



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**RENATA LIMA DA COSTA**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS  
REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2014**

**RENATA LIMA DA COSTA**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS  
REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lea Carvalho Rodrigues

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

---

C875a

Costa, Renata Lima da.

Avaliação das ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho /  
Renata Lima da Costa. – 2014.  
113 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,  
Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Políticas públicas e mudanças sociais.  
Orientação: Profa. Dra. Léa Carvalho Rodrigues.

1.Trabalhadores nos serviços de coleta de resíduos,de limpeza e conservação de áreas públicas –  
Saúde e higiene – Avaliação – Fortaleza(CE). 2.Higiene do trabalho – Política governamental –  
Avaliação – Fortaleza(CE). 3.Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização. I. Título.

CDD 331.7613637291098131

---

**RENATA LIMA DA COSTA**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS  
REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lea Carvalho Rodrigues (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Evania Maria Oliveira Severiano  
Faculdade Metropolitana (FAMETRO)

---

Prof<sup>a</sup> Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha família, a quem devo tudo que hoje  
sou e a quem eu vou amar eternamente.

## AGRADECIMENTOS

Aos cinco anos de idade, quando comecei a estudar, jamais pensei que iria tão longe, jamais pensei que alimentaria a paixão pela leitura e escrita. Sou privilegiada porque encontrei nesta caminhada tudo aquilo que alguém precisa para SER. Encontrei uma família que é minha base, que me aponta para Deus todos os dias, que me educou baseada nos mais nobres valores, que me ensinou que podemos sonhar e realizar, me ensinou que as conquistas se materializam com muito trabalho, dedicação e amor ao que faz. E hoje estou aqui, encerrando um ciclo muito desejado, sonhado, exaustivo, mas também muito prazeroso, período rico de conhecimentos e de emoções indescritíveis.

A minha gratidão a Deus, por me permitir viver esta experiência singular, por cuidar de mim em todos os meus momentos.

Aos meus pais Fernando Felipe Costa e Aldeide Alencar Lima da Costa, pela dedicação e amor incondicional, pelas palavras diárias de incentivo e por acreditarem mais em mim do que eu mesma.

Aos meus queridos irmãos e irmãs, parceiros de mais uma importante jornada, obrigada pelo apoio, carinho, compreensão e amizade de sempre.

Especial agradecimento à minha irmã Fernanda do Socorro Lima da Costa, que me ensinou a ler e a escrever e que, ainda criança, cumpria tão bem o seu papel de educadora.

Aos meus queridos amigos, pelo respeito, carinho, apoio e compreensão. Afinal, foram muitas as minhas ausências.

Aos colegas de turma, que se tornaram grandes amigos ao longo desta caminhada.

Aos trabalhadores do CEREST Regional e NUAST, pelas preciosas contribuições.

Aos trabalhadores da EMLURB, em especial aos garis lotados na Secretaria Executiva Regional IV, que me acolheram sempre com muita disponibilidade e que contribuíram diretamente para a realização desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho, pela amizade, compreensão, respeito, incentivo e tolerância.

Aos professores e funcionários do MAPP, pelo afeto e respeito diários.

Ao professor Alcides Fernando Gussi, coordenador do MAPP, pelas importantes contribuições ao longo desta jornada.

À banca de qualificação, professores Doutores Marcelo Tavares Natividade e Evania Maria Oliveira Severiano, pelas valiosas contribuições que deram à dissertação.

Às professoras Doutoradas Gema Galgani Silveira Leite Esmeraldo e Evania Maria Oliveira Severiano, que compuseram a banca de defesa.

À professora Doutora Lea Carvalho Rodrigues, pela paciência e pelos ricos momentos.

Ao amor, por ser um grande presente em minha vida!

## RESUMO

A presente pesquisa tem por objeto de estudo as ações de saúde do trabalhador, pautadas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. Gestada inicialmente como um plano nacional, foi posta para consulta pública e, posteriormente, no ano de 2004, entrou em vigor. Esta traz como proposta a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Em uma visão ampla, o Sistema Único de Saúde (SUS) pauta-se na noção de integralidade do sujeito, percebendo-o como um ser completo e único. A dissertação teve por objetivo avaliar as ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho dos sujeitos envolvidos (garis), por meio de investigação realizada na Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização (EMLURB), na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, onde estão situadas as zonas geradoras de lixo (ZGL) 13, 14 e 15. No sentido de fundamentar tal estudo, foram realizadas leituras diferenciadas acerca das concepções diversas que envolvem as categorias norteadoras do estudo, como saúde e trabalho. A pesquisa parte do pressuposto de que o sujeito é um ser integral e, desta forma, a concepção de saúde preconizada pelo SUS deve estar evidenciada nas diversas práticas, em diferentes instâncias institucionais, no sentido de facilitar a compreensão e prática do princípio da integralidade proposto por esta política. Trata-se de uma pesquisa avaliativa que intencionou a escuta dos sujeitos por meio da realização de entrevistas abertas e aplicação de questionários fundamentais para a coleta e a análise dos dados, bem como a pesquisa documental, bibliográfica e observação *in loco*, que viabilizaram a compreensão da realidade. O estudo possibilitou perceber o entendimento sobre as ações de saúde do trabalhador praticadas em âmbito institucional e como este aspecto está posto no processo de estruturação da política estudada.

**PALAVRAS – CHAVE:** Saúde do trabalhador, Políticas Públicas, Avaliação.



## **ABSTRACT**

This research is the object of study the actions of the worker, guided by the National Policy on Occupational Health of the Ministry of Health, conceived initially as a national plan, was put to public consultation and subsequently in 2004, joined into force. This brings the proposal of reducing accidents and work-related diseases, by implementing health promotion, rehabilitation and monitoring in health. In a broad view of the Unified Health System (SUS) is guided on the notion of completeness of the subject, seeing it as a whole being and unique. The study aims to evaluate the actions of the worker's health and its impact on the work process of the subjects involved in research conducted by Empresa Municipal Cleaning and Urbanization (EMLURB), in the area covered by the Regional Executive Secretary (SER) IV where the zones are situated generating waste (ZGL) 13, 14 and 15. The last two, located at company headquarters. In order to substantiate this study, we differentiated reading about the different concepts that evolve the categories guiding the study, such as health and work. This is an evaluative research purposed listening subjects by conducting open interviews and questionnaires, which were essential for collecting and analyzing data, as well as the documentary, bibliographical research, and on-site observation that enabled understanding of reality. It is an evaluative research that he intended listening subjects through interviews and questionnaires, which were instrumental in the collection and analysis of data. The research allowed to realize points of attention in the process of structuring the policy studied.

**KEY - WORDS:** Occupational Health, Public Policy Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1–	Mapa das Regionais de Fortaleza .....	16
Figura 2–	Mapa da área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) IV .....	16
Figura 3–	Mapa Zona Geradora do Lixo (ZGL) por regionais.....	18
Figura 4–	Nº de CERESTs habilitados por região (2002 a agosto de 2010).....	47
Figura 5–	Área e população dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará.....	49

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de acidente de trajeto.....	71
Gráfico 2 –	Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de uso de bebida alcoólica e sua frequência.....	73
Gráfico 3 –	Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de acidente de trabalho.....	74
Gráfico 4 –	Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo o conhecimento e participação nas ações de saúde oferecidas pela EMLURB.....	77
Gráfico 5 –	Distribuição do nº das ações de saúde reconhecidas pelos garis da EMLURB que compuseram a amostra.....	77
Gráfico 6 –	Distribuição do nº de doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com os garis que compuseram a amostra.....	83
Gráfico 7 –	Distribuição do nº de doenças crônicas sofridas pelos garis da EMLURB que compuseram a amostra.....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos CERESTs por regiões e Estados, conforme Portarias GM/MS N°2. 437/05 e N°2. 728/09.....	47
Tabela 2 –	Geração de empregos formais celetistas .....	52
Tabela 3 –	Distribuição do n° de garis lotados na SER IV que compuseram a amostra, segundo ZGL e tempo de serviço na EMLURB.....	63
Tabela 4 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra segundo sexo, faixa etária, religião e origem familiar.....	64
Tabela 5 –	Distribuição por ZGL do n° de garis que compuseram a amostra, segundo nível de instrução do pai.....	66
Tabela 6 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra, participantes do Programa SESI Educa.....	68
Tabela 7 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra, por ZGL segundo nível de instrução da mãe.....	69
Tabela 8 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra, segundo o seu grau de instrução.....	69
Tabela 9 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra, segundo a realização de atividades anteriores.....	70
Tabela 10 –	Distribuição do n° de garis que compuseram a amostra, segundo a renda e n° de dependentes.....	70
Tabela 11 –	Classificação do grupo de doenças relacionadas ao trabalho.....	82

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CROA	Centro de Atendimento à Criança
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DLP	Departamento de Limpeza Pública
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
EMLURB	Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização
EMURF	Empresa de Urbanização de Fortaleza
EPI	Equipamento de Proteção Individual
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador
HDMJBO	Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MPS	Ministério da Previdência Social
NR	Norma Regulamentadora

NUAST	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SFIEC	Sistema da Federação das Indústrias do Ceará
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
ZGL	Zona Geradora de Lixo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>20</b>
2.1 Perspectivas da Avaliação .....	20
<b>3 PERCURSO METODÓLOGICO .....</b>	<b>24</b>
3.1.Natureza da pesquisa .....	24
3.2.Estratégias de pesquisa .....	26
3.3.Instrumentos de coleta de dados .....	27
<b>4 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DO TRABALHADOR .....</b>	<b>29</b>
4.1 Estado e Políticas Públicas .....	29
4.2 Política de Saúde do Trabalhador .....	32
4.3 Política Nacional de Saúde do Trabalhador: estratégias para implementação.....	44
4.4 Política de Saúde do Trabalhador no Ceará .....	48
4.5 Ações de saúde do trabalhador.....	53
4.6. Relação Saúde x Doença na EMLURB.....	58
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação inicial para propor este estudo é resultante de minha prática profissional na área de Saúde do Trabalhador realizada no período de maio de 2010 a julho de 2011, quando tive contato mais direto com a temática em questão. Na qualidade de trabalhadora, estive formalmente vinculada ao Serviço Social da Indústria (SESI), precisamente ao Núcleo SESI de Referência em Saúde Jorge Parente Frota Júnior, Unidade do Sistema da Federação das Indústrias do Estado do Ceará (SFIEC), localizado no município de Fortaleza – Ceará, onde a principal atividade exercida era a realização diária de ações de saúde junto aos trabalhadores das inúmeras indústrias em seus diversos segmentos, situadas em Fortaleza e região metropolitana, no município de Maracanaú, onde fica o Distrito Industrial, grande polo de concentração das indústrias.

Em julho de 2011, com a minha aprovação no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC), fui desvinculada da Instituição supracitada, tendo sido este o desafio primeiro que se colocou à minha frente, pois a proposta inicial era avaliar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador tomando por base as ações de saúde desenvolvidas pelo SESI, como ponto de partida. Desta forma, fez-se necessário buscar outro campo para desenvolvimento do estudo, que descrevo posteriormente.

O estudo realizado traz uma reflexão acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), aplicada pelo Ministério da Saúde (MS), e em vigência, posta para consulta pública no ano de 2004. Constitui-se como objeto deste estudo a proposta de avaliação das ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para processo de trabalho dos sujeitos envolvidos (garis) no contexto institucional escolhido como campo de pesquisa, a Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização (EMLURB), localizada em Fortaleza. Ressalto que não faço parte do quadro funcional da empresa citada e acredito ser este um fator que, por si, será constituído em distanciamento necessário à realização da pesquisa científica. A Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização (EMLURB), escolhida como campo de pesquisa, é uma pública de direito privado, integrante da administração indireta do município de Fortaleza, constituída pela Lei Nº 6.223 de 28 de setembro de 1987. Tem como finalidade o desenvolvimento e a implantação de planos urbanísticos, o planejamento e a execução das atividades de limpeza pública e comercialização dos próprios serviços da Prefeitura de Fortaleza, tais como: promover a coleta, remoção, industrialização e comercialização de lixo domiciliar e o proveniente de atividades comercial, industrial, hospitalar e de construção civil. Surgiu com a fusão entre a Empresa de Urbanização de



Fortaleza (EMURF) e o Departamento de Limpeza Pública (DLP), em 1987. A ideia era oferecer respostas concretas aos problemas apresentados pela cidade de Fortaleza, desenvolvendo e implementando planos urbanísticos, bem como planejamento e execução de atividades de limpeza pública do município. Com a reforma das regionais, as atividades de todos os órgãos públicos foram redimensionadas e redirecionadas e, a partir daí, esses serviços ficaram sob a competência de suas respectivas regionais. Com isso, fica sob a responsabilidade da EMLURB a cobertura em locais e espaços públicos referentes aos serviços de varrição, capinação, limpeza de praças, parques, área da Orla Marítima, administração do Horto Municipal Falconete Fialho, do Zoológico Municipal Sargento Prata, administração dos parques Opaia, Adahil Barreto, Parreão, Rio Branco e Cidade da Criança, serviços de poda e corte de árvores em praças, parques e áreas públicas, adubação, irrigação e controle de doenças na arborização urbana. A EMLURB tem como missão administrar e manter equipamentos urbanos; executar e manter projetos de paisagismo, com excelência no município de Fortaleza, visando promover lazer e qualidade de vida à população e promover a limpeza dos espaços públicos, ruas e avenidas da cidade. Sua visão é ser reconhecida pela sociedade e pelo mercado como uma organização municipal que trabalha com excelência e ser referência em sua área de atuação, buscando a sua autossustentabilidade e dando continuidade ao desenvolvimento das ações que favorecem o bem-estar da população<sup>1</sup>.

A EMLURB foi escolhida como campo de pesquisa por ser uma empresa que tem, na execução de sua atividade principal, um grande desafio, que é manter limpa uma cidade do porte de Fortaleza, com 2.452.185 habitantes distribuídos em uma área de 314,930 km<sup>2</sup>, segundo dados do censo demográfico de 2010 (IBGE, 2014). Subdividida atualmente em sete Secretarias Executivas Regionais (SER), utilizando-se da atividade de varrição pública realizada pelos garis, que se mantêm em seus respectivos postos de trabalho em uma jornada diária de seis horas em dias úteis.

Os garis que realizam este trabalho são organizados de forma descentralizada e alocados nas vinte e seis gerências ou zonas geradoras de lixo (ZGL), com áreas de abrangência diversificadas e estabelecidas dentre as sete secretarias executivas regionais (SER).

O presente estudo foi realizado no município de Fortaleza, na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, cuja configuração é apresentada abaixo, em mapa que engloba todas as regionais do município de Fortaleza.

---

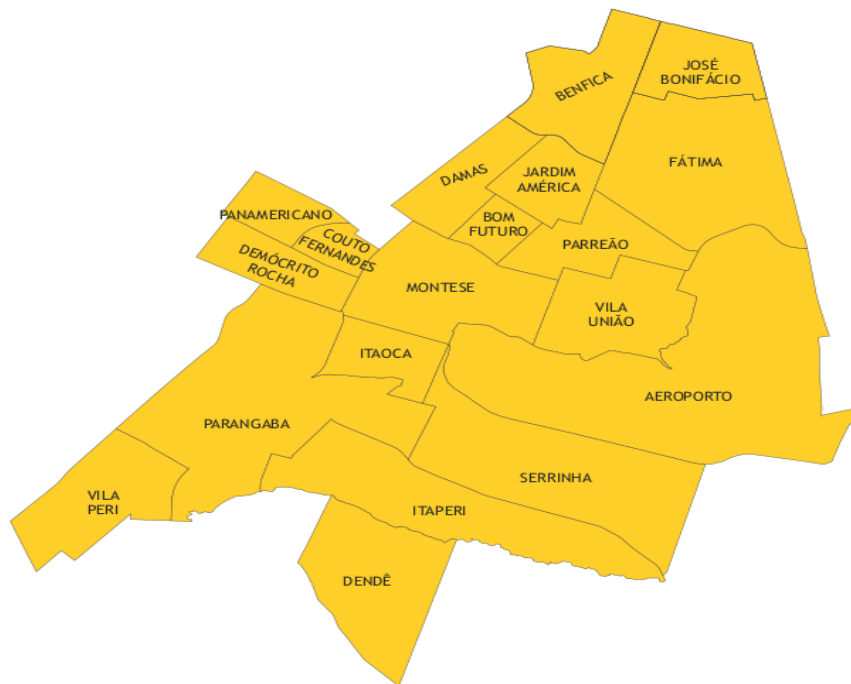
<sup>1</sup>Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/emlurb>. Consulta feita em 10/07/2012.

Figura 1 – Mapa das Regionais de Fortaleza



Fonte: www.google.com.br. Acesso em 01/07/2013

Figura 2 – Mapa de área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) IV



Fonte: www.google.com.br. Acesso em 01/07/2013

A SER IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, como uma das maiores e mais antigas feiras livres da cidade, a da Parangaba, além de vários corredores comerciais, entre eles, o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. São bairros desta área: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de aproximadamente 305 mil habitantes, segundo o censo demográfico do IBGE do ano de 2010. O bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes, e o menos populoso é o do Dendê, com apenas 2.480. A SER IV concentra 15 creches e 28 escolas de Ensino Infantil e Fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A SER IV possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (HDMJBO) - Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês<sup>2</sup>.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é uma medida constituída a partir dos seguintes indicadores: educação, saúde e renda<sup>3</sup>. No Ceará, Fortaleza tem o maior IDH, diz estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Fortaleza tem IDH de 0,754. Das 27 unidades federais, o Ceará tem o 11º pior IDH, com valor de 0,682. O Ceará tem IDH abaixo de Estados como Rio Grande do Norte, Paraná e Espírito Santo<sup>4</sup>.

A SER IV tem sistematizado três ZGL. A organização das ZGL está de acordo com a densidade demográfica de cada área, além da natureza do resíduo que a respectiva área produz. Foram realizadas entrevistas abertas e questionários com trabalhadores que estão assim alocados: 40 garis na ZGL 13, que abrange os bairros Itaoca, Parangaba, Serrinha, Itaperi e Vila Pery; 23 garis na ZGL 14, que compreende os bairros Pan Americano, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Aeroporto e Montese, e 52 garis na ZGL 15<sup>5</sup>, constituída pelos bairros Benfica, José Bonifácio, Jardim América e Fátima.

---

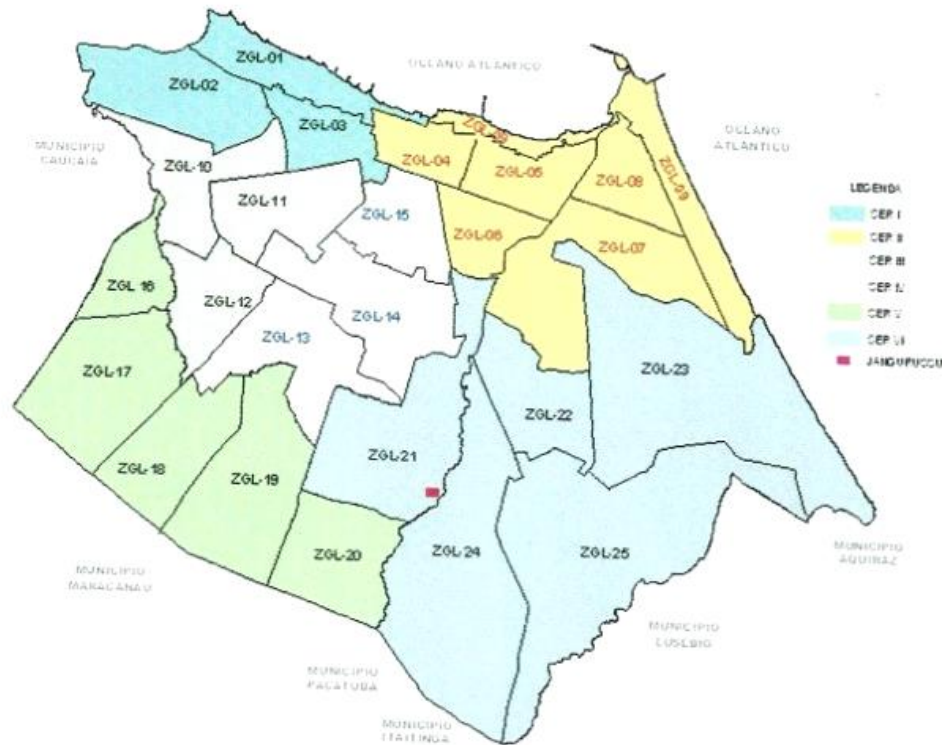
<sup>2</sup> Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em 01/07/2013.

<sup>3</sup> Fonte: <http://atlasbrasil.org.br/2013>. Acesso em 20/12/2013

<sup>4</sup> Fonte: <http://g1.globo.com/ceara>. Acesso em 20/12/2013.

<sup>5</sup> Fonte: Unidade de Pessoal

Figura 3- Mapa Zona Geradora do Lixo (ZGL) por regionais



Fonte: EMLURB (Unidade Administrativa)

A metodologia foi estruturada a partir da observação *in loco* e de registros em diário de campo, aplicação de questionários e realização de entrevistas abertas. Foram aplicados 68 questionários com o objetivo de traçar e compreender o perfil dos garis participantes da pesquisa. Foram entrevistados 14 participantes e as entrevistas alcançaram quatro grupos inicialmente sistematizados da seguinte forma: Grupo 1 – Trabalhadores operacionais (garis); Grupo 2 – Técnicos que operacionalizam as ações; Grupo 3 – Chefias imediatas; Grupo 4 – Chefia Institucional. A referida proposta teve por base a compreensão da trajetória dos participantes na condição de trabalhador, bem como sua percepção sobre as ações de saúde realizadas em âmbito institucional.

Esta dissertação teve por objetivo a avaliação das ações de saúde do trabalhador, em conformidade com a Lei que normatiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho. Dentre os objetivos específicos, busquei compreender a política de saúde do trabalhador desenvolvida pela EMLURB em seu desenho e sua implementação: bem como compreender a relação saúde x trabalho na EMLURB. Procurei ainda compreender o entendimento do trabalhador no tocante às ações de saúde desenvolvidas pela EMLURB, além de identificar, no entendimento dos trabalhadores, os efeitos das ações de saúde e a repercussão destas ações nos respectivos processos de trabalho;

e ainda identificar como ocorre a implementação da política no âmbito institucional, atentando para suas dificuldades.

O estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, exponho de forma geral a proposta da pesquisa e minha motivação para realizá-la. No segundo capítulo, reflito, em linhas gerais, a respeito da avaliação de políticas públicas. O terceiro capítulo traz à cena o percurso metodológico da pesquisa, explicitando sua natureza, estratégias utilizadas e instrumentos de coleta de dados. No quarto capítulo, reflito mais amiúde a respeito da relação entre Estado e Políticas Públicas e apresento a Saúde do Trabalhador e as estratégias para implementação desta Política. E, por fim, no quinto capítulo, apresento e analiso os dados colhidos ao longo desta pesquisa.

## 2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

### 2.1 Perspectivas da Avaliação de Políticas Públicas

Compreendo que a tradição do Brasil em realizar avaliação de políticas públicas data da década de 1980, período associado à reforma do Estado brasileiro, quando o mesmo exercia o papel de financiador e regulador de políticas públicas; período marcado pela eclosão dos movimentos sociais, ampliação dos direitos sociais, conhecido historicamente como processo de redemocratização do Estado brasileiro. Fatos históricos de tanta relevância incidiram sob a agenda pública, alterando a mesma. Questões sociais emergiram e, uma vez evidenciadas, passaram a ser identificadas como questão pública e, posteriormente, seriam ou não consideradas políticas públicas.

Há para a avaliação de políticas públicas múltiplas perspectivas, segundo a literatura que aborda o tema. Este campo ampliou-se no Brasil em meio a diversas concepções, algumas semelhantes entre si, as ideias pautavam-se nos conceitos de julgamento, aferição de valor, estimativa, cálculo. É importante salientar a avaliação na perspectiva de sistematização e organização dos serviços, modelo mais utilizado institucionalmente em uma visão mais gerencial (FARIAS, 2005). Neste período a avaliação de políticas públicas estava mais voltada à reforma do serviço público, a perspectiva era mais gerencialista. Sob esta influência, a avaliação de políticas públicas enfatiza resultados, trazendo em si um caráter de medição e julgamento de desempenho, fortalecendo o aspecto quantitativo da mesma. (FARIAS, 2005). Compreendo com isto que a visão explicitada se mostrou incipiente e até limitada quando se percebe a avaliação como um processo amplo e de contínuas alterações.

Ao abordar argumentos que justificam a institucionalização da avaliação da atividade governamental na América Latina, Farias (2005) referencia a concepção mais normativa da mesma, definindo-a como:

(a) atividade destinada a aquilatar os resultados de um curso de ação cujo ciclo de vida se encerra; (b) a fornecer elementos para o desenho de novas intervenções ou para o aprimoramento de políticas e programas em curso; e (c) como parte da prestação de contas e da responsabilização dos agentes estatais, ou seja, como elemento central de *accountability* (FARIAS, 2005, p.97- 98).

