

Maria Teresa Bruni Daldon¹
Selma Lancman²

Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas

Worker's health surveillance – trends and uncertainties

¹ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Freguesia do Ó, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP, Brasil.

² Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

Maria Teresa Bruni Daldon

E-mail:

mtbdaldon@usp.br

Ensaio baseado no levantamento bibliográfico que compõe a pesquisa de mestrado desenvolvida pela primeira autora, sob orientação da segunda, intitulada *Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador*, no programa de Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os autores declaram que este trabalho não foi subvencionado e não apresenta conflitos de interesse.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 11/03/2013

Aprovado: 14/03/2013

Resumo

No contexto atual do mundo do trabalho, é fundamental que a Vigilância em Saúde do Trabalhador possa, por meio de mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho, promover a saúde dos trabalhadores e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho. O objetivo deste ensaio é refletir sobre o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador com ênfase no município de São Paulo. Com base em revisão bibliográfica e documental, abordamos o fluxo e os impedimentos das ações atuais nessa área, no contexto do Sistema Único de Saúde, enfocando a distância entre conhecimento teórico, sua apreensão e sua aplicação. Iniciamos por uma retrospectiva histórica e conceitual do campo da Saúde do Trabalhador. Na sequência, fazemos uma reflexão sobre as políticas de governo para Vigilância em Saúde do Trabalhador e sobre os conceitos de Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Complementando a reflexão, a Vigilância em Saúde do Trabalhador é analisada a partir da perspectiva de diferentes autores. Concluímos que é preciso requalificar a estrutura organizacional da saúde pública no Brasil, incluindo indicadores qualitativos de avaliação do impacto das ações e contemplando os diferentes processos de trabalho e a diversidade de necessidades de cada serviço voltado à ST no âmbito do SUS.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; vigilância em saúde do trabalhador; política de saúde; serviços de saúde do trabalhador; programas nacionais de saúde.

Abstract

In the current labor context, it is essential that Worker's Health Surveillance can promote workers' health and prevent work related diseases and accidents by means of research, analysis and intervention on the processes, work environments, organizations and labor relations. The objective of this essay is to bethink workers' health surveillance process, particularly in the city of São Paulo. Based on literature review and documental analysis, we discuss the current flow and the impediments of the Brazilian Unified Health System (SUS) actions concerning workers' health surveillance, approaching the gap between theoretical knowledge, its understanding and applicability. We start by a historical and conceptual retrospective of the Worker's Health subject. Then, we analyze the Brazilian governmental policies on Worker's Health Surveillance as well as the concepts of Health Surveillance and Worker's Health Surveillance, considering perspectives of different authors on Surveillance of Worker's Health. We conclude by pointing at the need of re-qualifying the Brazilian public health organizational structure, including the qualitative indicators of the actions impact, taking into account the different work processes and the diversity of needs in each of SUS' Worker's Health services.

Keywords: occupational health; worker's health surveillance; health policy; occupational health services; national health programs.

Introdução

Os processos de trabalho baseados nas novas formas e métodos de organização do trabalho, no aumento da competitividade e na avaliação por desempenho fragilizam as relações sociais, rompem os laços de solidariedade e levam a um maior individualismo e à solidão. Fica dificultada, portanto, a construção de “estratégias coletivas de defesa” – segundo conceito desenvolvido por Dejours (LANCMAN; SZNELWAR, 2004) – que poderiam proteger os trabalhadores do sofrimento e do adoecimento gerado por situações e condições de trabalho. Essas estratégias protetoras facilitariam a criação de processos capazes de transformar o trabalho e de fortalecer as relações de cooperação entre os trabalhadores.

As elevadas cargas e os processos de trabalho insalubres e perigosos, os equipamentos e as tecnologias ultrapassadas, os ambientes de trabalho inóspitos, as novas formas de organização e divisão do trabalho, a flexibilidade nos contratos e a consequente perda de direitos de proteção ou garantias, entre vários fatores, aumentam o adoecimento, a invalidez e a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho (ANTUNES, 1995; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; ALVES, 2000; ABREU; RESENDE, 2001; TOLDRA et al., 2010).

Esses fatos modificam o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores com a presença de novas doenças e a intensificação de outras já existentes (RIGOTTO, 1998; SENNETT, 1999; ALVES, 2000; HELOANI; CAPITÃO, 2003; BERNARDO, 2006).

O enfraquecimento dos sindicatos é mais um fator que caminha lado a lado com a precarização dos trabalhos formal e informal, comprometendo sua atuação, sempre fundamental na construção do campo Saúde do Trabalhador (ST) e na busca por processos de trabalho mais salubres (LACAZ, 1996, 2007; MACHADO, 1997; NARDI, 2004; BRITO, 2005; LACAZ; FLORIO, 2009; SANTOS, 2010).

Diante desse panorama e dos elevados números de acidentes e adoecimento no trabalho (BRASIL, 2011), os serviços públicos de saúde deveriam buscar respostas para assegurar condições e processos de trabalho dignos, atenuar os problemas de saúde relacionados ao trabalho e desenvolver formas de intervenção capazes de reverter esse quadro. Estaria a Vigilância em Saúde do Trabalhador respondendo a essa demanda?

O objetivo deste ensaio é refletir sobre o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), com ênfase no município de São Paulo. Abordaremos o fluxo e os impedimentos das ações atuais nessa área, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma leitura histórica e conceitual, enfocando a distância entre conhecimento teórico, sua apreensão

e sua aplicação, a fim de contribuir para uma reflexão crítica do desenvolvimento das políticas públicas de saúde/trabalho e das próprias ações em Visat, gerando soluções efetivas para o cenário atual.

Metodologia

O presente ensaio foi estruturado a partir da consulta a livros, artigos de periódicos científicos, dissertações e teses. Também foram consultados documentos governamentais, legislações e atas de conferências federais, estaduais e municipais relativos à Saúde Pública no SUS e à área de Saúde do Trabalhador.

O material foi utilizado como fonte de dados simples. Buscaram-se nesses textos elementos históricos e conceituais referentes ao tema abordado para um aprofundamento no campo da Visat e a compreensão das políticas e diretrizes que a norteiam, bem como os fatores que interferem nos rumos e no alcance dessas ações.

Essa base de dados abrangeu material produzido desde os anos 1980 até os nossos dias, momento histórico de implantação do SUS e de mudanças importantes nas políticas de Saúde do Trabalhador no país. O levantamento se deu no período de outubro de 2009 a julho de 2011.

Buscou-se enriquecer os textos de referência na área com material coletado em diversas bases virtuais qualificadas, dentre as quais destacamos: Biblioteca Virtual em Saúde da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Lilacs, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do acervo digital/eletrônico da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Escola Médica Virtual da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). Ainda, o Portal do Ministério da Saúde e o da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Os descritores empregados foram: Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Política de Saúde do Trabalhador, Serviços de Saúde do Trabalhador e Programas Nacionais de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (CEP/SMS) sob o nº 467/09 CAAE 0232.0.162.015-09 e pela Comissão de Ética para a Análise de Pesquisas (CAAPesp) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o nº 1136/09.

