimizaria a ênfase no tratamento. Já sobre o sistema percebemos centralidade de

informação no cargo de interlocutor, limitando a atuação em ST na participação de eventos, gerando conhecimento apenas teórico.

Funcionar como porta de entrada era o desejo dos gestores. Aliás, toda proposta de criação de instituições de saúde, segundo dados da entrevista, gera essa expectativa, ao passo que a atenção básica, segundo eles, é a prioridade dos municípios. Entretanto, o não cumprimento dos seus anseios ocasiona frustrações, pelas quais lidam repetindo a atitude de esperar outras instituições salvadoras previstas para o próximo ano.

Outras percepções distorcidas foram: conceituar ergonomia como sinônimo de ST; desenvolver ou planejar ações de ST exclusivamente aos trabalhadores públicos; crença na autonomia financeira do CEREST; desconhecimento sobre os registros de acidentes e doenças do trabalho e delegar responsabilidade exclusiva das ações de Saúde do Trabalhador ao Centro de Referência.

Por fim, aparece insuficiência de recursos humanos ao apontar o número reduzido de profissionais existentes nas instâncias de saúde e o pouco tempo na função de secretário ou coordenador, comparado ao volume de ações que necessita o município de sua gestão.

O primeiro é uma queixa encontrada em todas as instâncias de saúde, ao relatar que a atenção integral à saúde, instituída pelo SUS, vem desenvolvendo várias estratégias para atender todos os níveis a que se reporta a integralidade. Elas demandam novas responsabilidades, que muitas vezes não contemplam os recursos humanos e financeiros necessários para o seu bom desenvolvimento.

O último indicador impeditivo também se refere ao fator humano, no caso, a sua própria pessoa. Revelam que o volume de atividades exercidas comparado ao tempo de atuação, interfere na assimilação do conteúdo prescrito ao cargo.

Esse dado aponta para a sobrecarga de trabalho, já referendada em outro tema da entrevista, o que explica parte da distorção na percepção sobre a ST e na composição da subjetividade dos atores envolvidos.

O discurso poderia nos levar ao que Gaulejac (2007) chama de modelo gerencialista e aos valores que ele veicula, concluindo que o problema está na qualificação do cargo, pois o desconhecimento sobre o que tange a ST aparece em vários momentos, tanto em gestores com curto tempo de atuação como nos de maior experiência, seja nos dados quantitativos, seja nos dados qualitativos. Todavia, a ideologia gerencialista de alto desempenho, com ênfase na educação permanente com o propósito de status de eficiência não seria o caminho.

Alerta o autor:

A partir do momento em que os homens políticos optam por *gerenciar* em vez de *governar*, defendendo os valores da empresa mais do que os do Estado, apelando para a mobilização dos indivíduos mais do que para a defesa dos serviços públicos, eles entram em uma armadilha. Produzem sem querer o descrédito de sua função. (GAULEJAC, 2007, p. 275)

Sob a égide do mercado, o cidadão é tratado como cliente, o gestor de saúde como *manager* e deve ser polivalente, multifuncional, flexível e disponível a todo momento, reagindo instantaneamente diante dos acontecimentos inesperados da vida social, à mercê de suas consequências.

Afinal, o trabalho está imbuído de subjetividade e extrapola a esfera do concreto e da atividade em si. É preciso que haja sentido no fazer humano, pois o movimento do indivíduo será em busca de prazer e de resignificação e/ou evitação do sofrimento para manter seu equilíbrio psíquico (MENDES & MORRONE, 2007) e evitar o adoecimento e risco à saúde.

A saúde psíquica, segundo Dejours (2004), não depende somente dos recursos individuais dos indivíduos, mas, sobretudo, das estratégias coletivas de defesa aos efeitos desestabilizadores do contexto de trabalho.

Nesse sentido, mais do que gerenciar a sociedade, é preciso governar homens para construir um mundo melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A tríplice obrigação de dar, de receber e de devolver”

(Mauss, 1924)

O poeta Vinicius de Moraes na célebre frase: “a vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro na vida”, nos inspira a pensar na história construída ao longo desses pouco mais de dois anos. Regadas de certo saudosismo, pertinente a toda etapa final de algo que consideramos valioso, constatamos que o poeta tinha razão.

Vivemos grandes encontros: orientador-orientando; maior conhecimento teórico; indivíduos locados em lugares diversos, interessados em driblar os meandros encontrados no Sistema de Saúde, dispostos a buscar meios de oferecer um pouco mais de humanidade aos humanos ou de conquistar atendimentos que contemplem suas reais necessidades.

Desencontros também existiram, caracterizados por estratégias defensivas, tais como: dificuldades de agendamento, negativas diretas de contribuição (ex.: não quero participar; não posso.) e negativas indiretas (ex.: hoje não dá, estou em reunião, peça ao interlocutor, etc.). Que pena, gostaríamos de ter conhecido todos!

Para além do alcance micro, desencontros de amplitude macro perduram e corroboraram às teorias existentes. No caminho, o contraditório Sistema Único de Saúde, que no auge da sua maioridade legal de vinte e um anos de história, ainda não se emancipou. Por um lado é um grande idealizador em seus projetos e políticas, modelo para países desenvolvidos, por outro lado, apresenta prática complexa e falha no seu objetivo de atenção integral aos usuários, descentralização e interssetorialidade. Sem dúvida um sistema jovem que tem buscado amadurecer seus princípios, de modo a ampliar suas ações por meio da construção de projetos em rede de atenção à saúde, dentre os quais a RENAST.

Ambos, encontros e desencontros – já devia prever o poeta -, compõem a vida e nos mobiliza a confrontar a inquietude de existir, provocando sempre o pensar, o sentir e o agir.

Uma vez provocados, a fração da vida que buscamos desvelar nesse estudo, diz respeito a algo vital ao homem - sua saúde – e optamos pelo cenário da saúde do trabalhador, convictos de que o campo do trabalho é um dos palcos que favorecem a existência humana, bem como seu adoecimento e precisa de atenção.

É fato que o tempo *strictu sensu* nos impôs alguns limites, dentre eles a escolha de uma dada região em detrimento de outras, mas para essa questão apoiados no confronto entre o aparato teórico e os dados empíricos, entendemos que de modo geral, representou-se a

realidade brasileira, nos quais os fenômenos apreendidos provavelmente se repetem em outras regiões.

O deslocamento regional ocasionou um encontro importante, que não podemos deixar de citar - do pesquisador consigo mesmo - em suas horas de questionamento e tristeza em seus estudos ou ao observar silenciosamente a carência de muitos de nós, caricatamente expressos nos postos de saúde abarrotados de pessoas, esperando cada qual sua resposta: acolhimento, diagnóstico, remédio, solução para voltar a trabalhar, encaminhamento a quem possa resolver, uma palavra afetiva. Quisera tê-las todas as oferecer, mas isso é onipotência, há de se lembrar do ensinamento das formigas, que parecem acreditar em micro mudanças possíveis. Sábia natureza!

Assim, imbuídos de responsabilidade social, transpondo os muros da academia, buscamos responder os objetivos propostos, através das técnicas utilizadas e do arcabouço teórico, na expectativa de favorecer a reflexão de quem está à frente da saúde do trabalhador – os gestores – pois ao falar do cotidiano de trabalho, os problemas vêm à tona, favorecendo repensar velhas e novas estratégias.

Afinal, se o SUS e sua política, via de regra é uma estratégia no cumprimento do atendimento integral às demandas de Saúde do Trabalhador, o papel do gestor neste processo é ativo, configura-se como facilitador nas alternativas de mudanças.

Nessa perspectiva o que realizamos foi um diagnóstico sobre a saúde do trabalhador na região de Presidente Prudente. Para tanto, o objetivo norteador (geral) da pesquisa, que consistia em verificar a percepção dos gestores de saúde da área de abrangência do CEREST de Presidente Prudente/SP, sobre a importância deste para a região, apontaram para um dialeto único, encontrado tanto nos participantes do questionário, quanto nos da entrevista.

É factível que os dados quantitativos, advindos do questionário com múltipla escolha, oferecem possibilidades de erros, pois várias podem ser as interferências a influenciar o real conhecimento do indivíduo. Mas em nosso caso, os resultados quantitativos e os resultados qualitativos apresentam similaridade, seja no modo de conceber a instituição pesquisada e a articulação via SUS, seja nos pontos de dificuldades e de conhecimento pelo qual é vivenciado o papel do gestor.

Nessa direção apuramos uma percepção negativa, de uma instituição ainda desconhecida e que não atende às reais necessidades da população. Entretanto, tal afirmativa não pôde ser simplesmente aceita, era preciso entender como se formou essa visão universal e fomos afortunados em verificar nos objetivos específicos, possibilidade de compreensão.

O primeiro elemento a verificar era o conceito de saúde do trabalhador na percepção dos gestores da área de abrangência do CEREST-PP, uma vez que esse tema é o núcleo de nosso questionamento, tendo em vista que o seu conhecimento ou desconhecimento, deverá alimentar os demais assuntos abordados.

Os dados nos revelaram que não há consenso sobre o que é Saúde do Trabalhador para os gestores de saúde.

Para os gestores da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, CIST (inclusive a gestão do CEREST) e Diretorias de Saúde, há três visões sobre o que é saúde do trabalhador e as agrupamos nos seguintes temas: a) Binômio Saúde-Doença, b) Inserção no Mercado e c) Percepção sobre os princípios do SUS. O primeiro tema crê que a maneira de manter a saúde é tão somente evitar ou curar doenças. O segundo apresenta visões de ST atreladas à preparação do homem para a produção. E o terceiro, mais completo, abordou o acesso universal à Saúde do Trabalhador, atrelado à concepção de Saúde.

Para os secretários ou coordenadores de saúde, embora não foi-lhes perguntado diretamente sobre o tema, o modo como retrataram superficialmente suas atividades em saúde do trabalhador (ações exclusivas de CIPA, ou de ergonomia ou ações epidemiológicas ou sanitárias), representaram falta de informação sobre o assunto.

Ao perceberem a ausência de domínio sobre suas falas, trataram de justificar-se pelo tempo de atuação no cargo (mesmo os gestores que disseram não ser o primeiro mandato), alegando ainda sobrecarga de trabalho devido volume de informações, atividades e reuniões nas quais são obrigados a participar e novidade na agenda da saúde, pois não se falava de ST antes, fenômeno iniciado pelos colegiados e pelo CEREST.

Assim, sem uma percepção consistente sobre o que é e o que representa a saúde do trabalhador, passamos para o próximo objetivo específico, na intenção de avaliar como os gestores de diferentes instâncias de saúde percebem a atuação do CEREST/PP. A guisa de responder, levamos em consideração a percepção dos gestores sobre o papel da RENAST e do CEREST, pois entendemos que o CEREST é a corporificação do que é preconizado pela RENAST.

Segundo os resultados quantitativos, os gestores conhecem superficialmente a proposta da RENAST e do CEREST, uma vez que desconhecem a PNSST, o Plano de Saúde e a Gestão da RENAST, sem contar que houve dúvida sobre sua necessidade e funcionalidade. Apresentam conhecimento parcial nos processos de pactuação e negociação, bem como ações em Saúde do Trabalhador.

Já, os resultados qualitativos apresentaram desconhecimento sobre a RENAST, onde os gestores preconizaram dois motivos como responsáveis: 1) falta de manifestação de seus representantes; 2) sobrecarga de trabalho devido pouco tempo de atuação no cargo. Sobre o CEREST, os dados concordam com os respondentes do questionário, que apesar da satisfação de uns, demonstraram insatisfação da maioria.

Para ambas as gestões, prevalece a ideia de que o CEREST seria mais eficiente caso funcionasse como porta de entrada, pois, haveria atendimento especializado nas ocorrências de acidentes e doenças do trabalho. Segundo os gestores, atualmente o órgão funciona essencialmente como fomentador educacional com falhas na distribuição de informações e o que seria *locus* de articulação inter e intrasetorial das ações no seu território de abrangência, não está se configurando.

O desejo de solução é captado na fala dos secretários/coordenadores da saúde, os quais manifestam que as ações do CEREST deveriam ser municipal, focadas nas necessidades de cada cidade, funcionando como uma Unidade Básica de Saúde do Trabalhador, ou seja, um local especializado no diagnóstico e tratamento das ocorrências relacionadas ao trabalho.

No entanto, apesar de compreender todas as vicissitudes apontadas, diante do cenário complexo e necessidades individuais, não seria essa uma visão centralizadora, hierarquizada e desfocada, divergente dos princípios do SUS?

E, levanta-se uma questão: os gestores conhecem e compreendem as especificidades do seu trabalho, ou ainda, conhecem sobre o que está preconizado pelo SUS e pela RENAST?

A interrogação nos remete aos últimos, mas não menos importantes objetivos da pesquisa: possibilitar reflexões sobre a atuação dos gestores da área de abrangência do CEREST/PP e identificar dificuldades ao desenvolvimento do papel desses profissionais no cotidiano do trabalho.

Em média, entre os gestores das Vigilâncias, Diretorias de Saúde, CEREST, CIST apresenta predominância do sexo feminino, apresenta nível educacional e tempo de atuação superior aos secretários e coordenadores municipais, com predomínio do sexo masculino.

Acreditamos não ser uma questão de gênero, há uma dúvida que rondou nosso pensamento sobre o nível educacional dos gestores, se acaso esse fator seria crucial no conhecimento ou no desconhecimento sobre a saúde do trabalhador.

A correlação do papel do gestor com a saúde do trabalhador relata que dificuldades e expectativas delineiam uma prática dissociada, justificada por deficiências estruturais do município, necessidade de maior organização do trabalho devido ao pouco tempo de atuação, ou carência de informação sobre o assunto.