O mesmo autor enfatiza ainda que é possível distinguir pelo menos quatro tipos de uso da avaliação: instrumental, conceitual, como instrumento de persuasão e para o “esclarecimento” (FARIAS, 2005).

Com base nesta leitura compreendo que a avaliação na condição de instrumental é de suma importância, pois oportuniza melhorias significativas no contexto avaliado. A ampla divulgação dos resultados obtidos a partir da pesquisa avaliativa faz-se necessária e importante, uma vez que através destes dados podem emergir outras questões que ainda não foram percebidas ou não foram tratadas com a devida relevância.

Na condição de “esclarecimento”, a avaliação traz a possibilidade de impacto sob os profissionais que estão envolvidos com o processo vivenciado, objetivando evidenciar pontos que nem sempre foram ressaltados, proporcionando novas descobertas embasadas na vasta literatura.

A avaliação de políticas públicas é estudada e propagada por autores como Cohen e Franco, Holanda, Ala-Harja e Helgason, Silva e Silva.

Para Cohen e Franco (1993), avaliar é fixar o valor de uma coisa. Na concepção de Holanda (2006), há tipos diversos de avaliação, bem como categorias distintas. Para este autor, “a avaliação é uma atividade polimorfa e complexa, que comporta múltiplas abordagens e abarca diversas categorias e tipos de investigação”.

Ainda de acordo com Holanda (2006, p.84):

A avaliação é um procedimento sistemático de levantamento e análise de dados, o que pressupõe um trabalho de pesquisa formalmente estruturado e um esforço de reflexão e análise crítica visando a formular juízos e chegar a conclusões.

Holanda (2006) quando se refere à avaliação como atividade polimorfa e complexa, como procedimento sistemático de levantamento e análise de dados aponta para a reflexão de que o campo onde esta atividade acontece é local a ser visto em sua totalidade, tentando apreender a multiplicidade dos fatores que incidem sob aquele espaço, sob aqueles sujeitos.

Para Ala-Harja e Helgason (2000) não existe consenso quanto ao que seja avaliação, tendo em vista que o conceito é amplo e admite múltiplas concepções, inclusive diferenciadas, posto que a perspectiva de avaliar transita em diversas áreas do conhecimento, tendo assim, um olhar interdisciplinar. Os autores trazem à reflexão dois tipos de avaliação:

a “somativa – conduzida quando o programa já está implementado há algum tempo para o estudo de sua eficácia e o julgamento de seu valor geral”; a “formativa –

adotada durante a implementação de um programa como meio de se adquirir mais conhecimento quanto a um processo de aprendizagem para o qual se deseja contribuir (ALA-HARJA; HELGASON, 2000, p.7).

A partir destes autores compreendo que avaliar tem diferentes aspectos. Na visão de Cohen Franco (1993) a avaliação está voltada a aferição de valores. No entendimento de Holanda (2006) a avaliação se constitui em um procedimento organizado de coleta e análise de dados, e para Ala-Harja e Helgason (2000) não existe uma definição única e precisa do que venha a ser avaliação. Entendo que avaliar comunga com todos estes aspectos, entretanto a minha concepção de avaliação pauta-se no conhecimento da realidade social complexa que, se vista somente sob a lógica da aferição de valores e sistematização do levantamento e análise de dados deixaria relevantes lacunas e somente estes modelos seriam incapazes de dar conta da totalidade social.

Silva e Silva (2001) caracteriza a avaliação como sendo “uma forma de pesquisa social aplicada, sendo, portanto, uma atividade sistemática, planejada e dirigida”. Para a autora, se considerada numa perspectiva de cidadania, a avaliação pode se constituir em instrumento eficaz para controle social das políticas sociais. Saliencia ainda as dimensões técnica (epistemológica e metodológica) e política, no sentido de empreender esforços no tocante ao entendimento e aplicabilidade da avaliação no contexto dos programas sociais.

Com base nesta leitura percebo uma concepção mais ampla da avaliação, tendo em vista que as ideias de Silva e Silva (2001) referem-se à percepção de pesquisa social aplicada vinculada a ideia de a avaliação ser um instrumento. Com isto entendo que é possível compreender a realidade em toda a sua dinâmica, olhando para todas as suas dimensões. Desta forma entendo que a concepção sobre avaliação trazida por esta autora me permite ampliar a compreensão da realidade.

Sendo assim, na minha concepção, avaliar somente para julgar, para medir, para aferir valor restringe a concepção da realidade que busquei compreender. Entendo que para avaliar é primeiramente necessário compreender a realidade, interpretá-la a partir de seus diversos sujeitos, e a partir desta compreensão então dialogar com a realidade que se apresenta no contexto institucional. Considerando toda a sua complexidade, compreendo que para pesquisá-la faz-se necessário eleger um método que vislumbre esta complexidade e as diversas estratégias metodológicas fundamentais ao processo de pesquisa.

Com base nisto me aproximo da concepção de Rodrigues (2008) por entender que este caminho me permite vislumbrar a realidade respeitando as suas múltiplas dimensões. Para a autora é importante conhecê-la em toda a sua extensão e amplitude buscando



compreensão detalhada a respeito dos fatores que incidem sob ela, e para isto faz-se necessário lançar mão de diferenciadas estratégias que venham a evidenciar múltiplos dados colhidos no campo de pesquisa.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Natureza da pesquisa

Traçado a partir de uma área temática bem ampla, a saúde, e a subárea ainda em estruturação, a saúde do trabalhador, o estudo proposto foi inspirado na perspectiva etnográfica e se deu a partir da pesquisa de campo, observações *in loco* e entrevistas abertas ou em profundidade, compreendendo a avaliação como um instrumento para compreensão da realidade. Busquei embasamento na avaliação como compreensão e interpretação da realidade, objetivando dialogar com a mesma.

Para a composição desta pesquisa julguei como necessárias as abordagens qualitativa e quantitativa em momentos diferenciados para buscar esta compreensão. Ressalto a importância da complementaridade das referidas abordagens para que assim fosse possível vislumbrar o desenvolvimento das estratégias que compõem a política de saúde do trabalhador aplicada naquele espaço.

A perspectiva etnográfica preocupa-se com a descrição de um fenômeno social particular como ressalta o autor:

Este procedimento metodológico de natureza qualitativa permite apreendermos as representações, a visão de mundo e a perspectiva dos atores envolvidos nos programas sociais (GUSSI, 2008, p.33).

Entendo que para a compreensão da realidade devem-se considerar diversos aspectos do cotidiano que está sendo pesquisado, contemplando assim os sujeitos da pesquisa e o objeto de estudo imersos no contexto a ser compreendido e posteriormente avaliado.

Considero importante a compreensão dos sujeitos acerca da política fazendo-se necessário avaliar não só o desenho desta, mas também o seu processo de implementação visto que neste estão envolvidos diversos sujeitos que, por estarem em posições diferenciadas no quadro funcional da Instituição, apresentam certamente concepções distintas a respeito do mesmo processo.

Ao longo da pesquisa exploratória me foram oportunizados diversos contatos com profissionais da Instituição, entre eles um profissional responsável pelo setor de pessoal da EMLURB, com quem pude dialogar no sentido de compreender a trajetória institucional da política de saúde do trabalhador e suas repercussões, o recorte temporal estabelecido para o estudo, que é o intervalo compreendido entre os anos de 2000 a 2012, o contexto sociopolítico

imbricado, bem como os sujeitos envolvidos e suas respectivas contribuições para o processo político, ainda em construção nas três esferas, bem como na Instituição que foi campo de estudo, reconstruindo através deste, de forma mais minuciosa, a trajetória de uma política que ainda caminha nas trilhas de sua estruturação.

Segundo o referido profissional, a EMLURB vem desde o final dos anos 1990 tentando articular ações de saúde que pudessem beneficiar os trabalhadores. No início ainda de forma tímida, os trabalhadores participavam esporadicamente, pois, segundo este profissional, eles ainda não tinham a consciência do quão importante era tratar a saúde. A empresa já mostrava preocupação com a saúde dos trabalhadores, entretanto não havia nenhum programa sistematizado para este fim. Já nos anos 2000 estas ações passaram a ser mais frequentes e já contava com mais adeptos, pois a divulgação se deu de forma mais enfática e rotineira, explicando sempre a importância dos temas escolhidos para debate. Estes eram escolhidos a partir do perfil de morbidade<sup>6</sup>, que foi sendo conhecido ao longo do tempo com a estruturação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Sendo assim, as ações baseadas na Política de Saúde do Trabalhador se materializavam a partir da implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que tem por objetivo a promoção da saúde do trabalhador. Este Programa vigora até os dias atuais.

Neste percurso metodológico, minha inspiração no tocante ao método de avaliação da política em estudo baseia-se na avaliação em profundidade de acordo com a concepção de Rodrigues (2008), pois acredito que a realidade para ser compreendida deve ser observada por diversos prismas e para que isto ocorra, o pesquisador deve aproximar-se deste contexto objetivando compreendê-lo mais amiúde, entendendo também de que forma a política ou programa está sendo executado.

Para a autora, a avaliação em profundidade leva em consideração todas as dimensões importantes à compreensão do processo de elaboração da política devendo atentar, em especial, às seguintes: análise de conteúdo, de contexto, da trajetória institucional de políticas e programas, da temporalidade e territorialidade da política.

Entendo que, em campo é concreta a necessidade de análise do conteúdo da política estudada, é importante compreender os dados que esta política traz ao longo do seu processo de elaboração e execução. É fundamental para esta compreensão o entendimento das

---

<sup>6</sup> Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

etapas de formulação da política, como os documentos podem deixar claro, a exemplo das portarias. Neles foram encontrados os eixos norteadores da política em estudo e as mudanças ocorridas ao longo do tempo.

Para compreender o contexto de formulação da política, levantei dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas envolvidas no processo de elaboração desta política, que ocorre até então, quais movimentos impulsionaram o seu processo de gestação, e como se dá a articulação em nível local, regional e estadual, bem como, em âmbito institucional.

A partir desta compreensão fui capaz de perceber mais adequadamente a realidade encontrada em campo, uma vez que esta percepção colabora para o entendimento do contexto respeitando a dinâmica da realidade.

### **3.2 Estratégias de pesquisa**

Para a realização desta pesquisa empreendi vários esforços no sentido de captar informações concernentes a política em estudo. Inicialmente, para compor a aproximação do tema realizei pesquisa documental e bibliográfica, quando pude conhecer mais amiúde a formulação da política de saúde do trabalhador.

Além disto, busquei informações em outras fontes através da participação em eventos que abordaram o tema ao longo do ano de 2012. Visitei o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional, onde me aproximei ainda mais da temática através de conversas informais com os profissionais daquele equipamento.

Dentre os eventos ocorridos em 2012 participei de seminários na qualidade de ouvinte, que contaram com as presenças dos atores empenhados na implementação desta política e monitoramento, a saber: INSS; Ministério do Trabalho; Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA); Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAST) e do lançamento de Cartilha A Saúde do Trabalhador no SUS nº 02.

Ainda contemplando a exploração do tema visitei a EMLURB por diversas vezes objetivando traçar as estratégias adequadas no tocante à abordagem de cada sujeito, pois cada grupo de sujeitos delimitado para a compreensão do desenho e execução da política está institucionalmente alocado em áreas diferentes de atuação.

Foi neste momento que identifiquei aqueles que poderiam viabilizar o meu acesso às pessoas e aos dados necessários para a composição deste estudo. Abordei alguns sujeitos

individualmente antes da realização da entrevista propriamente dita e aplicação dos questionários.

Selecionei a amostra a partir dos seguintes critérios: os sujeitos deveriam: constituir o quadro funcional da empresa há mais de dez anos; estar diretamente relacionados com o planejamento e/ou execução das ações de saúde do trabalhador; serem beneficiários diretos ou indiretos das ações de saúde executada pela empresa. Inicialmente defini quatro grupos de trabalho que assim designei: Grupo 1- composto por trabalhadores operacionais (garis); Grupo 2- composto por técnicos que operacionalizam as ações de saúde; Grupo 3- composto pelas chefias imediatas das zonas geradoras de lixo (ZGL); Grupo 4- composto pela gestão institucional. A coleta alcançou 68 garis, 02 técnicos que operacionalizam as ações, 03 chefes imediatos e 01 representante da gestão institucional.

A cidade de Fortaleza atualmente é subdividida em sete Secretarias Executivas Regionais (SER). Dentre as sete, escolhi a SER IV, pois é nela que está situada a sede da empresa e nesta, duas das três zonas geradoras de lixo (ZGL) que fazem parte do espectro territorial escolhido, o que viabilizou a coleta de dados e facilitou o acesso aos grupos 2, 3 e 4 que foram elencados, objetivando contribuir com o entendimento das informações colhidas em campo junto ao grupo 1 como um todo.

### **3.3 Instrumentos de coleta de dados**

O estudo foi pautado na coleta de dados de acordo com diferentes fases da pesquisa, assim como, do uso de diferenciadas técnicas e instrumentos de coleta de dados como citei anteriormente. Conforme Oliveira (2010), as técnicas utilizadas em pesquisa devem ser compreendidas como meios específicos para viabilizar a aplicação de método(s).

Dentre as técnicas escolhidas para viabilizar o estudo proposto investi na observação *in loco* e entrevista aberta. Percebi as citadas técnicas como as mais adequadas considerando o cotidiano dos sujeitos participantes da pesquisa. Como instrumento, elenquei o questionário, pois a meu ver, este se coloca como o mais assertivo. Com ele percebi o perfil dos trabalhadores entrevistados, conhecendo um pouco mais sua realidade.

Durante as entrevistas, meu objetivo foi colher livremente as narrativas a respeito da trajetória dos sujeitos na condição de trabalhador. Para tanto fiz uso da entrevista aberta ou em profundidade, mesmo dispondo de um roteiro prévio.

Considero essencial ao pesquisador e à coleta de dados o uso dos sentidos além da aplicação de técnicas e instrumentos. A observação se coloca muitas vezes como estratégia inicial da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa é relevante o trabalho de campo, pois é com ele que o pesquisador participa e vivencia as experiências deste lugar tão rico que é o campo, pois nos é dada a oportunidade do contato com a realidade dos sujeitos envolvidos em determinados processos, bem como com a multiplicidade de fatores que constituem o cotidiano destes sujeitos (HOLANDA, 2006).

O gravador foi utilizado quando da realização das entrevistas concernentes à pesquisa e também em alguns momentos na exploração do campo, principalmente em palestras. Através do uso do gravador foi possível registrar informações que enriqueceram a coleta inicial dos dados, bem como sua análise. Todos os participantes desta pesquisa concordaram com o uso do equipamento que foi facilitador durante todo o processo.

Ainda nesta etapa de definição dos instrumentos de coleta de dados o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) e posteriormente aprovado, conforme documento (Anexo 2).

## 4 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DO TRABALHADOR

### 4.1 Estado e Políticas Públicas

Pensar o Estado Brasileiro, conhecendo sua trajetória social, histórica, econômica e cultural é um grande desafio. Refletir sobre as questões que envolvem o Estado, a Sociedade e as Políticas Públicas é uma tarefa complexa, pois estas são esferas dinâmicas que passam por mudanças cotidianas. Ao longo do tempo, o Estado brasileiro vivenciou inúmeras transformações e a experiência de modelos econômicos desafiadores, modelos estes que influenciaram diretamente a criação e gestão de políticas públicas voltadas ao contexto brasileiro.

São muitas as tentativas de conceituar Estado e esferas a ele relacionadas; o que é comum entre os estudiosos do tema é a perspectiva de que não temos um conceito estanque do que venha a ser o Estado. O que entendemos é que esta esfera atravessou a história. Com isso, podemos identificar, dentre os momentos históricos, o Estado Feudal, no qual o senhor do feudo exercia todo o seu domínio, sendo, ele mesmo, o Estado; e o Estado burguês, como sendo um Estado que se constituía a partir da divisão da sociedade em classes, sendo estas entendidas, respectivamente, como estrutura da sociedade.

Classes são entendidas como um componente estrutural da sociedade capitalista e, ao mesmo tempo, como sujeitos coletivos que têm suas formas de consciência e de atuação determinadas pela dinâmica da sociedade (FREDERICO, 2009, p. 256).

Assim, não vejo possibilidade de pensar o Estado sem refletir a respeito de sua estreita relação com a sociedade e com o mercado, bem como não se pode pensar em uma esfera tão complexa como esta, sem considerar suas relações com as instâncias públicas e privadas. Na visão de Pereira (2009), o público é uma instância de caráter universal, protegida pela lei e associada ao Estado, enquanto que o privado é uma instância particular, onde individualmente os sujeitos têm liberdades civis resguardadas.

Considerando o Estado um ente público, é possível visualizarmos algumas de suas funções, como por exemplo, sua participação nos assuntos da sociedade. Uma vez dividida a sociedade em classes, surge o Estado definindo sua natureza e exercendo suas funções sociais. Tem-se, nesta perspectiva, o Estado burguês, um Estado de classes.

Para o Marxismo, classes se definem a partir do lugar que os indivíduos ocupam nas relações de produção, mais precisamente pela posição perante os meios de produção (proprietários e não- proprietários). (FREDERICO, 2009, p.256).

O Estado, como uma esfera irrestrita, não deve ser concebido de maneira linear, sua transformação dá-se conforme as transformações societárias que são históricas e correntes. As relações vivenciadas pelo Estado são mutáveis, dinâmicas. Sendo o Estado um fenômeno histórico, são contemplados aspectos passados e presentes na tentativa de entender e construir o futuro com outras e novas relações que se estabelecerão também dialeticamente, respeitando o contínuo movimento da sociedade e do mercado.

Na perspectiva de Ianni (1986), o Estado nem sempre existiu, ele é criação da sociedade. Entendo Sociedade como uma esfera inseparável do Estado, e é a partir das relações estabelecidas entre Estado e Sociedade que aquele exerce o controle político e ideológico sobre esta. Com isto, é possível percebermos a relação de reciprocidade existente entre estas duas esferas e como esta relação faz-se importante para o desenvolvimento de uma nação em todas as suas dimensões, dentre elas a social, a econômica e a política.

Na concepção de Pereira (2009, p. 290):

Quando se fala de Estado, é preciso especificá-lo, isto é, qualificá-lo, porque ele existe sob diferentes modalidades, formas e contextos. Um mesmo país pode viver sob domínio de um Estado totalitário, em um determinado momento, e de um Estado democrático, em outro.

É através de sua relação com todas as classes que o Estado assume caráter de poder público e, sendo assim, coloca-se a serviço do povo.

Sob a perspectiva de Hegel, o Estado é que fundamenta a sociedade civil e a família, sendo este que detém o poder supremo, a soberania. Sendo assim, é o Estado que organiza a sociedade e funda o povo.

Na concepção de Marx (*apud* PEREIRA, 2001), é a sociedade que, compreendida como o conjunto das relações econômicas, explica o surgimento do Estado, de sua natureza, caráter e de recursos políticos.

Respeitadas as divergências entre o pensamento de Hegel e de Marx no que se refere à concepção de Estado e de Sociedade, o que entendo é que tanto uma esfera quanto a outra se faz necessária para a organização e funcionamento das relações sociais, econômicas e políticas. É importante assinalar que a atuação e intervenção do mercado nestas relações também favorecem o estabelecimento das relações sociais, econômicas e políticas. É na esfera da sociedade que estas relações se manifestam e se materializam.



Gramsci (1989) contribui para o entendimento de tais esferas como a teoria do Estado ampliado. Ele se apoia na descoberta dos “aparelhos privados de hegemonia”. Para este autor, o Estado tem sentido amplo e comporta duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil.

Vislumbro com isto o entendimento do Estado como esfera ampla e que comporta em si a sociedade civil. O Estado relaciona-se com a sociedade, com o mercado, com as Instituições e com o próprio povo a partir de diretrizes que norteiam suas ações como ente público; diretrizes estas que conhecemos como Políticas Públicas.

Não encontrei uma única definição sobre o que seja Política Pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política, que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980) a define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: Política Pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.

De acordo com Teixeira (2002, p. 2): “Políticas Públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”.

Dentre as concepções dos estudiosos do tema, visualizo fatores comuns: Política Pública como questão importante para o Estado e demais sujeitos sociais; a compreensão da política pública em si, sua concepção, elaboração, implantação, implementação e avaliação dentro de um ciclo processual.

Para que fazer a política, para quem fazê-la, quando fazê-la, por que fazê-la, onde e quanto custa fazê-la. Segundo Secchi (2010, p. 2),

uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, [...] em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.

As Políticas Públicas têm objetivos, características e tipologias diversas, bem como definições diferenciadas e formatos institucionais particulares.

De acordo com Lowi (*apud* SECCHI, 2010), há as seguintes tipologias de Políticas Públicas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas. As políticas regulatórias desenvolvem-se numa perspectiva pluralista. As políticas distributivas se desenvolvem em espaços de barganha ou troca de apoios. As políticas redistributivas estão

voltadas a concessão de benefícios para grupos de atores. Já as políticas constitutivas definem competências e regras da luta política.

Entendo que a política de saúde do trabalhador, em sua essência, identifica-se com a concepção de política regulatória, principalmente por ter sido gestada dentro de uma correlação de forças antagônicas, sendo, ao mesmo tempo, sua implantação e implementação de interesse da sociedade e do poder público.

É no processo de gestão de políticas públicas que encontramos a forma adequada de compreender a atuação do Estado como esfera pública e sua relação com os sujeitos envolvidos no processo.

## **4.2 Política de Saúde do Trabalhador**

O campo da saúde do trabalhador no Brasil vem avançando. É importante a observação a respeito da trajetória desta política, que em sua concepção inicial estava sob o domínio da Medicina do Trabalho, ficando depois atrelada à Saúde Ocupacional e constituindo-se, atualmente, em perspectiva ampla, como Saúde do Trabalhador.<sup>7</sup>

De acordo com Mendes & Dias (1991), a Medicina do Trabalho nasce na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, a partir da Revolução Industrial, importante marco histórico para a compreensão da saúde do trabalhador como política pública. Aquele momento foi marcado por um alto consumo da força de trabalho, conhecido por impor aos trabalhadores jornadas excedentes e precárias condições para desenvolvimento do trabalho em todos os postos, ocupados indiscriminadamente por homens, mulheres, crianças e idosos. Os processos de trabalho eram desumanos, a produção era acelerada e as jornadas extenuantes. Os trabalhadores, por sua vez, submissos a tais condições no sentido de garantir a sobrevivência – ameaçada neste contexto favorável ao adoecimento – cumpriam as atividades impostas, entretanto não tinham nenhuma forma de cuidado com a saúde, a não ser aqueles ofertados por instituições filantrópicas, ainda insuficientes para acompanhar o crescente movimento fabril.

Sendo assim, fez-se necessária a presença de um profissional responsável que pudesse vislumbrar as questões de saúde e, ao mesmo tempo, fazer-se de elo entre o trabalhador e aquele que lhe “ofertava” (grifo nosso) trabalho, objetivando verificar o efeito que o trabalho tinha sobre as pessoas. Tal fato repercutiu e culminou com o surgimento da

---

<sup>7</sup>Minayo; Gomez; Thedim; Costa, 1997; Seligmann Silva, 1994.

medicina do trabalho, uma especialidade que, na época, voltava-se aos cuidados de prevenção de doenças. Ações conhecidas como “ações de prevenção” eram realizadas com foco nos trabalhadores que se encontravam no interior das fábricas, em plena execução de suas atividades e tinham como finalidade prevenir danos à saúde, danos estes resultantes dos riscos do trabalho. Caso este trabalhador viesse a adoecer, o médico seria o único responsável pelo fato, tirando do proprietário da fábrica toda a responsabilidade por eventuais adoecimentos e acidentes ocorridos no interior delas.

Pela própria expansão do trabalho industrial ocorrido na época, deu-se uma importante preocupação com o provimento de serviços médicos a serem disponibilizados aos trabalhadores. Esta preocupação se destaca no cenário nacional e também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919.

Com isto, são discutidos documentos que legitimam a saúde dos trabalhadores na perspectiva da época, como se segue:

Assim em 1953, através de legislação própria, a Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho impunha aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem-do-dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho. (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Ainda de acordo com instrumento normativo, a Recomendação 112 determina o serviço de Medicina do Trabalho como sendo um serviço organizado em locais de trabalho e uma de suas finalidades é “Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que se efetue” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342). Nasce, assim, a Medicina do Trabalho e suas respectivas competências.