Resultados e discussão

Retrospectiva histórica e conceitual do campo da Saúde do Trabalhador

Nas práticas desenvolvidas nessa área, diversas concepções conceituais parecem coexistir e muitos dos profissionais que atuam em Visat parecem ter pouca crítica acerca dos pressupostos que norteiam sua prática (DALDON, 2012). Assim, propomos essa retrospectiva a fim de elucidar as raízes das práticas atuais.

Diferentes compreensões da relação saúde-trabalho estão ligadas a fatores históricos e sociais e não parecem ser lineares. Ao longo do tempo, o trabalho vem sendo pensado como determinante do processo saúde-doença e discutido em instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho – OIT (LAURELL, 1985; RIBEIRO; LACAZ, 1985; SPEDO, 1998; LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, 2006).

No Brasil, a expressão Saúde do Trabalhador (ST) começou nos anos 70 e 80 do século passado indicando o campo de conhecimentos vinculado a uma área ou programa de saúde (MENDES; DIAS, 1991; LANCMAN, 2004; VASCONCELLOS, 2007).

As transformações no mundo do trabalho deixaram claro que era preciso compreender melhor o papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença. Os modelos tradicionais adotados pela Medicina do Trabalho, com seu conceito monocausal de doença, e pela Saúde Ocupacional mostraram-se insuficientes (LACAZ, 1983; RIBEIRO; LACAZ, 1985; LAURELL, 1985; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; BRITO, 2004; MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Apesar de considerar a multicausalidade, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores de risco na produção da doença, a Saúde Ocupacional mantém como critérios a avaliação da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. A despeito dessa abordagem incluir, progressivamente, em suas equipes, outros profissionais além do médico (MENDES; DIAS, 1991), os agentes/riscos continuaram sendo assumidos como inerentes ao trabalho, sem considerar o contexto que determina sua existência, repetindo na prática as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas de segurança à saúde adotadas nesse modelo restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nessas duas correntes, com enfoques reducionistas, a relação saúde-trabalho é compreendida como simples causa e efeito e é desconsiderado o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o processo saúde-doença, bem como

a centralidade do trabalho na determinação desse processo. Elas negligenciam a necessidade de que os trabalhadores participem efetivamente das decisões acerca da organização e da gestão dos processos produtivos (LACAZ, 1983; RIBEIRO; LACAZ, 1985; LAURELL, 1985; LACAZ, 1996; BRITO, 2004). Essas correntes estão, portanto, longe de responder à demanda dos trabalhadores por uma atenção integral à saúde e por um trabalho digno e saudável.

Buscando responder às questões de saúde pública ligadas às condições de trabalho e de vida, a partir do final dos anos 1960 surgiram diversos movimentos.

A Reforma Sanitária Italiana deu origem ao Modelo Operário, que tem como premissa para as ações transformadoras a interlocução com os operários e o reconhecimento de seu saber, derivado da própria experiência. Ele inova com a construção de mapas de risco e dos “grupos homogêneos de risco” (grupos submetidos às mesmas condições de trabalho), nos quais os operários não delegam aos técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento aí obtido. Os achados são classificados em “grupos de risco” e os processos reivindicatórios, pautados na “validação consensual” resultante da discussão coletiva das avaliações (ODDONE et al., 1986; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). A noção de “grupo de risco” do Modelo Operário valoriza a inter-relação entre os fatores de risco no processo de adoecimento. É, portanto, diferente do conceito dado ao “risco” pela Medicina do Trabalho. No entanto, ambos podem ser entendidos como insuficientes para explicar a dinâmica global do processo de trabalho e suas relações com a saúde e o adoecimento.

Com a Medicina Social Latino-Americana, modelo proposto por Laurell e Noriega (1989) que considera a determinação social, e discutindo amplamente o processo de produção e saúde, trabalho e desgaste operário, esses autores introduziram em seus trabalhos a categoria cargas de trabalho dividida em físicas, químicas, biológicas, mecânicas e, ainda, fisiológicas. Essa categoria estaria atrelada à noção de processo de desgaste, distanciando-se do conceito de risco, que eles consideravam insuficiente para apreender a lógica global do processo de trabalho e saúde. Eles chamaram a atenção para o sinergismo das cargas e também para a necessidade de analisá-las em conjunto, dentro de seu contexto. Os autores entenderam que, no processo de análise do trabalho, os elementos interagem dinamicamente entre si e com o trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda efetiva e/ou potencial da capacidade corporal e psíquica. Dependendo do contexto e de como o trabalhador enfrenta tais cargas, é que se dá o desgaste.

Laurell e Noriega (1989) acrescentaram a noção de reversibilidade dos processos de desgaste, mostrando que as perdas de capacidade poderiam ser recuperadas em certos casos e que o desgaste não necessariamente se expressava em forma de doença. Essa corrente incorporou a ideia de trabalhador não como um ser passivo, mas como agente de mudança, com saberes e vivências sobre seu trabalho acumulados coletivamente (SANTOS, 2001).

Para a Medicina Social Latino-Americana, as exigências decorrentes da organização do trabalho e da atividade do trabalhador têm papel relevante na conformação dos perfis de saúde-doença dos coletivos de trabalhadores. O caráter complexo e inespecífico do desgaste e sua invisibilidade para os olhares menos atentos merece destaque.

No Brasil, no final dos anos 1970, uma nova concepção denominada “Saúde do Trabalhador” rompeu com os velhos modelos de compreensão dos modos de produzir doenças (MENDES; DIAS, 1991, WAISSMANN; CASTRO, 1996), e tanto a Medicina Social Latino-Americana, como o Modelo Operário Italiano (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997) tiveram reflexos na estruturação das ações de Visat no país.

Esse processo foi impulsionado pelo desenvolvimento da Saúde Coletiva durante o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que propunha uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade, incluindo a ST como direito universal (BRASIL, 2006).

Textos produzidos por Pinheiro (1996), Machado (1997), Santos (2001) e pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador da Bahia – Cesat (2002) contam que, sob influência da Medicina Social Latino-Americana e da Reforma Sanitária Italiana, no Brasil, tanto a ST, quanto a Visat passaram a considerar a determinação social da saúde e a questionar a adoção exclusiva de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito. Em algumas práticas e gestões, foram introduzidas metodologias participativas em saúde, englobando a validação consensual em grupos homogêneos e a atenção à dinâmica entre o sujeito individual e o coletivo, inerentes ao mundo do trabalho.

Desde o início, na Saúde do Trabalhador, novas formas de intervenção nos ambientes de trabalho têm buscado superar tanto o enfoque reducionista de causa-efeito, como o conceito de determinação social do processo saúde-doença. A Visat deve abarcar não apenas os riscos e os agravos/efeitos à saúde, mas também o processo de trabalho e os determinantes de tais condições com vistas à promoção da saúde. Essa forma de vigilância valoriza a subjetividade e o saber dos trabalhadores e busca ser um instrumento de transformação social articulado ao

contexto social (PINHEIRO, 1996; CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR, 2002).