Assim, os aspectos impeditivos ao desenvolvimento do papel dos gestores de saúde representam bem os resultados da pesquisa como um todo, no que tange o descompasso entre o trabalho prescrito, composto pelas diretrizes da Portaria GM/MS N. 2.437/05 e o trabalho real, representado pelas entrevistas, questionário e observações do pesquisador.

Segundo os relatos, as dificuldades são:

- O desconhecimento sobre a função do CEREST;
- Lentidão das ações do CEREST devido à regionalidade, na qual a atuação regional da instância produz desencontros de ideias e dificuldades de interssetoriedade;
- Erro na atuação do interlocutor, que muitas é o único a receber informações e participar em eventos sobre ST, gerando conhecimento apenas teórico;
- Supervalorização do usuário pelo tratamento, em detrimento da prevenção;
- Visão de que o certo seria funcionar como porta de entrada, prioridade dos municípios;
- Conceituar ergonomia como sinônimo de ST;
- Desenvolver ou planejar ações de ST exclusivamente aos trabalhadores públicos;
- Desconhecer os registros de acidentes e doenças do trabalho;
- Delegar responsabilidade exclusiva das ações de Saúde do Trabalhador ao Centro de Referência;
- Insuficiência de recursos humanos e,
- Pouco tempo na função de secretário ou coordenador, comparado ao volume de ações que o município de sua gestão precisa.

Em suma, o que está impedindo a atuação dos gestores de saúde se apresenta em duas faces:

Face 1 - a complexidade do sistema de saúde - impede a prática do que se propõe, não oferecendo ao gestor ferramentas necessárias para sua atuação, deixando várias sequelas, como por exemplo: falta de recursos humanos e financeiros, dificuldade de pactuação intra e interssetorial, ausência de autonomia, etc.

Face 2 – conhecimento sobre saúde do trabalhador - que também não se desvincula da primeira, mas chama a atenção aos aspectos individuais, por ser responsabilidade tanto do representante regional e representantes das instâncias articuladas a ele, quanto do próprio gestor.

As faces abordam a atuação profissional, correspondem ao que se faz, ao que não se faz, ao que não se pode fazer, ao que deveria fazer, ao que se gostaria de fazer e àquilo que se faz sem ter necessidade.

E o “não se pode fazer” apareceu nas falas dos gestores, com conotação de cansaço, devido o volume de trabalho e desmotivação pelas dificuldades vivenciadas, como uma espécie de atividade impedida, ou seja, atividade que até gostariam, mas não pode ser realizada diante dos apontamentos.

Condições e organização do trabalho inadequado, são sinais de que talvez a lacuna existente entre o trabalho prescrito e o real, esteja gerando entraves para o exercício das ações do CEREST e possibilidades de sofrimento patogênico aos gestores da saúde.

Lembremos da psicodinâmica do trabalho ao pontuar que a organização do trabalho exerce impacto ao homem, principalmente no aparelho psíquico. Em certas condições, pode surgir um sofrimento, originado do choque entre uma história individual, portadora de projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora, situação que favorece o adoecimento do homem na sua relação com o trabalho. Por conseguinte, na concepção do autor, o espaço para criatividade seria o antônimo disso, à medida que a organização do trabalho permite a criação e dá sentido ao que o trabalhador faz, favorece o bem-estar e a promoção da saúde.

Obter espaço para a criatividade, não é culpar alguém, tampouco o gestor, requer saber sobre o prescrito e o real, a fim de que a discrepância não cresça a ponto de corromper todo significado do trabalho e com ele a atividade laboral. E mesmo que autores afirmem que o prescrito do SUS é utópico, iluminista, ainda assim precisamos conhecer seus escritos, porque ele é uma lei consolidada, a forma atual de pensar a Saúde. A partir dele, concomitante à práxis diária, podemos propor novos horizontes, formas efetivas de atuação.

Não há como mudar o modo de atender a população num serviço de saúde pautado na integralidade, sem que conheça a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de funcionamento dos profissionais, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação dos atores envolvidos nesse processo.

Sobretudo, ressaltamos a importância do papel profissional da gestão em todos os contextos, mas nesse indispensável, pois cabe a ela auxiliar não apenas em conhecimento permanente, reciclagem de moldes condicionados e não funcionais, mas impulsionar a conscientização e ruptura ao modelo gerencial.

Para tanto, sugerimos a articulação com a Psicologia, pois acreditamos que ela pode contribuir nessa meta ambiciosa, traçada em tempos de ênfase no individualismo, regulação de mercado e clientelismo.

Mais do que implantar um planejamento estratégico, a premissa é de que a recuperação do significado do trabalho público, como um sentido de obra, favorecerá àquilo que tanto preza e almeja o trabalhador da saúde – valorização e reconhecimento – fortalecendo a sua identidade psicológica e social, reafirmando as referências internas, de modo a produzir ações comprometidas com o coletivo e mais poder de transformação.

Acreditamos no espaço da palavra. Não nos referimos somente à informação que corre nos veios das instâncias que deveriam oferecer atenção integral à saúde do trabalhador; mas não as menosprezamos, elas não são insuficientes como têm a impressão os gestores que participaram da pesquisa, o que ocorre é a má utilização.

Defendemos a ideia de que a fala e a escuta são modos de ação sobre a organização do trabalho vivido e sem dúvida de intervenção, por possibilitar reflexão sobre o trabalho, mudando as percepções e favorecendo transformação de atitudes.

Nesse sentido, a clínica do trabalho, na concepção da psicodinâmica é a sugestão de enfrentamento para as dificuldades encontradas. É fato, que pela dimensão da pesquisa, não se pretende esgotar todas as questões, tampouco seria viável, pois, encontramos campo fértil para além do mestrado.

Entretanto, para o aprofundamento do diagnóstico realizado até aqui, levantamos a bandeira de continuidade da pesquisa, por meio da clínica do trabalho, tendo em vista que ela, com o uso de sua principal ferramenta – a palavra – analisará as contradições, incoerências e mecanismos de defesa expressos no discurso que fatalmente levam às vivências de prazer-sofrimento em relação ao contexto de trabalho, determinantes da saúde do trabalhador.

Sugerimos ainda, como possibilidade de pesquisa futura, um estudo junto aos executores das ações em saúde do trabalhador, tendo em vista que a falta de clareza dos pensadores (gestores), reflete diretamente na operacionalização de quem executa as atividades, justificando a relevância em nos debruçarmos sobre essa questão.

Como método de semearmos mais uma semente de possibilidades de continuidade, ao passo que atendendo ao compromisso ético e social da pesquisa acadêmica, preocupados com a relevância social em realizar pesquisa, não meramente ser pólo de obtenção de títulos, realizamos um feedback ou devolutiva aos participantes de nosso estudo.

A devolutiva ocorreu em parceria com o CEREST, após a defesa do mestrado, no dia cinco de julho de dois mil e dez, às nove horas, no anfiteatro da Secretaria de Saúde de Presidente Prudente.

Convidados através de mensagens eletrônicas e ligações telefônicas convocaram-se todos os participantes da pesquisa, estendendo a solicitação aos novos gestores ocupantes dos cargos participantes das Instâncias articuladas com o CEREST, devido mudança estrutural, para que também pudessem tomar ciência sobre os resultados e importância do papel profissional do gestor na efetivação da saúde do trabalhador.

Estavam na ocasião, segundo a lista de presença, vinte e quatro pessoas, representantes locais e regionais, que ouviram a exposição atentamente e durante e ao final dessa, fizeram suas observações sobre o assunto.

Um dos apontamentos dos gestores ao pesquisador foi: sobre a percepção de um CEREST pouco conhecido, entendemos que o papel da DRS XI é mais político por natureza e o do CEREST mais técnico, ao passo que seria necessária participação do mesmo nos colegiados promovidos pela DRS, a fim de acelerar as discussões em ST. Propomos ainda, uma reunião com a participação do CEREST, DRS, Conselho Municipal e o pesquisador, para nos aprofundarmos nos resultados da pesquisa e pensarmos em estratégias de resolução.

O pesquisador se colocou à disposição de todos e a diretora do DRS, responsável pela área da ST, se dispôs a agendar uma reunião com a coordenação do CEREST para articularem possíveis ações regionais.

Um segundo apontamento surgiu pela necessidade de orientação, quando um dos gestores expôs sua preocupação com frequência crescente de atestados com CID de depressão. Gostaria de saber qual a sua influência no diagnóstico de clima organizacional?

As orientações foram passadas a esse gestor e a todos os ouvintes. Esse tipo de dúvida fundamenta as nossas colocações sobre a importância de oferecer espaço de fala aos executores em ST. Eventos são importantes para disseminar informações, mas reuniões onde haja possibilidades de potencializar o espaço da fala, expor as dificuldades e soluções de cada realidade, favorecem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

E a última questão levantada foi se o estudo proporcionou saber qual o nível de conhecimento do Controle Social, Sindicatos, Conselheiros sobre a ST. O gestor acredita que esse dado ajudaria a “fazer a lição de casa”. Em resposta, alertando para os aspectos éticos, esclarecemos não ser possível identificar respostas de instâncias específicas, mas a tabulação existe, presente nos resultados do questionário e anexos, com os dados de cada pergunta, disponível para consulta pública.

Sem mais apontamentos, agradecemos a presença e participação de todos os gestores, atores protagonistas desse estudo.

Na sequência, como fechamento da devolutiva, entregamos uma placa de reconhecimento a uma das atribuições do CEREST – a parceria com Universidades para o desenvolvimento de pesquisa – bem como, homenageamos todos os membros da equipe pela contribuição prestada, seja no compartilhamento de informações, documentos, auxílio na promoção da devolutiva, seja na disponibilidade de conversarmos sobre o papel profissional e suas dificuldades.

O CEREST, representado pela sua coordenação, e representando todos os gestores, após agradecer o compartilhamento dos resultados e da placa, assumiu compromisso de continuar participando efetivamente na micro revolução de fazer saúde do trabalhador em nossa região, ou melhor, em nosso país.

Nos despedimos, com o sentimento de dever cumprido, afinal, como visualizado por Minayo (2007), o ciclo da pesquisa nunca se fecha, ou seja, é um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem à novas interrogações, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior.

O diagnóstico realizado na região estudada tem um valor temporal e os dados se remetem a esse contexto. Noutros contextos poderíamos encontrar, além desses, outros achados, mediante a diversidade cultural.

Dessa maneira encerramos esse encontro, partilhando o desejo de Cecílio (2007) de que o trabalho em saúde, seja em qualquer instituição pública, espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência a coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade sempre em aberto.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo, Brasiliense, 1976.

ALEVATO, H. M. R. **Gestão de Pessoas, Grupalidade e Saúde no Trabalho**. Boletim Técnico do Senac, vol. 31, n. 3. set/dez. Rio de Janeiro: Senac/ DN, 2005.

ALVES, G. Toyotismo, novas qualificações e empregabilidade – mundialização do capital e a educação dos trabalhadores no século XXI. In: **Dimensões da reestruturação produtiva – ensaios de sociologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Práxis, 2000. Disponível em http://www.giovannialves.org/Capitulo%2010_texto.pdf. Acesso em 12/01/2009.

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

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo, SP: Boitempo, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BASTOS, P. P. Z.; BIANCARELI, A. M.; DEOS, S. S. de. **Controle de capitais e reformas liberais: uma comparação internacional**. UNICAMP: Economia e Sociedade, Campinas, v. 15, n. 3 (28), p. 545-576, dez. 2006.

BAUMAN, Z. **A Sociedade individualizada**. Tradução José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Constituição das Leis de Trabalho (CLT)**. Brasília, 1943.

_____. **Decreto 611**, de 21 de junho de 2002, Brasília: Senado Federal, 2002.

_____. **Decreto 6860/09**, de 27 de maio de 2009, Brasília: Senado Federal, 2009.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 20/09/1990. Brasília – DF, 1990.

_____. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia -IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Previdência Social. **Lei n. 8.213**. Planos de Benefícios da Previdência Social e outras providências, Brasília, DF., 24 de julho de 1991. *DOU* de 14/08/98. (Atualizada até julho de 2005). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 22 de março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho-PNSST**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. MS, Brasília, 2005. Disponível in: www.saude.gov.br. Acesso em 20 de março de 2008. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf Acesso em 28/03/2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2437/GM** de 24 de Dezembro de 2003, Brasília: Senado Federal, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 777/GM/MS** de 28 de Abril de 2004, Brasília, 2004a

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS N. 219** de 18 de Junho de 2004, Brasília, 2004b

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 800**, de 03/05/2005. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 399/GM** de 22 de Fevereiro de 2006, Brasília, 2006a

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa**. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Manual de Gestão e Gerenciamento**, São Paulo, 2006c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

_____. Presidente Prudente, **Prefeitura municipal. Secretaria da Saúde**. Disponível em: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/secretaria.asp?cod=2> Acesso em: 16 de Maio de 2009.

_____. Presidente Prudente. Lei Municipal N° **5223** de 13 de Março de 1999, São Paulo, 1999.

_____. Presidente Prudente. Lei Municipal N° **75** de 11 de Dezembro de 1999, São Paulo, 1999.

_____. Presidente Prudente. Lei Municipal Nº **5691** de 28 de Dezembro de 2001, São Paulo, 2001.

_____. Presidente Prudente. Prefeitura Municipal. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Plano de Ação 2006-2007**. Disponível em: <<http://www.cerestpp.sp.gov.br/>> Acesso em: 16 de Maio de 2009.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. A adequação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. Ed. Ver. E atual. São Paulo: FTD, 2000. p. 762.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2004, vol.9, n.3, pp. 745-749.

CATTANI, A. D. (Org.) **Dicionário Crítico sobre TRABALHO E TECNOLOGIA**. 4.ed. Petrópolis : Vozes; Porto Alegre : Ed da UFRGS, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: **Agir em Saúde** (E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 161-168, São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

DATNER, Y. **Jogos para educação empresarial**: jogos, jogos dramáticos, roleplaying, jogos de empresa. São Paulo : Ágora, 2006.