Os trabalhadores, vivendo em contextos adversos no período da II Guerra Mundial, passaram a custar mais para os proprietários das fábricas. Jornadas extensivas e acidentes de trabalho traziam mutilações, invalidez e morte aos trabalhadores. Todo este movimento redundava em relevante ônus para as companhias de seguro, que pagavam pesadas indenizações por incapacidades provocadas pelo trabalho. Os processos de trabalho evoluíram e sofreram influência da tecnologia industrial. Sendo assim, a Medicina do Trabalho não era mais suficiente para dar conta deste universo que se transformava. A influência da tecnologia industrial modificou o ambiente de trabalho e agora, além da preocupação com os

trabalhadores, os proprietários deveriam se preocupar com o ambiente onde estes estavam inseridos. Para tanto, fez-se necessário buscar conhecimentos em outras ciências e profissões, nascendo, assim, a Saúde Ocupacional, como ressaltam os autores:

Surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene “industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque na indústria nos países “industrializados” (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

O modelo de Saúde Ocupacional previa uma equipe multiprofissional, como exposto anteriormente, e seu objetivo era a higiene ocupacional. O papel mais relevante da referida equipe era controlar os riscos ambientais, evidenciando que o sujeito não era o mais importante neste cenário, o que chamava atenção para um modelo epidemiológico apenas.<sup>8</sup>

A Saúde Ocupacional, entretanto, foi um modelo que se esgotou. De cunho mecanicista, estava ainda pautada no referencial da Medicina do Trabalho, e não concretizou o apelo à interdisciplinaridade, conforme sua proposta inicial, como explicitam os autores:

A insuficiência do modelo da SO<sup>9</sup> nas relações trabalho/saúde é uma realidade mundial. O intenso processo social de mudanças ocorrido no Mundo Ocidental nas décadas de 1970 a 1990 gerou consequências para a hegemonia do modelo de SO vigente, dos quais se podem citar como exemplos a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, o abalo do conceito de exposição segura, o surgimento de novas tecnologias, os novos riscos à saúde a SO passa a se preocupar com a prevenção de doenças), o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação e à participação no processo de trabalho (...) KARIN; MARTINS; BOBROFF (2011, p. 396).

A falência do modelo de Saúde Ocupacional contribuiu para o surgimento da Saúde do Trabalhador, uma nova prática preocupada com outros aspectos, entre eles a reflexão acerca das relações entre trabalho e saúde, como apontam os autores:

Como característica básica desta nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço da saúde pública. Assim, sua descrição constitui, antes, uma tentativa de aproximação de um objeto e de uma prática, com vistas a contribuir para sua consolidação enquanto área (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

O objeto desta nova prática é definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, enquanto se relacionam com o trabalho. Os autores a seguir explicam o papel da saúde do trabalhador na vida social.

---

<sup>8</sup> Karino ME; Martins JT; Bobroff MCC (2011)

<sup>9</sup> SO – Saúde Ocupacional

[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

O termo Saúde do Trabalhador é bem recente. Difundido na década de 1980 na América Latina, faz referência a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde x doença. É neste momento que é introduzida a percepção do processo de trabalho, considerando o seu aspecto social, político, econômico, cultural.

Com o avanço da legislação na área e ainda em consonância com o texto da Constituição Federal, aponto o que diz a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90 - LOS, 1990, em seu art. 6º § 3º:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1991).

É importante ressaltar que os avanços legais ocorridos e materializados na Constituição Federal foram oriundos de uma aguerrida movimentação ocorrida na década de 1980. O movimento, conhecido como Reforma Sanitária, deu vida à luta pelas questões da saúde e propôs uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, que incluiu a Saúde do Trabalhador como campo de práticas institucionais no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006a), como enfatizam os autores:

No Brasil, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde fortaleceu ações do SUS relacionadas ao direito social e de cidadania, representando um marco na formulação de propostas desse setor, propostas que se consolidaram na Reforma Sanitária Brasileira. (Karino ME; Martins JT; Bobroff MCC., 2011.p. 396)

Na perspectiva de Souza e Machado (2011), a proposta do Movimento de Reforma Sanitária convidava os trabalhadores a participarem ativamente nas ações que envolviam o tema saúde, salientando e chamando atenção para as ações de vigilância e educação em saúde, tendo sido amplamente discutida na 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores<sup>10</sup>, em dezembro de 1986, e, em seguida, na 8ª Conferência Nacional de

---

<sup>10</sup>A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores contou com a participação de representações de vinte Estados da Federação, resultando em vasta adesão dos sindicatos ao projeto de construção do SUS (Souza; Machado, 2011).

Saúde, que estabeleceu os princípios de equidade, integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização das ações do SUS.

Conforme Santana e Silva (2009), com o resultado deste movimento, reforçou-se a ideia da Saúde como direito, tendo sido proposta a elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) que representasse alternativa ao modo de atenção à saúde existente, tendo como referência um diagnóstico da situação de saúde.

A década de 1980 culmina com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e, com ela, a saúde é disseminada como política, o que garante ao sujeito o direito a ela, inclusive quando este se encontra na condição de trabalhador.

Sob o olhar de Karino et. al. (2011), na década seguinte, ocorreram mudanças significativas nas normas regulamentadoras, que demarcam a atuação dos serviços de segurança no trabalho e propõem ações pontuais voltadas para a saúde do trabalhador, que objetivam claramente a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, somando-se esforços na construção de uma Política Nacional que busque o bem estar do trabalhador, como evidencia o autor:

A partir de 2004, o Governo Federal põe em marcha a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, com vistas à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a legitimação das ações de promoção, reabilitação e vigilância da saúde do trabalhador (OLIVEIRA, 2011, p. 62).

Ainda nesta mesma perspectiva, ocorre a elaboração de documento que propõe uma estratégia nova para a saúde do trabalhador.

O documento que propôs a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), em 2004<sup>11</sup>, objetivou a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores que interagem diretamente com esta política. São eles: Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente, como exposto no referido documento:

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade. (BRASIL, 2004, p. 4).

Com isto, compreendo o caráter mais amplo e transversal que a política traz em sua constituição:

---

<sup>11</sup> PNSST. BRASÍLIA, 29/12/ 2004. Disponível em < [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>

Para fins desta Política são considerados trabalhadores 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. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam como: 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 que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004, p. 4).

Em consonância com a PNSST (2004), trabalhador é todo sujeito que exerça atividade de trabalho, independente de ser no mercado formal ou informal, e isto inclui o trabalhador doméstico, que realiza as atividades domiciliares.

Sendo assim, é importante enfatizar que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) praticada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é alinhada com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), proposta em 2004.

Registra-se, no ano seguinte, a existência da Portaria Interministerial Nº 800, de 3 de maio de 2005, pela qual os Ministros de Estado da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego publicam o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial nº 153 de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009 de 17 de setembro de 2004, para consulta pública.

De acordo com o documento citado:

A presente Política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde (PORTARIA INTERMINISTERIAL MPS/MS/MTE Nº 800.2005. p. 09).

A gestão da Política passa a ser conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador (GEISAT), integrado por representantes dos Ministérios da Saúde (MS), Trabalho e Emprego (MTE) e Previdência Social (MPS), o que nos faz compreender a intrínseca relação destas esferas no tocante à política e aos seus desdobramentos.

A gestão da política dispõe, ainda, sobre as responsabilidades institucionais de competência de cada uma das instâncias citadas anteriormente. Dentre elas, resalto algumas:

Cabe ao MS, gestor do SUS: Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução; promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade; compete ao MTE formular e implantar as diretrizes e normas de atuação da área de segurança e saúde no trabalho; planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações e atividades de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde; fica sob a responsabilidade do MPS avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores; avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários (PNSST, 2005, p. 13).

A Saúde no Brasil, assim como a Previdência Social, tem suas bases originárias de outros modelos.

O seguro social instituído no Brasil já no século XX segue a lógica de duas estratégias oriundas de países capitalistas da Europa central: o modelo bismarckiano, origem previdenciária adotada na Alemanha nos anos de 1883 a 1888 por Otto Von Bismarck, que objetivava garantir renda ao trabalhador diante dos riscos sociais e de suas ausências no trabalho; e o beveridgiano, que surgiu na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de combater a pobreza e instituir os direitos universais a todos os cidadãos, incondicionalmente.

Sob a influência da lógica bismarckiana é que se orienta a Previdência Social Brasileira, e sob o ideário beveridgiano orientam-se a Saúde e a Assistência Social praticadas em nosso país.

Alguns autores, ao refletirem sobre as Políticas Públicas de Saúde, Assistência e Previdência e a abrangência destas, evidenciam os modelos seguidos no país a partir da concepção das mesmas, como se segue:

A seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também proteção ao trabalhador desempregado, via seguro desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em único orçamento (BOSCHETTI, 2009, p. 52).

Com isto, compreendo que só é assegurado pela Previdência Social aquele trabalhador que contribui com ela, diretamente, através do imposto recolhido com fins de seguro social via carteira de trabalho (CTPS); o trabalhador do mercado formal de trabalho, ou indiretamente, contribuição paga, sob qualquer valor, pelo trabalhador do mercado informal ou avulso, direto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), assegurando sua contribuição e acesso à política.



Com base na Constituição Federal (1988), um dos objetivos da Seguridade Social é a universalidade da cobertura e do atendimento. Esta universalidade, por sua vez, restringe-se à contribuição previdenciária do trabalhador, seja ele oriundo de uma relação formal de trabalho ou não. Tal aspecto traduz-se em uma disparidade na prática desta política que objetiva universalizar cobertura e atendimento e, ao mesmo tempo, condiciona tal cobertura e acesso à contribuição prévia.

Nesta lógica, só tem acesso aos direitos da seguridade social os chamados “segurados” e seus dependentes, pois esses direitos são considerados como decorrentes do direito ao trabalho. Assim, se destinam a quem está inserido em relações formais e estáveis de trabalho e possuem duas características centrais. Primeiro são condicionados a uma contribuição prévia, ou seja, só têm acesso aqueles que contribuem mensalmente. Segundo, o valor dos benefícios é proporcional à contribuição efetuada (BOSCHETTI, 2009, p. 326).

Há trabalhadores que durante toda a sua jornada laborativa não contribuíram para a previdência, ficando à margem do acesso a esta política. Desta forma, a universalidade da cobertura se inviabiliza e este trabalhador adentra a lógica da política não contributiva, ou seja, a assistência social.

No Brasil, a partir dos 65 anos, aqueles que não têm direito à aposentadoria por contribuição são amparados pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a públicos específicos e de acordo com suas condicionalidades: pessoas com 65 anos ou mais, que provam não ter condição de prover seu sustento e pessoas com deficiência comprovada, que venha a incapacitar o sujeito para o trabalho, mediante laudo médico.

Diante disto, é importante ressaltar que, mesmo com a pretensão de abranger uma lógica universal, a política de proteção social ao trabalhador ainda se põe de forma fragmentada e dicotômica, ora apontando para a lógica securitária, ora apontando para a lógica social.

Nas condições de trabalho em que vive a grande massa trabalhadora deste país, operacionalizar uma política sob a lógica exclusivamente previdenciária é, muitas vezes, delicado, pois há aqueles que estão à margem do sistema e que dificilmente conseguem adentrá-lo, o que potencializa a ideia de pobreza, fragiliza a lógica do seguro e aponta muito mais para a lógica social do que para a lógica previdenciária, como constitucionalmente está posto.

Desta forma, refletir a respeito da saúde do trabalhador na contemporaneidade exige que sejam feitas algumas considerações relevantes. Destaco as relações sociais que se constituem nos espaços ocupacionais com sua natureza contraditória e permeada de conflitos.

Este cenário em nada impede a constante venda da força de trabalho por parte do trabalhador, sendo esta considerada puramente uma mercadoria. Estudos nesta área vêm sinalizando e comprovando a precarização do trabalho e da saúde do trabalhador em diferentes frentes de atuação profissional.<sup>12</sup>

Observo que a política de saúde do trabalhador é, ainda, em nosso país, um processo em construção. Encontra-se em espaço tomado pela luta de contrários, pela luta de direitos e concretização de deveres, ora pelo poder público, ora por instituições privadas.

A política de saúde do trabalhador traz em sua trajetória uma marca de conflitos e adequações às conjunturas e às relações de força vigentes; vai se constituindo de forma diferenciada, conforme a complexidade da relação capital/ trabalho (FALEIROS, 2010). A política em questão deve ser percebida como resposta de articulações sociais e discutida e entendida como resultado de movimentos sociais que avançaram em suas concepções e tiveram em sua formulação a concretização de muitos anseios.

A saúde do trabalhador atravessa, em sua constituição histórica, diversos momentos de alternância política no país, vivenciando, também, conflitos e tensões, como expõe Faleiros (2010):

Na República Velha surge uma política com o discurso liberal da “não intervenção do Estado” articulada a uma proposta de culpabilização dos trabalhadores e patrões pelos acidentes de Trabalho. Na era getulista justifica-se a política intervencionista do Estado com o discurso da harmonia social e do nacionalismo e com o incentivo ao processo de industrialização capitalista e de controle e integração dos trabalhadores. No período do pós-guerra, a urbanização e a pressão das massas exigem novas articulações políticas assim como o aumento da produtividade, que por sua vez, enfrenta pressões sindicais, sendo que a institucionalização expressa um forte debate entre o setor privado e o setor público. ( p. 13).

Sendo assim, entendo que a política de saúde do trabalhador, como todas as outras, não se constitui de forma linear, é um processo em contínuo movimento. Da Revolução Industrial aos dias atuais, o mundo do trabalho vivenciou diversas transformações e em proporções adversas, de acordo com cada contexto, com cada espaço ocupacional, com cada categoria de trabalhadores.

A saúde do trabalhador se coloca como questão social na medida em que outras questões também emergem na conjuntura nacional. Encontra-se inserida no processo de construção de uma sociedade democrática, no ato da árdua luta por direitos, pela conquista de cidadania e pela consolidação da livre organização dos trabalhadores.

---

<sup>12</sup> Olivar (2006); Gonçalves (2006)

Olivar (2006), em seu estudo sobre as condições dos trabalhadores do Hospital Souza Aguiar, retrata as condições às quais eram submetidos os trabalhadores da emergência daquele hospital. Segundo a autora, a pesquisa demonstrou que a Saúde do Trabalhador revela um momento de viabilização das conquistas obtidas no plano jurídico-institucional, que abrangem direitos garantidos na legislação, mas que, na prática, ainda encontram dificuldade de sua efetivação, tendo em vista que esbarram no contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público, assim como na conjuntura de retração do movimento organizado dos trabalhadores. Ainda neste estudo, a autora sinaliza como importante alguns embates e enfrentamentos no que se refere à Política de Saúde do Trabalhador na contemporaneidade, a saber:

1. A contraposição de dois polos relevantes: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista;
2. A ausência de uma efetiva Política de Saúde do Trabalhador nas três esferas do governo, que coloque marco conceitual claro, apresente diretrizes de implementação e proponha estratégias e planos de ação e de avaliação para efetivá-la;
3. O fato de que a saúde do trabalhador não foi estabelecida como prioridade no Pacto de Gestão, proposto pelo Ministério da Saúde – que nortearia o processo de implantação do SUS em todo o território nacional, e isto considerando o contexto ainda incipiente da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST<sup>13</sup>.

Para Olivar (2006), os resultados da investigação demonstram que a maioria dos trabalhadores em saúde da unidade pesquisada sentem-se desgastados física e mentalmente após um dia de trabalho. Os trabalhadores são submetidos regularmente à sobrecarga de trabalho mental, física e social. Segundo a autora, esta sobrecarga de trabalho, o trabalho imediato e a pressão por tomadas de decisões rápidas no atendimento ao usuário incidem na construção do processo de alienação social no espaço de trabalho. Ao imaginar o perfil dos trabalhadores da unidade estudada, sinaliza, ainda, questões relevantes para a reflexão. Em seus achados, diz que os trabalhadores, ao terminarem a jornada diária, querem descansar, pois relatam não ter disposição para diversão, estudo ou continuidade da rotina de trabalho; consideram o trabalho insalubre e perigoso e têm ou tiveram problemas de saúde relacionados ao trabalho.

---

<sup>13</sup>A Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do trabalhador – RENAST foi criada em 2002, através da Portaria GM /MS nº 1.679, de 19 de setembro (BRASIL, 2002a). Esta rede é instituída como principal estratégia para consolidação da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Outra dimensão a ser observada no mundo do trabalho é a ocorrência do acidente, que pode ser típico ou de trajeto. Fator inquietante quando pensamos sobre isto é a efetivação ou não da notificação do mesmo, que deve ser feita pela unidade de saúde que recebe o acidentado, devendo a mesma registrar a ocorrência do acidente junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação<sup>14</sup> (SINAN), como exposto no Protocolo de Complexidade Diferenciada do Ministério da Saúde (2006).

Os acidentes e as violências no Brasil são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar formas efetivas para seu enfrentamento (BRASIL, 2006, p. 7).

Olivar (2006) relata que o acidente de trabalho é um dado preocupante nos hospitais e enfatiza, ainda, que o hospital onde desenvolveu a sua pesquisa não estava preparado para os eventos de acidente de trabalho e assistência ao trabalhador acidentado. Ressalta que, no espaço, não havia protocolo para a notificação de acidente de trabalho com material biológico.

O Protocolo de Complexidade Diferenciada do Ministério da Saúde (2006) é um documento voltado à notificação e vigilância de acidentes. Esclarece textualmente que:

Todo caso de acidente de trabalho fatal, mutilante ou envolvendo crianças e adolescentes menores de 18 anos, é passível de notificação compulsória pelo SUS, segundo parâmetro da Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004. Da mesma forma, toda ocorrência deve ser comunicada à Previdência Social, por meio de abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. (BRASIL, 2006, p. 25).

O estudo realizado por Olivar (2006) aponta para a necessidade de investigação metódica, buscando desvendar a rede de fatores envolvidos que contribuíram para a ocorrência dos adoecimentos e acidentes de trabalho. Para tanto, segundo a mesma autora, parte-se da necessidade de notificações mais detalhadas sobre os agravos, que devam ser alcançadas por meio da produção de dados que busquem retratar a realidade da ocorrência destes agravos com vistas à identificação das condições influenciadoras das situações de acidente e de morbimortalidade. Além da importância fundamental da adesão dos municípios no processo de notificação de agravos à saúde decorrentes do trabalho.

---

<sup>14</sup> O SINAN permite a coleta de dados e o trabalho com informações desde a unidade de saúde. Conta com dois instrumentos padronizados de coleta, emitidos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (ficha individual de notificação e ficha individual de investigação). (MOTA E CARVALHO, 1999).

Dados por mim colhidos em trabalho de pesquisa junto a trabalhadores do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional revelam a dificuldade que se tem para coletar de forma fidedigna a notificação de acidentes de trabalho. Isto porque estes são facilmente subnotificados por diversas razões, entre elas o fator econômico e a percepção de custo para as Empresas, bem como a sujeição às penalidades em razão da ocorrência do acidente, assim como a frágil articulação entre as unidades de saúde, que, de acordo com o nível de complexidade, também deveriam notificar o acidente, e algumas vezes, não o fazem. O trabalhador acidentado adentra a unidade de saúde com determinada questão, entretanto esta não é considerada como acidente de trabalho característico. Esta é uma questão que emergiu de forma tênue no momento da coleta de dados e é apresentada na etapa de análise dos mesmos.

O Ministério da Saúde (MS) aponta quatro razões para que haja a subnotificação do acidente de trabalho: cultura de materialização e banalização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; desconhecimento da legislação; resistência das empresas por imperativos econômicos e medo dos trabalhadores quanto à perda dos empregos<sup>15</sup>.

Diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho, emergem, no contexto atual, outras questões ainda mais delicadas e silenciosas do que o próprio acidente.

Gonçalves (2006), em sua dissertação intitulada *O assédio moral no Ceará: naturalização dos atos injustos no trabalho*, investigou a prevalência do assédio moral e os principais atos negativos relacionados ao assédio a trabalhadores no Ceará. Examinou a relação entre os atos negativos vivenciados e aspectos da cultura cearense. Os dados foram coletados em amostra de 218 trabalhadores que aguardavam atendimento na Delegacia Regional do Trabalho (DRT/CE). Em seu estudo, a autora usou duas diferentes estratégias de medição do assédio moral para posterior comparação. No conceito de assédio moral, a autora aborda os atos negativos repetitivos que submetem, intimidam, ameaçam e humilham. Estes se constituem em violência que atenta contra a dignidade humana.

Dentre as condutas consideradas negativas no ambiente de trabalho, a autora destacou: o não cumprimento de direitos trabalhistas, a pressão para o exercício de horas extras e a conduta dos líderes que se portaram de forma intimidadora e hostil.

Gonçalves (2006) observa em sua coleta que existe uma tendência à naturalização dos atos injustos no trabalho, com muitas condutas negativas percebidas como normais e comuns. Os resultados apontaram para a existência de uma relação entre os atos negativos

---

<sup>15</sup> Fonte: <<http://portalsaude.saude.gov.br>> - Consulta feita em 20/10/2012

vivenciados pelos trabalhadores e as influências do contexto histórico, social e cultural cearense no ambiente de trabalho. A pesquisa revelou, ainda, que o assédio moral é um fenômeno amplamente disseminado entre os trabalhadores e que condutas encontradas comumente nas organizações, em nosso Estado, não parecem ser percebidas como perseguição ou discriminação pelos trabalhadores, apesar do sofrimento que provocam. A autora menciona, ainda, a gerência autoritária que usa gritos, xingamentos, humilhações e ameaças para intimidar os subordinados. Segundo Farias (2004), a história do Ceará é marcada pelas poderosas oligarquias e pela figura do coronel, que exerciam o poder na região usando toda a sorte de abusos e corrupções, como o “voto de cabresto” (voto coagido ou comprado), repressão às questões de direitos sociais e políticos da sociedade, fraudes, impunidade, clientelismo, perseguição de adversários, entre outros. A autora aponta, ainda, outra conduta negativa, que ela diz também estar relacionada à cultura cearense. Trata-se do fato de disseminar boatos, que no estudo foram traduzidos como fofoca, constituindo-se em falatórios, intrigas e mexericos. O comportamento instaurado nas relações sociais, segundo ela, faz parte da cultura regional, que vai desde a casa até a rua, ou seja, perpassa diferentes espaços; contudo, ao chegar à empresa, apresenta consequências nefastas sobre os demais trabalhadores. Conclui, destacando que o assédio moral atenta contra a dignidade da pessoa e viola direitos fundamentais, sendo esta uma temática que merece atenção quando se trata da saúde do trabalhador.

Questões relacionadas ao assédio moral situam-se em esfera delicada. A legislação reconhece que riscos relacionados ao trabalho são os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mas ainda não deixa claro o risco psíquico e/ou emocional que atinge a tantos trabalhadores em muitas frentes de trabalho e em variados Estados, não só no Ceará. Situações desta natureza ainda ficam sob falsas aparências em grandes empresas e o trabalhador, muitas vezes por medo de perder o emprego, não sinaliza e nem denuncia. Esta é uma dimensão que vem sendo percebida como risco para o trabalhador, não só para o processo de trabalho no qual o mesmo está inserido.

### **4.3 Política Nacional de Saúde do Trabalhador: estratégias para a sua implementação**

Considerando as ações para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, entendo que seu processo de disseminação dá-se a partir dos seguintes marcos legais: a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90. No artigo 200º da Constituição Federal, fica definida como competência do SUS a execução

das ações de saúde do trabalhador e colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. A LOS, por sua vez, reafirma a Saúde do Trabalhador como parte integrante da área de atuação do SUS e regulamenta os preceitos constitucionais sobre a saúde do trabalhador. A partir deste momento, inicia-se a expansão dos Programas de Saúde do Trabalhador e dos já existentes Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), este último como parte integrante do processo de estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

A RENAST foi criada em 2002, por meio da portaria GM/ MS nº 1.679 de 19 de setembro, e sua instituição é a principal estratégia para a consolidação da implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em âmbito federal.

A RENAST integra os serviços desenvolvidos pelos equipamentos que a integram. O eixo integrador da RENAST é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), constituída por Centros estaduais localizados em cada uma das capitais, e regionais, de gestão estadual ou municipal de acordo com a definição do estado, localizados em regiões metropolitanas e municípios sede de pólos 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 (BRASIL, 2002a).

Os CEREST são unidades legalmente instituídas através de portarias. Segundo Souza e Machado (2011, p. 94):

A Portaria GM/MS nº 1.679/2002 previu a implantação de 130 CEREST, sendo 27 estaduais (BRASIL, 2002a). Ainda no final de 2002 foram habilitados os primeiros 17 CEREST; entretanto, as primeiras liberações de recursos federais ocorreram somente a partir do ano de 2003.

Ainda segundo os mesmos autores, de acordo com a Política, todos os CEREST desenvolvem ações de promoção da saúde, de prevenção, de vigilância dos ambientes de trabalho, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação, de capacitação de recursos humanos e de orientações aos trabalhadores. Estas ações são executadas em âmbito estadual e municipal.

A estratégia de implementação da RENAST traz para a prática da atenção integral à saúde do trabalhador situações desafiadoras, bem como alguns avanços, como citam os autores Souza e Machado (2011, p. 94):

Um dos importantes avanços trazidos pela RENAST foi a garantia de um financiamento federal sistemático para as ações de saúde do trabalhador, traduzido nos recursos repassados aos estados e municípios para a habilitação e manutenção

mensal dos CEREST. No caso dos CEREST estaduais e CEREST regionais de gestão estadual, os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, e no caso dos CEREST regionais de gestão municipal os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2002a, 2005a).

O fato de existir uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador também se constitui como desafio, pois, como se sabe, há diversas fases que compõem um processo de implementação de uma política. Dentre os desafios sinalizados, aponto o fato de a Política de Saúde do Trabalhador ter uma rede de atenção e ainda ampliá-la na prática, objetivando alcançar melhor desempenho na implantação de uma política que ainda está se estruturando.