Nessa perspectiva de compreensão do processo trabalho-saúde-doença, a Visat segue apropriando-se de diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem, articulando a epidemiologia, a saúde coletiva, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia franco-belga, entre outras. Incorpora, assim, o pensamento de vários autores, entre os quais: Dejours, Abdoucheli e Christian (1994); Dejours (1997, 1999, 2004); Wisner (1994); Guérin et al. (2001); Daniellou (2004); Lancman e Uchida (2003); Lancman e Sznclwar (2004); Lancman e Heloani (2004); Seligmann-Silva (1994); Sato (1991, 2002); Sato, Lacaz e Bernardo (2006); Vilela (2002, 2003, 2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010).

Outro avanço em Visat é a composição das equipes, que conta com profissionais de diversas áreas de conhecimento (médicos do trabalho e de outras especialidades, assistentes sociais, dentistas, educadores em saúde pública, enfermeiros, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais entre outros), favorecendo a melhor contextualização, interpretação e compreensão da gama de relações sociais e técnicas que conformam a produção e da complexidade e subjetividade dos diversos atores aí envolvidos (DALDON, 2012).

Ao longo do tempo, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) da cidade de São Paulo, os processos de Visat incluíram a realização de grupos de discussão sobre as situações de trabalho, e as estratégias de mudanças foram construídas em conjunto entre equipe de vigilância e trabalhadores das empresas investigadas. Também incluíram o levantamento e o estudo territorial para compreensão das características das empresas e das possíveis doenças e acidentes que estavam sendo gerados e, assim, norteando as estratégias de intervenção (DALDON, 2012).

Na compreensão da realidade do setor de serviços nessa cidade, foram desenvolvidos, pelos Cerests municipais em parceria com a Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa), projetos que envolveram questionários e entrevistas com trabalhadores que facilitaram o entendimento de questões subjetivas do trabalho e da própria organização do trabalho. Aspectos considerados importantes pela Análise Ergonômica do Trabalho, como absenteísmo, sazonalidade, organização do trabalho, relação com colegas e chefia entre outros, foram analisados (DALDON, 2012).

Entre avanços e retrocessos, a Visat segue transformando-se influenciada pela conjuntura socioeconômica e pelas políticas de saúde vigentes (LAUREL apud FREITAS; LACAZ; ROCHA, 1985; DIAS; HOEFEL, 2005; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997; DALDON, 2012).

Política de governo para Vigilância em Saúde do Trabalhador

Por mais de 50 anos, no Brasil, intervir no espaço do trabalho era papel do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com ações limitadas às normas da Higiene e Segurança do Trabalho e com sanções exclusivamente vinculadas a essas leis e normas. Somente a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988) e, ainda, da Lei Orgânica de Saúde (LOS) – Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) é que o setor de saúde do Estado passou a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho.

Hoje, o aparelho de Estado brasileiro voltado para a atenção à saúde do trabalhador está estruturado basicamente em quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação), em duas fundações (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho – Fundacentro – e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e em centros de atenção à saúde do trabalhador do SUS que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), especialmente os Cerests inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas há pouca, ou nenhuma, articulação entre essas estruturas. Suas atribuições, por vezes, superpõem-se, como no que se refere às informações, à Visat, à reabilitação, à formação e à fiscalização (VASCONCELLOS, 2007).

Os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social limitam-se a ações ligadas ao mercado formal e aos seus segurados. Dessa forma, uma vez que o SUS segue o princípio da universalidade, ações mais abrangentes que atendam ao conjunto de novas demandas de saúde-trabalho, sobretudo aos trabalhadores autônomos ou ligados ao setor informal, parecem estar delegadas a esse sistema (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

A Visat surge com o intuito de promover e proteger a saúde do trabalhador, evitando situações e condições geradoras de sofrimento, de doenças profissionais e de acidentes de trabalho. Para alcançar tais objetivos, devem incorporar sistemática e criteriosa avaliação e planejamento da demanda e do alcance das ações desenvolvidas (MACHADO, 1996; VILELA, 2003).

O papel da Visat não é apenas fiscalizador, mas também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente. Suas ações não se voltam apenas para o trabalhador, mas também para os gestores das empresas que devem ser sensibilizados para a importância de tais mudanças.

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, publicada pela Portaria nº 3.120/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), passou a regular a Visat no âmbito do SUS e estabeleceu que, embora preservando suas peculiaridades regionais, tais ações deveriam manter linhas mestras de atuação compatibilizando instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências. Segundo essa Portaria, para as ações de Visat, devem ser desenvolvidos mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A Portaria conceitua Visat como:

[...] uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (BRASIL, 1998, Anexo, item 2, p. 3)

A Visat está intimamente relacionada às estratégias de operacionalização de uma determinada política de saúde. É influenciada por condições sociais e econômicas, envolve aspectos legais e é permeada pelo controle social (os representantes do controle social são os membros de conselhos gestores, os sindicatos, os trabalhadores das empresas, os usuários dos serviços dos Cerests, as associações de bairro e a própria comunidade na qual estão inseridos). Trata-se de um conjunto complexo com diferentes frentes de trabalho e que incorpora conhecimentos de diversas instâncias. Inclui componentes essenciais, como: a informação e suas diretrizes de ação; a intervenção em processos, condições e ambientes de trabalho; a educação, a comunicação e a promoção da saúde; a participação do controle social e dos diferentes atores comprometidos no processo.

Dependendo do formato institucional vigente, mesmo incorporada ao organograma e às práticas do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, a ST tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da vigilância, ora na assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS (DIAS; HOEFEL, 2005). Isso indica que aspectos políticos e a capacidade reivindicativa dos diversos atores interferem mais que os problemas técnicos quando se trata de implementar soluções aos agravos do trabalho (LAUREL apud FREITAS; LACAZ; ROCHA, 1985).

Em resposta à necessidade de construção de uma estrutura capaz de abarcar as atribuições e ações em ST, foi criada em 2002 a Renast. Ela reconhece a fragmentação e a sobreposição de responsabilidades pelas ações de saúde e segurança dos trabalhadores – diluída nos três setores: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social – e a necessidade de uma atuação transversal que integre esses setores (SANTORUM, 2006).

A Renast deveria representar o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da ST por meio de uma proposta de reunir as condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para sua execução, com uma política permanente de financiamento de ações de ST (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; HOEFEL; DIAS; SILVA, 2011). No entanto, esse processo é recente e ainda tem muito para avançar.

Com ela foram habilitados vários Cerests além dos já existentes em todo o país (SANTORUM, 2006; SANTOS, 2010). Todavia, após sua criação, pouco se tem aprofundado no entendimento da influência dessa rede nas experiências dos Cerests, especialmente em Visat. Por isso, vários autores (BERTOLINI, 2007; DIAS et al., 2008, 2009; SANTOS, 2010) apontam que os rumos da ST ainda são um campo vasto para trabalhos futuros.