DIAS, E. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS) no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Tese de Doutorado), 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005, p. 824. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 29/09/2008.

DEJOURS, C. (1980). **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez: Oboré, 1987, p. 52.

DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: C. Dejourns, E.; Abdoucheli; C. JAYET. Betiol, M.I.S. (Coord.). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola

Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, p.45-65, 1994.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1997, p. 43.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. **Subjetividade, trabalho e ação**. (Trad. Heliete Karam; Julia Abrahão) Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, p.27-28, 1994.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Tradução de Francisco Rocha Filho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FERREIRA, A. B. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986, p. 1695.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v.6, nº 1, p. 97-108, 2001.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, Dec. 2005. Acesso em: 11/05/2009.

FOCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O sujeito e o poder**. In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 243.

FREUD, S., 1913. Totem e Tabu. Trad. de Órizon Carneiro Muniz. **Edição Standart Brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____, 1930. O mal-estar na Civilização. Vol. XXI da **Edição Standart Brasileira**, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 84.

GAULEJAC, V. de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: idéias & Letras, 2007.

GRAMSCI, A. **Americanismo e fordismo**. Obras Escolhidas, v.2, Lisboa: Estampo, 1974.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 40-43.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOEFEL, M. C.; DIAS, E. C.; SILVA, J.M. **A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: 3cnst@saude.gov.br

JACQUES, M. G. Identidade e Trabalho. In: A. D. Cattani (Org.). **Dicionário Crítico sobre TRABALHO E TECNOLOGIA**. 4. ed. rev. ampl. - Petrópolis : Vozes; Porto Alegre : Ed. Da UFRGS, 2002.

KAES, R. **A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 6, 1991.

KERNBERG, O. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1996, 435 pp.

LAGES, S. R. C. **A saúde do trabalhador frente aos processos de reestruturação produtiva**. Estação Científica Online (Ed. Esp. Saúde), Juiz de Fora, n. 05, Jan. 2008. Disponível em: http://www.fesjf.estacio.br/revista/edicao_especial2/saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 05/01/2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1967). **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURELL A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Cebes-Hucitec, São Paulo, 1989.

LE GOFF, J. **História e Memória**. São Paulo: UNICAMP, 1992.

LE VEN, M. M. Trabalhadores do Brasil, história e memória. In Araújo, J. N. G. & Carreiro T. C. (orgs.) **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Funec, 2001.

LIEDKE, E. R. Trabalho. In: A.D. Cattani. **Dicionário Crítico sobre TRABALHO E TECNOLOGIA**. 4ed. Petrópolis : Vozes; Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 2002.

MACHADO, J.M.H. **Alternativas e processo de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção**. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

MACHADO, M.C., **Gestão da Saúde e o Plano Nacional 2004-2010. Cadernos de Economia**. Ed. 80, julho/Setembro, 2007.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Nova Cultural, v. 1-2, 1985, p.153.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução a administração**. 3^a ed., São Paulo, Editora Atlas, 1992.

MENDES, A.M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. Brasília. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, 1999.

_____. (Org). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 37.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. 25(5): 341-349, 1991.

MENDES, A. M.; MORRONE, C.F. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: A. M. Mendes, L.O. Borges, M. C. Ferreira (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. P. 25-42. Brasília, Finatec, Editora UnB, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Emerson E. Merhy; Rosana Onocko (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo : Hucitec, 2007.

MERHY, E.E.; CAMPOS G.W.S; CECILIO L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. .

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. **Perspectivas de uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 12, n. 2, p.141-156, 2009.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: 2002, p.22.

MINAYO, M.C.S.. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Abrasco, 2006.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul-set., 1993.

MOCELLIN, L. **Profilaxia dos traumatismos sonoros na surdez profissional**. Curitiba, Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, 1951.

MOURA NETO, F.D.M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal enviado ao CEREST/PP] Metodologia, Subsídios e Parâmetros de Avaliação e de Reordenamento Técnico e Financeiro da RENAST/SP. Mensagem recebida por cerestpp@presidenteprudente.sp.gov.br em: fev.2009.

MOTTA, P.R. Planejamento estratégico em organizações sem fim lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais. **Revista de Administração Pública** 13 (3), p. 7-8, jul/set. Rio de Janeiro, 1979.

NARDI, H. C.; TITTONI, J.; BERNARDES, J. S. Subjetividade e Trabalho. In: A. C. Cattani. **Dicionário Crítico sobre TRABALHO e TECNOLOGIA**. 4. ed. rev. Ampl. Petrópolis : Vozes; Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 2002.

OLIVEIRA, C. **Saúde Mental e PSF**. Material Instrucional para o PSF. Ministério da Saúde: USP, 2001.

OLIVEIRA, C. M. de O.; SCHMIDT, M. L. G. Reestruturação dos Cerest do Estado de São Paulo: desafios, soluções e perspectivas. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 4. n.43, jul. 2007.

OTANI, K. Rede de saúde do trabalhador para o estado de São Paulo. São Paulo **Perspec.**, jan./mar. 2003, vol.17, no.1, p.86-97. ISSN 0102-8839

PAGÈS, M; BONETTI, M.;GAULEJAC, V.;DESCENDRE, D. **O poder das organizações**. Trad. Maria Cecília Pereira Tavares, Sonia Simas Favatti. São Paulo: Atlas, 1987.

PEREIRA, R. R. A República Enviesada. São Paulo: **Revista CartaCapital**, n. 425, p. 47, 2006.

PESSOA, R. S. Alerta! A nova Administração Pública .**Jus Navigandi**, Teresina, ano 4, n. 43, jul. 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=318>>. Acesso em: 29 jun. 2008

PINHEIRO, T.M.M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

RAMALHO, J. R.; Santana, M. A. Trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. In M. A. Santana; J. R. Ramalho (Eds.), **Além da fábrica: Trabalhadores, sindicatos e a nova questão social**. p. 11. São Paulo: Boitempo, 2003.

RIOS, O. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <cosat@saude.gov.br> em: 27 mai. 2009.

RODRICK, D. How Far Will International Economic Integration Go? **Journal of Economic Perspectives**, Pittsburgh, v. 14, n. 1, p. 177-186, Winter, 2000.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Ag. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30629.pdf>>Acesso em 28/05/2009

SANTOS JUNIOR; A. V., MENDES A. M; e ARAUJO, L. K. R. **Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por Ler/ Dort**. *Psicol. cienc. prof.*, set. 2009, vol.29, no.3, p.614-625.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. (org.). **Saúde Mental & Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SCHMIDT, M. L. G. **Algumas reflexões sobre a influência de aspectos de organização do trabalho na gênese de um acidente de trabalho**. *Psicol. Am. Lat.*, ago. 2006, n.7.

SENNET, R. **A corrosão do caráter: Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 5. ed. São Paulo: Record, 2001.

SOUTO, D. F. **Saúde no Trabalho: Uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Ed. SENAC Nacional, 2004.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 6. ed, 1966.

TESTA, Mário. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

VIDAL, M. C. A materialidade da Organização do Trabalho como Objeto da Intervenção Ergonômica, 1997. In: **A danação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. João ferreira da Silva Filho e Sílvia Jardim (Org.). Rio de Janeiro: Te corá, p.89-138.

WEBER, M. **Ética Protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2 ed., 1920/ 2008.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação na Faculdade de Psicologia da UNESP de Assis. Estou realizando uma pesquisa intitulada “*A percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST*”, sob a orientação da Dra. Maria Luiza Gava Schmidt, cujo objetivo é verificar a concepção dos profissionais de saúde da área de abrangência do CEREST de Presidente Prudente sobre a importância deste para região, enquanto ator do processo saúde do trabalhador.

Sua participação envolve responder um questionário com múltipla escolha, se assim você permitir.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Dúvidas ou informações com relação aos aspectos éticos desta pesquisa poderão ser encaminhadas ao Comitê de Ética de Assis (AV. Dom Antonio, 2100, Assis/SP - (18) 3302-5740).

Atenciosamente,

Renata Cristina Sobral Dias

Av. Cel José Soares Marcondes, 2267, ap. 52.
P.Prudente – fone (18) 96086848

Pesquisadora

Dra. Maria Luiza Gava Schmidt

(18) 33025896

Orientadora

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Participante

_____, ____/____/____

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)**

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação na Faculdade de Psicologia da UNESP de Assis. Estou realizando uma pesquisa intitulada “A percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST”, sob a orientação da Dra. Maria Luiza Gava Schmidt, cujo objetivo é verificar a concepção dos profissionais de saúde da área de abrangência do CEREST de Presidente Prudente sobre a importância deste para região, enquanto ator do processo saúde do trabalhador.

Sua participação envolve participar de entrevista individual semi-estruturada, se assim você permitir.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Dúvidas ou informações com relação aos aspectos éticos desta pesquisa poderão ser encaminhadas ao Comitê de Ética de Assis (AV. Dom Antonio, 2100, Assis/SP - (18) 3302-5740).

Renata Cristina Sobral Dias
Av. Cel José Soares Marcondes, 2267, ap. 52.
P.Prudente – fone (18) 96086848
Pesquisadora

Dra. Maria Luiza Gava Schmidt
(18) 3302-5796
Orientadora

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Participante

_____, ____/____/____

ANEXO C - Questionário (Modelo)**Dados de Identificação**

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: () 18 a 25 anos () 26 a 33 anos () 34 a 40 anos () acima de 40 anos

Cidade de atuação profissional: _____

Cargo (função): _____ Tempo de atuação na função: _____

No ato de admissão no respectivo trabalho, julga ter aprendido sobre sua atuação na saúde do Trabalhador, principalmente através de:

() formação profissional () chefia imediata () colegas de trabalho () Outros. Quais__

Instruções: Este questionário é um instrumento de pesquisa científica, anônimo, conforme, termo de consentimento por você assinado. Contém 39 questões de múltipla escolha e uma questão livre, e não apresenta limite de tempo para respondê-lo. Para cada questão de múltipla escolha existe somente uma alternativa correta, marque com “X” a alternativa que julgar certa. Procure responder a questão aberta com maior número de informações possíveis.

I – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

1.1 Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador?

- Para dar competências na execução das ações de saúde do trabalhador;
- Para oferecer um conjunto de atividades com destino à prevenção da saúde dos trabalhadores;
- Para dar resposta institucional aos movimentos sociais que reivindicavam direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública;
- Para oferecer via SUS melhoria da qualidade, em detrimento da equidade das ações em Saúde do Trabalhador;
- Para desenvolver política de estado e fortalecer os meios de execução das ações de Saúde do trabalhador.
- n.d.a
- Outras. Explique _____
- Não tenho conhecimento no assunto

1.2 No que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores?

- No atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, urgências e emergências;
- Para favorecer ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico;
- No atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância;
- Para oferecer diretrizes no desencadeamento de políticas estaduais que nortearão a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador;
- Para acompanhar e monitorar as necessidades de saúde relacionadas exclusivamente ao trabalho.
- n.d.a
- Outras. Explique _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

1.3 A efetivação da atenção integral à saúde do trabalhador necessita de:

- Utilização de instrumentos, saberes e tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento;
- Serviços para atender às necessidades somente dos trabalhadores doentes;

Gestores com visão administrativa, médicos e pedagogos para ensinar como os trabalhadores devem proceder;

- n.d.a
- Outros. Quais _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

1.4 A construção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador institucionalizou para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, as seguintes condições:

- Concepção de que a Rede Nacional terá como eixo integrador a rede regionalizada do CEREST;
- Manutenção de uma política esporádica de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios;
- Os CEREST terão somente a função de suporte técnico;
- Os CEREST terão a função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações de vigilância sanitária em saúde;
- n.d.a
- Outras. Quais _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

1.5 Qual a função da rede regionalizada de CEREST?

- Ser constituído exclusivamente como local de abordagem das questões de Saúde do Trabalhador;
- Ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador;
- Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito nacional;
- Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua área de abrangência;
- n.d.a
- Outra. Qual? _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

1.6 Abordar a Saúde do Trabalhador de uma forma integral significa:

- Ampliar o olhar para além do processo laboral e das instâncias responsáveis pela Saúde do Trabalhador;

- Considerar os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias e de todas as instituições;
- Abordar o sujeito de forma integral, considerando a resolutividade, responsabilização, acolhimento e integralidade dos reflexos do trabalho em sua vida;
- n.d.a
- Outro. Explique _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST

2.1 A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador tem como objetivos:

- Promover e proteger a saúde dos trabalhadores unicamente por meio da vigilância;
- Explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas da Saúde do Trabalhador;
- Viabilizar a pactuação apenas no âmbito intersetorial;
- Fomentar a participação e o Controle Social;
- n.d.a
- Outros. Explique _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.2 As diretrizes e estratégias do Plano Nacional do Trabalhador compreendem:

- A ampliação das ações de SST visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de proteção e promoção à saúde;
- Harmonizar as normas e articular as ações de promoção e tratamento de doenças;
- Proteger e reparar a Saúde e qualidade do atendimento SUS;
- Estruturar, principalmente, a rede integrada de informações de Saúde do Trabalhador;
- Desenvolver as ações de forma centralizada e não hierarquizada;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.3 A pactuação intersetorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:

- O estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores dos diferentes governos: federal, estadual e municipal, que atuam somente na promoção da saúde;

- Atender o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas;
- Envolver órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, não considerando as outras estruturas que atuam na região;
- n.d.a
- Outra. Qual _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.4 A pactuação intra-setorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:

- Identificar as interfaces da Saúde do Trabalhador apenas no SUS;
- Ocorrer unicamente no nível municipal;
- Estabelecer articulação entre as diferentes secretarias e demais órgão regionais;
- n.d.a
- Outra. Qual _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.5 O Pacto pela Vida está constituído por:

- Um conjunto de compromissos epidemiológicos;
- Por meio de prioridades definidas pelo governo federal;
- Para atender as doenças emergentes e endemias;
- Para atender a atenção básica a saúde
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto

2.6 Sobre o financiamento da RENAST a portaria GM/MS 2.437 estabelece que:

- Os recursos para a Saúde do trabalhador deverão ser repassados somente do Fundo Nacional de saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde;
- Os recursos para a Saúde do Trabalhador serão aplicados pelo SUS e fiscalizado pelo Conselho de Saúde;
- A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais, onde os gestores deverão alimentar mensalmente o sistema de informação;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.7 O papel do Controle Social é:

- Uma questão política e prevalece sobre todas as demais ações no SUS;
- Ser parte integrante de uma política de Estado, por estar destacado na Constituição e na Lei Orgânica, que estabelece a CIST como

comissão permanente do Conselho Nacional de Saúde;

- () Sempre favorecer a participação dos trabalhadores na identificação dos fatores de riscos presentes nos processos de trabalho;
 () n.d.a
 () Outras. Quais _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.8 As prioridades do Pacto em defesa do SUS são:

- () Apenas elaborar a Carta dos Direitos dos usuários do SUS;
 () Garantir, via projeto, no curto prazo, regulamentação da Emenda constitucional no. 29, pelo Congresso Nacional;
 (x) Implementar projeto de mobilização social;
 () n.d.a
 () Outras. Quais? _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

2.9 Qual a finalidade do Pacto de Gestão do SUS?

- () Para definir o custeio das ações de saúde na esfera de poder municipal e estadual;
 (x) Para contribuir no fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS;
 () Para estabelecer diretrizes para a Gestão do SUS exclusivamente com ênfase na descentralização, regulação e planejamento;
 () n.d.a
 () Outra. Qual _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

III – Plano de Saúde do Trabalhador

3.1 Por planejamento entende-se:

- () Ato de pensar as ações de promoção de saúde;
 () Expressão dos desejos de quem planeja;
 () Aprimoramento das diferentes possibilidades de ação diante de uma determinada situação;
 (x) Instrumento de aproveitamento do tempo e dos recursos no alcance dos objetivos;
 () Método utilizado coletivamente no alcance de objetivos complexos;
 () n.d.a
 () Outros. _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.2 Ainda sobre planejamento podemos afirmar que:

- () Ele não é um processo contínuo. Uma vez iniciado não pode sofrer modificações;
 (x) As estratégias precisam ser acompanhadas continuamente à luz de situações que se modificam;
 () Ele ocorre somente nas oficinas de trabalho, pois é o lócus onde todos os atores sociais envolvidos na temática Saúde do Trabalhador se reúnem;
 () n.d.a
 () Outros. _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.3 O método de planejamento deve:

- () Possibilitar, exclusivamente, a compreensão e o compartilhamento de uma mesma “ linguagem ” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos, etc);
 () Contribuir para o diálogo e para a efetiva participação de todos os envolvidos no SUS;
 (x) Contribuir para a melhoria do nível de saúde da população através de conhecimento e recursos disponíveis;
 () Identificar problemas e definir prioridades para as intervenções da Vigilância Sanitária (VISA);
 () Operacionalizar as determinações que regulamenta as atividades da RENAST;
 () n.d.a
 () Outro. _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.4 No Plano de Ação Saúde do Trabalhador há um item denominado missão, que se define como:

- () O ator que planeja;
 () Objetivos maiores que se pretende alcançar;
 (x) Um enunciado que compreende quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço se compromete a fornecer.
 () n.d.a
 () Outro. Explique _____
 () Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.5 Compreende, respectivamente, a vigência do Plano de Ação Nacional e, Planos Estaduais e Municipais:

- () ambos são quadrienal;
 () ambos são bienais;
 (x) quadrienal e bienal;
 () bienal e quadrienal;
 () n.d.a
 () Outros. _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.6 Sobre Planos Estaduais e Municipais, pode-se afirmar que:

Os gestores do SUS são os responsáveis pela sua elaboração;

A aprovação final ocorre por meio do Controle Social do SUS e das Comissões Intergestores Bipartite;

O Ministério da Saúde, através da área técnica de Saúde do Trabalhador analisa a viabilidade, somente na implementação;

n.d.a

Outros. _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

3.7 As estratégias de gestão descentralizada do Plano de Ação Nacional em saúde do Trabalhador, em caráter operativo, devem seguir as metas do Plano Nacional de Saúde, devendo conter as diretrizes para:

Estruturação de ações epidemiológicas em saúde do Trabalhador;

Organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da atenção Básica;

Sistematização das informações em saúde do trabalhador no âmbito regional;

Ficalização, normatização e controle da rede dos CEREST;

ampliação, modificação e adequação da rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;

n.d.a.

Outras. Quais _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

IV - Gestão da RENAST

4.1 São ações de Saúde do Trabalhador na Assistência do serviço de Atenção Básica:

Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho, que necessitem ser investigadas ou estudadas;

Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes;

Coleta da História de vida para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho;

n.d.a

Outras. Quais _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.2 São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância da Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) do serviço de Atenção Básica:

Avaliação das atividades produtivas no território;

Diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho;

Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho (Vigilância Epidemiológica);

Busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho (Vigilância Epidemiológica);

n.d.a

Outras. _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.3 São ações de Saúde do Trabalhador nas atividades educativas do serviço de Atenção Básica;

Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações;

Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos, etc;

participação em Projetos e estudos;

n.d.a

Outras. _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.4 São ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância Epidemiológica, nos serviços de média complexidade:

Busca ativa de outros casos de doenças relacionadas ao trabalho;

Implementação de laboratório de toxicologia;

Notificação dos agravos á saúde relacionados ao trabalho;

n.d.a

Outras _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.5 Uma das ações de Saúde do Trabalhador na informação dos serviços de urgência e emergência é:

Cadastro das atividades produtivas existentes no território;

Desenvolvimento de sistema de informação de acordo com cada CEREST;

Produção e Divulgação de material educativo.

n.d.a

Outras. _____

Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.6 Dentre as atribuições dos CEREST, previstas na Portaria GM/MS 2437/05, estão:

- Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador;
- Recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Vigilância Sanitária ;
- Apoiar a realização das ações de Vigilância Epidemiológica;
- Elaborar as estratégias das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.7 Para executar suas atividades, cada CEREST pode desenvolver e implementar Núcleos Técnicos de atividades, tais como:

- Controle Social, Comunicação e Educação Popular;
- Gestão das ações dos Municípios Sentinelas;
- Vigilância em Saúde do Trabalhador, apenas, no município sede;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

4.8 É responsabilidade do serviço sentinela:

- Definição do papel e competência dos Conselhos de Saúde – Bipartite e Tripartite
- Elaborar mapa de risco
- Diagnóstico, tratamento e notificação;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

V – Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação

5.1 São ferramentas utilizadas no processo de gestão das Ações em Saúde do Trabalhador:

- Gestão de conflitos, acompanhamento, controle, avaliação e negociação;
- Definição de papéis dos funcionários da Vigilância Sanitária;
- atribuição de responsabilidades da Vigilância Epidemiológica;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

5.2 Qual a finalidade das Comissões Intergestores Bi e Tripartite?

- Para atuar como dispositivos de centralização do SUS;
- Para elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador;
- Para tomadas de decisões sobre a organização, direção e gestão da saúde;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

5.3 O Grupo de Trabalho Interministerial Previdência/Saúde/Trabalho, instituído pela Portaria no 153, tem como atribuição:

- Analisar medidas e ações integradas para criar as ações voltadas para a Segurança e Saúde do Trabalhador;
- Elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, levando em conta interfaces e ações dos diversos setores do Governo;
- Restringir os sistemas de informação referentes à segurança e saúde dos trabalhadores;
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

5.4 Um dos princípios que norteiam o processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde?

- Importância do trabalho na determinação saúde-doença do indivíduo e do coletivo dos trabalhadores;
- Ênfase na abordagem individualizada;
- Contemplar a diversidade e especificidades estaduais e incorporar a experiência acumulada pelos estados e municípios.
- n.d.a
- Outras. _____
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

5.5 São aspectos considerados na Educação Permanente dos trabalhadores da saúde:

- Atualização técnico, sem necessidade de contemplar a atualização científica;
- Produção da subjetividade e habilidades técnicas;
- ênfase no conhecimento em sua especialidade.
- n.d.a
- Não tenho conhecimento sobre o assunto.

ANEXO D - Roteiro da Entrevista

1) Dados de Identificação:

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Função/cargo:

Tempo de atuação na função:

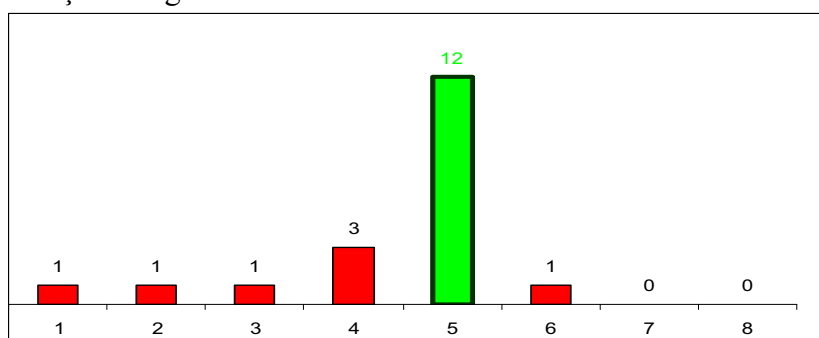
- 2) Que atividades exerce na sua função?
- 3) Como vê a relação de sua função com a Saúde do Trabalhador?
- 4) Qual a sua percepção sobre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST)?
- 5) Como você vê a atuação do CEREST Regional?
- 6) Como você percebe a relação ente a instância sobre sua gestão e o CEREST Regional?

ANEXO E – DEMONSTRATIVOS DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

As respostas do questionário após tabuladas originaram um gráfico, cuja função era demonstrar visualmente a quantidade de acertos e erros em cada questão. Destaca-se na cor vermelha as respostas erradas e na cor verde as certas. Os demonstrativos estão agrupados em blocos de I a V, conforme a ordem no questionário.

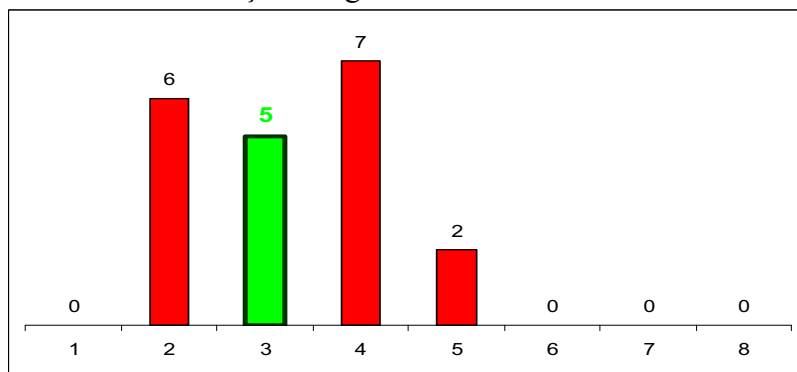
Resultados do Bloco I: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

Figura 1 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Por que uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador?



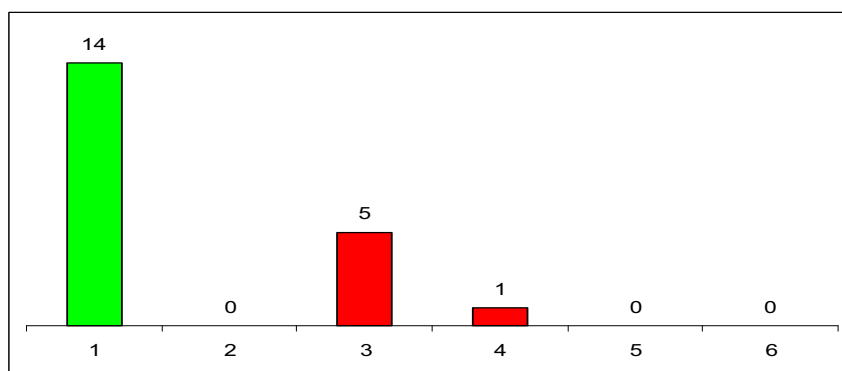
1. Para dar competências na execução das ações de saúde do trabalhador;
2. Para oferecer um conjunto de atividades com destino à prevenção da saúde dos trabalhadores;
3. Para dar resposta institucional aos movimentos sociais que reivindicavam direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública;
4. Para oferecer via SUS melhoria da qualidade, em detrimento da equidade das ações em Saúde do Trabalhador;
5. Para desenvolver política de estado e fortalecer os meios de execução das ações de Saúde do trabalhador;
6. n.d.a;
7. Outras;
8. Não tenho conhecimento no assunto.

Figura 2 - Demonstrativo das respostas referente à questão: No que implica a existência de um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores?