Dentre os avanços trazidos pela implementação da RENAST, cito a publicação, em 2005, da Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro, que dispõe sobre a ampliação da citada rede, tendo em vista a necessidade de uma maior cobertura no tocante a ações de saúde do trabalhador.

Os CEREST, na condição de unidades especializadas de retaguarda técnica, têm, respectivamente, suas áreas de abrangência, entretanto, o financiamento para o funcionamento destas unidades se dá conforme a Portaria GM/MS nº 2.437/05, art. 9º:

Classificar os CEREST a serem habilitados e reclassificar os já existentes, com redefinição dos valores de repasses mensais, segundo valores abaixo: I - para os regionais, trinta mil reais (R\$ 30.000,00) mensais; e II - para os estaduais, quarenta mil reais (R\$ 40.000,00).

Em relação à rede de CEREST, foi estabelecido o aumento de 130 para 200 centros, estabelecendo-se recursos adicionais e novos valores do incentivo para implantação e do repasse mensal, que correspondem a R\$ 50 mil mensais, em parcela única quando da implantação; repasses mensais de R\$ 30 mil para os centros regionais e de R\$ 40 mil para os centros estaduais (BRASIL, 2005a). Estes são os valores de repasses vigentes.

De acordo com Souza e Machado (2011), no processo de instituição da RENAST, de 2002 a 2010, houve uma disseminação de CERESTs em todos os Estados da União (Figura 1) e uma considerável conformidade na distribuição do número de CEREST por região (Figura 2).

A estratégia de alcançar todas as regiões do país mostra uma preocupação singular com o avanço da política e fortalece a articulação entre os pares institucionais que trabalham para a sua implementação em âmbito nacional, ampliando e consolidando a saúde do trabalhador como política pública, tentando colocá-la ao alcance de todos os trabalhadores.



Figura 4 – Número de CERESTs habilitados por região (2002 a agosto de 2010).



Fonte: CGSAT/DSAST/SVS/MS.

Fonte: BRASIL, 2011.

Tabela 1- Distribuição dos CERESTs por Regiões e Estados, conforme Portarias GM/MS N° 2. 437/05 e N° 2. 728/09

Regiões/Estados	CERESTs habilitados até agosto de 2010	CERESTs a serem habilitados	Total
<b>Norte</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>19</b>
Rondônia	2	-	2
Acre	1	1	2
Amazonas	3	-	3
Roraima	1	1	2
Amapá	2	-	2
Pará	4	1	5

continua

conclusão

Tabela 1- Distribuição dos CERESTs por Regiões e Estados, conforme Portarias GM/MS Nº 2. 437/05 e Nº 2. 728/09

Regiões/Estados	CERESTs habilitados até agosto de 2010	CERESTs a serem habilitados	Total
Tocantins	3	-	3
<b>Nordeste</b>	<b>56</b>	<b>-</b>	<b>56</b>
Maranhão	5	-	5
Piauí	4	-	4
Ceará	8	-	8
Rio Grande do Norte	4	-	4
Paraíba	4	-	4
Pernambuco	9	-	9
Alagoas	4	-	4
Sergipe	3	-	3
Bahia	15	-	15
<b>Sudeste</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>82</b>
Espírito Santo	3	2	5
Minas Gerais	17	2	19
Rio de Janeiro	10	6	16
São Paulo	42	-	42
<b>Sul</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
Paraná	6	4	10
Santa Catarina	7	-	7
Rio Grande do Sul	10	2	12
<b>Centro-Oeste</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>14</b>
Mato Grosso	3	-	3
Mato Grosso do Sul	3	-	3
Goiás	5	-	5
Distrito Federal	1	-	3
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>19</b>	<b>200</b>

Fonte: BRASIL, 2011.

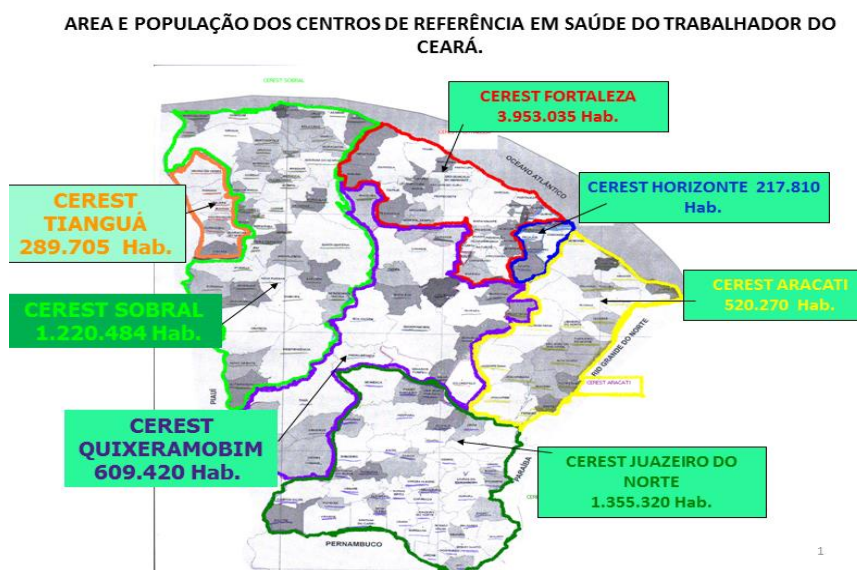
#### 4.4 Política de Saúde do Trabalhador no Ceará

Em pesquisa exploratória, visitei informalmente dois equipamentos que tratam diretamente da temática em estudo no sentido de buscar outros elementos para composição deste estudo. Em entrevista informal no Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (NUAST), de gestão estadual, e no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

(CEREST) Regional, de gestão municipal, foram elencadas, pelos profissionais abordados, fragilidades comuns aos contextos estadual e municipal no tocante à implementação da Política de Saúde do Trabalhador, a saber: profissionais terceirizados e não concursados, rotatividade destes profissionais, falta de profissionais qualificados, profissionais que ainda desconhecem a Política. Estes são pontos de atenção que se colocam no caminho da implementação das ações voltadas a este público nas esferas estadual e municipal. Na esfera institucional, não há rotatividade profissional intensa, pois os trabalhadores são empregados públicos com estabilidade, entretanto a própria dinâmica da instituição por vezes interfere na implementação de tais ações, pois projetos sugeridos no tocante à melhoria das ações de saúde do trabalhador não são encampados com frequência por dificuldade ou inexistência de profissional especializado para favorecer a continuidade de tais ações. Funcionava institucionalmente um projeto que realizava sessões de ginástica laboral, porém, pela ausência do profissional que dava corpo a esta ação, estas foram suspensas por tempo indeterminado, o que fragilizou a implantação sistemática das ações de saúde pautadas na Política Pública que propõe ações de prevenção de riscos.

No Ceará, foram disseminados os seguintes Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), de acordo com a tabela abaixo, o que nos faz concluir que as estratégias para implantação da política vêm avançando na tentativa de dirimir questões relevantes voltadas a esta temática.

Figura 5- Área e população dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará.



Fonte: CEREST Regional/ Ano 2012.

No Ceará, somente no ano de 2007<sup>16</sup>, através do Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAST) da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), foi criada a área técnica de Saúde do Trabalhador, como iniciativa do Governo do Estado, sendo responsável por atuar diretamente em questões voltadas à saúde do trabalhador em todo o Estado. O NUAST trabalha com as estratégias de implementação em âmbito estadual, realizando ações como oficinas, palestras, divulgação, articulação e mobilização junto aos municípios, objetivando acompanhar e monitorar as ações realizadas. São elas: atenção primária, saúde mental, saúde especializada, urgência e emergência e saúde bucal<sup>17</sup>. Este núcleo faz parte da Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde. A prática realizada pelo núcleo pauta-se também na Portaria GM/MS Nº 1.125 de 06 de julho de 2005, que dispõe sobre propósitos da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS, através do:

Art. 1º Estabelece que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos (Portaria GM/MS Nº 1.125)

No Estado do Ceará, as ações de implementação da Política de Saúde do Trabalhador acontecem a partir das ações realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), através do NUAST. As ações desenvolvidas são voltadas à articulação, acompanhamento e monitoramento da política na esfera estadual<sup>18</sup>. O NUAST acompanha e monitora ações desenvolvidas pelos CEREST estadual e regional através das Redes Sentinelas<sup>19</sup>, unidades de saúde responsáveis por identificar, diagnosticar, investigar e notificar casos de doenças e agravos ou acidentes relacionados ao trabalho. Segundo relatos de profissionais envolvidos nesta prática, o monitoramento dos acidentes está também sendo estruturado pela realização de estudos nesta área específica.

Em Fortaleza, o processo de notificação de acidente de trabalho encontra-se fragilizado e, segundo relato de profissional vinculado ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), as

---

<sup>16</sup>No ano de 2007, o governador do Estado do Ceará era Cid Ferreira Gomes, eleito no ano de 2006 e reeleito em outubro de 2010.

<sup>17</sup>Dados colhidos em pesquisa exploratória junto à Secretaria Estadual de Saúde (SESA); Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAST).

<sup>18</sup> Dados colhidos em pesquisa exploratória.

<sup>19</sup> A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) de mais de 3.500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por identificar, diagnosticar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes e doenças relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

unidades de saúde que constituem a rede articulada ainda não priorizam o registro do acidente como tal<sup>20</sup>.

Dentre as ações voltadas à saúde dos trabalhadores praticadas pela EMLURB destacam-se as palestras, que contemplam temas diversos, tais como o uso do álcool e a prevenção de acidentes, enfatizando a relação entre eles.

O que mais acontece, segundo profissional do setor pessoal da EMLURB, é o acidente de trajeto, pois muitos trabalhadores usam a bicicleta como meio de transporte para deslocar-se de casa para o trabalho e retornar do trabalho para casa, percurso, segundo o referido profissional, às vezes, interrompido pela visita dos trabalhadores aos pequenos bares localizados ao longo do trajeto, nos quais ingerem álcool e só depois continuam seus respectivos percursos. .

De acordo com os achados da pesquisa, dentre os 68 garis entrevistados na SER IV, 3 declararam que fazem uso abusivo de álcool e um deles faz uso de outras drogas, como crack, maconha e cocaína, entretanto apenas um dos três encontra-se atualmente em tratamento pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), o que nos faz refletir acerca da necessidade de uma atenção integral que envolva este sujeito. O seguinte relato revela esta realidade: “Uso cachaça, maconha, crack, cocaína, o que vier, mas não deixo o meu trabalho. Não vou pro CAPS, porque eu uso quando eu quero, sei a hora de parar” (Entrevistado grupo 1 – Apêndice 6a)

Conforme o Serviço Social da EMLURB, os trabalhadores que fazem uso abusivo de drogas são encaminhados ao CAPS da SER IV e o tratamento é acompanhado pela Instituição, por meio das chefias imediatas e do Serviço Social, a partir da frequência deles no serviço de saúde. Acredito que poderiam ser viabilizadas, em intervalos de tempo menores, ações que informam e sensibilizam quanto aos efeitos nocivos das drogas no organismo pois ações desta natureza, segundo relatos dos garis, são realizadas anualmente.

Desde 2007, com dados atualizados até abril de 2012, o Ceará registrou 7.606 acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Os óbitos em consequência de acidentes de trabalho são crescentes desde 2007 no Estado, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Dados colhidos em pesquisa exploratória.

<sup>21</sup> Estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1975, utiliza um instrumento padronizado de coleta de dados – a Declaração de Óbito (DO), constitui-se como elemento essencial para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Mota e Carvalho, 1999).

Entre 2010 e 2011, houve um aumento de 4,7% no número de registros de acidentes fatais relacionados ao ambiente de trabalho. A informação foi divulgada pelo Ministério da Previdência Social, por meio de seu Anuário Estatístico, publicado no dia 24 de outubro. Segundo o AEPS, no último ano, 2.884 trabalhadores perderam suas vidas durante o exercício de suas atividades profissionais, enquanto que, em 2010, foram registrados 2.753 mortes no trabalho. O relatório do MPS também aponta um leve aumento no número de acidentes de trabalho. No último ano, foram notificados 711.164 acidentes laborais, enquanto que, em 2010, foram contabilizados 709.474 registros no ambiente de trabalho, o que representa uma elevação de 0,2% no percentual de acidentes de trabalho (Fonte: <http://www.protecao.com.br>. Acesso em 01.07.2013)

Com o crescimento do emprego formal, os postos de trabalho passam a ser ocupados em maior número. Dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), de 2011, elaborado pelo MTE, trazem as seguintes informações:

Tabela 2 – Geração de empregos formais celetistas

#### **GERAÇÃO DE EMPREGOS FORMAIS CELETISTAS**

Empregos declarados de janeiro a dezembro de 2011, no prazo	1.566.043
Empregos declarados fora do prazo, de janeiro a novembro de 2011	378.517
<b>Total de empregos gerados em 2011</b>	<b>1.944.560</b>

Fonte: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), 2011 - MTE

A partir destas informações, é possível compreender que, com a maior ocupação dos postos de trabalho, pode-se haver um crescente número de acidentes, seja por falta de equipamentos de proteção, seja por insuficientes esclarecimentos a respeito dos agentes causadores dos citados acidentes e da saúde do trabalhador em linhas gerais.

Dessa forma, a estratégia para sistematizar ações de saúde do trabalhador quando este é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) dá-se a partir dos Programas Médicos de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO) baseados na Norma Regulamentadora (NR) 7, que, no entanto, traz uma visão pontual do que venha a ser saúde do trabalhador, relacionando à mesma somente a ocorrência de acidentes de trabalho, evidenciando uma perspectiva incipiente se comparada à ampla visão do SUS. Para que as ações possam ser

postas em prática, elas são detalhadas pelo MTE no escopo de NR, que, por sua vez, regulamentam o que está posto na Consolidação das Leis Trabalhistas (RIBEIRO, 2012).

#### **4.5 Ações de saúde do trabalhador**

Ações de saúde do trabalhador são definidas de acordo com o marco legal que as regulamentam. A Lei nº 8080/90 (LOS), no seu parágrafo 3º do artigo 6º, assim define as ações de saúde do trabalhador:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (RIBEIRO, 2012, p.75).

O marco legal exposto embasa a realização das ações de saúde no âmbito do SUS, entretanto, empresas ou mesmo instituições públicas mistas que têm os seus trabalhadores vinculados formalmente por meio da CLT implementam suas ações de saúde com base em normas regulamentadoras e programas de saúde, como citado anteriormente. Como esclarece Ribeiro (2012):

No Brasil, os contratos de trabalho são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), exceção feita aos órgãos públicos (municipais, estaduais ou federais) que podem ter estatutos próprios, norteados pelos princípios da Constituição Federal. ( p.91).

A EMLURB, como citei no início deste texto, é uma empresa pública de direito privado, integrante da administração indireta do Município de Fortaleza; tem capital exclusivamente público, entretanto seu vínculo com os trabalhadores se faz por meio da CLT. A estabilidade dos trabalhadores, empregados públicos, existe, mesmo que menor do que aquela inerente aos servidores públicos, cuja forma de ingresso nas instituições ocorre por meio de concurso público.

Desta forma, as ações voltadas aos trabalhadores realizadas pela EMLURB são baseadas no que rege a NR, detalhada e regulamentada de acordo com a CLT e aprovada pela Portaria GM nº 3.214, de 8 de junho de 1978,.

Em destaque, cito a NR 7 de acordo com a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978<sup>22</sup>, que implementa o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO):

Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. (MTE, 1978. Texto dado pela Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994, p. 01)

O PCMSO contempla a perspectiva da integralidade física do trabalhador e é constituído pelas seguintes ações: exame admissional, exame periódico, exame de retorno ao trabalho após afastamento de 30 dias, exame de mudança de função e exame demissional, de acordo com os riscos físicos. Os exames incluem avaliação clínica (com anamnese física e mental) e exames complementares, conforme o que prevê a NR.

A realização das ações que compõem este programa é vista como momento propício para orientação e informação acerca de diversos temas pertinentes à saúde do trabalhador, inclusive a prevenção de riscos químicos, biológicos e ergonômicos. A ginástica laboral, as campanhas de vacinação, a constituição da CIPA (NR 5) e a realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT) são outras práticas associadas e implementadas como ações de saúde do trabalhador na EMLURB. Dentre outras legislações trabalhistas, podem-se assinalar as campanhas antitabagista e de prevenção da AIDS.

Dentre as ações de saúde reconhecidas pelos grupos de trabalhadores operacionais – garis (grupo 1) posso elencar, de acordo com os dados da pesquisa, os seguintes relatos:

A CIPA é muito importante porque a gente faz curso de prevenção de acidentes e gente aprende muita coisa, como os primeiros socorros também... mas, às vezes, os garis se negam a votar na CIPA porque não vêm nenhuma melhoria ... de fato tem gente trabalhando na CIPA, mas quando chega na empresa para cobrar ninguém faz nada (Entrevistado grupo 1 - gari).

Nos exames periódicos a gente faz raios-X de tórax, eletrocardiograma, sangue, exame da próstata, agora quando é outro tipo de exame faz pelo plano IPM ou outros laboratórios ou outras clínicas (Entrevistado grupo 1 – gari).

Conforme relato dos técnicos que operacionalizam as ações (entrevistados do grupo 3), no ano de 2013 não foi realizada a SIPAT por falta de recursos financeiros.

Quanto aos relatos das chefias imediatas (entrevistados do grupo 3) , dentre os exames periódicos, não se verifica a existência de exame de prevenção do câncer

<sup>22</sup> NR 7- PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL. Disponível em <http://portal.mte.gov.br>. Acesso em 01.07.2013.



ginecológico, haja vista que a empresa não faz tal exigência. Porém, em contraponto, são solicitados exames de próstata. Considerando que, em média, 95% dos trabalhadores operacionais (garis) são homens, este fato potencializa a segmentação no tocante ao gênero, pois,. Reitero que os exames que rastreiam o câncer de próstata são realizados em laboratório através da coleta de sangue, diferindo daquele que rastreia o câncer ginecológico, que colhe outro tipo de material e, geralmente, são solicitados em consultas de rotina, que ficam sob a responsabilidade da trabalhadora, não competindo à empresa o referido cuidado.

As ações pautadas no PCMSO se constituem sob a perspectiva de promoção da saúde que, na concepção de Buss (2003), consiste em adotar medidas que buscam aumentar a saúde e o bem estar, não privilegiando especificamente uma doença ou desordem pré-estabelecida. Para o autor, inclui ações de educação e motivação sanitária, visando impulsionar determinadas condições para o desenvolvimento humano em sua totalidade.

Os PCMSO estão voltados à lógica tradicional, vinculados aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT/NR 4). Estes programas previstos praticam as ações de saúde com uma concepção similar àquela proposta pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que, em sua base,

[...] apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. (PNSST, 2004, p.3).

Entretanto, estas ações realizadas apontam para a necessidade de superação de uma prática que vislumbre o sujeito para além dos riscos físicos, pois os mesmos estão vulneráveis aos demais riscos: biológicos, ergonômicos e psíquicos. A concepção de Saúde Pública, no que diz respeito à atenção integral do sujeito, ultrapassa a barreira destes riscos, uma vez que o compreende como um ser único e completo envolvido na relação saúde/trabalho.

Questões e reflexões voltadas à saúde do trabalhador no cenário contemporâneo vislumbram ao fomento das práticas diversificadas de atenção ao sujeito em sua totalidade, como preconiza o SUS quando se refere à atenção integral.

Entendo a ação de atenção à saúde do trabalhador a partir de uma concepção referenciada na saúde pública e legitimada pelo SUS, que propõe atenção integral à saúde do

trabalhador. Reduzir esta prática à prevenção do risco físico torna-se insuficiente quando aplicada ao cotidiano do trabalho, tão complexo e com múltiplos determinantes.

Oliveira (2011) reflete acerca das múltiplas visões que permeiam a saúde do trabalhador e enaltece a prática desta política baseada nos preceitos do SUS, pois compreende a visão da ação integral, superando assim a lógica tradicional de refletir tão somente sobre os riscos visíveis aos quais os trabalhadores estão vulneráveis. Em sua concepção, há sete aspectos constitucionais que referenciam esta política, a partir da Constituição Federal de 1988: o aspecto sanitário, previdenciário, tributário, ambiental, penal, civil e trabalhista.

A existência destes aspectos embasa e solidifica a interface da Política de Saúde do Trabalhador com as demais políticas, evidenciando a relevante atuação de seus respectivos Ministérios, trazendo a necessidade de conceber a referida Política sob o prisma da intersetorialidade<sup>23</sup>.

Para o Ministério da Saúde (2000):

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2000).

A concepção de Saúde do Trabalhador ampliada e compreendida como política pública a partir de seu reconhecimento legal pauta-se na visão integral do sujeito que tem legitimado o seu acesso às demais políticas e à política em questão, tornando válido o que preconiza o SUS, de acordo com suas competências e atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

---

<sup>23</sup> Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Disponível em <http://www.redehumanizaus.net>. Acesso em 12.07.2013.

O princípio da integralidade, na visão de Paim (2006), evidencia o compromisso de uma prática continuada nos três níveis de atenção à saúde, o que aponta para uma perspectiva que envolve o sujeito desde a prevenção e/ou diminuição dos riscos até as ações de promoção e prevenção praticadas em âmbito institucional com base no PCMSO. Ações como a realização dos exames periódicos, reconhecidas pelos garis como ações de saúde, por vezes originam encaminhamentos para a rede de atenção à saúde que buscam nesta a sua concretude, bem como sua continuidade. Estas ações pautadas no programa referenciam-se na hipótese do risco físico aos quais os garis estão expostos.

Na concepção de Paim (2006), há quatro perspectivas que contemplam a ideia da integralidade:

[...] como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compreendendo os níveis de prevenção primária, secundária e terciária; como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos e mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.) [...] (PAIM, 2006, p.15).

Estas vertentes trazem um olhar polissêmico acerca do princípio doutrinário da integralidade, uma vez que os níveis de atenção e a abrangência das dimensões biológica, psicológica e social do sujeito, a garantia da continuidade das ações nos vários níveis de complexidade e a articulação com as outras políticas públicas são pertinentes e necessárias à compreensão e prática da Política de Saúde do Trabalhador. Compreendo que a ideia de integralidade aqui estudada refere-se principalmente a dois aspectos: a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e, como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.

De acordo com os relatos colhidos nas entrevistas dos grupos 2 e 3, há continuamente o encaminhamento de garis para serviços de saúde da rede pública quando eles apresentam alguma questão de saúde e/ou após a realização dos exames periódicos. Por exemplo, os garis que apresentam transtornos associados ao uso excessivo do álcool e de outras drogas são encaminhados para unidades como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e de Álcool e Drogas (AD). Quando se faz necessário o referido encaminhamento, o gari permanece em tratamento pelas citadas unidades constituintes da Rede de Saúde Mental do Município de Fortaleza, sendo acompanhados pelo menos uma vez por semana no CAPS por equipe especializada.

A frequência do gari no serviço de saúde é equivalente à sua presença na empresa como em um dia de trabalho qualquer, sendo esta monitorada pela gerência imediata e pelo Serviço Social, que viabiliza o encaminhamento para a consulta. Tal estratégia reforça a ideia de integralidade assinalada por Paim (2006), quando este se refere à garantia da continuidade da atenção, em seus diversos níveis, no tocante à saúde, bem como a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Segundo as chefias imediatas, ações internas são realizadas esporadicamente, o que é prejudicial à adesão em massa dos garis e compromete o contato sistemático com os mesmos no sentido de garantir um olhar diferenciado para este profissional, que realiza trabalho externo e insalubre, o que reforça a ideia de vulnerabilidade no tocante à saúde e que pode fragilizar a relação saúde/ trabalho. A partir deste aspecto, compreendo que a articulação, mobilização e realização sistemáticas de ações como palestras informativas a respeito da saúde trariam uma melhor compreensão e participação dos garis no tocante à esfera saúde, pois em seus relatos eles explicitam com clareza o desconforto de não se sentirem cuidados.

#### **4.6. Relação Saúde / Doença na EMLURB**

De acordo com Ferreira (2008), lixo é o que se varre da casa, da rua e se joga fora: entulho, coisa imprestável. A ideia do lixo relaciona-se ao lixeiro. Hoje, o gari, traz consigo forte estigma social desde a antiguidade até os dias de hoje, quando lixo estava relacionado à dimensão negativa, caracterizando-se doença.

O trabalho realizado pelos garis traz em si o desafio da rua e de tudo que com ela se relaciona, pois o lixo se identifica com a noção de impureza, de algo insalubre. Este trabalho vem sendo executado, segundo os relatos colhidos na pesquisa junto aos participantes do grupo 1, em condições adversas. O espaço ocupacional onde se desenvolvem as ações de trabalho dos coletores de lixo é, às vezes, conflitante. A rua é, por si, um local adverso, hostil, permeado de silenciosos conflitos e de profundas desigualdades.