A Renast não tem conseguido cumprir as metas a que se propõe. Os mecanismos de acesso ao repasse dos recursos nela previstos são complexos e inviabilizam um planejamento em longo prazo e até mesmo o uso desses recursos pelos gestores diretos dos serviços (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; DALDON, 2012). Uma das explicações propostas para essa situação seria a ausência de uma Política de Saúde do Trabalhador estruturada nos municípios e aprovada pelo controle social local, exigência mínima da Renast para a liberação de recursos. Outra explicação seria a falta de vontade política das instâncias superiores. Contudo, faltam estudos sistemáticos que expliquem esse fato.

Assim, com a ausência efetiva de investimentos, vários serviços de ST seguem com múltiplas carências, que se tornaram empecilhos para o estabelecimento de uma rotina voltada para a Visat (SANTOS, 2010).

Diante da gigantesca quantidade de acidentes e doenças decorrentes do trabalho (BRASIL, 2011), a Visat deveria ser considerada estratégica e mesmo um fio condutor de transformações nos ambientes e processos produtivos.

O *Manual de Gestão e Gerenciamento*, da Renast (BRASIL, 2006, p. 37-38 e p. 77), reconhece a “indissociabilidade das ações assistenciais e de Vigilância em Saúde como um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador”, mas, na prática, elas estão a cada dia mais desintegradas. Vários serviços tendem a abordagens em ST tradicionalmente voltadas para a assistência e a reabilitação, desvinculadas da Visat e com pouco investimento em práticas de promoção e prevenção. Outros se voltam quase que exclusivamente para a Visat. É ínfimo o envolvimento dos programas de atenção básica por meio dos agentes comunitários de saúde e das redes locais de assistência, dos serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade, os quais teriam, entre outros, um papel fundamental na captação de casos índices de acidentes e doenças profissionais (BRASIL, 2006; DALDON, 2012).

Para Lacaz, Machado e Porto (2002, 2006) e Hoefel, Dias e Silva (2011), a avaliação sistemática da articulação entre assistência e vigilância e a concreta implantação de um modelo que reforce essa integração, conforme é proposto pela Renast (BRASIL, 2006), poderia levar à melhoria da qualidade das intervenções nela previstas.

Vigilância em saúde e vigilância em saúde do trabalhador

Muita confusão é feita entre as diferentes vigilâncias e é fundamental compreender o papel de cada uma delas e a importância do casamento entre essas modalidades para garantir que se efetive um conceito ampliado de vigilância em saúde.

Vários autores (ODDONE et al., 1986; MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1996, 2007; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PORTO; MACHADO; FREITAS, 2000; MACHADO; PORTO, 2003; LACAZ et al., 2002; VASCONCELLOS, 2007; SANTOS, 2010) apontam a necessidade de superar as concepções que se restringem às clássicas Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e até Médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, as quais, atuando de forma desarticulada e até dissociada, não dão conta do processo trabalho-saúde.

É preciso consolidar o conceito de Visat e compreender sua especificidade. Tambellini (1986) dizia que a atuação da Visat distinguia-se da Vigilância em Saúde em geral e de outras disciplinas no campo da saúde e trabalho por ter como objeto específico a investigação e a intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Para ela, ainda havia fragmentação e pouca articulação entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação, o que dificultava que essa concepção fosse de fato incorporada na prática. Parece-nos que, nos últimos anos, não houve avanços em muitos desses aspectos.

Durante muito tempo, à Vigilância Epidemiológica coube o limite técnico das informações sobre a ocorrência das doenças e à Vigilância Sanitária, o de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (WÜNSCH FILHO et al., 1992, apud SANTOS, 2001). A Visat busca superar essa dicotomia e integrar as diferentes ações, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 1997; MACHADO, 1997), agindo sobre os problemas de modo contínuo, considerando o território, os determinantes clínicos, epidemiológicos e sociais e as condições de vida das populações (MONKEM, 2000 apud LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Parece-nos que a Visat não deve ser entendida apenas como uma somatória de ações de Vigi-

lância Sanitária e Epidemiológica voltadas para a proteção da saúde do trabalhador, como propõe a LOS nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) ou o Código Sanitário Municipal de São Paulo (CSM) (SÃO PAULO, [MUNICÍPIO], 2004).

O próprio *Manual de Gestão e Gerenciamento* da Renast (BRASIL, 2006) não apresenta uma definição do que é entendido por Vigilância em Saúde do Trabalhador em si.

No entender das Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 3.252/09 GM/MS (BRASIL, 2009), a Visat não é uma área desvinculada ou independente da Vigilância em Saúde como um todo, mas, ao contrário, ela acrescenta ao conjunto de ações da Vigilância em Saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando as práticas sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde (BRASIL, 1998; 2009).

Essas portarias adotam uma concepção mais abrangente de saúde relacionada ao processo de produção e consideram a diversidade, a complexidade e o surgimento de novas formas de adoecer, ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional. Diferentes definições estão presentes em diversas normas e regulamentações brasileiras referentes às Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, de Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde. É possível consultá-las na LOS (BRASIL, 1990), nas próprias Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 3.252/09 GM/MS (BRASIL 2009), no CSM (SÃO PAULO [MUNICÍPIO], 2004) e no *Manual de Gestão e Gerenciamento* da Renast (BRASIL, 2006). A despeito do avanço nas definições, não fica claro nessas portarias como se darão as ações de Visat e não são assegurados os meios para sua realização, tais como recursos materiais, humanos e formação profissional. Não especificam a quem cabe e como serão realizados o planejamento e a avaliação de tais práticas em cada território.

Nos textos aqui analisados, a expressão Vigilância Sanitária foi por vezes utilizada como sinônimo de Visat ou de Vigilância em Saúde. Parece-nos importante que as diferenças entre elas estejam claras e uma compreensão mais ampliada do que seja a Visat parece ser fundamental para que ela ganhe espaço intra e interinstitucional e se legitime como um campo de atuação distinto das demais formas de vigilância, mesmo que intrinsecamente relacionado a elas.

Ainda hoje há entraves para que a Visat consolide-se, e as diretrizes visando à prevenção e à promoção de saúde seguem sendo implantadas lentamente. Em parte, isso se deve à estrutura das instituições do SUS, que ainda se encontra fortemente cristalizada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. Assim, a perspectiva inovadora e integradora

da Visat, a qual se aproxima da visão moderna de Vigilância em Saúde, não se concretiza na prática (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Mesmo com os avanços e as conquistas dos últimos anos, ainda há um distanciamento entre a realidade prática da Visat e o que é disposto nas políticas e normatizações que tratam desse tema e que prescrevem o trabalho a ser feito pelos profissionais dos serviços de ST. Isso exige dos trabalhadores de Visat ajustes e intenso comprometimento para garantir a continuidade de seus trabalhos (OLIVEIRA et al., 1997, MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Visat sob a perspectiva de diferentes autores

Diferentes livros, artigos científicos, dissertações e teses que tratam da Visat, desde os anos 1980 até os nossos dias, demonstram a importância do tema, o qual vem sendo discutido por vários autores que se complementam no entendimento e na avaliação de seus rumos.

a) Fluxo e impedimento das ações de Visat no contexto do SUS

A Visat é complexa e deve ser considerada sob diferentes perspectivas. Para autores como Oddone et al. (1986), Mendes e Dias (1991), Lacaz (1996, 2007), Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), Porto, Machado e Freitas (2000), Machado e Porto (2003), Lacaz, Machado e Porto (2002), Vasconcellos (2007), Santos (2001, 2010), ela é um desafio que implica na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais (sendo os trabalhadores fundamentais) e do próprio controle social no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Machado (1997) comenta que, além de definição da abrangência territorial de atuação, o processo de introdução de ações de Visat no SUS carece de:

[...] consolidação institucional, de reconhecimento social, mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social). Também precisa de aprofundamento conceitual.