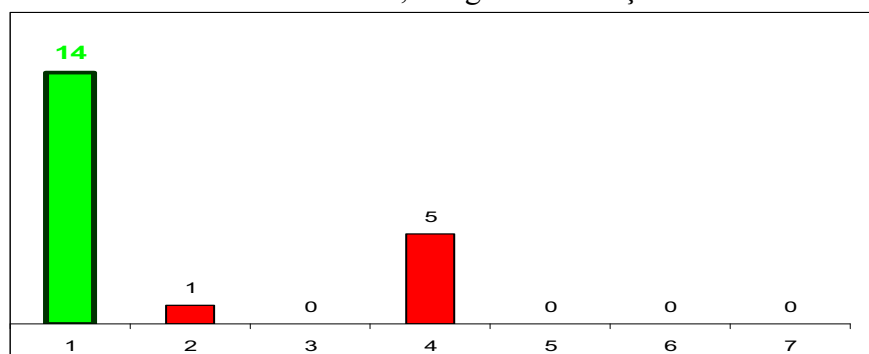
- 1.No atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, urgências e emergências;
- 2.Para favorecer ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico;
- 3.No atendimento aos acidentados do trabalho, trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância;
- 4.Para oferecer diretrizes no desencadeamento de políticas estaduais que nortearão a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador;
- 5.Para acompanhar e monitorar as necessidades de saúde relacionadas exclusivamente ao trabalho.
6. n.d.a
- 7.Outras.
- 8.Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 3 – Demonstrativo das respostas referente à questão: A efetivação da atenção integral à saúde do trabalhador necessita de:



- 1.Utilização de instrumentos, saberes e tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento;
2. Serviços para atender às necessidades somente dos trabalhadores doentes;
- 3.Gestores com visão administrativa, médicos e pedagogos para ensinar como os trabalhadores devem proceder;
- 4.n.d.a;
- 5.Outros;
- 6.Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 4 - Demonstrativo das respostas referente à questão: A construção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador institucionalizou para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, a seguinte condição:



1. Concepção de que a Rede Nacional terá como eixo integrador a rede regionalizada do CEREST;

2. Manutenção de uma política esporádica de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo para os estados e municípios;

3. Os CEREST terão somente a função de suporte técnico;

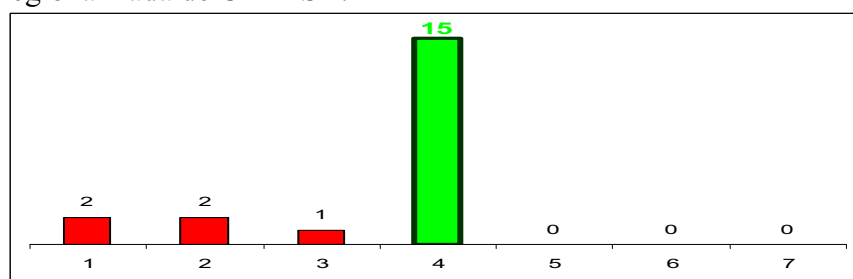
4. Os CEREST terão a função de retaguarda técnica e pólos irradiadores de ações de vigilância sanitária em saúde;

5. n.d.a;

6. Outras.

7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 5 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a função da rede regionalizada de CEREST?



1. Ser constituído exclusivamente como local de abordagem das questões de Saúde do Trabalhador;

2. Ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador;

3. Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito nacional;

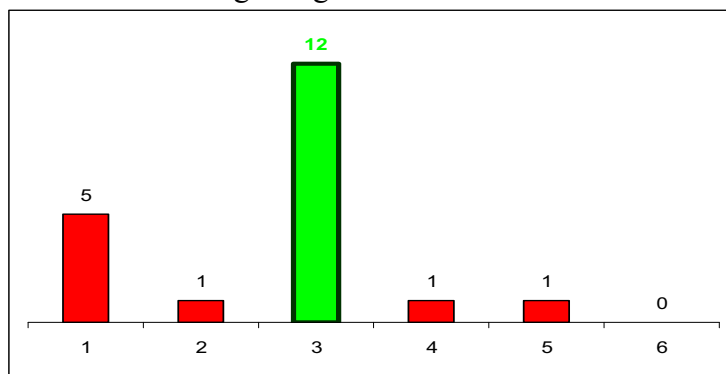
4. Ser suporte técnico oferecendo educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito de sua área de abrangência;

5. n.d.a;

6. Outra;

7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

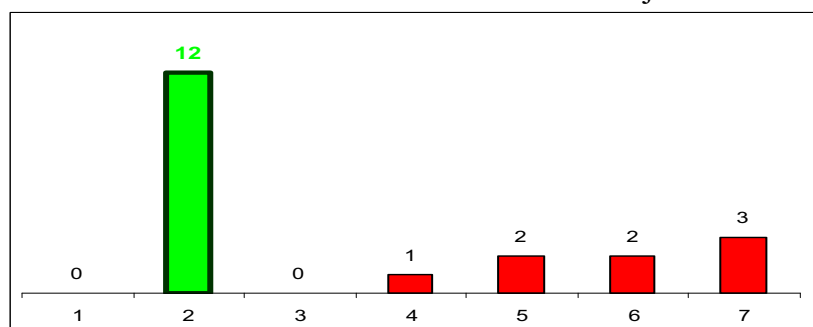
Figura 6 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Abordar a Saúde do Trabalhador de uma forma integral significa:



1. Ampliar o olhar para além do processo laboral e das instâncias responsáveis pela Saúde do Trabalhador;
2. Considerar os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias e de todas as instituições;
3. Abordar o sujeito de forma integral, considerando a resolutividade, responsabilização, acolhimento e integralidade dos reflexos do trabalho em sua vida;
4. n.d.a
5. Outro.
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

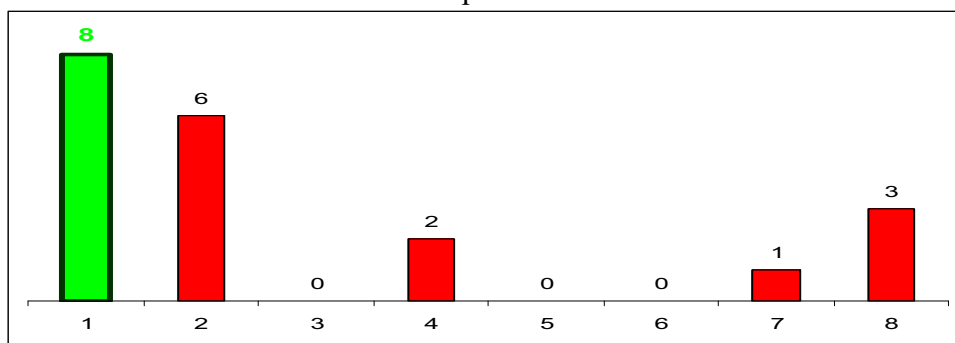
Resultados do Bloco II – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST

Figura 7 - Demonstrativo das respostas referente à questão: A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador tem como um dos seus objetivos:



1. Promover e proteger a saúde dos trabalhadores unicamente por meio da vigilância;
2. Explicitar as atribuições do setor saúde no que se refere às questões específicas da Saúde do Trabalhador;
3. Viabilizar a pactuação apenas no âmbito intersetorial;
4. Fomentar a participação e o Controle Social;
5. n.d.a;
6. Outros;
7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 8 - Demonstrativo das respostas referente à questão: as diretrizes e estratégias do Plano Nacional do Trabalhador compreendem:



1. A ampliação das ações de SST visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de proteção e promoção à saúde;

2. Harmonizar as normas e articular as ações de promoção e tratamento de doenças;

3. Proteger e reparar a Saúde e qualidade do atendimento SUS;

4. Estruturar, principalmente, a rede integrada de informações de Saúde do Trabalhador;

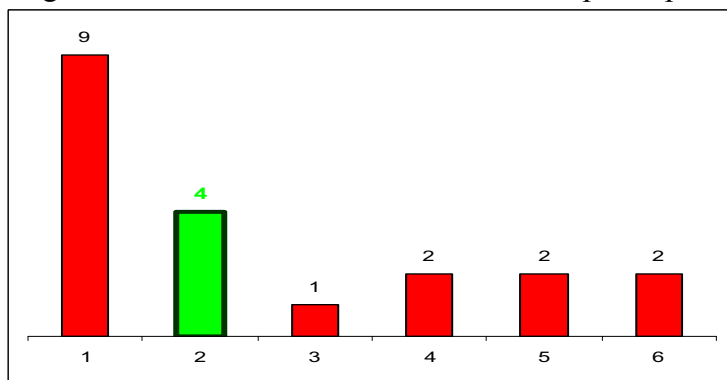
5. Desenvolver as ações de forma centralizada e não hierarquizada;

6. n.d.a;

7. Outras;

8. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 9 - Demonstrativo das respostas referente à questão: A pactuação intersectorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:



1. O estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores dos diferentes governos: federal, estadual e municipal, que atuam somente na promoção da saúde;

2. Atender o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas;

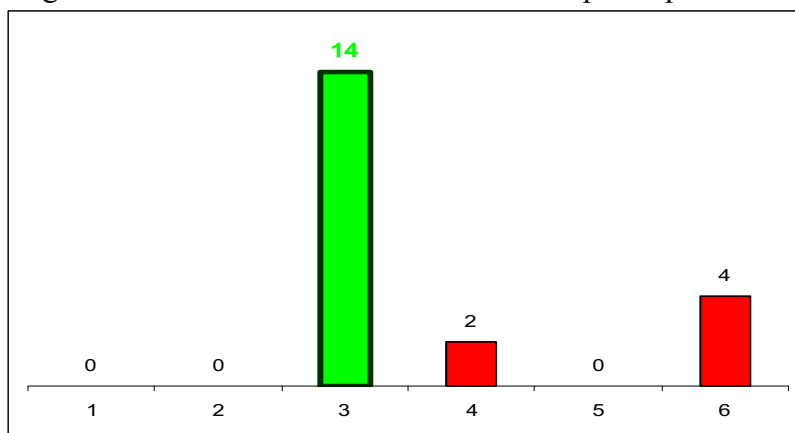
3. Envolver órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, não considerando as outras estruturas que atuam na região;

4. n.d.a

5. Outra.

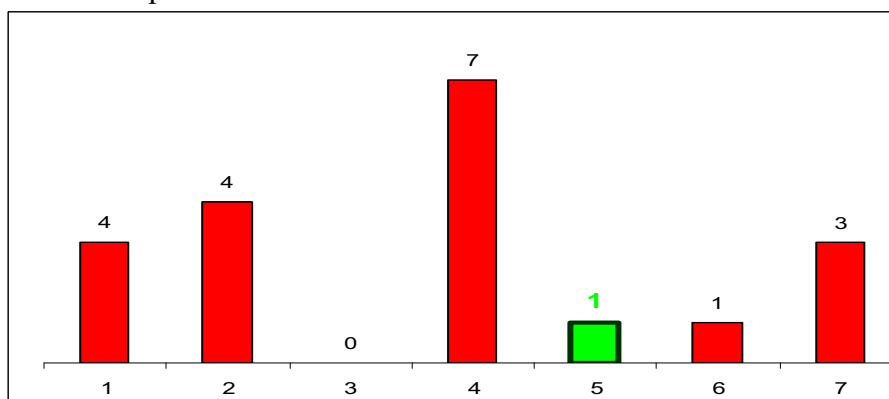
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 10 – Demonstrativo das respostas referente à questão: a pactuação intra-setorial do Programa Nacional de Saúde do Trabalhador pressupõe:



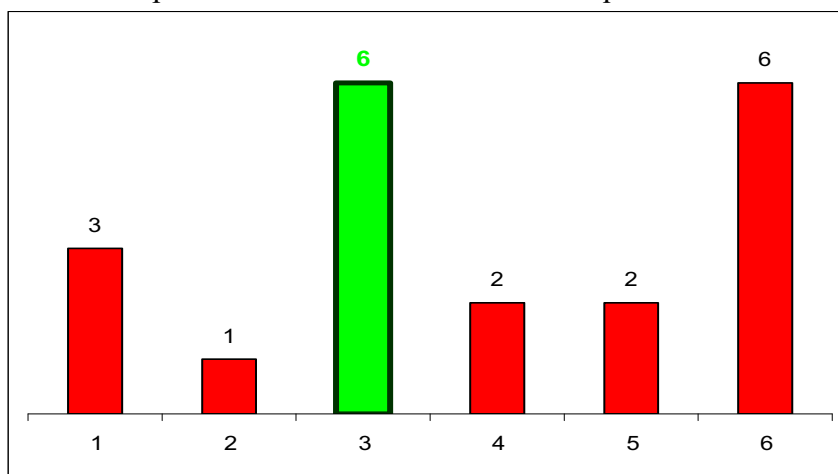
1. Identificar as interfaces da Saúde do Trabalhador apenas no SUS;
2. Ocorrer unicamente no nível municipal;
3. Estabelecer articulação entre as diferentes secretarias e demais órgão regionais;
4. n.d.a
5. Outra.
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 11- Demonstrativo das respostas referente à questão: o Pacto pela Vida está constituído por:



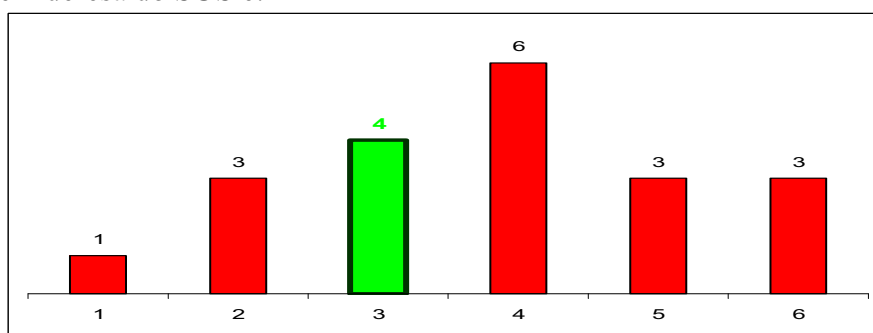
1. Um conjunto de compromissos epidemiológicos;
2. Por meio de prioridades definidas pelo governo federal;
3. Para atender as doenças emergentes e endemias;
4. Para atender a atenção básica a saúde;
5. n.d.a;
6. Outras;
7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 12 - Demonstrativo das respostas referente à questão: sobre o financiamento da RENAST a portaria GM/MS 2.437 estabelece que:



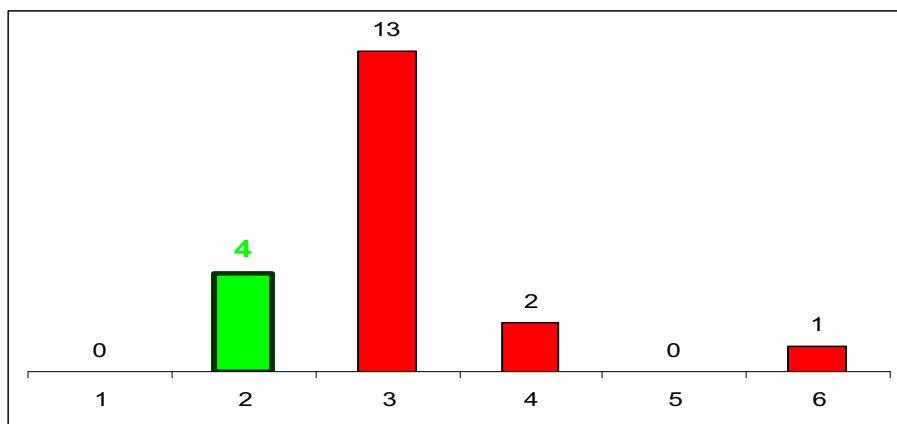
1. Os recursos para a Saúde do trabalhador deverão ser repassados somente do Fundo Nacional de saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde;
2. Os recursos para a Saúde do Trabalhador serão aplicados pelo SUS e fiscalizado pelo Conselho de Saúde;
3. A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde Nacional, estaduais e municipais, onde os gestores deverão alimentar mensalmente o sistema de informação;
4. N.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 13 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Uma das prioridades do Pacto em defesa do SUS é:



1. Apenas elaborar a Carta dos Direitos dos usuários do SUS;
2. Garantir, via projeto, no curto prazo, regulamentação da Emenda constitucional no. 29, pelo Congresso Nacional;
3. Implementar projeto de mobilização social;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

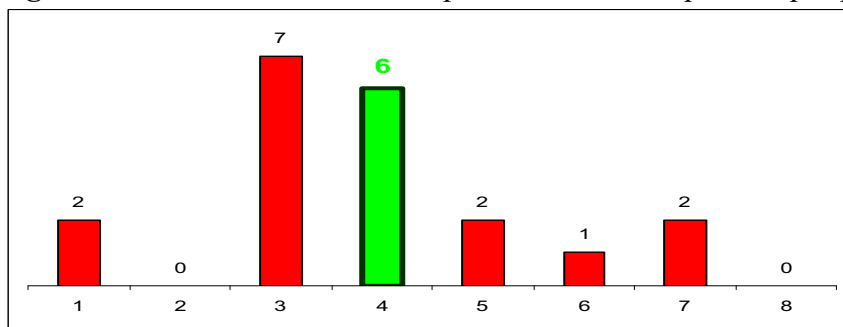
Figura 14 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a finalidade do Pacto de Gestão do SUS?



1. Para definir o custeio das ações de saúde na esfera de poder municipal e estadual;
2. Para contribuir no fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS;
3. Para estabelecer diretrizes para a Gestão do SUS exclusivamente com ênfase na descentralização, regulação e planejamento;
4. n.d.a;
5. Outra;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

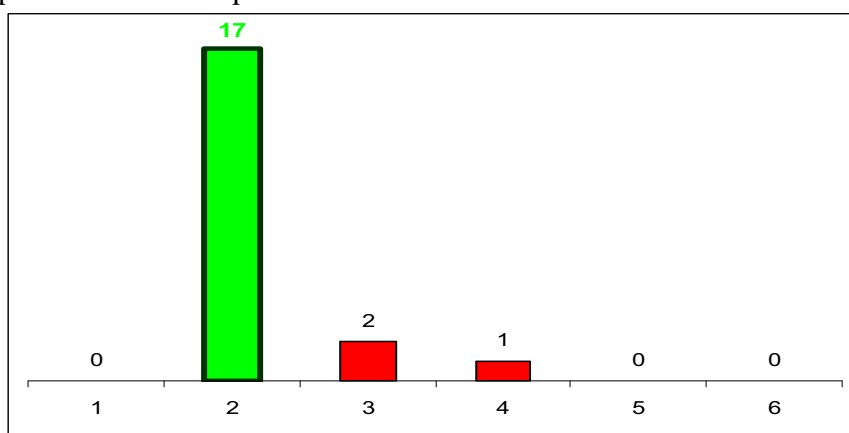
Resultados do Bloco III – Plano de Saúde do Trabalhador

Figura 15 - Demonstrativo das respostas referente à questão: por planejamento entende-se:



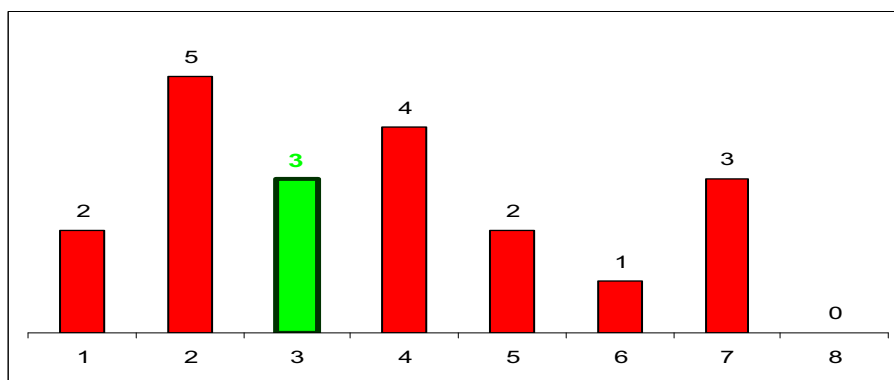
1. Ato de pensar as ações de promoção de saúde;
2. Expressão dos desejos de quem planeja;
3. Aprimoramento das diferentes possibilidades de ação diante de uma determinada situação;
4. Instrumento de aproveitamento do tempo e dos recursos no alcance dos objetivos;
5. Método utilizado coletivamente no alcance de objetivos complexos;
6. n.d.a;
7. Outros;
8. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 16 - Demonstrativo das respostas referente à questão: ainda sobre planejamento podemos afirmar que:



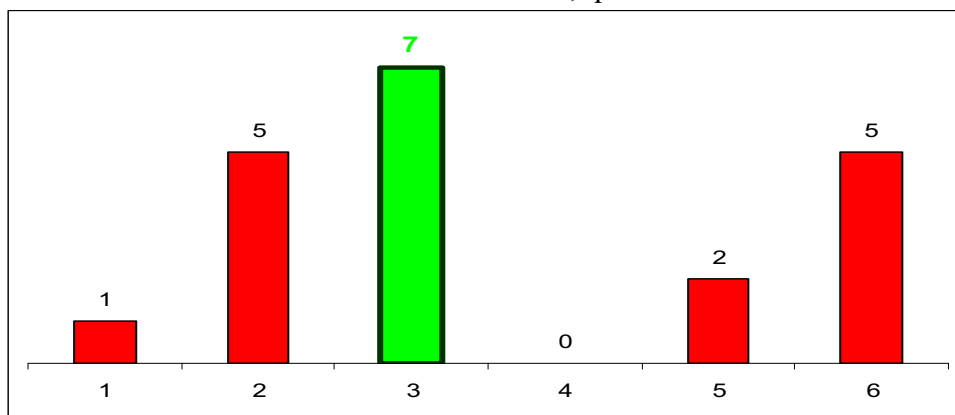
1. Ele não é um processo contínuo. Uma vez iniciado não pode sofrer modificações;
2. As estratégias precisam ser acompanhadas continuamente à luz de situações que se modificam;
3. Ele ocorre somente nas oficinas de trabalho, pois é o lócus onde todos os atores sociais envolvidos na temática Saúde do Trabalhador se reúnem;
4. n.d.a;
5. Outros;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 17 - Demonstrativo das respostas referente à questão: O método de planejamento deve:



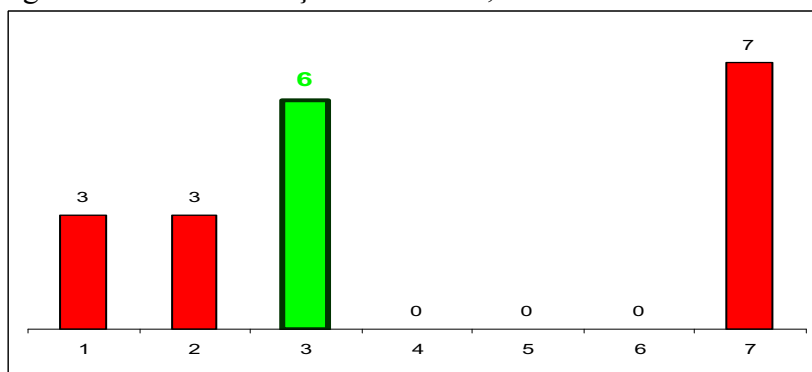
1. Possibilitar, exclusivamente, a compreensão e o compartilhamento de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos, etc);
2. Contribuir para o diálogo e para a efetiva participação de todos os envolvidos no SUS;
3. Contribuir para a melhoria do nível de saúde da população através de conhecimento e recursos disponíveis;
4. Identificar problemas e definir prioridades para as intervenções da Vigilância Sanitária (VISA);
5. Operacionalizar as determinações que regulamenta as atividades da RENAST;
6. n.d.a
7. Outro.
8. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 18 - Demonstrativo das respostas referente à questão: No Plano de Ação Saúde do Trabalhador há um item denominado missão, que se define como:



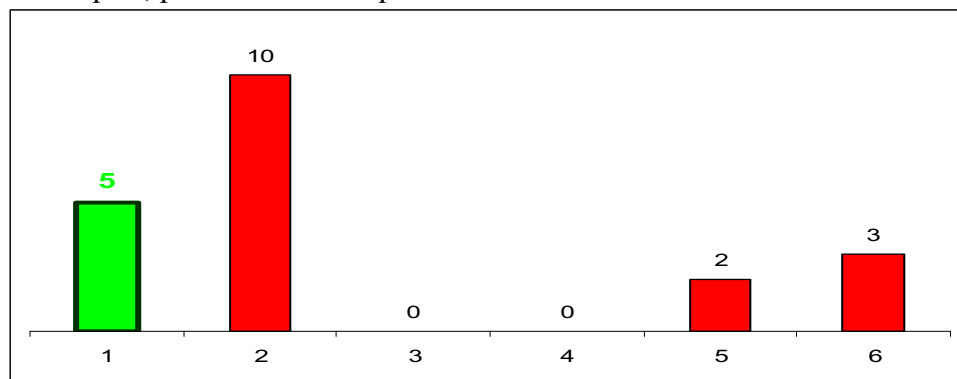
1. O ator que planeja;
2. Objetivos maiores que se pretende alcançar;
3. Um enunciado que compreende quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço se compromete a fornecer.
4. n.d.a;
5. Outro;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto

Figura 19 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Compreende, respectivamente, a vigência do Plano de Ação Nacional e, Planos Estaduais e Municipais:



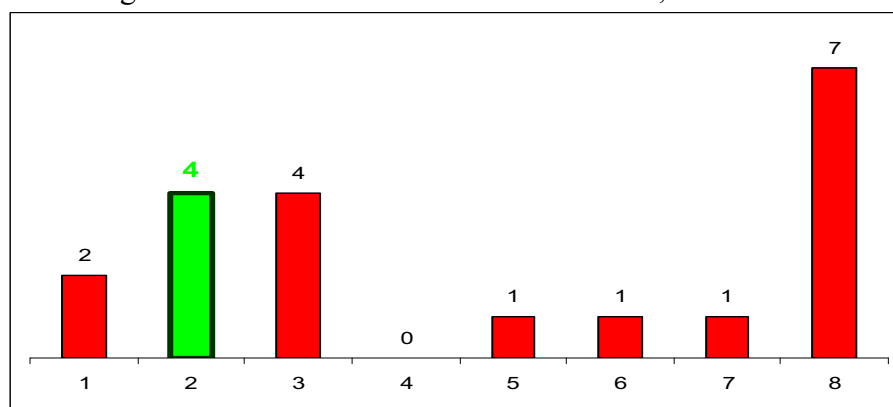
1. Ambos são quadrienal;
2. Ambos são bienais;
3. Quadrienal e bienal;
4. Bienal e quadrienal;
5. n.d.a;
6. Outros;
7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 20 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Sobre Planos Estaduais e Municipais, pode-se afirmar que:



1. Os gestores do SUS são os responsáveis pela sua elaboração;
2. A aprovação final ocorre por meio do Controle Social do SUS e das Comissões Intergestores Bipartite;
3. O Ministério da Saúde, através da área técnica de Saúde do Trabalhador analisa a viabilidade, somente na implementação;
4. n.d.a
5. Outros.
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

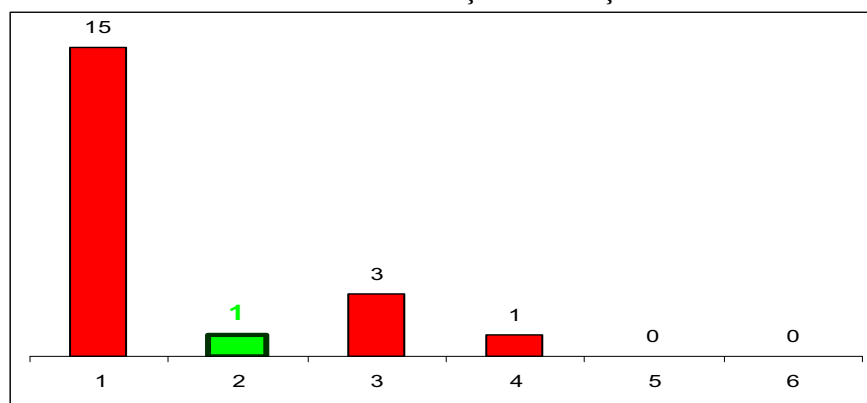
Figura 21 - Demonstrativo das respostas referente à questão: As estratégias de gestão descentralizada do Plano de Ação Nacional em saúde do Trabalhador, em caráter operativo, devem seguir as metas do Plano Nacional de Saúde, devendo conter as diretrizes para:



1. Estruturação de ações epidemiológicas em saúde do Trabalhador;
2. Organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da atenção Básica;
3. Sistematização das informações em saúde do trabalhador no âmbito regional;
4. Ficalização, normatização e controle da rede dos CEREST;
5. ampliação, modificação e adequação da rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;
6. n.d.a.
7. Outras.
8. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

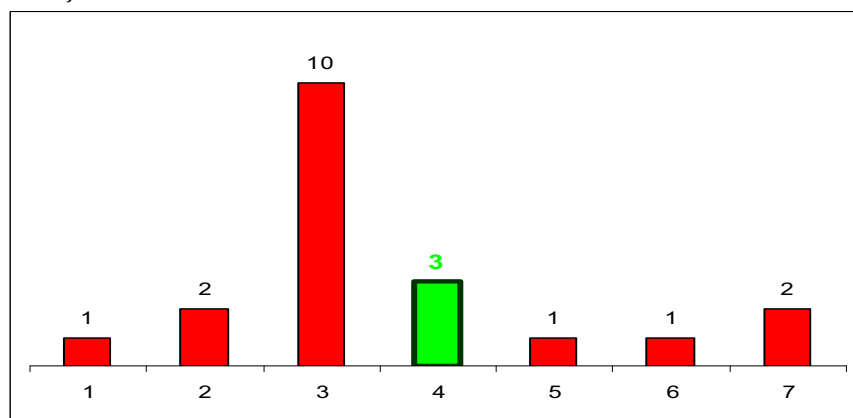
Resultados do Bloco IV - Gestão da RENAST

Figura 22 - Demonstrativo das respostas referente à questão: são ações de Saúde do Trabalhador na Assistência do Serviço de Atenção Básica:



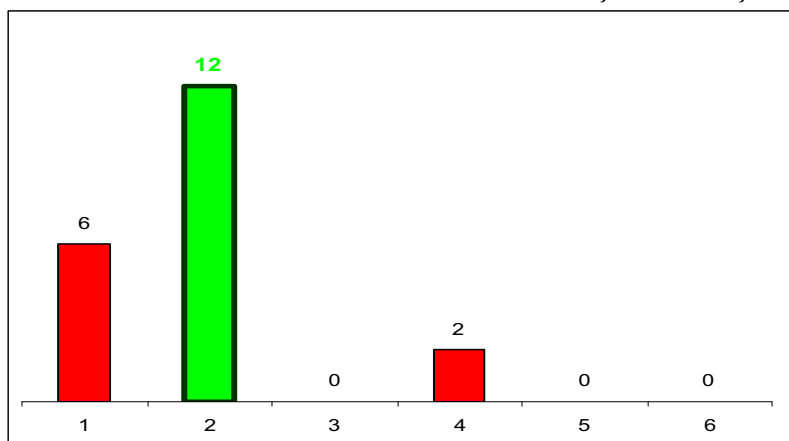
1. Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho, que necessitem ser investigadas ou estudadas;
2. Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes;
3. Coleta da História de vida para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho;
4. n.d.a
5. Outras.
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 23 - Demonstrativo das respostas referente à questão: são ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância da Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) do serviço de Atenção Básica:



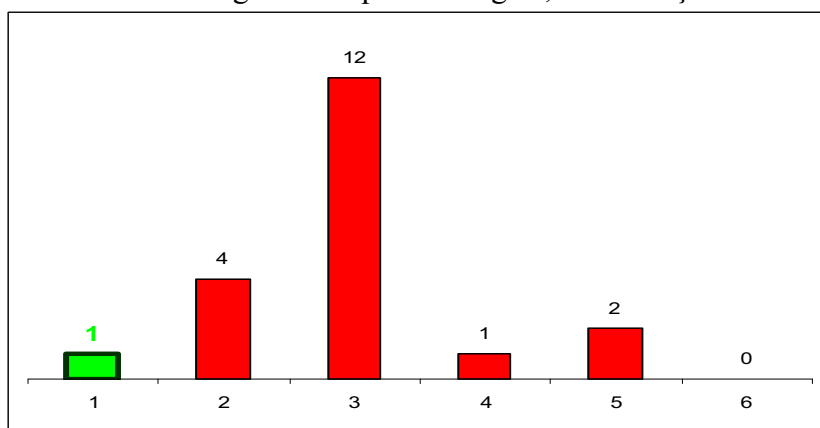
1. Avaliação das atividades produtivas no território;
2. Diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao trabalho;
3. Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho (Vigilância Epidemiológica);
4. Busca ativa de casos de doenças relacionadas ao trabalho (Vigilância Epidemiológica);
5. n.d.a;
6. Outras;
7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 24 - Demonstrativo das respostas referente à questão: são ações de Saúde do Trabalhador nas atividades educativas do serviço de Atenção Básica:



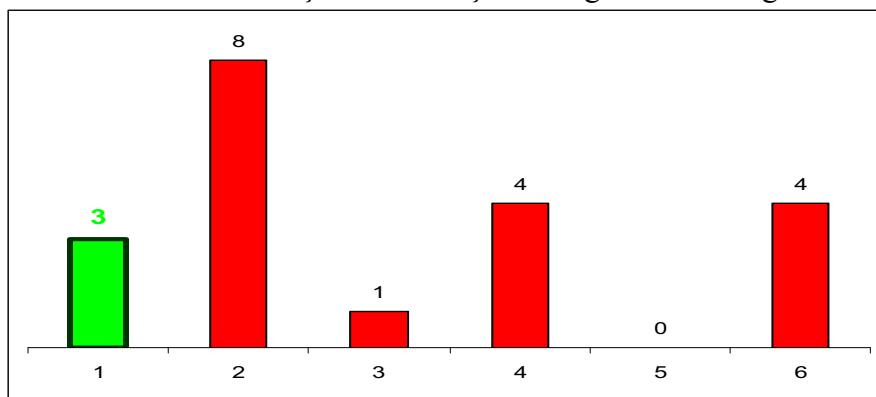
1. Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações;
2. Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos, etc;
3. Participação em Projetos e estudos;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 25 - Demonstrativo das respostas referente à questão: são ações de Saúde do Trabalhador na Vigilância Epidemiológica, nos serviços de média complexidade:



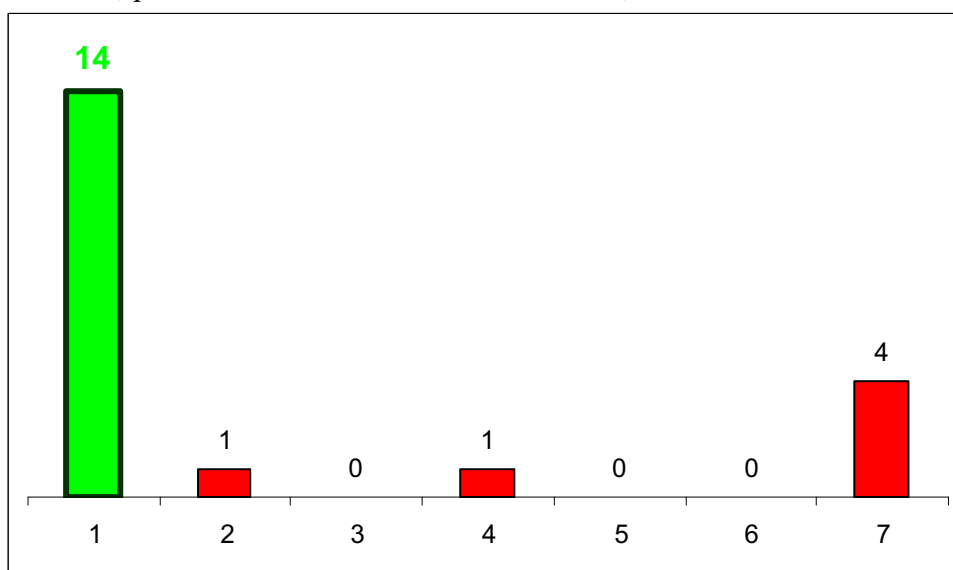
1. Busca ativa de outros casos de doenças relacionadas ao trabalho;
2. Implementação de laboratório de toxicologia;
3. Notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 26 - Demonstrativo das respostas referente à questão: uma das ações de Saúde do Trabalhador na informação dos serviços de urgência e emergência é:



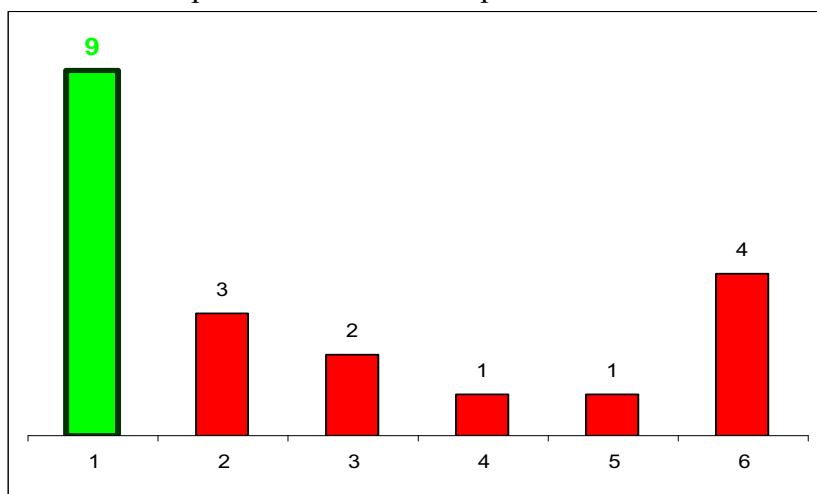
1. Cadastro das atividades produtivas existentes no território;
2. Desenvolvimento de sistema de informação de acordo com cada CEREST;
3. Produção e Divulgação de material educativo;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 27 - Demonstrativo das respostas referente à questão: dentre as atribuições dos CEREST, previstas na Portaria GM/MS 2437/05, estão:



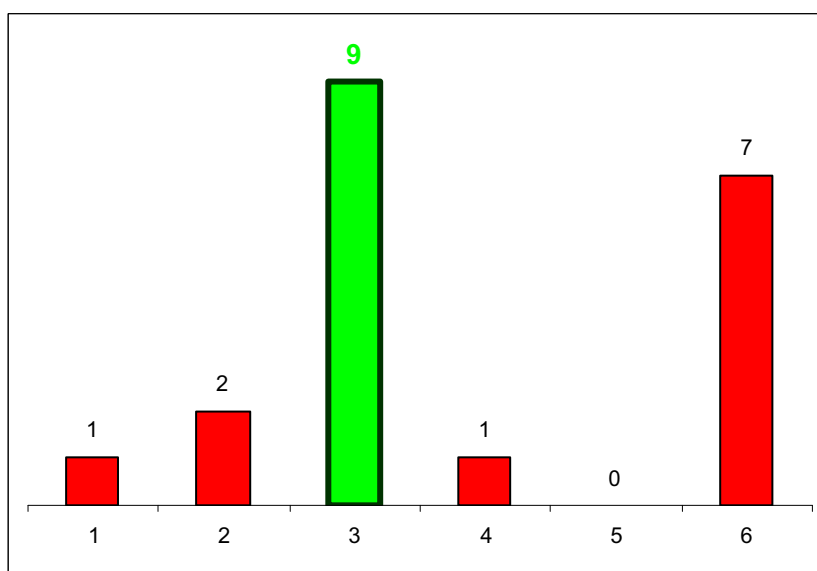
1. Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador;
2. Recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Vigilância Sanitária;
3. Apoiar a realização das ações de Vigilância Epidemiológica;
4. Elaborar as estratégias das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;
5. n.d.a;
6. Outras;
7. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 28 - Demonstrativo das respostas referente à questão: para executar suas atividades, cada CEREST pode desenvolver e implementar Núcleos Técnicos de atividades, tais como:



1. Controle Social, Comunicação e Educação Popular;
2. Gestão das ações dos Municípios Sentinelas;
3. Vigilância em Saúde do Trabalhador, apenas, no município sede;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

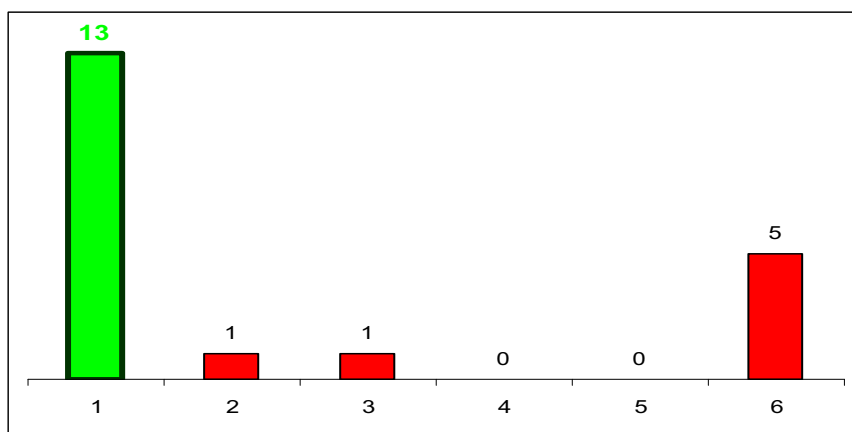
Figura 29 - Demonstrativo das respostas referente à questão: é responsabilidade do Serviço Sentinela:



1. Definição do papel e competência dos Conselhos de Saúde – Bipartite e Tripartite
2. Elaborar mapa de risco;
3. Diagnóstico, tratamento e notificação;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

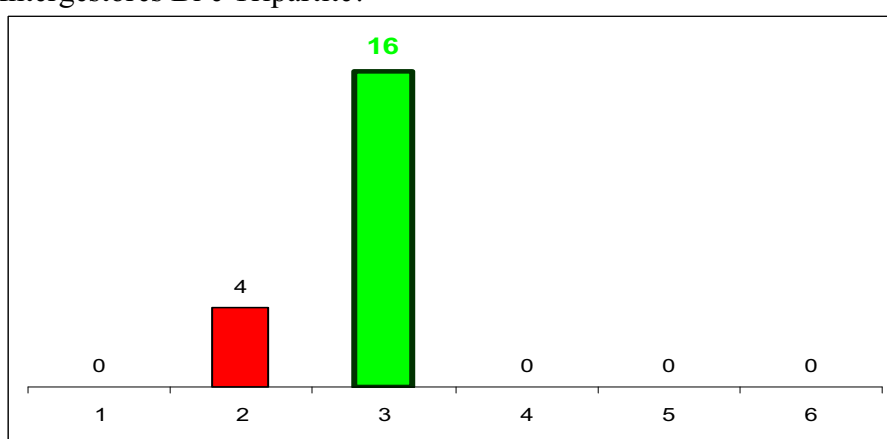
Resultados do Bloco IV - Gestão das ações em Saúde do Trabalhador no SUS e os Processos de Pactuação e Negociação

Figura 30 - Demonstrativo das respostas referente à questão: São ferramentas utilizadas no processo de gestão das Ações em Saúde do Trabalhador:



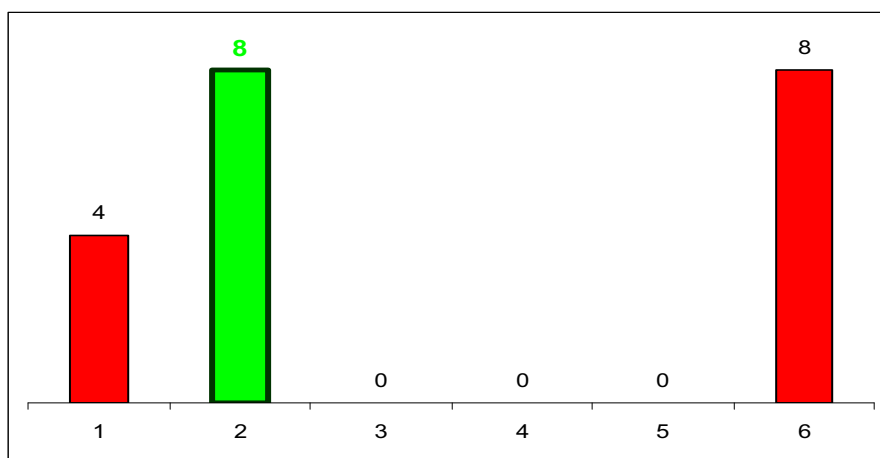
1. Gestão de conflitos, acompanhamento, controle, avaliação e negociação;
2. Definição de papéis dos funcionários da Vigilância Sanitária;
3. atribuição de responsabilidades da Vigilância Epidemiológica;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 31 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Qual a finalidade das Comissões Intergestores Bi e Tripartite?



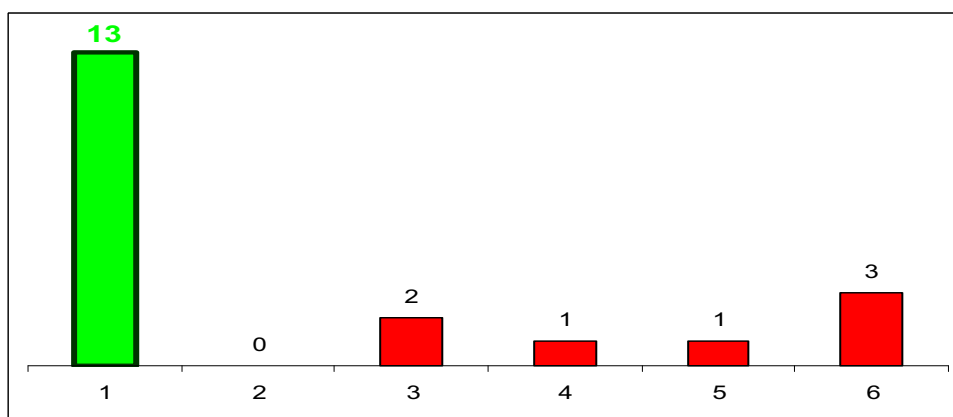
1. Para atuar como dispositivos de centralização do SUS;
2. Para elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador;
3. Para tomadas de decisões sobre a organização, direção e gestão da saúde;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 32 - Demonstrativo das respostas referente à questão: O Grupo de Trabalho Interministerial Previdência/Saúde/Trabalho, instituído pela Portaria no 153, tem como atribuição:



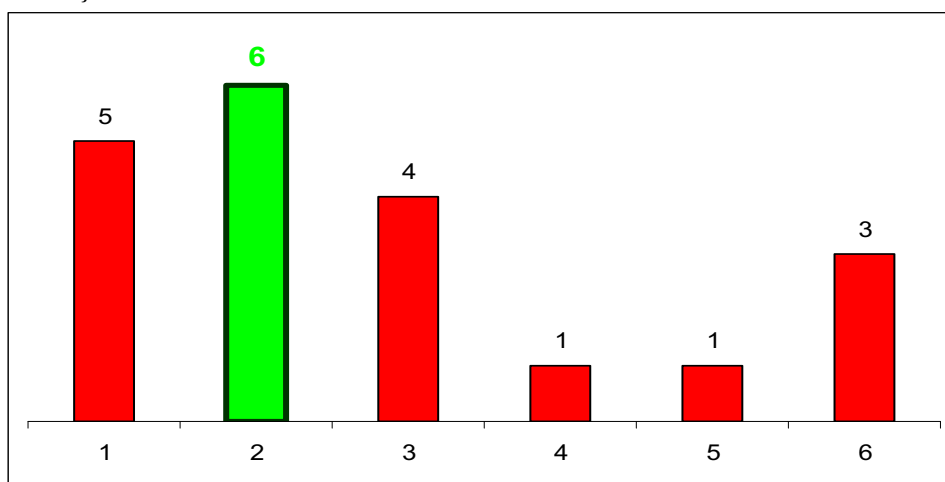
1. Analisar medidas e ações integradas para criar as ações voltadas para a Segurança e Saúde do Trabalhador;
2. Elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, levando em conta interfaces e ações dos diversos setores do Governo;
3. Restringir os sistemas de informação referentes à segurança e saúde dos trabalhadores;
4. n.d.a
5. Outras.
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 33 - Demonstrativo das respostas referente à questão: Um dos princípios que norteiam o processo de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde?



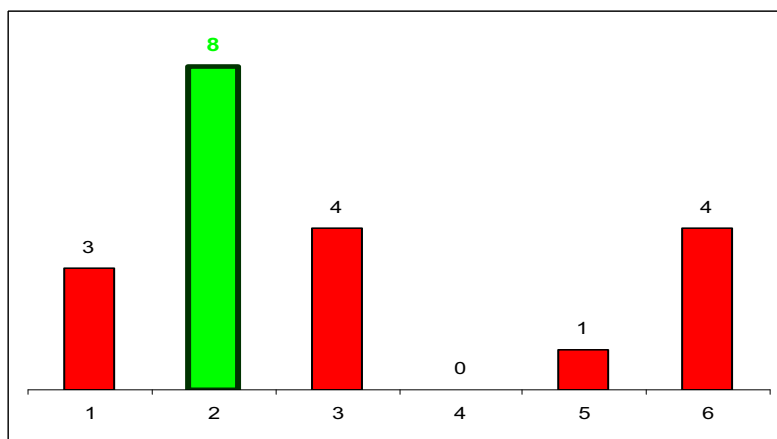
1. Importância do trabalho na determinação saúde-doença do indivíduo e do coletivo dos trabalhadores;
2. Ênfase na abordagem individualizada;
3. Contemplar a diversidade e especificidades estaduais e incorporar a experiência acumulada pelos estados e municípios;
4. n.d.a;
5. Outras;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 34 - Demonstrativo das respostas referente à questão: São aspectos considerados na Educação Permanente dos trabalhadores da saúde:



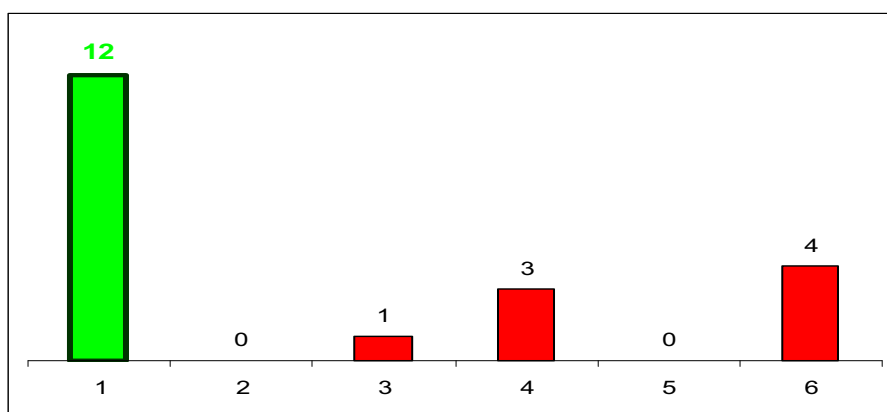
1. Atualização técnica, sem necessidade de contemplar a atualização científica;
2. Produção da subjetividade e habilidades técnicas;
3. Ênfase no conhecimento em sua especialidade.
- 4 n.d.a;
5. Outra;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 35 - Demonstrativo das respostas referente à questão: segundo o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, o que é preciso contemplar na formação e gestão do trabalho em saúde?



1. Que os profissionais envolvidos tenham excelente conhecimento técnico;
2. Que haja mudanças nas relações, processos e ações de saúde;
3. Que haja mudanças nas pessoas e ações de saúde.
4. n.d.a;
5. Outra;
6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 36 - Demonstrativo das respostas referente à questão: quais as estratégias definidas pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) para a capacitação em Saúde do Trabalhador?



1. Desenvolver programa de capacitação de profissionais, para o desenvolvimento das ações em Segurança e Saúde do Trabalhador no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada;

2. Excluir disciplinas em Segurança e Saúde do Trabalhador no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração;

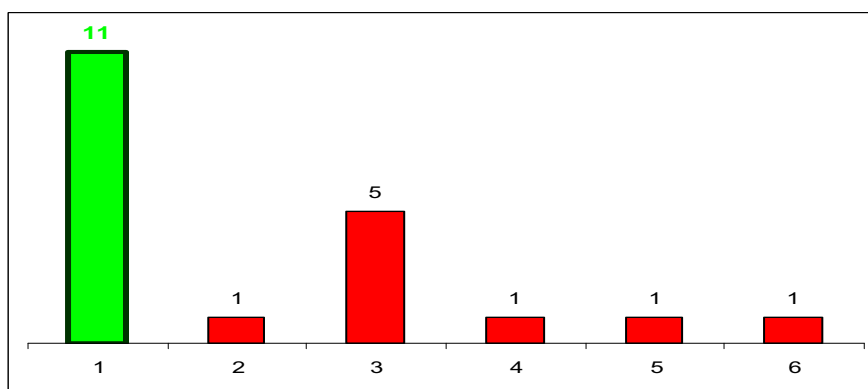
3. Excluir os trabalhadores, em favorecimento dos representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações nos processos de educação continuada;

4. n.d.a;

5. Outra;

6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

Figura 37 - Que política o gestor de saúde deverá adotar referente aos sujeitos das ações de Saúde do Trabalhador, isto é, os próprios trabalhadores?



1. Buscar estratégias, instrumentos de comunicação e educação popular em saúde;

2. Desenvolver educação técnico-científica em saúde;

3. Oferecer serviços que o SUS considera importante em Saúde do Trabalhador;

4. n.d.a;

5. Outras;

6. Não tenho conhecimento sobre o assunto.

ANEXO F - Atividades e dificuldades desenvolvidas pelo Município de C₂ em relação à saúde do Trabalhador

Atividades desenvolvidas:

- Investigação “in loco” de todos os acidentes de trabalho registrados no município, com foco principal nos acidentes fatais e graves, e os ocorridos com crianças e adolescentes;
- Realização de vistorias junto às empresas de maior porte, existentes no município, com o objetivo de verificar as condições estruturais e de segurança das mesmas;
- Publicação de informes eventuais, junto aos jornais locais, abordando aspectos básicos de saúde do trabalhador;
- Atuação em todas as campanhas institucionais, promovidas pelo CEREST-PP, divulgando e implementando as mesmas, a nível local;
- Participação, na medida do possível, e de acordo com a disponibilidade de recursos humanos existentes, em todos os treinamentos, capacitações, etc., com enfoque na saúde do trabalhador, realizados pelo CEREST-PP, bem como por outros órgãos estatais e não governamentais;

Principais dificuldades:

- Recursos humanos insuficientes para a implementação de ações em todas as áreas de Saúde do Trabalhador;
- Necessidade de treinamentos mais aprofundados, sobre os diversos eixos que compõem a área de saúde do trabalhador, para melhor compreensão das complexas normas de segurança no trabalho;
- Não repasse de novos recursos financeiros ao município, por conta da assunção de novas e complexas responsabilidades, dificultando ainda mais o desencadeamento de ações, devido à impossibilidade de novos investimentos com recursos próprios municipais.