Com base na observação simples feita em campo junto aos garis, compreendi que é no território que se evidenciam preconceitos e segmentações; onde o outro tenta se ver de igual forma é que se percebe, às vezes, discriminado e/ou marginalizado.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Entretanto, esta perspectiva se redefine quando pensamos as mudanças pelas quais o país

atravessa. O trabalho, por exemplo, vem passando por transformações e, com isso, os trabalhadores e as condições de realização do trabalho, também.

Ao longo da história, o trabalho ficou conhecido com diferentes conotações; antes como algo penoso, como uma atividade que implicava perda da liberdade, como um fardo. Do latim *tripalium*, trabalho designa um instrumento feito de três paus aguçados, com ponta de ferro, no qual antigos agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los (ALBORNOZ, 1994).

Durante muito tempo, o trabalho esteve associado a sacrifício, tortura, sofrimento. Em contraponto, contribui para a sociabilidade humana e, com isto, interfere diretamente na construção do ser social e de suas relações. E como é possível compreender a categoria trabalho? Para Marx, o trabalho pode ser concebido a partir de duas concepções: como transformação da natureza e como atividade social assalariada, alienada pelo capital.

Desde o processo de industrialização, o trabalho abstrato caracterizado por Marx e Engels vem se evidenciando e se estruturando de forma ampla, trazendo à cena diversos desdobramentos, fortalecendo concentração de renda enfatizando desigualdade social.

De acordo com Antunes (2009), o trabalho assume centralidade na vida do sujeito. Este, por muitas vezes, para acompanhar as transformações ocorridas, submete-se a situações adversas somente para preservar seu vínculo com o trabalho, seja ele formal ou informal.

Compreender as mudanças trazidas pelas transformações do processo de trabalho é tarefa essencial para a compreensão da saúde do trabalhador e as formas de adoecimento deles como assinalam os autores:

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores se caracteriza por uma combinação de fatores relacionados à idade, gênero, grupo social e condições de execução do trabalho e da profissão que exercem ou exerceram, caracterizando-o em quatro grupos: doenças comuns sem relação ao trabalho; doenças comuns possivelmente modificadas em sua frequência ou ocorrência de seu surgimento em trabalhadores sob certas condições de trabalho; doenças comuns cujas causas possam ser expandidas devido ao trabalho; doenças específicas claramente relacionadas ao trabalho, caracterizando os acidentes ocupacionais (BIANCO; GRAZZIANO.2012. p. 576-577)

A doença relacionada ao trabalho não é necessariamente uma predisposição biológica, mas a conjunção de um conjunto de fatores que deixam o trabalhador vulnerável ao risco de adoecer.

Para a realização do serviço de varrição pública, assim como para todo trabalho, são necessárias as condições adequadas para a sua execução.

Ao longo da pesquisa, os garis chamaram atenção para alguns pontos referentes a condições de trabalho, evidenciando, a seu modo, a relação saúde/doença em seus relatos, bem como propondo melhorias para a realização do trabalho, e enfatizando a importância de tais melhorias para a própria saúde. Para eles, é imprescindível o uso do protetor solar, pois a exposição prolongada ao sol, no decorrer de todos os anos da jornada de trabalho, poderia acarretar câncer de pele; o fardamento completo é prioridade, entretanto sempre faltam as botas, que segundo eles, deve ser fechado e de qualidade, diferente dos que recebem, que são desconfortáveis e têm pouca durabilidade, sendo, muitas vezes necessário adquirirem outros, com recursos próprios;; as luvas são de extrema necessidade, pois uma vez feita a varrição em determinada área, eles fazem a coleta do material e sua transposição para o coletor de lixo que levam para os respectivos postos de trabalho. Alguns garis, entretanto, relataram trabalhar sem a luva, pois, segundo eles, este equipamento não é disponibilizado pela empresa.

Dentre os 68 entrevistados, apenas um relatou a ocorrência de acidente de trabalho por lesão com objeto perfuro cortante devido à falta da luva. Segundo os entrevistados do grupo 3, os garis são transportados em caçambas não são lavadas, “carregadas de lixo” e; e eles acabam sendo confundidos com o trabalho que realizam. Na visão dos garis “eles estão indo para trás, não tem progresso”.

É de grande importância a noção de direito apresentada pelos entrevistados. De forma coerente e clara, os garis expressam o conhecimento adquirido a respeito de suas atividades, a relevância desta para a sociedade e os riscos envolvidos para a sua realização. Faz-se necessário um olhar institucional mais enfático no que tange às condições de trabalho, pois, da mesma forma que os inquieta, estas condições despertam neles o sentimento de indiferença e de invisibilidade institucional.

Outro ponto amplamente evidenciado pelos garis como prejudicial à saúde é a condição para a varrição em avenidas de intenso fluxo de veículos, pois a área que está sendo varrida não é sinalizada adequadamente. Segundo eles, as ruas e avenidas deveriam ser sinalizadas com cones, evidenciando a presença deles naquele espaço e delimitando o espaço público e o trabalho que está sendo realizado naquele momento, pois é grande o risco de atropelamento, o que comprometeria a saúde e se configuraria em acidente de trabalho.

A compreensão a respeito da relação saúde/doença por parte de um entrevistado do grupo 3, representante da chefia imediata, é explicitada da seguinte forma:

Outra coisa muito importante para a saúde e prevenção de doenças é a limpeza. Há mais de um ano que a gente não tem material de limpeza, não temos papel higiênico, esse eu trago de casa, porque não tem nas gerências. A gente procura desinfetante,

água sanitária para limpar os banheiros, mas não tem nada disso. Às vezes a gente tira do bolso da gente. Tudo isso é consequência de não ter uma evolução. (Entrevistado grupo 3).

A partir do depoimento supracitado, identifico a relevante reflexão no tocante à relação saúde/doença e à prevenção destas, uma vez que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas constitui-se como um dos objetivos do SUS. Pequenas condutas fazem a diferença para manutenção do ambiente de trabalho limpo e saudável, como preconizam a política de saúde do trabalhador e o SUS, passível de receber qualquer trabalhador ou visitante em condições adequadas. Do contrário, o ambiente torna-se insalubre e vulnerável, fragilizando o trabalhador, que é usuário deste espaço. Os garis têm consciência da atividade que realizam e da importância dela para a sociedade, evidenciando, inclusive o seu papel, conforme o depoimento que segue:

A função do gari é melhor do que a de um médico, porque o médico tá curando doença e gari tá prevenindo a doença, porque tá tirando o lixo, e o lixo atrai várias doenças, por isso a profissão é mais eficaz do que a de um médico. (Entrevistado grupo 1 – gari).

Os entrevistados dos grupos 1 e 3, respectivamente, trabalhadores operacionais (garis) e de chefia imediata, iniciaram suas atividades na EMLURB, há mais de vinte anos, na função de gari e apresentam vasto conhecimento da atividade realizada, das condições de execução do trabalho e do risco de exercê-la em toda a sua amplitude. O conhecimento adquirido por estes trabalhadores são de grande valor, uma vez que se constituíram a partir das vivências de rua, com a realização diária do trabalho, que apesar de seguir sob orientação técnica, é executado tomando por base o campo e suas adversidades.

Reitero a reflexão anterior a respeito da limpeza. É contraditório o trabalhador responsável pela limpeza urbana de uma grande cidade mostrar-se demasiadamente carente de condições adequadas de higiene e limpeza, dificultando e/ou até inviabilizando a vivência em um ambiente de trabalho limpo, saudável e seguro, conforme preconiza a política.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Considero a avaliação em pesquisa social um processo desafiador, composto por variáveis múltiplas e por um universo que, muitas vezes, precisa ser recortado para assim ser vivenciado e compreendido. É importante ressaltar que ao adentrar um espaço de pesquisa, os olhos se voltam curiosamente para um complexo desconhecido que nos desafia a todo instante a irmos mais além.

Os dados coletados em campo favoreceram a compreensão da implementação da Política de Saúde do Trabalhador, bem como o contexto institucional e suas particularidades e serão assim apresentados.

A pesquisa de campo que ocorreu nos meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2013 e janeiro de 2014, junto aos participantes dos quatro grupos, foi realizada *in loco* nos respectivos postos de trabalho. A entrevista com os garis foi realizada na rua ou na área de apoio, a ZGL; os demais entrevistados foram abordados nas dependências da EMLURB. A área de abrangência escolhida para o estudo, como citei anteriormente, foi a SER IV, onde estão lotados 117 garis, conforme documento emitido pelo setor de pessoal da EMLURB em agosto de 2013. A amostra, constituída inicialmente por 117 garis que compõem as ZGLs 13, 14 e 15, obteve o alcance de aproximadamente 58%. Foram entrevistados 68 garis, além das chefias imediatas das respectivas ZGL, técnicos que operacionalizam as ações de saúde e representantes da chefia institucional. Do total de garis lotados na SER IV, 16 estavam de férias/licença; 11 haviam sido transferidos para outras ZGL; 15 estavam à disposição, desempenhando outras atividades e 7 não quiseram participar das entrevistas.

Assim, a análise dos dados pautou-se na quantidade que foi alcançada, respeitando a amostra selecionada para a composição deste estudo, bem como a abordagem de categorias de análise, que proporcionaram entendimento mais amíúde a respeito da temática estudada.

Apresento inicialmente o quantitativo e perfil de garis lotados nas suas respectivas ZGL considerando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, religião e origem familiar. Compreendo que o padrão educacional é um fator importante para reflexão, por isso evidencio, com base na coleta de dados, o nível de instrução dos pais dos garis e, em seguida, o deles próprios, buscando relacionar este padrão educacional com as atividades realizadas anteriormente por eles e a questão da renda mensal, considerando que, durante a abordagem individual, alguns garis questionaram se a entrevista era para facilitar empréstimos financeiros



para eles. Outro fator importante é que tem relação direta com a renda é o número de dependentes, pois alguns garis têm na sua renda o único aporte financeiro, não contando com renda complementar. Saliento ainda a importância do Programa de Educação, oferecido pela EMLURB, aos seus trabalhadores. No referido Programa, todos os alunos são garis, pois, atualmente, segundo entrevista concedida por profissional de Serviço Social da empresa, são os trabalhadores com mais baixo nível de instrução. Além destes aspectos, a coleta evidencia outros dados que contribuíram para a elucidação das questões sinalizadas no início deste estudo, são eles: a ocorrência de acidentes de trabalho e de trajeto, uso e frequência de bebida alcoólica, ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho e doenças crônicas, conhecimento e participação dos garis nas ações de saúde realizadas pela EMLURB. A partir de então, identifiquei os entrevistados utilizando nomes fictícios a fim de manter em sigilo a identidade do(a) trabalhador(a) entrevistado(a).

Tabela 3 - Distribuição do nº de garis lotados na SER IV, que compuseram a amostra, segundo ZGL e tempo de serviço na EMLURB.

ZGL	LOTADOS	ENTREVISTADOS	%
ZGL 13	40	23	33,9
ZGL 14	23	14	20,5
ZGL 15	54	31	45,6
SER IV	117	68	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

O perfil dos garis é constituído conforme dados evidenciados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra segundo sexo, faixa etária, religião e origem familiar.

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	64	94
Feminino	4	6
<b>Faixa Etária</b>		
35 – 45 anos	22	32,3
45 – 55 anos	22	32,3
Acima de 55 anos	24	35,2

Tabela 4 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra segundo sexo, faixa etária, religião e origem familiar.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>		
Católico	33	48,5
Evangélico	20	29,4
Testemunha de Jeová	3	4,4
Indefinida	11	16,1
<b>Origem Familiar</b>		
Fortaleza	30	44,1
Interior do Estado	38	55,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Os dados evidenciam um número de homens superior ao número de mulheres, uma vez que a atividade desenvolvida pelos garis, desde o seu início, é adversa e voltada principalmente ao sexo masculino; entretanto, a partir da década de 1980, as mulheres passaram a integrar este universo, levando consigo todas as particularidades da sua condição sociocultural.

Segundo entrevista concedida por uma participante do grupo 2, a contratação de mulheres para o desempenho da função de gari junto à EMLURB ocorreu da seguinte forma:

Na época da gestão da Maria Luiza, logo que a Maria Luiza entrou, ela abriu inscrição para as mulheres, tanto é que elas eram chamadas de Mariazinhas, por conta da Maria Luiza. E essas mulheres eram para ser, de fato, garis, elas foram para a rua igualmente aos homens, fazendo o mesmo trabalho, elas levavam carrinho, elas varriam, elas apanhavam o lixo; então elas foram distribuídas no centro da cidade, na praia (no setor de praia) e com o tempo elas foram desenvolvendo algumas doenças por conta da própria fragilidade da força feminina que a gente sabe que existe. É totalmente diferente a força do homem da força da mulher e o trabalho era um trabalho braçal mesmo, de força física, né? Então elas foram desenvolvendo algumas doenças e, aí, por conta dessas histórias, a empresa foi abrindo espaços em outras atividades que fossem mais leves, mais suaves pra que a mulher realizasse por conta da sua força física mesmo; então elas passaram a varrer praças, que até hoje a gente tem muitas mulheres que querem ficar na rua, mas elas não são mais aquelas que faziam a varrição em avenidas, elas são colocadas na praça porque lá elas têm um ambiente menos insalubre, né? Porque elas vão estar menos expostas ao sol, elas vão ter um deslocamento menor. Muitas vezes, elas varrem, mas elas não empurram o carrinho mais, a gente encontra de todas essas situações e a maioria dessas mulheres, hoje, elas não são mais garis, elas são zeladoras, então elas estão em serviços internos, estão em serviços dentro da empresa, estão prestando serviços fora da empresa, prestando serviços como zeladoras, por conta das doenças. Até doenças que elas adquiriram, né, por conta do esforço físico. (Maria – grupo 2)

A inclusão da mulher nesse contexto, para assumir a função de gari, aumentou o número de emprego para elas, entretanto o próprio processo de trabalho ao qual eram submetidas lhes desfavorecia - não só pelo ambiente insalubre, que desfavorece a todos, mas também, segundo o depoimento acima, pela força física necessária à execução do trabalho. Este fato culmina com o adoecimento e a instalação de doenças relacionadas ao trabalho, que, posteriormente, poderão se constituir em doenças crônicas, como apresentarei mais à frente. O adoecimento traz consigo o afastamento do trabalho e uma possível readaptação funcional, o que fez estas mulheres assumirem outras atividades, como a zeladoria dos prédios, conforme citado no relato acima.

Na realização dos exames periódicos que acontecem anualmente, são solicitados para os homens os seguintes exames:

Raio X de tórax, eletrocardiograma, sangue, exame da próstata- exames periódicos, agora, quando é outro tipo de exame, faz pelo plano IPM ou outros laboratórios ou outras clínicas (Entrevistado – grupo1- João).

No tocante aos exames específicos para as mulheres, elas informaram que é de sua responsabilidade realizar as consultas de rotina a orientação médica e o acompanhamento devido conforme relato a seguir:

Não tem prevenção do câncer ginecológico, a empresa não exige. Quando eu quero saber mais coisas sobre mim, quando eu entro nas férias, eu faço o check up (Entrevistada - grupo 1 - Mariana).

Ainda para compreender o perfil dos garis, foi importante buscar informações sobre sua origem familiar, como citei anteriormente. Os dados relacionados ao nível de instrução dos pais (Tabela 4) foram fundamentais para a percepção do nível de instrução dos garis, entretanto este quantitativo que se apresenta a seguir não é fidedigno, porque alguns dos entrevistados ou não lembravam o grau de instrução de seu pai ou não tiveram a oportunidade da convivência com os mesmos. Outro aspecto a ser explicitado é o da faixa etária, pois 35,2% dos entrevistados estão acima de 55 anos.

Tabela 5 – Distribuição por ZGL do nº de garis que compuseram a amostra, segundo nível de instrução do pai.

<b>Variáveis</b>	<b>Analfabeto</b>	<b>Alfabetizado</b>	<b>Ensino fundamental incompleto</b>	<b>Ensino fundamental incompleto</b>	<b>Ensino fundamental completo</b>
ZGL13	8	2	4	2	1
ZGL 14	10	4	4	1	1
ZGL 15	21	3	5	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Os pais destes garis, com origem familiar no interior do Estado, eram analfabetos, sem instrução ou tinham o Ensino Fundamental incompleto, evidenciando baixo padrão educacional familiar, corroborado pela localização territorial destas famílias, a maioria oriunda do interior do Estado, em uma época em que o sistema educacional vigente não dispunha de políticas públicas de alcance da população, da forma como temos hoje.

Até hoje, a forma mais alargada de inclusão produtiva para muitas famílias do interior do Estado ainda é a agricultura. Segundo relatos dos garis, desde a infância, eles habituavam-se à prática desta atividade como forma de subsistência, uma vez que o mercado de trabalho não dispunha de muitas ofertas. Também por isso o baixo nível de escolaridade era potencializado, uma vez que os pais levavam os filhos para atuarem junto com eles no plantio e na colheita. É importante enfatizar que os garis originários do interior do Estado, cuja atividade primordial era a agricultura, chegaram ainda jovens a esta cidade, porém, com baixo nível de escolaridade e precária qualificação para o trabalho, assumiram e se identificaram com a referida função, depois de inseridos no campo de trabalho exatamente pela condição apresentada. Segundo eles, naquela época, quem não estudava só podia ser gari, pois não precisaria saber ler nem escrever. Entretanto, segundo eles, fizeram da coleta do lixo o seu trabalho, o seu meio de vida, atribuindo à atividade profissional um caráter particular e com referido senso de pertencimento.

O nível de escolaridade dos pais aponta também para outro caminho e apresenta como relevante desdobramento a forma de inclusão produtiva destes sujeitos, que obtinham seu sustento e de sua família a partir da realização de trabalho autônomo ou informal. Comportamento apresentado pelos pais dos garis que têm origem familiar na capital e interior do Estado. Na atualidade, esta situação é atenuada com o Programa de Erradicação do

Trabalho Infantil (PETI)<sup>24</sup>, que articula um conjunto de ações para retirar crianças e adolescentes, com idade inferior a 16 anos, da prática do trabalho precoce.

A EMLURB oferta aos trabalhadores, por meio de parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Programa SESI Educa. É um programa de Educação de Jovens e Adultos, implementado a partir da execução em sequência de módulos de alfabetização e Ensino Fundamental com as séries iniciais. Dentro deste programa, os garis ainda têm acesso aos módulos correspondentes ao Ensino Médio e a aulas de informática, o que lhes possibilita o enquadramento nas séries subsequentes àquelas já cursadas. A articulação dos trabalhadores, a divulgação do Programa e o monitoramento do mesmo, constituído por frequência e rendimento, é realizado pelo Serviço Social da Instituição, que é a área responsável por implementar práticas que incentivam a emancipação destes sujeitos.

Em entrevista colhida junto a uma participante do grupo 2, pude compreender mais claramente o alcance do referido Programa, conforme o relato que se segue:

Desde que nós ingressamos na EMLURB que a gente percebeu que o nível de escolarização era muito baixo; e a gente sempre quis desenvolver alguma ação voltada para esse público que não sabia ler, que não sabia apanhar um ônibus porque não sabia identificar e identificava pela cor... e agora, pelo fato de a gente ser empresa, a gente pode usufruir disso, que é um dinheiro que a empresa precisa descontar para a indústria, que é o SESI, e esse dinheiro retorna e a gente tá fazendo isso. Nós tivemos, em 2011, a oportunidade de receber esse projeto, fizemos todo um levantamento em todos os setores para saber quem tinha interesse de voltar a estudar. Nós conseguimos que eles viessem para a sala de aula no horário de trabalho sem nenhum prejuízo. Eles recebem o vale transporte para vir para o trabalho, eles vêm num dia de trabalho e o salário tá lá garantido, a frequência tá garantida desde que ele esteja em sala de aula. (Entrevistada – grupo 2 - Maria).

De acordo com o relato acima, entendo que a estratégia utilizada pela empresa é bastante positiva e contribui com o desempenho do trabalhador, estimulando-o a interagir com o meio de forma mais assertiva, pois o incentiva a estar em sala de aula no horário de trabalho respectivo sem nenhum tipo de prejuízo financeiro a este trabalhador. O reflexo desta adesão ao Programa é positivo no momento em que os garis expressam seus conhecimentos adquiridos em sala de aula, articulam estes conhecimentos com a vivência profissional e mostram inúmeras capacidades de relacionar as informações adquiridas com a vivência nas

---

<sup>24</sup> O Programa compreende transferência de renda – prioritariamente por meio do Programa Bolsa Família, acompanhamento familiar e oferta de serviços socioassistenciais, atuando de forma articulada com Estados e municípios e com a participação da sociedade civil. O Peti está estruturado estrategicamente em cinco eixos de atuação: informação e mobilização, com realização de campanhas e audiências públicas; busca ativa e registro no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; transferência de renda, inserção de crianças, adolescentes e suas famílias em serviços socioassistenciais e encaminhamentos para serviços de saúde, educação, cultura, esporte, lazer ou trabalho; reforço das ações de fiscalização, acompanhamento das famílias com aplicação de medidas protetivas, articuladas com o Poder Judiciário, Ministério Público e Conselhos Tutelares e monitoramento. Disponível em : [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br). Acesso em 08/06/2014.

ruas e construir uma visão crítica acerca dos fatos que lhes rodeiam, facilitando o entendimento dos mesmos no tocante ao trabalho que realizam, suas consequências, benefícios para a sociedade e riscos para eles próprios.

O próprio gari que participa deste programa demonstra maior capacidade de entendimento da realidade, conforme relato abaixo:

A gente não tem tudo que a gente necessita, a gente não tem uma bota, a gente não tem uma luva, não tem a proteção dos braços. É, a gente trabalha num serviço muito assim arriscado, e trabalha no meio da rua. (Entrevistado - grupo 1- José).

A existência do referido programa e sua implementação oferta ao trabalhador que faz parte dele melhor oportunidade de esclarecimento, facilitando com isto sua vivência com o trabalho que realiza, alimentando também as relações sociais que se estabelecem a partir de então, pois a sala de aula deste programa é um ambiente acolhedor, de fácil acesso e favorável ao entrosamento e à construção coletiva do conhecimento. Observo, de acordo com a tabela 5, que se faz necessário um maior alcance deste programa, tendo em vista que, dentre os 68 garis entrevistados, há 50 que não participam do programa. Acredito que este é um número elevado de não participantes, já que a proposta da empresa é de levá-los à sala de aula em dias úteis e horários de trabalho, conforme carga horária préestabelecida. Os outros 18 que participam do Programa SESI Educa, ao contrário, vislumbram crescimento e projeção funcional dentro da EMLURB, condição apresentada por alguns deles no momento da entrevista.

Tabela 6 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, participantes do Programa SESI Educa.

<b>Variáveis</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
ZGL 13	3	20
ZGL 14	5	9
ZGL 15	10	21
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>50</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Conforme dados da tabela a seguir (tabela 7), as mães dos garis com origem familiar no interior do Estado também apresentaram baixo nível de escolaridade e, como evidenciam as entrevistas, as mesmas, em sua maioria, ocupavam-se da agricultura para subsistência. Esta condição, segundo os entrevistados, comprometia o processo de escolarização deles em detrimento da participação da mulher no sustento das famílias. Ressalto que, assim como nem todos os garis lembraram o grau de escolaridade do pai,

também não lembraram, integralmente, o grau de escolaridade da mãe, o que fragmentou a exploração e apresentação dos referidos dados na íntegra.

Tabela 7 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, por ZGL segundo nível de instrução da mãe.

<b>Variáveis</b>	<b>Analfabeta</b>	<b>Alfabetizada</b>	<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>Ensino Fundamental Completo</b>	<b>Ensino Médio Incompleto</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>
ZGL13	9	4	3	1	1	1
ZGL 14	4	8	0	0	1	0
ZGL 15	14	8	9	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

O baixo nível de escolaridade dos garis é visualizado conforme dados da tabela a seguir. Esta condição evidencia também que a realização das atividades anteriores não necessitavam de um nível de instrução mais elevado (tabela 8). Estes dois aspectos complementam o acesso à renda, que, segundo eles mesmos, é viável para a instrução que eles têm (tabela 9). Na década de 1990, quando houve o mais recente ingresso de trabalhadores garis na EMLURB, ainda não havia a necessidade de comprovação de escolaridade no nível de Ensino Médio concluído, não exigindo, portanto, alto nível de escolaridade.

Há, dentre os entrevistados, 9 trabalhadores que iniciaram sua vida profissional exercendo a função de gari, levados à empresa por parentes ou conhecidos que também já trabalhavam como garis; hoje, todos os entrevistados estão há mais de 10 anos nessa profissão.

Tabela 8 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo o seu grau de instrução.

<b>Variáveis</b>	<b>Analfabeta</b>	<b>Alfabetizada</b>	<b>Ensino Fundamental Incompleto</b>	<b>Ensino Fundamental Completo</b>	<b>Ensino Médio Incompleto</b>	<b>Ensino Médio Completo</b>
ZGL13	3	1	13	2	1	3
ZGL 14	1	1	10	0	2	0
ZGL 15	3	2	22	2	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Tabela 9 - Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo realização de atividades anteriores.

Atividades Anteriores	Do Lar	Gari	Ambulante	Agricultor	Pedreiro	Serviços Gerais
TOTAL	1	9	8	10	20	20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

No tocante à renda, 44 garis declararam renda mensal média de um a dois salários mínimos e 24 declararam renda mensal de dois a três salários mínimos. Considere-se que, em 2013, quando as entrevistas foram realizadas, o valor do salário mínimo era de R\$ 678,00.