Existem questões importantes a se considerar, como a capacidade de implementar as políticas públicas, seus desdobramentos no campo das práticas e os conflitos de atribuições na esfera das instituições públicas, além da necessidade de aprofundamento dos instrumentos normativos, afirmam Oliveira et al. (1997), Mendes et al. (1993), Porto, Machado e Freitas (2000), Lacaz, Machado e Porto (2002; 2006) e Sato e Bernardo (2005). Essa situação, somada à dificuldade em estabelecer competências intersetoriais e a integração delas, leva, por vezes, a longos processos fadados ao insucesso, comenta Oliveira (1994).

Santos (2001) descreve como positivas as parcerias com ministérios que têm atuações afins, como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego ou o da Previdência e Assistência Social, pois possibilitam potencializar as ações de Visat e os recursos, evitando intervenções superpostas e/ou pontuais. A autora observou, no entanto, a dificuldade de articulação com as instituições representativas desses ministérios, como a então Delegacia Regional do Trabalho (DRT), hoje denominada Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE), e o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Spedo (1998) aponta instituições (DRT à época) que continuavam desenvolvendo apenas ações de fiscalização sobre as empresas a partir de denúncias e demandas pontuais, sem qualquer aproximação com a vigilância em saúde. Segundo Machado (1996), essas atuações têm demonstrado apenas uma eficácia pontual e momentânea.

Existem experiências positivas nas parcerias entre Cerests e Ministério Público do Trabalho (CHEREM et al., 2009; DALDON, 2012). Já em relação ao Ministério do Trabalho e Emprego, Lacaz (1992 apud SANTOS, 2001) diz que a Visat, ao desenvolver intervenções nos locais de trabalho nocivos à saúde, deveria ir além do que fazem as tradicionais fiscalizações dos órgãos ligados a esse Ministério, conseguindo, a partir da abordagem epidemiológica do risco, planejar suas ações para se antecipar aos acidentes e às doenças do trabalho.

Segundo Santorum (2006), há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados acerca das ações de Visat e os desdobramentos que a vida solicita dos responsáveis por executá-las. Ela afirma, ainda, que os protagonistas da Visat no Brasil precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superarem, no seu dia a dia, as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de problemas identificados no âmago das organizações produtivas, no qual há o confronto entre interesses privados e direitos publicamente constituídos em nosso país.

A autora ressalta ainda a necessidade de criação de dispositivos que contribuam para o processo de legitimação e institucionalização da Visat e de desenvolvimento de estratégias de investigação, intervenção e formação em saúde que privilegiem os saberes oriundos da experiência, favorecendo o enfrentamento dos embates do percurso de execução e efetivação das vigilâncias. Santorum (2006) aponta como primordial uma reflexão sobre a intervenção e os recursos metodológicos para mediar as relações de saúde-trabalho, colocando em debate as perspectivas já existentes e as que podem ser construídas para desenvolver uma atuação que realmente envolva todos os sujeitos diretamente implicados nesse processo.

Mesmo que as negociações para transformações no trabalho ainda estejam, em certos casos, muito atreladas aos aspectos punitivos impostos às empre-

sas, dificultando abordagens mais amplas, os serviços de ST propõem-se a realizar ações de Visat para além da mera aplicação de sanções vinculadas a leis e normas (VILELA, 2003).

b) Participação dos trabalhadores das empresas nas Vigilâncias em Saúde do Trabalhador

Abordagens que incluem a participação ativa dos trabalhadores são dificultadas pelas condições impostas pelas relações de trabalho de nossos dias. Os profissionais que realizam as ações de Visat temem colocar os trabalhadores na linha de represálias e até mesmo de demissões, sejam aqueles com os quais conversam no momento das vigilâncias, ou os que sofreram algum tipo de acidente de trabalho que esteja em investigação, ou até mesmo os que procuram os serviços de ST para assistência.

Segundo Brito (2005), a importância dessa participação explica-se pelo fato do trabalhador ser um sujeito ativo diante das situações que enfrenta e capaz não só de criar coletivamente estratégias de enfrentamento significativas na garantia de sua saúde, mas também de produzir um conhecimento tácito que não deve ser ignorado. Para corroborar essa concepção de trabalhador como sujeito ativo, o autor recorreu a Tambellini (1976, apud BRITO, 2005, p. 885), que se referiu à capacidade das coletividades de responder com plasticidade às condições em que vivem, e a Nouroudine (2003, apud BRITO, 2005, p. 885), que explica que é somente por meio de uma audácia, que envolve correr riscos, que o trabalhador enfrenta os desafios da atividade (real) do trabalho, dando conta daquilo que não está previsto pela organização (prescrita) do trabalho.

Mas Porto, Lacaz e Machado (2003) apontam, entre as dificuldades para garantir a participação ativa dos trabalhadores nas intervenções, as encontradas nas ações que envolvem pequenas e médias empresas e o setor informal da economia. Nesse último, a precariedade de vínculos dificulta a presença de interlocutores e a própria configuração de redes de apoio.

Para Santorum (2006), a Visat deveria poder proporcionar um espaço para a interlocução com os trabalhadores valorizando o olhar deles sobre a atividade que realizam e facilitando-lhes um processo de apropriação de seus saberes e de seu poder de transformação/ação.

Faltam, no entanto, condições que garantam essa aproximação sem que dela resultem retaliações aos trabalhadores.

c) Equipes profissionais de intervenção

Machado (1996) propôs um modelo de Visat em que a intervenção interdisciplinar é o pressuposto básico para que se realize a investigação da relação entre processo de trabalho e saúde. Para esse autor,

os componentes epidemiológicos, sociais e tecnológicos constituem essa ação interdisciplinar e atuam como mediadores da relação entre saúde e trabalho. No entanto, para esse mesmo autor, a formação profissional dos componentes das equipes de vigilância precisa superar os limites decorrentes do elevado número de abordagens quantitativas, comuns nos primeiros estudos da ST, e suprir a carência de aperfeiçoamento das abordagens qualitativas existentes. Ele considera a importância da articulação entre essas duas abordagens para uma compreensão e intervenção mais plena do campo (MACHADO, 1997).

Minayo-Gomes e Lacaz (2005) alertam que, em sua observação da realidade brasileira, ainda há um predomínio de profissionais oriundos de formações clássicas, como medicina (clínica e toxicologia) e higiene industrial (engenheiros e técnicos de segurança). Assim, nas ações de Visat desenvolvidas no Brasil nos dias de hoje, diferentes referenciais se fazem presentes e dependem mais da formação profissional dos técnicos e do contexto em que esses atores desempenham suas funções do que de uma política de ST proposta pelo Estado.

É fundamental para a qualidade das ações de Visat a constante reciclagem e a capacitação dos profissionais atuantes, bem como a instituição de espaços para a discussão e compartilhamento dos diferentes saberes, lógicas e conceitos que norteiam o trabalho. Santos (2001) critica a ausência de uma política de Estado para a formação e a capacitação de recursos humanos para atuar em Visat.

Corroborando essa preocupação, temos a falta de concursos públicos suficientes para prover a carência de profissionais dessa área e para repor e renovar os profissionais ora atuantes. Se não houver um planejamento, sua experiência acumulada perder-se-á quando eles se apresentarem.

d) Campo conceitual e as práticas em Vigilâncias em Saúde do Trabalhador

Minayo-Gomez e Thedim Costa (1997) criticam a ST afirmando que, apesar dos avanços no campo conceitual de suas práticas, no cotidiano, ela ainda se depara com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Colocam, assim, em questão a distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação. Para eles, nesse campo, estão evidentes os conflitos entre interesses econômicos imediatistas e a garantia da dignidade e da vida no trabalho.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005) propõem que sejam balanceadas a historicidade e a conjuntura em que se dão as relações de produção, as demandas sociais, os impactos epidemiológicos e os fatores que influenciam as disputas

e as negociações próprias do contexto onde se desenrolam as ações de Visat. Seguindo nessa linha, para Machado (1997), os componentes sociais – a situação econômica, a organização e a experiência dos trabalhadores – devem fazer parte da análise do processo de trabalho tanto quanto as situações de risco e o tipo de tecnologia utilizada em determinado processo de produção.

Entre as diferentes correntes de pensamento que influenciam a Visat, para melhor compreender os riscos ou as cargas e exigências que se manifestam concretamente nos processos de trabalho, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) defendem o uso da ergonomia de corrente francesa (WISNER, 1987), empregando os conceitos que diferenciam a tarefa prescrita da atividade real de trabalho. Essas diferenças estão presentes no dia a dia, em que as situações não prescritas exigem a mediação dos trabalhadores para garantir a produção e/ou prevenir acidentes.

Machado (2005) valoriza a aplicação tanto das bases da epidemiologia social da América Latina (LAURELL; NORIEGA, 1989), quanto da ergonomia francesa, afirmando que ambas trouxeram avanços e fundamentos essenciais para a intervenção em ST, pois analisam o trabalho como ele acontece de fato. No entanto, para Machado (2005), os conceitos desenvolvidos por essas disciplinas, como o de carga e atividade, não são suficientes para abarcar a dimensão socioeconômica da relação saúde-trabalho e poderiam trazer tensões aos grupos em suas práticas institucionais.

Apesar de reconhecer as dificuldades próprias de um enfrentamento de poderes consolidados, preconceitos e pouca disponibilidade para o diálogo entre as disciplinas, Machado (2005) recomenda que sejam adotados conceitos que conciliem os diferentes saberes, visando a uma ação transdisciplinar e transversal inter e intrassetorial, em que tais conceitos sejam compartilhados por diversas disciplinas.

A lógica e os conceitos adotados pelas equipes técnicas no desenvolvimento de suas ações trazem repercussões individuais e coletivas para a saúde dos trabalhadores das empresas sob intervenção, como explicam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 29):

Se predominam os referentes às condições materiais, terão ênfase determinados agentes capazes de ocasionar patologias diagnosticadas por critérios clínicos e toxicológicos. Se o foco de atenção volta-se prioritariamente para os aspectos ligados à organização do trabalho, aparecem com maior significância os efeitos de caráter psicossocial.

Sato (1996) considera importante a reflexão a respeito do aporte teórico que desenhará as ações em ST, devendo partir da definição do que é problema

de saúde, passar pelo procedimento de sua identificação e chegar às estratégias de intervenção no contexto da Visat. Para ela, a lógica que conduz às diferentes estratégias de intervenção é qualitativamente fundamental e determinante da linha de atuação que será adotada na prática.

Assim, quando a lógica adotada é direcionada pela escolha dos problemas pautados por estudos empíricos, a intervenção possivelmente procurará eliminar e controlar os riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e “ergonômicos”. Já, quando se adota a noção de problema a partir da percepção e do conhecimento do trabalhador, essa atuação buscará modificar a relação do trabalhador com o contexto de trabalho.

Ainda, segundo Sato (1996), na construção do conhecimento prático em Visat, as diferentes lógicas e estratégias devem ser consideradas, e os instrumentos que estão disponíveis e as diversas formas de conhecimento devem ser ponderados, cuidando-se para que as especificidades de cada uma sejam respeitadas e se use o que há de melhor nelas.

Pelo que já foi aqui apresentado, fica evidente que, apesar dessa forma de atuação ser aspirada por muitos dos profissionais que atuam em Visat, ainda estamos muito distantes de ter condições estruturais, sociais e políticas que viabilizem essa prática. A realidade diária parece engolir e sufocar essa meta ambiciosa.

e) Dificuldades na implantação e no desenvolvimento das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador

Scopinho (2004) diz que a desordenada ação estatal na área, com falta de planejamento, leva ao fato de que muitas ações só se concretizam devido às características pessoais e à boa vontade de alguns profissionais. Considerar esses aspectos parece ser fundamental para que a Visat efetive-se na prática e para que se consolide uma Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Assim, essa ausência de planejamento e política tem influenciado negativamente os rumos da Visat no país e sobrecarregado os profissionais, os quais se sentem impelidos pela rotina diária a estabelecer as metas e os meios e a encontrar recursos para a realização das vigilâncias.

Vilela (2003), em trabalho sobre as experiências do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba, apresentou outras dificuldades percebidas na implantação da Visat: falta de assessoria e de suporte técnico; limitação de recursos humanos e materiais (espaço físico e equipamentos diversos: veículo para transporte, eletroeletrônicos e artigos de informática); capacitação técnica deficitária; falta de treinamentos e de discussões sistemáticas acerca das práticas de Visat na cidade.

Segundo Sanches et al. (2009), a complexidade e a diversidade das ações de Visat, a cada novo setor em que se intervém, evidenciam as dificuldades presentes em diversos Cerests e que são agravadas pela inexperiência desses serviços em determinados setores e pela carência, despreparo ou falta de capacitação dos profissionais.