O fator renda é de suma importância quando relacionamos saúde e trabalho. Entendo que o trabalhador que vende a sua força de trabalho busca, primeiramente, obtenção do sustento próprio e de seus dependentes.

Tabela 10 - Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo a renda e nº de dependentes.

Variáveis	Até 2 SM	2 a 3 SM	Nenhum dependente	Até 2 dependentes	Entre 2 e 5 dependentes	Acima de 5 dependentes
ZGL13	11	12	9	10	5	5
ZGL 14	14	0	5	7	4	2
ZGL 15	19	12	4	8	6	2
TOTAL	44	24	18	25	15	10

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Um fato curioso que mantém relação direta com a variável renda é que pelo menos 60% dos entrevistados recebem valor abaixo do declarado em razão da realização de empréstimos descontados em folha. Eles relataram que estes empréstimos são feitos pela necessidade de complementação da renda, pois as despesas com os dependentes impactam diretamente no equilíbrio das finanças.

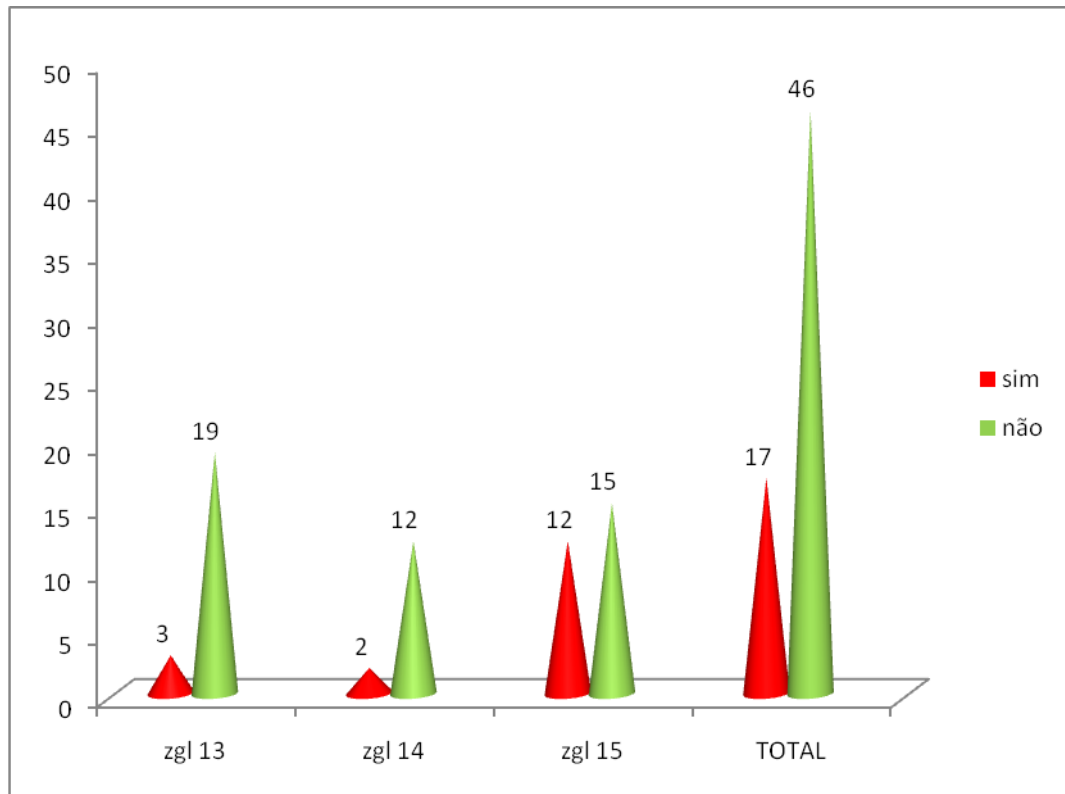
Quanto ao meio de transporte, 39 garis usam transporte coletivo (ônibus) para chegar até a EMLURB, enquanto 2 usam carro próprio, 7 utilizam moto, 15 fazem uso de bicicleta e 5 declararam que chegam ao posto de trabalho caminhando.

O deslocamento do trabalhador até o seu respectivo posto de trabalho tem relação direta com a questão do trabalho, pois a finalidade deste trajeto percorrido pelos garis, de casa para a empresa, dá-se para a realização da atividade laboral. Um fato importante constatado é que a EMLURB registra atualmente a ocorrência de acidente de trajeto superior à ocorrência



de acidente de trabalho. O Gráfico 1 evidencia os dados referentes à ocorrência do acidente de trajeto.

Gráfico 1 - Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de acidente de trajeto.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Com base nos achados desta pesquisa, 17 garis relataram já ter sofrido acidente de trajeto, tendo sido 3 pela ocorrência de queda (de bicicleta e da própria altura); 1 pela ocorrência de acidente de moto e 9 pela ocorrência de atropelamento. Segundo relato de profissional do setor de pessoal da empresa, a ocorrência destes acidentes no retorno para casa se dá quando eles param em bares da cidade, ingerem bebida alcoólica e, após, dão continuidade ao seu respectivo percurso, o que ocasiona as citadas quedas e atropelamentos, o que, a rigor, descaracteriza os acidente como de trajeto<sup>25</sup>, conforme preconiza o Ministério da Previdência Social.

O uso abusivo de álcool é, segundo relato de representante do grupo 2, comportamento histórico e cultural dos garis, tendo em vista as precárias condições de

<sup>25</sup> Acidentes de trajeto são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. Disponível em :[www1.previdencia.gov.br](http://www1.previdencia.gov.br). Acesso em 01/06/2014.

trabalho praticadas no período anterior à Constituição Federal de 1988. Anterior à década de 1980 e até meados da mesma, os garis eram contratados para prestação de serviço sem vínculo empregatício, o que configurava trabalho informal. As relações trabalhistas eram frágeis, quase inexistentes. Não havia preocupação, por parte da empresa, com os trabalhadores nem tão pouco com a saúde dos mesmos. Aqueles garis que eram contratados nestas condições não recebiam nenhum tipo de suporte institucional e as condições para a realização do trabalho eram as mais adversas.

Segundo relato de entrevistada do grupo 2, os garis, para cumprirem a jornada de trabalho, que ainda incluía a coleta de lixo, ingeriam bebida alcoólica para suportar o odor do lixo e as condições nas quais o trabalho era realizado.

E quem fazia coleta? Em que condição era feita a coleta? O homem sem máscara, o homem sem luva, aí esse homem desenvolvia outras doenças, porque ele achava que para fazer a coleta, se manter cheirando lixo ele precisava tomar uma, né?! Então, hoje, a gente tem esse índice de dependência química na empresa em decorrência disso, inclusive era cultural. Não... vou tomar uma para segurar o lixo, e isso não era problema nenhum. (Entrevistada – grupo 2 -Maria).

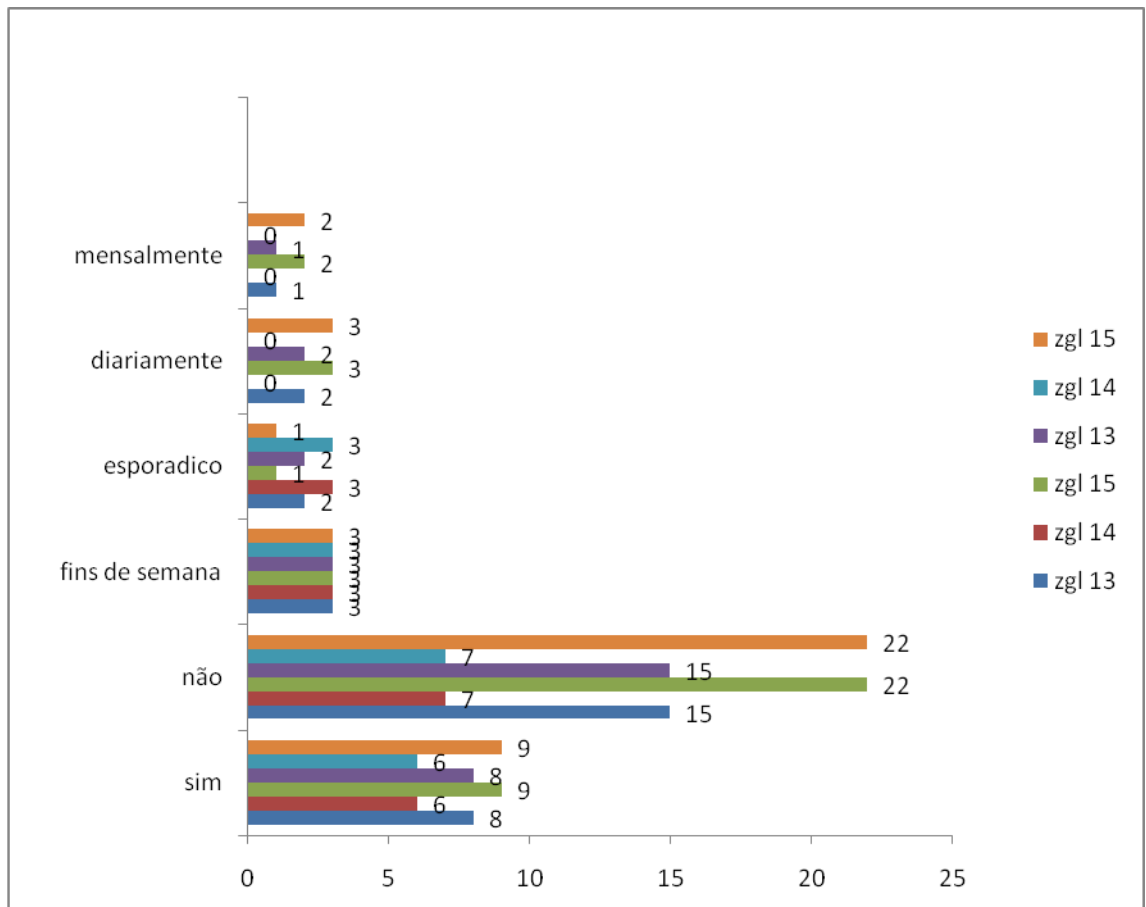
De acordo com a observação de campo, percebi a presença da dependência química entre os garis. Dentre os 68 entrevistados, 10 deles, o que equivale a 14%, relataram uso diário de bebida alcoólica (Gráfico 2). Em uma das entrevistas concedidas, na emergência do tema, o gari relatou que fazia uso da bebida alcoólica todos os dias, logo cedo. Na ocasião, ele apresentava tremores característicos do usuário do álcool, apresentando dificuldade para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Se considerarmos a dependência química do álcool que se instalou entre os garis devido às precárias condições de trabalho praticadas anteriormente como desdobramento de determinante social de saúde<sup>26</sup>, podemos fortalecer a ideia de acidente de trajeto para além da legislação vigente, uma vez que este trabalhador utiliza-se da ingestão diária de bebida alcoólica para enfrentar o campo de trabalho desprotegido e insalubre, tornando-se ainda mais vulnerável em seu trajeto.

---

<sup>26</sup>Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Disponível em : [www.renastonline.org](http://www.renastonline.org). Acesso em 08/08/2014.

Gráfico 2 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de uso de bebida alcoólica e sua frequência.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Entretanto, é importante percebermos a diferença entre o uso, que é esporádico ou episódico e o abuso ou uso nocivo, que é o consumo associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social), trazendo descontrole e desconforto ao usuário.

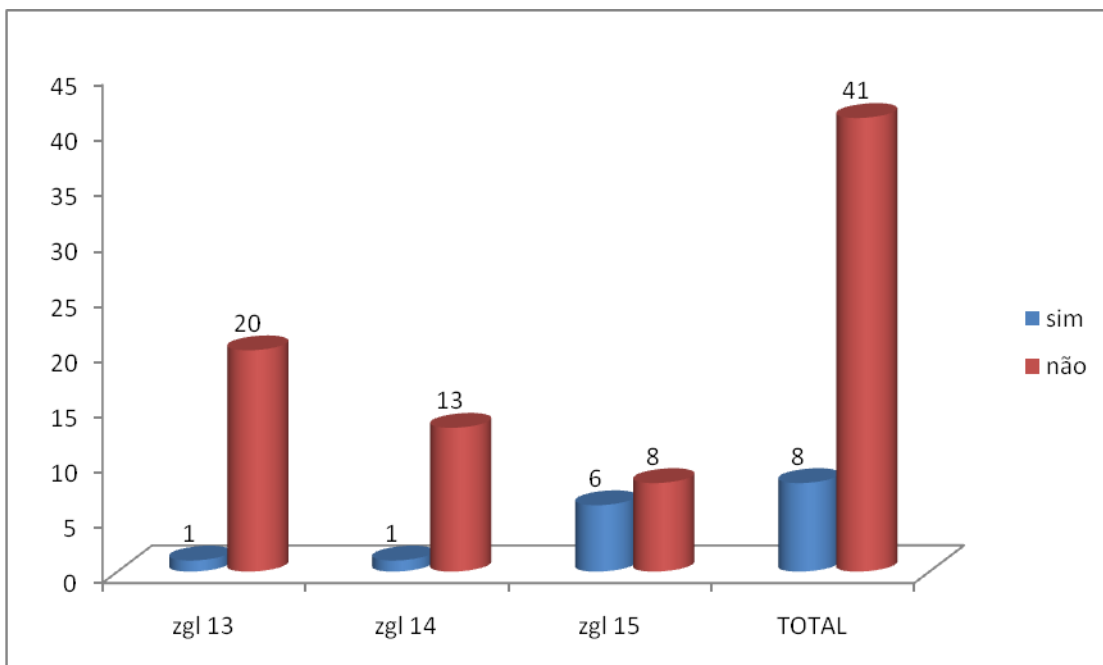
Neste aspecto, percebi a atual preocupação da instituição com a questão do alcoolismo na condição de doença. A EMLURB atua com estes trabalhadores através da comunicação das chefias imediatas (gerências) ao Serviço Social sobre a existência de garis que fazem uso de bebida alcoólica e a articulação deste com a Rede de Saúde Mental do Município, no sentido de viabilizar tratamento junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas (AD). Com a estratégia de articulação da referida rede, pude perceber a materialização (ou tentativa dela) da ideia de integralidade, conforme preconiza o SUS e a Política de Saúde do Trabalhador, pois o trabalhador consegue transitar dentro do sistema de saúde respeitando a perspectiva de reabilitação da mesma.

Os garis que são acompanhados nestes serviços têm consultas semanais com profissionais especializados em seu respectivo horário de trabalho, e sua presença no serviço de saúde é equivalente à sua presença na empresa em um dia de trabalho. A estratégia foi criada pelo Serviço Social da Instituição no sentido de estimular o trabalhador a tratar-se conforme sua necessidade. É válido ressaltar que o uso abusivo do álcool pode, inclusive, causar acidentes de trabalho.

Segundo estimativas da OIT, em âmbito mundial, de um total de 2,34 milhões de acidentes mortais de trabalho, a cada ano, somente 321 mil se devem a acidentes. Os restantes 2,02 milhões de mortes são causados por diversos tipos de enfermidades relacionados com o trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes. Trata-se de um déficit inaceitável, afirma a agência da ONU (2012).

No que diz respeito aos acidentes de trabalho registrados na EMLURB, a incidência é bem menor, uma vez que somente 7 dos garis entrevistados relataram já ter sofrido este tipo de acidente, conforme mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição do nº de garis que compuseram a amostra, segundo relato de acidente de trabalho.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

As causas dos acidentes de trabalho apontadas pelos garis são as seguintes: acidente, atropelamento, lesão por objeto perfuro cortante e a queda, sendo esta – queda da própria altura, queda do caminhão e queda da caçamba. A caçamba citada é o veículo que

transporta os garis desde a EMLURB ou ZGL até o posto de trabalho, local onde é feita a varrição, ou seja, a via pública. Esta via, segundo eles, não é sinalizada adequadamente para evidenciar a presença de pessoas trabalhando, sendo necessário que eles mesmos é que se defendem dos riscos como o atropelamento, conforme evidenciam os seguintes depoimentos:

É, a gente trabalha num serviço muito assim arriscado, e trabalha no meio da rua. E, além da gente tá trabalhando aqui na parte da 13 de maio, por exemplo, ali você tá com a vida na mão e a qualquer hora você pode morrer. Era para ter uns cones para colocar na parte que a gente tá trabalhando e porque aí tá arriscado a batida dum carro na gente. Às vezes, a gente tá varrendo e quando a gente vê o carro, tá em cima da gente, “abuzinando”. É tudo coisa que a gente precisava ter mais segurança (Entrevistado – grupo 1- Saulo).

É importante trabalhar e ter saúde; é importante saber trabalhar e saber como é que se cuida. Aqui na prefeitura, você não pode fazer isso porque o povo não dá condição. A gente trabalha em cima de um carro desses, um carro de lixo e a gente vai tudo junto (Entrevistado – grupo 1 - Paulo).

Diante disto, encontrei relevante contraponto com a política e com o discurso dos programas de saúde quando os mesmos tratam do ambiente de trabalho saudável e seguro e quando explicitam a relação saúde/doença. No caso estudado, o trabalho é realizado de forma arriscada e insalubre, não só no tocante ao risco físico e psicológico, mas com relação ao risco de vida ao qual o trabalhador está sujeito.

As condições de trabalho impactam diretamente na realização do mesmo. A vestimenta e outros equipamentos de proteção individual, necessários e adequados constituem o item saúde e podem ser determinantes para a relação saúde/trabalho, como evidenciam os relatos a seguir:

É, eu já tive experiência na construção civil e quando eu passei pra cá, meu pai já trabalhava aqui, eu sempre vinha com ele, né, pra ajudar aqui a ele, então eu encaixei por isso, foi através do meu pai que eu fiquei aqui. E a gente vem trabalhando ... a parte de saúde aqui é meia precária. A gente não tem tudo que a gente necessita, a gente não tem uma bota, a gente não tem uma luva, não tem a proteção dos braços (Entrevistado – grupo 1- Pedro).

Eu acho importante para a gente porque é um negócio que a gente sempre precisa ter aquilo ali né, porque de uma hora para outra a gente leva um corte. A gente trabalha com lixo, às vezes a gente tá trabalhando, tem canto por aí que tem vidro e a gente não vê. Por exemplo, eu cortei um sapato meu com um vidro de garrafa aí cortou o sapato, se eu não tivesse de sapato fechado, eu tinha cortado o meu pé e poderia ter formado uma doença. A minha valência é que eu tava de bota e eu não me cortei com o ferro, só mesmo a bota. A bota é que ficou perdida (Entrevistado – grupo 1- Abel).

Os depoimentos dos trabalhadores expressam divergências singulares entre o que está posto na Política e a realidade vigente. Isto porque a Política prevê, dentre outras

condições, a existência do ambiente de trabalho saudável e os dados, ao contrário, mostraram dentre outros aspectos o ambiente de trabalho insalubre e as condições precárias para a realização do trabalho, como expresso nos depoimentos acima.

A PNSST (2011) prevê que é de competência do Ministério da Saúde fomentar a estruturação da saúde do trabalhador de forma integral, o que envolve a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Na prática, existem pontos de atenção que, acredito, requerem observação mais minuciosa por parte da empresa, principalmente quando se trata das condições de trabalho, que, da forma como foram expostas pelos garis, comprometem o processo de trabalho e a execução com qualidade deste, assim como podem trazer prejuízos à relação saúde/trabalho, que fica comprometida caso confirme-se o que dizem os próprios relatos colhidos nas entrevistas, inclusive sobre o não recebimento de fardamento.

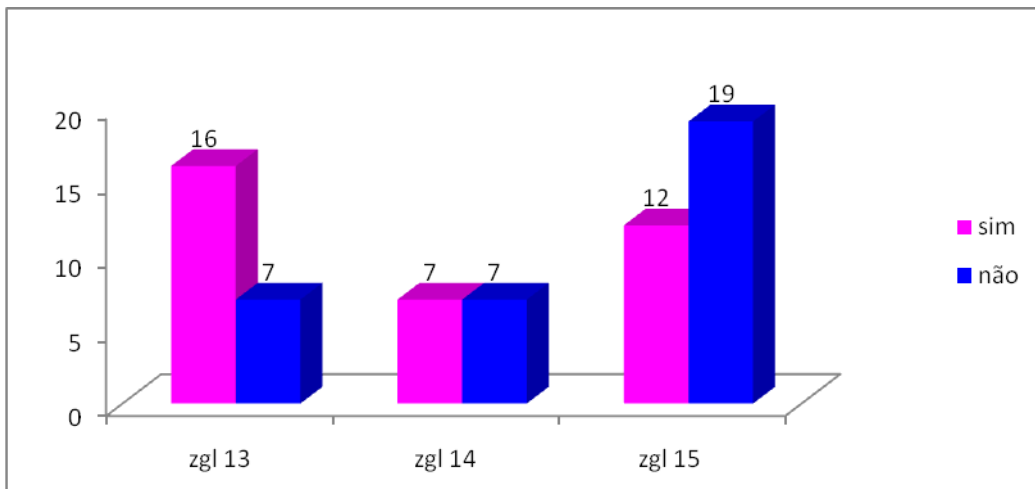
De acordo com depoimento de representante da chefia institucional, muitas lacunas que ocorrem hoje, tanto na manutenção sistemática das ações de saúde como na aquisição de materiais, como fardamento e equipamentos de proteção individual (EPI), se dão pelo fato de a empresa depender de processos licitatórios comuns ao serviço público, o que, segundo a mesma, deixa entraves na execução satisfatória do trabalho do SESMT junto aos garis, pois são processos demorados e, por isso, acabam por interferir negativamente na proposta do programa de saúde ocupacional. Sendo assim, estas lacunas também trazem repercussão negativa para os processos de trabalho dos garis, uma vez que as ações de saúde são realizadas esporadicamente e, devido aos referidos processos e entraves burocráticos, ocorre uma quebra importante na execução das ações e os trabalhadores permanecem desarticulados e sem perspectiva de mudança quanto a este aspecto.

Um ponto importante para reflexão é o ambiente de trabalho, que na proposta da referida política pública, deve ser protegido e adequado ao trabalhador. Os garis entrevistados trabalham nas áreas externas, em via pública e com a varrição, o que me fez percebê-lo como um ambiente adverso e propenso aos riscos físicos, principalmente, pois, como já foi dito pelos garis, a varrição é feita na rua e não dispõe de nenhuma sinalização, evidenciando a presença de trabalhadores naquele espaço. Diante deste fato, é possível compreender que, institucionalmente, este trabalhador deveria estar resguardado dos riscos pertinentes ao ambiente de trabalho, contradizendo os relatos em campo.

A Constituição Federal (1988) dispõe sobre diversos direitos dos trabalhadores em seu artigo 7º, entre eles a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

A Política de Saúde do Trabalhador e seus desdobramentos comungam da perspectiva de atenção integral, no que diz respeito às ações de promoção, vigilância e assistência à saúde. Ao longo das entrevistas, 32 garís relataram conhecer e/ou participar das ações de saúde propostas pela EMLURB, conforme dados explicitados no Gráfico 4, entretanto 36 relataram que desconhecem tais ações e, por isso, não participam.

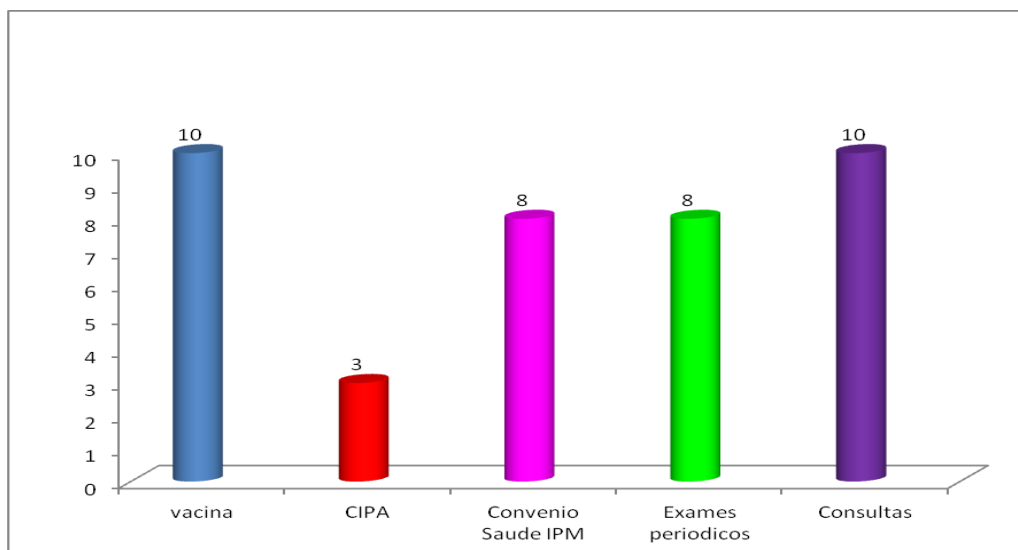
Gráfico 4 – Distribuição do nº de garís que compuseram a amostra, segundo o conhecimento e participação nas ações de saúde oferecidas pela EMLURB.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

As ações identificadas pelos garís como ações de saúde são as seguintes:

Gráfico 5 – Distribuição do nº das ações de saúde reconhecidas pelos garís da EMLURB, que compuseram a amostra.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

As ações identificadas pelos garis como ações de saúde são as mais comuns. Evidenciam-se as seguintes, conforme os depoimentos a seguir:

A vacina evita as doenças da rua, corre o risco de se furar nos pregos, se cortar, evita muito de se pegar um tétano... e o exame periódico, a gente mostra lá o doutor, ele olha a gente e se tiver tudo ok ele dá um papelzinho verde<sup>27</sup>; se você tem algum problema, ele vai lhe dar um papelzinho branco para você providenciar de se tratar, aí vai para as consultas especializadas.  
(Entrevistado – grupo 1 – João)

A CIPA é muito importante, porque a gente faz curso de prevenção de acidentes e a gente aprende muita coisa, como os primeiros socorros também [...]. mas, às vezes, os garis se negam a votar na CIPA porque não vem nenhuma melhoria [...] De fato, tem gente trabalhando na CIPA, mas, quando chega na empresa para cobrar, ninguém faz nada (Entrevistado – grupo 3 – Josué).