As autoras apontam ainda:

[...] dificuldades nas relações interinstitucionais intra e extra SUS; carência de informações sobre os riscos existentes no parque produtivo e sobre o perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores; dificuldades no estabelecimento de prioridades e incorporação nas ações programáticas existentes; dificuldades metodológicas para a identificação, reconhecimento e avaliação de situações de risco e para a proposição de soluções pertinentes; dificuldades para a utilização de instrumentos administrativos legais como termos, autos de infração e de imposição de penalidade, embargos e interdições. (SANCHES et al., 2009, p. 42)

O estudo realizado por Dias (1994), considerado o primeiro levantamento sistemático de caráter nacional sobre programas e serviços de saúde dos trabalhadores, foi atualizado por Lacaz, Machado e Porto (2002; 2006) entre 2001 e 2002, período anterior à Renast. Os autores fizeram uma breve discussão sobre Visat, com tópicos como a distribuição regional dos serviços; as ações de Visat neles desenvolvidas; as relações intra/intersetoriais; o controle social; a avaliação de impacto e as bases de intervenção e planejamento das ações realizadas. Observaram obstáculos como falta de formalização das relações interinstitucionais e distanciamento entre universidades e SUS, expresso na ausência de retaguarda técnica e científica para avaliar as ações. Eles também apontaram limitações político-legais para as ações no nível local, além de reduzida participação de representantes dos trabalhadores no planejamento e na realização da Visat (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2006). Este estudo é ainda atual e muitas dessas fragilidades continuam presentes.

f) Planejamento das intervenções em Vigilâncias em Saúde do Trabalhador e avaliação do seu impacto

A quase inexistência de indicadores para avaliar o impacto das intervenções em Visat e a não utilização sistemática desses indicadores para avaliar tal impacto foi estudada por Lacaz, Machado e Porto (2006) e considerada uma carência dos serviços de ST. À época, eles observaram que poucos utilizavam tais indicadores na avaliação do impacto de suas intervenções de Visat (28% dos serviços municipais e 27% dos estaduais). Isso pode ser indicativo da não priorização e da despreocupação com a análise dos resultados das intervenções. Segundo os autores, são usados roteiros de vistoria e outras formas de acompanhamento,

destacando-se as informações que alimentam distintos bancos de dados relativos a riscos e agravos do trabalho e à investigação de acidentes graves, porém, faltam instrumentos para avaliar os resultados das ações. Para os autores, já em 2001, gestores estaduais e municipais discutiam propostas de aproximação com as universidades para a proposição de instrumentos de análise do impacto das intervenções, porém, a concretização dessa proposta caminha a passos lentos.

Considerando a complexidade e o caráter dinâmico da Visat, Santos (2001) salientou que, nessas ações, cada novo processo deve ponderar as condições específicas da empresa em questão, como as de caráter tecnológico, a temporalidade para o estabelecimento de prazos para as medidas a serem tomadas, a organização e a sistematização das etapas a serem cumpridas.

Fato nem sempre considerado pelos gestores das ações de Visat é que, como foi observado por Sato (1996), ao se considerar o conhecimento prático nas ações de vigilância, é preciso que se tenha uma elasticidade maior de tempo. Os dados não estão prontos e as próprias técnicas empregadas para coleta e análise dos achados demandam uma observação prolongada, capaz de apreender a organização do trabalho e de conhecer o trabalho executado.

Está claro que, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para a Visat (BRASIL, 1998, 2002, 2006, 2009), as ações não deveriam ser apenas pontuais nem restritas a inspeções com caráter de policiamento e normatização. No entanto, hoje parece haver um retrocesso e alguns serviços de ST têm sido compelidos a ações desencadeadas basicamente em resposta a acidentes de trabalho notificados, sem que haja um planejamento dessas ações e sem que seja avaliado o alcance do trabalho que vem sendo realizado, correndo assim o risco de se distanciarem de seus reais objetivos.

Entre outros fatores, isso vem ocorrendo por conta da obrigatoriedade legal e do compromisso estabelecido na pactuação estado-municípios de que se realize a investigação de 100% dos acidentes de trabalho fatais e de, pelo menos, 50% dos acidentes de trabalho graves ocorridos em todo o estado de São Paulo (CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009) sem que seja estabelecida uma sistematização dessa demanda, um dimensionamento da capacidade dos serviços em relação a ela e, ainda, diante dos precários recursos materiais, humanos e técnicos disponíveis para esses serviços. Ainda mais inatingível é o pacto pela saúde assinado pelo município de São Paulo, nos anos 2008 e 2009, o qual aponta como meta a investigação de 100% dos acidentes de trabalho graves, fatais e em menores de 18 anos (SÃO PAULO [MUNICÍPIO], 2009).

Em grandes cidades como a de São Paulo, com uma demanda sensivelmente maior que a capacidade das equipes de Visat, essa situação é grave. Sua população residente era de 11.244.369 pessoas em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a; 2010b), isso sem se considerar a região metropolitana, da qual provem parte dos trabalhadores da cidade. São Paulo ocupa uma área de 1.523,28 km² e, em 2008, contava com 520.533 unidades industriais e 5.241.615 pessoas ocupadas somente nesse setor (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Em 2010, a área de Saúde do Trabalhador da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa) em São Paulo contava com 97 profissionais atuantes em Visat, divididos entre a própria sede da Covisa e outros seis Cerests. Eles desenvolvem atividades de intervenção em empresas, vigilância epidemiológica e, nos casos dos Cerests, também a capacitação da rede de saúde para a atenção à ST, além da assistência a trabalhadores adoecidos e/ou sequelados em função do trabalho.

Parece que, em cidades menores, como a de Piracicaba (SP), os serviços estão conseguindo organizar-se de forma a realizar a Visat a contento, e sua equipe de trabalho tem tido acesso à formação e capacitação que vem garantindo a qualidade de sua atuação (VILELA, 2010). Mas o mesmo não se repete na capital do estado.

Conclusão

Na Visat devem ser utilizados mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho buscando a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho. No entanto, esses mecanismos terão um fim em si mesmos se não considerarem a dinâmica realidade do trabalho e se ficarem baseados apenas na exigência de cumprimento das leis, no controle dos riscos, na investigação pontual de acidentes de trabalho e na repetição de modelos ultrapassados, como o da Medicina do Trabalho e o da Saúde Ocupacional. É importante saber sob qual ponto de vista e de qual modelo partem as ações de Visat.

Acreditamos que os processos de vigilância devam incluir a participação dos trabalhadores de forma a garantir que as transformações decorrentes dessas ações traduzam suas necessidades, sejam por eles apropriadas e validadas. Assim, as ações iniciadas pelas equipes de Visat poderão ser continuadas pelos próprios trabalhadores ao longo do tempo, acompanhando as constantes mudanças presentes no mundo do trabalho. Eles tornar-se-iam verdadeiros multiplicadores.

Muitos dos profissionais que atuam na Visat continuam a desenvolver ações em direção aos princípios do SUS, buscando concretizar um modelo que integre a assistência e a vigilância/intervenção. Na prática, nos dias de hoje, observa-se que essa integração ainda tem ligações tênues e estruturalmente frágeis e seu valor parece estar sendo esquecido.

A Visat carece de indicadores para avaliar o impacto de suas ações, fato que pode contribuir para a invisibilidade e a ausência de registro dos esforços dos profissionais que nela atuam, bem como para o insucesso de seu trabalho. Esse vazio deixado pela incerteza sobre os frutos do próprio tra-

balho, pela falta de reconhecimento institucional e até mesmo de alguns pares é fonte de sofrimento, desmotivação e ansiedade para os que executam a Visat.

É preciso uma requalificação da estrutura organizacional da saúde pública no Brasil a fim de contemplar os diferentes processos de trabalho e a diversidade de necessidades de cada serviço voltado à ST. Só assim, essa área poderá desenvolver-se no âmbito do SUS e cumprir todas suas atribuições nas cinco frentes de trabalho previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas.

Contribuições de autoria

Daldon, M. T. B.: contribuição substancial no projeto e no delineamento, no levantamento de dados e na sua análise e interpretação; elaboração do manuscrito e contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão publicada. Lancman, S.: elaboração do manuscrito e contribuição importante na sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

ABREU, A. C. S.; RESENDE, L. M. Reestruturação produtiva: algumas reflexões sobre seus rebatimentos no serviço social. *Serviço Social em Revista*, Londrina: Universidade Estadual de Londrina, v. 4, n. 1, jul./dez. 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n1_reestrut.htm>. Acesso em: 12 mar. 2011.

ALVES, G. *O novo (e precário mundo do trabalho) – reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Unicamp, 1995.

BERNARDO, M. H. *Discurso flexível, trabalho duro: o contraste entre o discurso de gestão empresarial e a vivência dos trabalhadores*. 2006. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

BERTOLINI, G. *A incorporação das ações de saúde do trabalhador na atenção básica: a experiência de Amparo/SP*. (Especialização)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 24 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde - LOS. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ACS, 1990.

_____. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: <http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de gestão e gerenciamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, 2011*. Brasília: MTE; MPS, 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1602>>. Acesso em: 16 maio 2013.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M. et al. (Org.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114.

_____. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-889, out./dez., 2005.

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância em saúde do trabalhador*. Salvador: Sesab, 2002.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Seminário Acidentes de Trabalho: notificar – investigar – prevenir*. 2009. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/ev_ler.asp?gt_codigo=&ev_codigo=211>. Acesso em: 2 fev. 2010.

CHEREM, A. J. et al. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 93-98, 2009.

DALDON, M. T. B. *Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2012. 200 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)–Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DANIELLOU, F. (Org.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

DEJOURS, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

_____. *A Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15; Fiocruz, 2004. p. 105-126.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; CHRISTIAN, J. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia, utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, E. C. et al. *Implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS no Estado de Minas Gerais, no período de 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo*. Belo Horizonte, 2008. (Relatório técnico-científico). Mimeo.

_____. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

FREITAS, C. U.; LACAZ, F. A. C.; ROCHA, L. E. Saúde pública e ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC: Sociedade, Direito e Saúde*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-10, 1985.

GUERÍN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 2., p. 102-108, abr./jun. 2003.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2011, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde. 2011. p. 72-78.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cadastro Central de Empresas (CEMPRE). Estatísticas do Cadastro Central de Empresas, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/cadastroempresa/2008/default.shtm>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

_____. Cadastro Central de Empresas (CEMPRE). *Censo 2010*. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708>. Acesso em: 28 fev. 2011.

_____. *Censo 2010, população do município de São Paulo*. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio_zip.shtm>. Acesso em: 12 mar. 2011.

LACAZ, F. A. C. *Saúde no Trabalho*. 1983. 147 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

_____. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LACAZ, F. A. C.; FLORIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde na virada do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123- 2134, 2009.

- LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M.; PORTO, M. F. S. Estudo da situação e tendências da vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Relatório Final, setembro de 2002. Apoio financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Apoio logístico: Abrasco. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatorioFinal%20.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009.
- _____. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: diagnóstico inicial. *REVISA - Revista Brasileira de Vigilância Sanitária*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 112-121, 2006.
- LANCMAN, S. *Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional*, 2004. 189 f. Tese (Livredocência em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- LANCMAN, S.; HELOANI, R. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação no trabalho. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo15; Fiocruz, 2004.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*, São Paulo, v. 6, p. 77-88, 2003.
- LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985. p. 255-276.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*: São Paulo: Cebes/Hucitec, 1989.
- MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
- _____. Processo de vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997.
- _____. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 987-992, out./dez., 2005.
- MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-131, 2003.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993. p. 159-185.
- MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas – velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
- NARDI, H. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinariedade. In: MERLO, A. R. C. *Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 43-64.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, L. S. B. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980*. 1994. 237 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- OLIVEIRA, M. H. B. et al. Análise comparativa dos dispositivos de Saúde do Trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 425-433, 1997.
- PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.
- PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27 n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.
- PORTO, M. F. S.; MACHADO, J. M. H.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA: O SUJEITO NA SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. *Anais...* Salvador: Abrasco, 2000. (CD-Rom).
- RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. (Org.). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: Imesp-Diesat, 1985.
- RIGOTTO, R. M. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 25, n. 93/94, p. 9-20, dez. 1998.
- SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do Cerest nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no setor canavieiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 37-43, jan./mar. 2009.
- SANTORUM, K. M. T. *Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em Saúde do Trabalhador*. 2006. 173 f. Tese (Doutorado

em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, A. P. L. *Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo*. 2001. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

_____. *Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*. 2010. 265 f. Tese (Doutorado em Ciências)–Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

SÃO PAULO (Município). Lei Municipal nº 13.725 de 09 de janeiro de 2004. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo. 2004. Disponível em: <<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/financas/legislacao/Lei-13725-2004.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

_____. *Pacto pela saúde 2008/2009, Relatório dos indicadores do pacto pela vida 2008 – Município de São Paulo*, 22 de junho de 2009. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/RltIndicPctVd%202008_2009.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2010.

SATO, L. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbanos*. 1991. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

_____. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996.

_____. Prevenção de agravos à Saúde do Trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147-1157, set./out. 2002.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigação em Saúde Pública em São Paulo. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SCOPINHO, R. A. Controle social do trabalho no setor sucroalcooleiro: reflexões sobre o comportamento das empresas, do Estado e dos movimentos sociais organizados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 7, p. 11-29, dez. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez; UFRJ, 1994.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SPEDO, S. M. *Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 1998. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

TAMBELLINI, A. T. Política nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1., 1986, Brasília, DF. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 1986.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TOLDRA, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, p. 10-22, 2010.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 269-275, 1997.

VILELA, R. A. G. *Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho: a experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba; construindo prevenção e desvelando a impunidade*. 2002. 386 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. *Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho*. São Paulo: LTR, 2003.

_____. *Da vigilância para a prevenção: contribuição da ergonomia da atividade no aprimoramento do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho SIVAT – Piracicaba*. 2010. 138 f. Tese (Livre-docência em Saúde Ambiental)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VILELA R. A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: o caso dos agentes comunitários de saúde de uma unidade de saúde da família de Piracicaba – SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.

WAISSMANN, W.; CASTRO, J. A. P. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. 1996. In: TEXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 15-25.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho, ergonomia: métodos e técnicas*. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

_____. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. Tradução Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Fundacentro, 1994.