A conscientização por parte dos trabalhadores no que diz respeito à sua saúde é percebida com clareza nos relatos dos mesmos. Acredito que, também por causa da atividade realizada, os garis apresentam relevante sensibilidade no tocante aos seus cuidados. Estas ações orientam a melhoria da prática destes profissionais, bem como os conduz à reflexão a respeito de dois pontos: os benefícios que esses cuidados podem trazer e a saúde, como um todo.

O Ministério da Saúde ressalta que os determinantes da saúde do trabalhador são fatores pertinentes ao cotidiano do sujeito em uma perspectiva holística.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador, estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. (COSAT/MS, 2001.p.17).

A realização das ações de saúde surge no horizonte institucional também como uma estratégia facilitadora de organização laboral dos garis. A participação deste público nas ações promovidas pela EMLURB pode ser percebida a partir dos dados expostos acima.

Segundo os garis e as chefias imediatas entrevistadas, as ações de saúde acontecem esporadicamente. Na percepção deles, até para uma maior adesão, faz-se necessário que estas ações ocorram sistematicamente com o objetivo de desenvolver o hábito

---

<sup>27</sup> O papel verde referenciado neste depoimento é o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), documento emitido pelo médico do trabalho após realização da avaliação clínica ocupacional, quando são avaliados antecedentes clínicos, cirúrgicos, exames complementares e, ao final, é informado um resultado, identificando se o trabalhador está apto ou não ao cargo almejado.



Os relatos a seguir explicitam a percepção dos trabalhadores no tocante à realização das ações de saúde:

É feita, mas, vamos dizer assim, é mais espaçosa, tinha que ser mais próxima, com um tempo menor, para eles estarem sempre participando. (Entrevistado – grupo 3 – Tadeu).

Elas são importantes, porque elas trazem benefícios muito grandes, tanto para o trabalhador como para a própria empresa que diminui seus gastos com ele, né? E pode melhorar bastante em outros termos (Entrevistado – grupo 3 – Cristóvão).

Segundo o representante institucional, há quebra das ações e/ou descontinuidade das mesmas devido aos trâmites burocráticos que o serviço público enfrenta para realizar suas propostas, enfatizando que o trabalho é realizado junto ao SESMT. Os referidos processos licitatórios atrasam a ocorrência das ações, que têm um custo para a realização.

A descontinuidade das referidas ações de saúde praticadas internamente pelo SESMT da empresa se desdobra negativamente para o trabalhador, pois as estratégias planejadas são objetivadas de forma incompleta, por conta dos referidos entraves burocráticos.

A Política, em linhas gerais, prevê financiamento para a realização das estratégias de saúde do trabalhador. Em âmbito institucional, compreende-se que há também orçamento prévio para o desempenho de tais estratégias, uma vez que elas compreendem o PCMSO, que é fiscalizado pelo MTE.

Entretanto o relato de entrevistada do grupo 2, diz o seguinte:

Nós estamos há 02 anos sem SIPAT por conta de recursos financeiros. A SIPAT já estava até nas ações programadas, porque é assim, ocorrem as eleições da CIPA em maio e aí a gente faz a SIPAT antes, é sempre antes porque a CIPA anterior que tá na gestão ela quer fazer a SIPAT. Primeiro fazia a SIPAT e depois a eleição da CIPA porque já fazia parte da programação. Mas não tem recursos e por isso a gente não fez a SIPAT. (Entrevistada – grupo 2 - Marília)

Neste sentido o empenho institucional no tocante a tais recursos mostra-se fragilizado, pois ações de grande porte que congregam uma parcela importante de trabalhadores deixaram de ser realizadas devido à falta de recursos por dois anos consecutivos.

Tal constatação leva-me à seguinte indagação: Como operacionalizar ações de saúde para favorecer os trabalhadores, prevenir riscos, acidentes e outros agravos à saúde diante dos citados entraves burocráticos?

A dificuldade no tocante ao cumprimento das ações contidas no PCMSO foi evidenciada ao longo da pesquisa, conforme os depoimentos dos participantes do grupo 3, abaixo registrados:

Com a CIPA, a gente cobra a melhoria, principalmente nos transportes dos garis, essas coisas assim, busca benefícios e faz um trabalho de prevenção de acidentes, mas quando a gente procurava na empresa, ninguém tinha nenhum recurso (Entrevistado – grupo 3- Josué).

A CIPA era para ser regida por lei ... ó, a CIPA tá exigindo da EMLURB o material completo dos garis, se não for, vai ser punido, mas não existe esse tipo de lei, tanto faz você me dar o material como não, vamos deixar do jeito que tá. A CIPA cobra, mas a empresa não dá aquele material exigido pela CIPA, aí pronto, fica na mesma, aí, quer dizer, é nadar no seco. (Entrevistado – grupo 3 – Simão)

Em entrevista colhida junto a uma participante do grupo 2, pude compreender que há relevante necessidade de maior suporte para a realização das ações de saúde, bem como para a aquisição dos equipamentos de proteção necessários aos trabalhadores, conforme depoimento abaixo:

A questão dos EPIs, quando você solicita, não recebe; não consegue entregar, porque você esbarra naquela dificuldade burocrática. Então, assim, as campanhas, quando você vai a uma gerência falar sobre a importância de ele usar a farda, usar o EPI, aí vem aquela voz: mas a gente não recebe. E como é que você vai cobrar, falar da importância de uma coisa que a empresa não dá? (Entrevistada – grupo 2 – Marília)

De acordo com relatos explicitados, é possível compreender a dificuldade em implementar a política de saúde do trabalhador que requer não só competência técnica, mas também o investimento mínimo necessário para a sua concretude, mesmo em contextos adversos ou caóticos para os trabalhadores que dependem da iniciativa institucional para a sua saúde e segurança no trabalho. Percebi também a fragilidade de uma política em estruturação que abrange uma gama de ações, que se articula com outras tantas políticas, mas que se mostra frágil na sua objetivação.

As ações de saúde do trabalhador são compostas por um conjunto de atividades que visam à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores (RIBEIRO, 2012). Com isto fica clara a necessidade emergente da sistematização do financiamento institucional que sustenta esta prática com vistas a garantir que estas ações ocorram satisfatoriamente e de forma a alcançar os trabalhadores não só pela questão prática desta realização, mas também pela questão do ideal da proposta que rege a Política em debate.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o foco das ações de saúde do trabalhador é a mudança nos processos de trabalho que contemplam as relações saúde/trabalho em toda a sua complexidade, entretanto, fica inviável a ocorrência das referidas mudanças neste contexto institucional por todas as razões aqui apresentadas.

A realidade conhecida através deste estudo se mostra desarticulada, incipiente frente ao discurso legítimo da política e dos programas de controle médico de saúde ocupacional. As ações propostas, às vezes, não são realizadas, o que visivelmente compromete a ocorrência de mudanças nos processos de trabalho; as que ocorrem, são ainda frágeis para atender à demanda que se apresenta e para alcançar o trabalhador em todas as suas dimensões, como propõe o princípio da integralidade.

Segundo relato dos entrevistados dos grupos 1 e 3, as ações de saúde hoje realizadas dentro dos limites da prática institucional são de grande importância, pois, através destas ações, novos conhecimentos são aprendidos, o que, para eles, pode reduzir os riscos à saúde.

A ocorrência das ações de saúde é compreendida pelos participantes do grupo 2 também por outro prisma, evidenciando que a proposta da política no âmbito institucional ainda caminha a passos curtos e lentos, conforme o relato seguinte:

Eu considero que as ações são muito tímidas, elas são deficientes e que deveriam estar sendo feitas, mas esbarra na questão dos recursos. A gente tem dificuldade de contratar o médico para implementar esse PCMSO, a gente tem dificuldade de fazer a SIPAT... (Entrevistada – grupo 2 – Marília).

O depoimento acima traz à cena uma questão de grande importância, pois, para operacionalizar as ações de saúde do trabalhador, acredito que seja de suma importância a sistematização prévia do orçamento físico-financeiro para que a gestão institucional, que também sofre com as alternâncias de governo e gestão municipal, possa viabilizar satisfatoriamente a realização das referidas ações, fortalecendo, assim, o amadurecimento destas estratégias.

Considerando a importância das dificuldades expostas, compreendo que, neste contexto, é possível o processo contínuo de adoecimento e este processo se dá conforme a atividade laboral realizada.

Categorizando o trabalho, Schilling (2012) classifica de forma ampla um grupo de doenças relacionadas ao trabalho, conforme tabela a seguir:

Tabela 11 – Classificação do grupo de doenças relacionadas ao trabalho

<b>CATEGORIA</b>	<b>EXEMPLO</b>
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo
	Silicose
II- Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doenças profissionais legalmente reconhecidas
	Doença coronária
	Doença do aparelho locomotor
	Câncer
III- Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de uma doença já estabelecida	Varizes dos membros inferiores
	Bronquite crônica
	Dermatite de contato alérgica
	Asma
	Doenças mentais

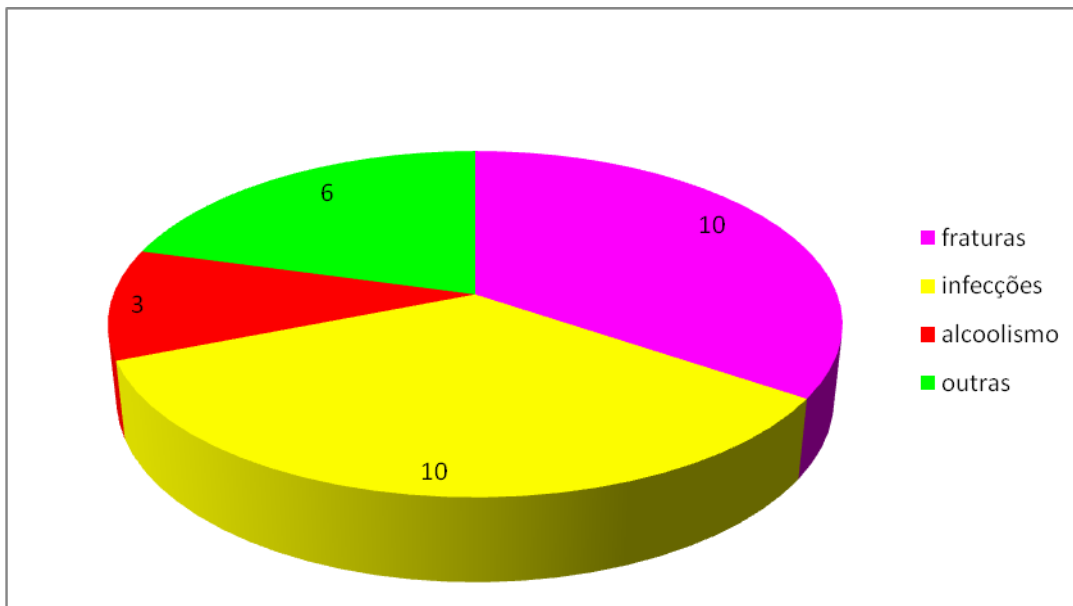
Fonte: Adaptado de Schilling, 1984

De acordo com esta classificação, pode-se observar que as doenças assinaladas pelos garis estão em consonância com a categoria III, pois ao longo da jornada de trabalho surgem, dentre as afecções, a pneumonia e doenças de pele (dermatites), além das doenças do aparelho locomotor (lesões nos tendões e lombalgias), conforme demonstração do grupo II.

Encontrei em campo 28 garis que declararam já ter se afastado do trabalho por diversas doenças, entre elas: fraturas, alcoolismo, hérnia inguinal. O tempo de afastamento é variável: 16 permaneceram até 03 meses afastados, 08 ficaram afastados entre 03 e 06 meses e 04 permaneceram afastados por mais de 06 meses.

Dentre todos os entrevistados, 11 declararam já ter se afastado devido a doenças que, segundo eles, são relacionadas ao trabalho. Estas doenças, por eles sinalizadas e explicitadas no Gráfico 6, são as seguintes: doenças alérgicas (rinite), respiratórias (pneumonia), de pele (micoses), infecciosas (hanseníase) e outras afecções (dores lombares, hérnias e intoxicação).

Gráfico 6 – Distribuição do nº de doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com os garis que compuseram a amostra.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

É válido ressaltar que cada grupo de trabalhador pode desenvolver diversos tipos de doenças de acordo com a atividade que desempenha. Estas doenças causam alterações à saúde do trabalhador e são comumente desencadeadas por fatores relacionados ao ambiente de trabalho, pois, conforme esclarece Grazziano e Bianco (2012), a etiologia (ou nexa causal) das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT) é estabelecida mediante a constatação da sua frequência em determinadas profissões e pela análise dos ambientes e condições de trabalho que constituem os fatores de risco de sua ocorrência. No caso dos garis, o trabalho realizado é varrição e coleta do resíduo propriamente dito, encontrados nas ruas, o que evidencia a ocorrência de doenças de pele, respiratórias e do aparelho locomotor, como citei acima.

Para os sujeitos desta pesquisa são várias as doenças relacionadas ao trabalho que podem ser desenvolvidas. O trabalho dos garis entrevistados acontece na rua, onde eles estão expostos aos inúmeros estímulos do meio ambiente. A atividade de varrição é ampla e para ser desempenhada exige do trabalhador diversificados esforços. As lombalgias referidas nas entrevistas ocorrem, segundo os entrevistados, em razão do movimento repetitivo de varrer e empurrar o carro, que às vezes está pesado; as hérnias e doenças renais, segundo eles, surgiram devido ao peso que pegam. A hanseníase é uma doença infecto contagiosa que tem forma de transmissão peculiar e o agente causador, ou agente etiológico não é de natureza ocupacional. As micoses são infecções causadas por fungos, bastante comuns na região dos pés, que às vezes estão desprotegidos pelos calçados inadequados. A lesão no tendão surge

em decorrência de quedas da caçamba, transporte disponibilizado aos garis para se deslocarem de um ponto a outro nos postos de trabalho dentro das respectivas ZGL. As doenças respiratórias apontadas como doenças relacionadas ao trabalho também ocorrem devido às condições e ao espaço onde a atividade é desenvolvida.

De acordo com os entrevistados do grupo 3:

Nosso pessoal, nossos garis, como eles trabalham diretamente no campo, exposto a lixo, eles têm facilidade muito grande de adoecer e então as doenças deles são mais complicadas, do que outras que a gente conhece né? É tipo hanseníase, é tipo essas coisas que já adquire no campo mesmo, então elas são mais... em termo de tratamento (Entrevistado – grupo 3 – Josué).

A ocorrência de doenças se dá não só pelo trabalho que é desenvolvido, mas também pela condição inerente ao espaço ocupacional. As gerências são pontos de apoio para os garis, fiscais e chefes imediatos. Espaço onde são acomodados os materiais usados para o trabalho, ponto de encontro dos trabalhadores, espaço de convivência e acolhida. Entretanto são espaços de pouca visibilidade institucional, uma vez que dispõem de precárias acomodações e condições de higiene, conforme relato que se segue:

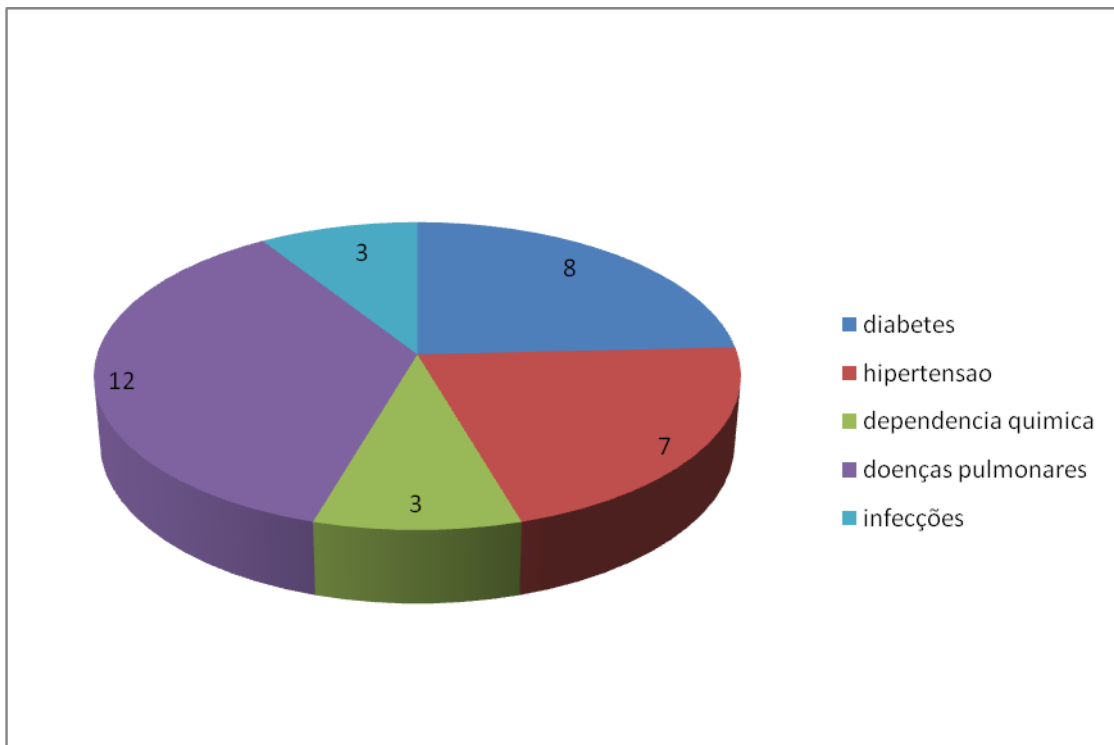
Outra coisa muito importante para a saúde e prevenção de doenças é a limpeza. Há mais de um ano que a gente não tem material de limpeza, não temos papel higiênico, esse eu trago de casa porque não tem nas gerências. A gente procura desinfetante, água sanitária para limpar os banheiros, mas não tem nada disso. Às vezes, a gente tira do bolso da gente. Tudo isso é consequência de não ter uma evolução (Entrevistado – grupo 3 – Josué).

Desta forma, compreendo que o padrão de adoecimento deste trabalhador relaciona-se também com a conjuntura institucional, pois sem o incentivo necessário a atenção integral a saúde dos trabalhadores, a proposta dos programas de promoção da saúde e as próprias estratégias da política de saúde do trabalhador ficam comprometidas. Além da contradição que é o trabalhador da limpeza ofertá-la por meio do seu ofício e não recebê-la como contrapartida institucional.

O grupo de garis entrevistados exerce a referida função há mais de dez anos, como assinalei nesta análise. Referenciando as dificuldades elencadas aqui quanto à realização das ações de atenção integral compreendo a importância da busca do estilo de vida destes sujeitos.

No grupo de 68 entrevistados, 28 garis declararam sofrer de doenças crônicas assinaladas conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 7 – Distribuição do nº de doenças crônicas sofridas pelos garis da EMLURB, que compuseram a amostra.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de pesquisa

Considero importante destacar também a repercussão destas doenças crônicas no cotidiano do trabalhador. As ações de saúde, como as palestras informativas, se propõem a esclarecer causas e consequências dos estilos de vida para a saúde em linhas gerais. Estas temáticas são vivenciadas com mais rigor e empenho em momentos como a SIPAT, que é um momento coletivo e de grande alcance junto aos garis. O depoimento a seguir esclarece:

Tem a SIPAT que eu acho um momento bem bacana dentro da empresa. Aí a gente vai trazendo aquelas ações direto para o que está acontecendo. Ah tem sobre diabetes; ah por que diabetes? Porque nós já temos um público que desenvolveu essa doença. Hipertensão; a higiene; a higiene pessoal, porque isso interfere na questão da saúde e a gente trabalha dessa forma (Entrevistado – grupo 2 - Marília).

Diante disto é possível compreender que mesmo ainda de forma tímida e instável a empresa busca através do SESMT orientar seus trabalhadores quanto às doenças identificadas entre os mesmos. Tais estratégias buscam favorecer o trabalhador no tocante aos cuidados com a saúde e, são desempenhadas pelos profissionais da instituição e outros que compõem a rede municipal de saúde.

A implementação destas estratégias contribui de forma positiva para o processo de trabalho dos garis uma vez que disseminam informações diversificadas a respeito das doenças, formas de prevenção, conseqüências e limitações.

As ações de saúde têm o papel fundamental de contribuir para as mudanças no cotidiano do trabalhador, favorecendo melhoria também ao processo de trabalho, uma vez que o adoecimento impacta diretamente na rotina do trabalhador.

Diante disto, percebo que a partir do marco legal da política em estudo, bem como da relação desta com as demais políticas associadas, as relações de trabalho avançaram, tornaram-se relações formais, o que viabiliza o acesso aos direitos trabalhistas, e o direito à saúde. A política de saúde do trabalhador praticada na EMLURB com base no PCMSO traz o mínimo aos trabalhadores, ações ainda incipientes, mas agora com legislação e fiscalização por parte das instâncias responsáveis. O MT é responsável por fiscalizar o PCMSO que se destina a cobertura das ações de saúde, o que também me faz refletir que a empresa se prontifica a cuidar da saúde do trabalhador não exclusivamente pelo bem estar dele, mas também por ter obrigações legais com este cuidado. Sendo assim, a ideia da saúde integral ainda não é uma bandeira hegemônica, se constitui em algo ainda em estruturação, principalmente quando percebemos que o discurso da política é no sentido de favorecer a saúde do trabalhador de forma ampla e irrestrita.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área escolhida para composição deste estudo revelou-se ainda mais instigante do que eu poderia imaginar. Percorri um longo caminho em busca de um entendimento mais amíúde acerca das propostas de atenção integral à saúde do trabalhador. A investigação empreendida para construir o objeto desta pesquisa foi incessante. Encontrei um objeto desafiador, mas ainda pouco explorado em toda a sua riqueza e complexidade.

Legalmente, há portarias, leis, decretos, programas e projetos de atuação na área, que se expande ainda de forma lenta, contrária à lógica do mercado onde se encontra o sujeito que trabalha.

Para viabilizar a construção deste objeto, busquei na literatura informações que pudessem abranger a lógica da saúde como direito, participei de seminários e palestras, explorei este campo no sentido de compreender a ideia da atenção à saúde do trabalhador, quais as suas bases legais, qual a sua relação com os princípios do SUS, de que forma esta proposta chega ao trabalhador e se realmente chega. Aliada às primeiras impressões do campo, busquei leituras que julguei necessárias de acordo com a diversidade do tema, almejando que estas pudessem dar conta daquilo que queria pesquisar.

Estabeleci algumas categorias de análise que, futuramente, poderiam elucidar questões que se colocaram no início deste percurso. O objetivo era avaliar as ações de saúde do trabalhador, em conformidade com a Lei que normatiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, e suas repercussões para o processo de trabalho. Dentro deste objetivo, trilhei a compreensão da Política de Saúde do Trabalhador desenvolvida na instituição que foi campo de pesquisa; busquei compreender a relação saúde/trabalho com base no discurso dos sujeitos que encontrei em campo; tentei compreender o entendimento deste sujeito no tocante às ações de saúde desenvolvidas em âmbito institucional, bem como identificar os efeitos das ações de saúde e a repercussão destas ações nos respectivos processos de trabalho, além de reconhecer como ocorria a implementação da Política no âmbito institucional.

O discurso legitimado pela Política de Saúde do Trabalhador é proposto de forma ampla e favorável ao alcance de todos, entretanto o estudo favoreceu compreender que as ações de saúde, em âmbito institucional, ainda não têm o alcance proposto.

De acordo com os dados colhidos, observei que as ações de saúde do trabalhador existem, entretanto, da forma como acontecem não atendem satisfatoriamente ao público ao qual se destina, uma vez que estas são realizadas esporadicamente e baseadas na NR 7, que versa sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), destinado à

prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde. Considerando que os sujeitos da pesquisa são, em sua maioria, homens, há que se observar mais cuidadosamente a questão de gênero para que homens e mulheres possam ser atendidos conforme as peculiaridades de cada sexo.

O olhar mais enfático da empresa para os homens contraria a noção de integralidade defendida por Paim (2006) no tocante à integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compreendendo os níveis de prevenção primária, secundária e terciária, pois, para fortalecer a prática deste princípio, homens e mulheres deveriam ter sua condição de saúde avaliada de acordo com suas necessidades. A prática realizada, atualmente, porém, sobrepõe o sexo masculino em detrimento do feminino.

Os sujeitos que participaram da pesquisa sugeriram que a proposta mais viável para a realização das ações de saúde seria a sistematização destas, tendo em vista que a conduta indicada fortalece a ideia de prevenção dos riscos à saúde do trabalhador. Como foi possível perceber, os trabalhadores operacionais estão expostos a inúmeros riscos devido à natureza da atividade realizada.

Outro fator que observei refere-se às condições de trabalho, que foram identificadas como precárias, no tocante à falta de uniformes, calçados, luvas adequadas, protetor solar, o que tornam todos os trabalhadores mais vulneráveis às doenças em geral. Tal fato é ainda mais impactante para o trabalhador por não haver um acompanhamento médico sistemático, que muitas vezes é decorrente de entraves burocráticos para a contratação de profissionais que se disponibilizem a permanecer no serviço e implementar as estratégias necessárias ao andamento satisfatório do programa de controle médico de saúde ocupacional.

Um dos agentes complicadores, segundo os trabalhadores, é o distanciamento entre a gestão e o grupo operacional estudado, onde os mesmos não opinam nas questões de seu interesse, o que fortalece, entre estes, o sentimento de categoria inferior, pois sua atividade é de limpar a sujeira, evidenciando o estigma da condição de inferioridade.

Para o grupo de trabalhadores entrevistados, as ações que os beneficiariam como exames periódicos - CIPA, SIPAT – deveriam ocorrer em intervalo de tempo menor, o que fortaleceria o grupo e favoreceria a troca de conhecimento e a sensação de ser cuidado, como muitos colocaram, fazendo com que o trabalhador se sentisse mais valorizado, tendo sua profissão reconhecida como essencial, tal como acontece com outros profissionais.

A Política que norteou este estudo encontra-se em estruturação. No Estado do Ceará, é acompanhada pelo NUASt e implementada pelos CEREST estadual e regional. No município, as ações implementadas são de responsabilidade do CEREST regional e, em

âmbito institucional, as ações de saúde do trabalhador são implementadas pelo SESMT com o apoio do Serviço Social.

A pesquisa possibilitou compreender que as dificuldades encontradas em campo no tocante à implementação da política acontece não só em âmbito institucional. Em linhas gerais, tanto na esfera municipal como na estadual, as dificuldades existem, ora por falta de pessoal, ora por escassez de recursos financeiros. Isto expõe, de forma negativa, as condições que envolvem o trabalhador, tendo em vista que o investimento que deveria ser feito efetivamente na prevenção dos riscos acontece com alternâncias e fragilidades.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. *In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* São Paulo: Martinari, 2011, p.15- 40.

\_\_\_\_\_. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. *In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.) SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* São Paulo: Martinari, 2011, p.43 -68.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALA-HARJA.M; HELGASON S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público.** Ano 51. nº 4.Outubro – Dezembro, 2000.

ALEXANDRE, L. B. S. P. Os avanços e desafios do SUS nas duas décadas de existência. *In: AGUIAR, Zenaide Neto. (Org.). SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* São Paulo: Martinari, 2011, p.135 – 151.

ALVES, G. (org). Trabalho Flexível, Vida Reduzida e Precarização do Homem-que-trabalha: Perspectivas do Capitalismo Global no Século XXI. *In: Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI.* São Paulo: LTr, 2011, p. 39 -55.

ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. *In: RICO, Elizabeth Melo (org). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate.* São Paulo. Cortez/IEE/PUC, 1998. p.29 -39.

ATLAS. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em: [www.atlasbrasil.org.br](http://www.atlasbrasil.org.br). Acesso em:

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo:** produzir e analisar dados etnográficos. Tradução de Sérgio Joaquim de Almeida; revisão da tradução de Henrique Caetano Nardi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Versão 2004. Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 de maio 2011.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. 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 e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 182, 20 set. 1990 a. Seção 1. p. 18055-18059.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, n. 183, 20 set. 2002 a. Seção 1. p. 53-56.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador na rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 81, 29 abril 2004 a. Seção 1. p. 37-38.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 236, 9 dez. 2005 a. Seção 1. p. 78-80.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 129, 7 jul. 2005b. Seção 1. p. 49.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde /organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico de acidentes de trabalho**. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/estatisticas>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Saúde e segurança do trabalhador**. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/peti>. Acesso em:

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7602**. Dispõe sobre o Plano nacional de saúde e segurança no trabalho. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil](http://www.planalto.gov.br/ccivil). Acesso em:

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção à Saúde. *In*: CZERESNIA, De FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CEARÁ. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **CEREST Estadual**. Disponível em: <http://www.cerest.ce.gov.br>. Acesso em:

CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S.(Org.) **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: IPEA, 2011.

- CHIZZOTTI, Antônio. Parte II - Estratégias de Pesquisa. *In*: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S.(Org.). **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2008. p. 65 -141.
- COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis. Vozes, 1993.
- COUTINHO, C. N. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. .Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad.de Luciana Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DIAS, E. C. HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciências saúde coletiva**, v.10, n.4, p.817-828, 2005.
- ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. **NR7- Programa de controle médico de saúde ocupacional**. Disponível em: <http://trabmed.com.br>. Acesso em:
- FALEIROS, V. P. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** - v. 20, n. 59, p. 97 - 169, 2005.
- FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 7<sup>a</sup>. Ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, v. 17-27, jan, 2008.
- FORTALEZA, Prefeitura de. **Emlurb**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/emlurb>. Acesso em:
- FREDERICO, C. Classes e Lutas sociais. *In*: CFESS; ABEPSS. **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 255 – 266.
- FURTADO, P. J. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciências saúde coletiva**, v. n.1, p.165-181, 2001.
- GONÇALVES, A. F. Políticas Públicas, etnografia e a construção dos indicadores socioculturais. **Revista Avaliação Políticas Públicas**. n.1, v.1, jan-jun/2008, p.17 -27.
- GONÇALVES, R. C. **O assédio moral no Ceará**: naturalização dos atos injustos no trabalho. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Centro de Ciências Humanas , Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

GRAZZIANO, E. S.; BIANCO, R. P. R. Promoção da Saúde do Trabalhador. *In: Promoção da saúde: Fundamentos e Práticas*. São Caetano do Sul, SP: Yends Ed., 2012. p. 575 – 598.

GURGEL, W. B. Triangulação de métodos: introdução às concepções, fundamentos e técnicas de avaliação. *In: SILVA, Maria Ozanira (Org.). Pesquisa avaliativa, aspectos teórico-metodológicos*. São Paulo, SP: Veras Editora, São Luís, MA: GAEPP, 2008. p. 43- 88.

GUSSI, A. F. Apontamentos teórico-metodológicos para a avaliação de programas de microcrédito. *Revista Avaliação Políticas Públicas*. n.1, v.1, jan. - jun./2008. p. 7-16.

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de programas** - conceitos básicos sobre a avaliação “ex post”. São Paulo, Fortaleza: ABC Editora, 2006.

IANNI, O. **Classe e nação**. Petrópolis: Vozes, 1986.

KARINO M.E, MARTINS J.T, BOBROFF MCC. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. *Ciência, cuidado e saúde*. n. 10, abr-jun/ 2011, p. 395 -400.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n.25, v.5, 1991. p. 341 - 349

MINAYO, C. D. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1996. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, G. C.; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Caderno Saúde Pública*, v.13 suppl. 2, Rio de Janeiro, 1997.

MOTA, A. E. et al. (Orgs). **Serviço social e saúde**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:

OPAS, OMS: Ministério da Saúde, 2009.

MOTA E.CARVALHO D. M. Sistemas de Informação em Saúde *.In: Epidemiologia e saúde*. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 505-521.

OLIVAR, M. S. P. **Trabalho e saúde: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar**. 2006. Dissertação de Mestrado em Serviço Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 2006.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, abr/jun, 1992, p.150-156.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

OLIVEIRA, P. R. A. **Uma sistematização sobre a saúde do trabalhador: do exótico ao esotérico**. São Paulo: Ltr, 2011.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Artigo Política de Saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Caderno Saúde Pública**, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, abr./jun, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à Saúde no Brasil. *In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. EDUFBA, 2006. p.11-47.

PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. *In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 286 -299.

\_\_\_\_\_. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. *In: BRAVO, Maria Inês Souza, PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs). Política social e democracia*. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.). p.135 – 162.

RIBEIRO. M. C. S. (Org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**.2.ed.São Paulo: Martinari, 2012.

RODRIGUES, L. C. Por uma análise em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, n.1, v.1, jan-jun/2008, p.7-16.

\_\_\_\_\_. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. CAOS. **Revista Eletrônica Ciências Sociais**. n. 16, Mar. 2011, p.55-73.

RODRIGUES, P. F. V. **O trabalhador e as repercussões do adoecimento e acidente de trabalho na sua vida**. 2012. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2012.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. *In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.175-204 (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. *In: SECCHI, L. (Org.). Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos*. São Paulo, SP: Veras Editora, São Luís, MA: GAEP, 2008.

\_\_\_\_\_. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. *In: Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática*. São Paulo: Veras Editora, 2001.



SOUZA, C. A. V.; MACHADO, J. M. H. Ministério da Saúde: A Institucionalidade da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. *In:\_\_\_\_\_*. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: Aspectos institucionais, Sistemas de Informações e Indicadores**. Brasil, IPEA, 2011.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n.39, p.11-24, jul./dez, 2003.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas; uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez, 2006, p. 20-45.

TEIXEIRA, André. **No Ceará, Fortaleza tem o maior IDH, diz estudo. Salitre tem o menor índice**. G1 Ceará. 29/07/2013. Disponível em: [g1.globo.com/ceara/noticia/2013/07](http://g1.globo.com/ceara/noticia/2013/07). Acesso em:

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR - BA, 2002.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-50, maio/jun, 2008.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho. Dados Nacionais. **Dados dos acidentes de trabalho de 2011**. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/dados-nacionais>. Acesso em:

VELLOSO, M. P. Os restos na história: percepções sobre resíduos. **Ciências saúde coletiva**, v.13, n.6, p.1953-1964, 2008.

VICTORA, C. G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

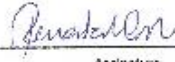
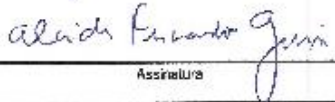
**ANEXOS**

## ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO		2. Número do Relatório de Pesquisa: 133	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: RENATA LIMA DA COSTA			
6. CPF: 019.580.343-61	7. Endereço (Rua, n.º): RUA COMENDADOR MACHADO, JARDIM AMÉRICA Nº 300 FORTALEZA CEARÁ 80455410		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (85) 3484-2921	10. Outro Telefone:	11. Email: RENATA.L.COSTA@GMAIL.COM
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sob as condições do CNPq. Assumo as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Termo técnico que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 01 / 08 / 2013		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	14. CNPJ:	15. Unidade/Orgão: Faculdade de Educação	
16. Telefone: (85) 3388-7383	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (de responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Alcides Fernando Gussi</u>	CPF: <u>057.283.858-18</u>		
Cargo/Função: <u>Professor/Coordenador do Programa</u>			
Data: 01 / 08 / 2013	 Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/PROPEAQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO

**Pesquisador:** RENATA LIMA DA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20457013.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 492.347

**Data da Relatoria:** 14/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas de Renata Lima da Costa sob orientação da profa. Dra. Léa Rodrigues Carvalho tem por objetivo avaliar as ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho dos atores envolvidos (trabalhadores operacionais e garis, médicos, técnicos em segurança do trabalho, gestores, assistentes sociais entre outros), objetivando compreender os efeitos destas ações na rotina de trabalho e na saúde destes trabalhadores. A pesquisa será realizada com trabalhadores que prestam serviço na área de abrangência da SER IV onde está situada a sede da Empresa. A SER IV abrange a área dos seguintes bairros: Itacoca, Parangaba, Serrinha, Itapery e Vila Pery; Pan-americano, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Damas, Bom Futuro, Parreão, Vila União, Aeroporto, Montese; Benfica, José Bonifácio, Jardim América e Fátima. Os sujeitos encontrados em campo de pesquisa serão escolhidos de forma aleatória, entretanto estes devem estar diretamente envolvidos com as ações de saúde do trabalhador praticadas pela empresa e/ou possuírem alguma experiência anterior na área da saúde do trabalhador. Serão posteriormente classificados por grupos, no sentido de facilitar a coleta e posterior análise dos dados. O grupo 1 envolverá os trabalhadores operacionais - garis, identificados como usuários, o grupo 2 será formado pelos técnicos que operacionalizam a política no âmbito institucional (médicos, técnicos em segurança do trabalho, enfermeiros,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodofo Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: conepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 492.947

assistentes sociais), o grupo 3 será composto pelos gestores imediatos lotados nas gerências setoriais (ZGL) e o grupo 4, se constituirá pelos gestores institucionais, todos lotados na sede da empresa. Os grupos 2, 3 e 4 são aqui identificados como executores da política, beneficiários indiretos das ações, sendo o grupo 1 beneficiário direto das ações de saúde. O percurso metodológico se construirá a partir de observações simples realizadas em campo, realização de entrevistas abertas em profundidade, aplicação de questionários e participação em atividades propostas pela equipe institucional para os trabalhadores da Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização - EMLURB, onde será realizado o estudo. Para compor a análise destes dados e a avaliação da política em estudo, será utilizado o método hermenêutico, como proposta interpretativa de compreensão da realidade encontrada.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** O estudo se volta à avaliação das ações de saúde do trabalhador, em conformidade com a Lei que normatiza a Política Nacional de saúde do trabalhador, e suas repercussões para o processo de trabalho dos atores envolvidos (trabalhadores operacionais e garis, gestores e demais profissionais envolvidos com as ações de saúde), objetivando compreender quais os efeitos destas ações no cotidiano de trabalho e na saúde destes trabalhadores.

**Específicos:** Compreender a política de saúde do trabalhador desenvolvida pela EMLURB em seu desenho e implementação; Compreender a relação saúde x trabalho na atividade do trabalhador da EMLURB; Compreender o entendimento do trabalhador no tocante as ações de saúde desenvolvidas pela EMLURB; Identificar, no discurso dos trabalhadores, os efeitos das ações de saúde e a repercussão destas nos respectivos processos de trabalho; Identificar como ocorre a implementação da política no âmbito institucional, atentando para as dificuldades.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa, embora possa gerar algum desconforto aos participantes, que apresentam dificuldades em participar de entrevistas, não apresenta riscos.

**Benefícios:** A pesquisa pode contribuir com a compreensão das ações de saúde do trabalhador e desta como Política Pública, além de trazer novos subsídios teórico-metodológicos para o campo de pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para o campo de estudo e apresenta elementos suficientes para sua

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodofo Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-9344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 492.947

apreciação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto assinada; Projeto de pesquisa em português, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, Cronograma informando que o início da pesquisa de campo somente irá ocorrer após a aprovação do projeto no comitê de ética, Currículo Atualizado da Pesquisadora, Autorização do local onde será realizada a pesquisa, orçamento e carta de encaminhamento do projeto ao CEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto é relevante e não apresenta pendências que impediriam sua aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO APLICADO AO GRUPO DE TRABALHADORES OPERACIONAIS – GARIS (GRUPO 1)

### 1. Identificação:

Nome completo:
Nome social:
Há quanto tempo reside neste local:
Origem familiar:
Religião:
Grau de instrução do seu pai:
Profissão do seu pai:
Grau de instrução da sua mãe:
Profissão da sua mãe:

2. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

### 3. Grau de instrução/escolaridade

- Sem Instrução                       Alfabetizado  
 Ensino Fundamental Incompleto     Ensino Fundamental Completo  
 Ensino Médio Incompleto             Ensino Médio Completo  
 Outros

### 4. Sexo:

1. Masculino ( )                      2. Feminino ( )

### 5. Orientação sexual:

- Heterossexual                       Homossexual  
 Lésbica                               Outros

### 6. Cor ou raça\*

- Branca                               Preta                               Amarela  
 Parda                               Indígena                       Sem declaração

\* Categorias de acordo com IBGE/ Censo 2010

### 7. Participa do Programa Sesi-Educa



1. Sim ( )

2. Não ( )

8. Atividades anteriores \_\_\_\_\_

9. Atividade atual \_\_\_\_\_

10. Área de atuação na EMLURB

10.1. Área operacional

Gari ( ) Serviços gerais( ) Portaria( )

11. Tempo de serviço na atividade atual

Até 6 meses ( ) Entre 6 meses e 5 anos ( )

Entre 5 e 10 anos ( ) Acima de 10 anos ( )

12. Pertence a qual zona geradora de lixo (ZGL)? \_\_\_\_\_

13. Não pertence a nenhuma zona geradora de lixo sim ( ) não ( )

14. Renda familiar mensal:

De 1 a 2 salários mínimos ( )

De 2 a 4 salários mínimos ( )

De 4 a 6 salários mínimos ( )

Acima de 6 salários mínimos ( )

*\*considerar salário mínimo vigente – R\$ 678,00*

15. Número de dependentes:

Nenhum ( )

Até 2 ( )

Entre 2 e 5 ( )

Acima de 5 ( )

16. Com quem mora?

Cônjuge/companheiro(a) ( )

Cônjuge/companheiro(a) e filho(s) ( )

Filhos ( )

Família ampliada ( )

Outros ( )

17. Tempo de serviço na empresa?

Até 5 anos ( )

Até 10 anos ( )

Entre 10 e 20 anos ( )

Acima de 20 anos ( )

18. Utiliza meio de transporte para chegar ao trabalho?

Sim ( )

Não ( )

Carro ( )                      Ônibus ( )                      Moto ( )  
 Bicicleta ( )                      Outros( )

19. Utiliza de plano de saúde?

Sim ( )                                      Não ( )  
 SUS ( )                                      Convênio IPM ( ) \_\_\_\_\_  
 Plano particular ( )                      Outros ( ) \_\_\_\_\_

20. Já esteve afastado(a) do trabalho por problemas de saúde

Sim ( )                                      Não ( )

21. Qual(is) a(s) doença(s) que o(a) afastou do trabalho?

\_\_\_\_\_

22. Permaneceu quanto tempo afastado por esta doença?

Até 3 meses ( )                                      Entre 3 e 6 meses ( )  
 Entre 6 meses e 1 ano ( )                                      Acima de 1 ano ( )

23. Faz uso de bebida alcoólica?

Sim ( )                                      Não ( )

24. Já sofreu acidente de trabalho?

Sim ( )                                      Não ( )

25. Já sofreu acidente de trajeto?

Sim ( )                                      Não ( )

26. Conhece e/ou participa das ações de saúde oferecidas pela empresa

Sim ( )                                      Não ( ) Por quê?

27. Já adquiriu alguma doença relacionada ao trabalho?

Sim ( )                                      Não ( )

Qual(is): \_\_\_\_\_

28. Sofre de alguma doença crônica?

Sim ( )                                      Não ( )

Qual(is): \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS TRABALHADORES OPERACIONAIS – GARIS (GRUPO 1)**

1. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre a trajetória dele na condição de trabalhador.
2. Pedir ao entrevistado para falar sobre como era tratada a saúde nos lugares onde trabalhou e quais eram as atividades que desenvolvia.
3. Pedir ao entrevistado para ele discorrer como percebe/entende as questões sobre trabalho e saúde que se mostram no espaço de trabalho que ele se encontra.
4. Pedir ao entrevistado para ele discorrer como identifica/percebe a realização das ações de saúde no espaço de trabalho.
5. Pedir ao entrevistado para ele discorrer como identifica/reconhece a contribuição das ações de saúde no espaço de trabalho.

**APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS TÉCNICOS QUE OPERACIONALIZAM AS AÇÕES PROPOSTAS PELA POLÍTICA (GRUPO 2)**

1. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre a trajetória dele na condição de trabalhador.
2. Pedir ao entrevistado para ele discorrer de que forma são operacionalizadas as ações de saúde na Instituição.
3. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre a percepção dele acerca da realização das ações de saúde realizadas pela Instituição.
4. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre o planejamento das ações de saúde que são executadas pela Instituição.
5. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre o que fundamenta a prática das ações de saúde realizadas pela Instituição.

**APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA À CHEFIA IMEDIATA (GRUPO 3)**

1. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre a trajetória dele na condição de trabalhador.
2. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre sua percepção acerca da relevância das ações de saúde na rotina laboral dos trabalhadores operacionais.
3. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre o processo educativo (ensino-aprendizagem) que é proposto quando da operacionalização das ações de saúde.

**APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA À CHEFIA INSTITUCIONAL (GRUPO 4)**

1. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre a trajetória dele na condição de trabalhador.
2. Pedir ao entrevistado para ele discorrer sobre sua percepção a respeito do processo de implantação e implementação das ações de saúde do trabalhador.

## APÊNDICE 6 – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

### CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Fortaleza, 12 de julho de 2013.  
Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC)

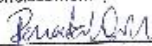
Prezado Concededor,

Eu, Renata Lima da Costa, CPF: 003.560.343-61 / RC: 94002198923 – SSP/CE responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Avaliação das ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho", sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Léa Rodrigues Carvalho, encaminho o projeto de pesquisa supracitada para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará.  
Constam em anexo os seguintes documentos:

- Folha de rosto
- Projeto de pesquisa
- Carta de anuência
- Declaração de concordância
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Cronograma
- Orçamento
- Currículos

Declaro, para fins de direito, que todo delineamento da pesquisa foi realizado por mim, Renata Lima da Costa, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Léa Rodrigues Carvalho. Atostamos ciência e concordamos em cumprir as diretrizes preconizadas pela resolução CNS 196/96 e suas complementares durante o desenvolvimento da pesquisa.

Atenciosamente,

  
Renata Lima da Costa

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Léa Rodrigues Carvalho

## APÊNDICE 7 – CARTA DE ANUÊNCIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo. Sr. José Ronaldo da Rocha Nogueira  
 Presidente da Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização (EMLURB)

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **Avaliação das ações de saúde do trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho** a ser realizada nesta empresa, envolvendo as zonas geradoras de lixo (ZGL) 13, 14 e 15 que estão localizadas na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) IV. A pesquisa será realizada pela acadêmica do curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP/UFC), Renata Lima da Costa, sob a orientação da professora Dra. Léa Rodrigues Carvalho. A metodologia propõe a aplicação de questionários e entrevistas abertas, e tem como objetivo a avaliação das ações de saúde do trabalhador, em conformidade com a Lei que normatiza a Política Nacional de saúde do trabalhador, e suas repercussões para o processo de trabalho dos sujeitos envolvidos (trabalhadores operacionais – garfis, gestores e demais profissionais envolvidos com as ações de saúde). Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta empresa possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Somentamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Presidência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 12 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_  
 Renata Lima da Costa

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

\_\_\_\_\_  
 José Ronaldo da Rocha Nogueira  
 Presidente da EMLURB



## **APÊNDICE 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS REPERCUSSÕES PARA O PROCESSO DE TRABALHO**”, sob a responsabilidade de Renata Lima da Costa, que tem por objetivo a avaliação das ações de saúde do trabalhador, em conformidade com a Lei que normatiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e suas repercussões para o processo de trabalho dos atores envolvidos (trabalhadores operacionais – garis, gestores e demais profissionais envolvidos com as ações de saúde), objetivando compreender quais os efeitos destas ações na rotina de trabalho e na saúde destes trabalhadores.

A pesquisa justifica-se pelo grande desafio que o trabalhador contemporâneo enfrenta no mundo do trabalho.

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você estará respondendo um questionário, elaborado pela pesquisadora, bem como respondendo um roteiro de entrevista específico. Lembramos que sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, podendo retirar o seu consentimento, mesmo após ter iniciado o processo, sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** O(s) procedimento(s) utilizado(s) não implica(m) em risco ou desconforto.

**3. BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de dar visibilidade a questão da saúde do trabalhador, promovendo melhor entendimento e articulação intersetorial das políticas.

**4. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para pesquisa. Suas respostas e contribuições ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum dos (as) questionários, gravações, entrevistas, nem quando os resultados forem apresentados.

**5. ESCLARECIMENTOS:** Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar, a qualquer momento, a pesquisadora responsável.

Nome do pesquisador responsável: **Renata Lima da Costa**

Núcleo de Pesquisas e Estudos Regionais - NUPPER – UFC

Endereço: Rua Marechal Deodoro, s/n - Bairro: Benfica.

Fortaleza – Ceará CEP: 60.000

Telefone de contato: + 55 85 8851.2321

Horário de atendimento: 08h às 11h 14h às 16h

**6.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Fone: 3366-8344.

## CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após minuciosa leitura do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, esteve ciente dos serviços e procedimentos aos quais foi submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma-se CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário

Nome do pesquisador: RENATA LIMA DA COSTA

\_\_\_\_\_

RENATA LIMA DA COSTA

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha (Se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE