

ARTIGO**Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde***Social Occupational health: challenges to accomplish the right to health***Jussara Maria Rosa MENDES¹****Dolores Sanches WÜNSCH²****Fabiane Konowaluk Santos MACHADO³****Juliana MARTINS⁴****Carmem Regina GIONGO⁵**

Resumo: Este estudo buscou investigar as necessidades na área da saúde do trabalhador no contexto da atenção básica em saúde. Com delineamento misto, a pesquisa foi desenvolvida no Rio Grande do Sul, tendo como referência sete macrorregiões do SUS. Participaram do estudo 41 pessoas. Foram utilizadas técnicas de entrevista, análise documental e observação. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo. Verificou-se que, na atenção básica de saúde, o trabalhador é invisível perante as equipes e, conseqüentemente, o processo de saúde-doença no trabalho não se constitui em objeto de ação. Conclui-se que, apesar dos avanços significativos, a vigilância em saúde do trabalhador ainda necessita de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e intersetoriais, transversais a um sistema de vigilância com consolidação institucional.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Sistema Único de Saúde. Proteção social. Atenção básica.

Abstract: This study investigated the needs in the area of occupational health within the context of primary health care. With a mixed outline, the research was developed in Rio Grande do Sul (Brazil) and considered seven geographic regions of the Brazilian Unified Health System (SUS). Forty-one people participated in the study. Interviewing techniques, document analysis and observations were used. Data were analyzed through content analysis. It was noticed that, in primary health care, the user/worker is invisible to the staff and, consequently, the process health-illness at work does not consist in an object that leads to action. To sum up, despite the significant advances, the surveillance of occupational health still needs intra and inter-institutional coordination, interdisciplinary and intersectoral actions, transversal to a monitoring system with institutional consolidation.

Keywords: Occupational health. Brazilian Health Care System. Public protection. Primary care.

Submetido em: 6/7/2015. Aceito em: 2/9/2015.

¹ Assistente Social. Pós-Doutorado na Universität Kassel (Alemanha). Professora Adjunta do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). E-mail:

<jussaramaria.mendes@gmail.com>.

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, (PUCRS, Brasil). Professora Adjunta do curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST). E-mail: <doloressw@terra.com.br>.

³ Psicóloga. Pós-Doutoranda no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). E-mail: <fabiane.konowaluk@gmail.com>.

⁴ Bolsista de Iniciação Científica no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). Contato e-mail jm.juliana84@gmail.com.

⁵ Psicóloga. Doutoranda no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). E-mail: <ca.aiesec@gmail.com>.

Introdução

A saúde do trabalhador é compreendida a partir das relações estabelecidas pelo processo de saúde-doença resultante das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores. O cenário em que se expressam a saúde e o trabalho vem sofrendo transformações e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador na contemporaneidade estão fundamentalmente relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e pelas atuais formas de organização e gestão do trabalho (MENDES; WUNSCH, 2011).

O conjunto destas questões impõe que a Política de Saúde do Trabalhador seja pensada e executada tendo como referência a proteção social para o conjunto da classe trabalhadora. A proteção social é compreendida

[...] como um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger o conjunto ou parte da sociedade de riscos sociais e/ou naturais decorrentes da vida em coletividade. (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2006, p. 212).

A formatação de padrões de proteção social, por sua vez, deve ser compreendida como desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento das expressões multifacetadas da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), que tem no trabalho uma das suas mais perversas expressões.

Nesta perspectiva, a proteção social precisa ser compreendida como o mecanismo central e histórico de garantia de acesso aos meios de produção e de reprodução da vida material e social, como forma de atender às demandas relacionadas à saúde e ao trabalho, decorrentes da “[...] imensa fratura entre o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social e as relações sociais que as sustentam.” (IAMAMOTO, 2000, p. 21). Atualmente, a saúde do trabalhador se constitui, para o Serviço Social, em uma manifestação multidimensional da questão social, tendo múltiplas demandas relacionadas à proteção social.

A Seguridade Social no Brasil estruturou-se através do tripé da saúde, da assistência social e da previdência social. Entretanto, ela apresenta características híbridas (FLEURY, 1994) ao não efetivar plenamente a transição da concepção de seguridade social como “direitos do trabalho” para a de “direitos de cidadania” (BOSCHETTI, 2008). A Previdência Social, por sua vez, devido à sua lógica securitária e contributiva, apresenta-se como uma política seletiva para os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não enfrentando as necessidades que emergem do atual “[...] precário mundo do trabalho.” (ALVES, 2010).

No Brasil, a Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) dela decorrente integram a Seguridade Social como um direito universal. Destaca-se que a atenção à saúde dos trabalhadores se distingue por lidar diretamente com a complexidade e a dinamicidade das mudanças no processo produtivo, que definem constantemente um

perfil para a classe trabalhadora (DIAS, 1994). As ações no âmbito da saúde dos trabalhadores, a partir da Constituição de 1988 e de sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, possibilitaram a implementação da rede de serviços do SUS. Elas passaram por um processo de institucionalização nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), seguindo diferentes modelos na busca da atenção integral à saúde, organizada a partir da compreensão da inserção diferenciada dos trabalhadores nos processos de trabalho, traduzida em ações integradas de assistência e vigilância com a participação dos trabalhadores e estruturada a partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs (DIAS, 1994).

A declaração de Alma-Ata, datada de 1978 e aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, aponta a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal estratégia para o alcance da promoção e da assistência à saúde para todos os indivíduos, de acordo com o lema “[...] saúde para todos no ano 2000.” (ALEIXO, 2002). Nestes últimos 32 anos, segundo a OMS, o sistema de saúde que assume os princípios da APS obtém os melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) passa a considerar equivalentes os termos “Atenção Primária em Saúde” e “Atenção Básica em Saúde”, pois ambos associam os princípios e as diretrizes definidos na PNAB (BRASIL, 2011).

A saúde do trabalhador como campo da saúde coletiva, implementada através do SUS por meio de ações integradas e articuladas, torna-se, portanto, um importante

desafio para a efetivação do direito à saúde. A atenção básica de saúde como parte da rede do SUS se constitui em um *locus* fundamental para a implementação das ações e, conseqüentemente, para a garantia da atenção integral à saúde do trabalhador.

A atenção básica em saúde é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Próxima aos usuários do sistema, é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, suas ações no campo da saúde do trabalhador ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros. Trata-se de um conjunto de demandas e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, expressões das configurações pelas quais o trabalho se manifesta na atualidade, acrescidas de um processo sociopolítico e técnico de implementação das ações com foco na saúde do trabalhador. Este modelo favorece, por vezes, que o trabalhador seja visto como um usuário do sistema, tornando invisível a sua condição de trabalhador e a sua real demanda por saúde.

Conforme destaca Vasconcellos (2007), o campo da saúde do trabalhador não foi plenamente acolhido pela saúde pública e vive um permanente desafio para seu desenvolvimento técnico-operacional das práticas de saúde em geral. Logo, um dos principais desafios consiste na consideração da centralidade da categoria “trabalho” nos determinantes sociais dos agravos da população. É nesta perspectiva que o presente artigo se insere.

Em mais um esforço político visando contemplar estas dispersas demandas, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde oportunizou a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) por meio da Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A implementação da RENAST revisada e reformulada por meio da Portaria 2.437 de 7 de dezembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) propôs a ampliação e o fortalecimento da rede ampliando sua estrutura, propondo mudanças na gestão, admitindo a gestão plena pelos municípios e a definição mais clara dos mecanismos de controle social, dos critérios de habilitação e acompanhamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). A RENAST compõe as linhas de cuidado da atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social nos três níveis de gestão (nacional, estadual e municipal), tendo como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs). Estes centros não estão mais na condição de porta de entrada do Sistema, mas estão na qualidade de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças no SUS. Dias (2012) alerta para o fato de que

[...] estes espaços se constituem no *locus* privilegiado de articulação e *pactuação* das ações de saúde, intra- e intersetorialmente, a partir de seu território de abrangência. (DIAS, 2012, p. 17).

Assim, as ações no âmbito da Saúde dos Trabalhadores a partir da Constituição de 1988 e de sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, possibilitaram a implementação da rede de serviços do SUS e definiram como prioridade a consolidação da atenção básica de saúde como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Nesse sentido, muitos são os desafios para a sua implementação e dentre eles está a efetivação das ações em saúde do trabalhador na atenção básica. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de investigar as necessidades na área da saúde do trabalhador no contexto da atenção básica em saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido através de um delineamento misto e contou com a triangulação dos dados coletados como recurso metodológico (MINAYO *et al.*, 2005). A pesquisa foi desenvolvida no estado do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2012 a novembro de 2013. Elegeram-se como referência sete macrorregiões do SUS, que atendem as seguintes distribuições regionais: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. As categorias analíticas da pesquisa e seus respectivos eixos de investigação foram: trabalho e perfil dos trabalhadores, processo saúde-doença dos trabalhadores, saúde do trabalhador na atenção básica, atenção em saúde do trabalhador e proteção social.

O estudo contou com o apoio do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS) e com a colaboração de 41 participantes (gestores, profissionais e usuários da rede de serviços de atenção básica em

saúde dos municípios selecionados nas sete macrorregiões descritas). Foram utilizados, como instrumentos de pesquisa, entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação sistemática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e todas as orientações éticas foram observadas e aplicadas. Os dados quantitativos foram tratados utilizando-se estatística simples e os qualitativos foram considerados a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) e por Minayo (1992). A análise de conteúdo contou com as fases de pré-análise, de exploração do material e de tratamento dos dados. Ao fim, realizou-se a inferência e a interpretação do material. Neste artigo elegemos como foco alguns dos principais achados da pesquisa, que serão apresentados e discutidos na sequência.

Apresentação dos resultados

a) Identificação do serviço e perfil da demanda

Os resultados obtidos evidenciam que o acesso e a condicionalidade dos usuários aos CERESTs ocorrem através do encaminhamento demandado fundamentalmente pelas unidades básicas de saúde dos serviços de vigilância dos municípios aos quais pertencem e também pelos sindicatos dos trabalhadores. As atividades de vigilância estão condicionadas às demandas. Constatou-se que as *atividades realizadas* atendem as áreas de Assistência e Vigilância, sendo que a assistência é realizada pela maioria dos CERESTs e que em apenas uma unidade esta atividade não é desenvolvida. Ademais, observou-se que uma das unidades

não faz a vigilância. Outro tema mencionado pelos entrevistados foi que a realização da formação em Saúde do Trabalhador ocorre fundamentalmente através de palestras e capacitações pontuais e temáticas, o que indica que, mesmo elas sendo pontuais, têm caráter educativo, ou seja, voltado para a prevenção. A respeito das atividades realizadas, foram mencionadas também a emissão de notificações de agravos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e a atividade de apoio técnico aos municípios.

Com relação às *principais demandas* que chegam ao serviço, nota-se que elas estão relacionadas à realização de vigilância em saúde do trabalhador, à assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, ao reconhecimento destes acidentes e doenças e ao preenchimento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) para encaminhamento do Auxílio-Doença junto à Previdência Social. Dentre as demandas encontradas, permanece o desafio relacionado à “preparação para olhar o sujeito como trabalhador”, apontado pelas equipes dos CERESTs participantes do estudo como a grande questão a ser trabalhada nas equipes da rede de atenção à saúde do trabalhador.

Os principais casos de *doenças ou acidentes relacionados ao trabalho* atendidos pelos CERESTs encontrados na pesquisa foram: a) lesões por esforço repetitivo, adoecimento mental, intoxicação pelo uso de agrotóxicos, acidente com material biológico, problemas musculoesqueléticos relativos ao trabalho infantil; b) doença da folha verde (tabaco); c) depressão (indivíduos que trabalham com agrotóxicos); d) acidentes graves e fa-

tais e de trânsito. A maioria dos entrevistados declara que não há a *organização de uma rede* específica para atendimentos dos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; este atendimento segue o fluxo estabelecido pela política do SUS e depende da organização e da estrutura de cada município. Dentre as medidas adotadas pelos CERESTs para suprir as necessidades de assistência está a compra de exames especializados. Eles apontam também a necessidade da Pactuação no SUS para que se efetive esta rede. Os municípios devem organizar a notificação dos casos que necessitam de uma atenção mais especializada e encaminhá-los ao CEREST para que a rede se efetive, o que ainda não ocorre na maioria dos serviços estudados. Assim, no que se refere à organização da rede, eles identificam que as principais dificuldades para a sua efetivação consistem na expressiva rotatividade dos trabalhadores do SUS e na dificuldade de os secretários de saúde entenderem que o CEREST tem natureza regional e que, portanto, deve atender aos municípios de abrangência (e não apenas ao município-sede). Apontam-se também dificuldades na relação de referência e de contrarreferência entre os serviços.

Verifica-se que os CERESTs vêm respondendo às demandas no que se refere fundamentalmente à assistência e à vigilância em saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, as questões que envolvem a assistência constituem ações que complementam a rede assistencial existente, que realiza outras ações responsáveis por suprir lacunas no âmbito da rede de serviços. Pode-se inferir que as demandas que se colocam para o atendimento à saúde dos trabalhadores no plano assistencial representam os principais

desafios do SUS como um todo, visando garantir a integralidade da saúde destes trabalhadores.

As ações de vigilância, por sua vez, ocupam lugar central no trabalho dos CERESTs, que vêm respondendo demandas que contribuem para ampliar a identificação de agravos. O desafio central está na construção e na ampliação de estratégias que articulem com a vigilância em saúde e com a atenção básica, o que requer, fundamentalmente, o planejamento conjunto entre as vigilâncias, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, no mapeamento das atividades produtivas e no impacto ambiental no território, sendo fundamental para o estabelecimento de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância (BRASIL, 2012). Outra dimensão diz respeito à articulação entre as atividades de vigilância, assistência, promoção e proteção no âmbito da saúde do trabalhador de maneira a efetivar a atenção integral à saúde, como prerrogativa do SUS a partir da estruturação da RENAST, no contexto da Rede de Atenção à Saúde, de modo que estas atividades possibilitem a forma articulada e integrada da Política à Saúde do trabalhador, em face dos desafios apresentados no item que segue, referente a essa temática.

b) Política de Atenção à Saúde do Trabalhador

No que se refere à Política de Atenção à Saúde do Trabalhador, os entrevistados responderam a algumas questões relativas aos seguintes aspectos: a) os desafios observados em relação à implementação da RENAST; b) as ações de vigilância em saúde

de do trabalhador e critérios utilizados; c) as notificações de doenças e acidentes relacionados ao trabalho; d) a utilização das informações; e) a capacitação e a educação permanente em saúde do trabalhador na sua região; f) a interlocução do CEREST com outras instâncias da saúde (SMS, CRS, CMS); g) o Comitê Gestor do CEREST; e h) a integração das ações em saúde do trabalhador com as demais políticas sociais públicas.

Constatou-se, através da pesquisa, que um dos principais *desafios* está *no reconhecimento e na identificação do usuário como trabalhador*, uma vez que ele já é atendido no serviço, mas destituído dessa identidade. Conforme a fala de um dos sujeitos do estudo, “[...] a rede já atende o trabalhador, mas precisa ver ele como trabalhador” (C1). Outra questão a desafiar a atenção ao trabalhador encontra-se na desregionalização dos serviços prestados pelo CEREST, acrescido de uma compreensão distorcida sobre a abrangência da Política Nacional de Saúde do Trabalhador pelos gestores municipais aos quais o CEREST está organicamente vinculado. Tal fato resulta na compreensão de pertencimento ao município-sede, o que o destitui de sua abrangência e responsabilidade regional de articulador da rede de atenção existente nas capilaridades dos serviços e territórios envolvidos. Esta compreensão é identificada e expressa na fala de outro sujeito ao dizer que “[...] não se pode desvincular a saúde do trabalhador dos desafios do SUS como um todo” (C2). Aponta-se também a necessária conscientização da própria rede ampliada de saúde e não só da saúde do trabalhador. Este paradoxo é transversal a todo o estudo e merece um debate mais aprofundado sobre a forma que a intersetorialidade das

políticas públicas e sociais se expressam na rotina dos serviços.

Menciona-se o papel do gestor como fundamental e a necessidade de que ele compreenda a importância de promover a atenção à saúde do trabalhador. Nesse contexto, a saúde do trabalhador foi apontada como situada no centro do conflito da relação *capital x social* e este conflito foi citado por um entrevistado através da seguinte analogia: “Morre um animal, se mobilizam todos, mas morre um trabalhador, é só mais um” (C4). Outro desafio está na necessidade de realizar de forma permanente a capacitação e a sensibilização dos profissionais da saúde com foco nos agentes comunitários de saúde, que são os profissionais que estão mais próximos dos usuários e de suas condições de vida, circulando e observando os territórios em suas particularidades.

Quanto às *ações de vigilância*, observou-se que elas têm se constituído na principal demanda do CEREST, porém faltam diretrizes concretas para que ocorra a vigilância no SUS e, no que se refere à saúde do trabalhador, por exemplo, aponta-se uma melhor utilização das informações/notificação do SUS para a Vigilância. Alguns CERESTs realizam vigilância em parceria com o Ministério Público do Trabalho em um exercício de articulação intersetorial e de potencialização da rede de assistência à saúde do trabalhador. Cabe ressaltar que esta questão pode ser analisada sob dois ângulos: um deles é o já expresso acima e o outro expõe as dificuldades e desafios da área para garantir o acesso aos ambientes de trabalho muitas vezes resguardados a “sete chaves” da vigilância e do controle social. Outro aspecto apontado foi que muitos programas

sofrem descontinuidades, a exemplo do programa do benzeno, que representava um mecanismo de qualificação das ações de vigilância devido aos agravos desse agente sobre a saúde.

No que se refere às *notificações das doenças e dos acidentes* relacionados ao trabalho, apenas houve menção a um município-sede no qual toda rede notifica; fato que ocorreu após a capacitação dos serviços pelo CEREST. Nos demais entrevistados prevaleceu a informação de que as notificações são realizadas de forma diferenciada pelos municípios, alguns com maior índice de notificação e outros com menor percentual. Isso leva a afirmar que ainda persiste o baixo registro, levando à subnotificação, agenda permanente para a saúde do trabalhador. Mesmo com a baixa notificação, os entrevistados indicaram que as *informações* sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, quando bem divulgadas, têm sido utilizadas para garantir a atenção à saúde do trabalhador, ou seja, são avaliadas como um mecanismo necessário de controle e informação epidemiológica, que serve para nortear a ação de vigilância e a capacitação da rede.

As atividades de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador na região foram relacionadas a várias ações, caracterizadas como atividade de formação, capacitação, sensibilização e informação. Algumas atividades são desenvolvidas mais pontualmente e outras de forma mais continuada. Outra dimensão da educação permanente está no trabalho de matriciamento, na assessoria de planejamento dos trabalhadores da rede e na sensibilização periódica nos serviços em que se identifica uma baixa nos níveis de notificações.

No que se refere à *interlocução dos CERESTs com outras instâncias da saúde*, os entrevistados, em geral, apontaram que há pouca relação com os Conselhos Municipais de Saúde e que não há relação com a Coordenadoria Regional de Saúde. A organização/atuação do Comitê Gestor do CEREST foi apresentada como muito presente e de efetivação do controle social. Os entrevistados expressam que este comitê é comprometido com as demandas do CEREST. Apenas um município fez referência à inexistência do comitê gestor, que foi desativado pelo Conselho Municipal de Saúde. Isso ocorreu porque o conselho compreendeu que, juridicamente, já faz este papel, não justificando a necessidade de haver um comitê específico.

A integração das ações em saúde do trabalhador com as demais políticas sociais e públicas foi mencionada tendo como referência a articulação com a rede social e as políticas relacionadas às crianças e aos adolescentes, devido à demanda vinculada ao trabalho infantil pelos CERESTs. Foi apontada também uma maior integração com a Previdência Social, que tem culminado com construções de fluxos de encaminhamento para o CEREST. Alguns CERESTs apontam a necessidade de maior articulação com as ações do Ministério do Trabalho em face das dificuldades encontradas em ações de vigilância em locais de trabalho, em especial no caso de ocorrência de acidentes graves. Além disso, os centros indicam a necessidade de estabelecerem-se diretrizes que contribuam para o fortalecimento inter-setorial e interinstitucional na atenção à saúde do trabalhador. Um dos entrevistados cita que

[...] uma rede tem que ir visualizando a outra e ver o quanto um consegue enxergar o outro ou quanto o gestor geral consegue enxergar isso. Precisa essa comunicação existir (C4).

Um coordenador de CEREST menciona também a desarticulação, ao dizer que

[...] de repente a gente vê que sai um curso de saúde do trabalhador em outra secretaria e a gente nem sabe, a gente vê que esta desarticulação é histórica aqui né (C6).

O que se tem verificado é que os CERESTs cumprem papel fundamental para a construção da política de saúde do trabalhador. Logo, é importante destacar seu papel de apoio matricial às equipes de trabalhadores, não só na atenção básica de saúde, mas nos demais serviços da rede. O apoio matricial se constitui em um apoio técnico-pedagógico às equipes de referência para a ação integral à saúde da população, significando, portanto, que os CERESTs devem reconhecer e fortalecer a rede existente (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Outro aspecto está na relação com os gestores municipais no âmbito da regionalização dos CERESTs, elemento que emerge da pesquisa como um desafio central, que surge de forma muito clara, a partir do ponto de vista dos entrevistados. O CEREST, além de apoio técnico e pedagógico às ações de assistência, promoção e vigilância, deve garantir o apoio aos gestores municipais na implementação das ações em saúde do trabalhador, que passam a ser incorporadas no Plano Municipal de Saúde (DIAS *et al.*, 2012). Com elas decorrem a implantação da política de educação permanente em saúde do trabalhador, o fortalecimento do controle Social, a discussão de informações em saúde, a reorganização do processo de trabalho das

equipes de saúde, dentre outras ações previstas pela política, efetivando-se o olhar ampliado e integral em saúde. Logo, entende-se que, potencialmente, essas ações passam pela construção de estratégias que vêm a possibilitar o enfrentamento dos desafios colocados no âmbito da saúde do trabalhador na atenção básica, que são apresentados na análise que segue acerca da sua relação com os CERESTs, como forma de incorporar a saúde do trabalhador como eixo de ação do trabalho neste nível de atenção à saúde.

c) Relação do CEREST com a atenção básica

No que se refere à relação do CEREST com a atenção básica, os entrevistados responderam a algumas questões relativas aos seguintes aspectos: a) a interlocução entre o CEREST e a atenção básica; b) os desafios encontrados na área de abrangência para a efetivação da política de atenção à saúde do trabalhador na atenção básica; e c) as sugestões para garantir a efetivação das ações em saúde do trabalhador na atenção básica na área de abrangência. Verificou-se que a *interlocução entre o CEREST e a atenção básica* foi apontada pelos entrevistados como uma relação que vem melhorando, mas que ainda não está fortalecida. Os entrevistados indicam, nesse sentido, a necessidade de reforma nessa relação para que se estabeleça um vínculo maior. Por outro lado, eles evidenciaram que nas unidades de saúde que possuem profissionais capacitados sobre a saúde do trabalhador essa relação é melhor, mas, contraditoriamente, a forma de relação estabelecida entre o CEREST e a atenção básica é essencialmente para a realização de capacitações sobre saúde do tra-

balhador. Outra consideração apontada por um CEREST a respeito da atenção básica foi a realização de projetos específicos para os servidores da saúde. Um entrevistado destacou que

[...] desde 2011 há um projeto chamado 'cuidando do cuidador' oferecido a todos os funcionários da SMS dos municípios. [A capacitação] Foi o grande termômetro e viu-se o quanto é preciso trabalhar com esse pessoal (C4).

No que tange aos *desafios* encontrados na *área de abrangência* para a efetivação da política de atenção à saúde do trabalhador na atenção básica, as seguintes questões emergiram: a) a ampla rotatividade de profissionais; b) o gestor municipal que não compreende o papel do CEREST e sua regionalização; c) a incorporação de novas demandas como, por exemplo, a saúde do servidor; e d) o deslocamento dos trabalhadores/usuários no âmbito regional. Um dos principais desafios destacados pelos entrevistados refere-se à compreensão do gestor do papel regional do CEREST.

Segundo um dos participantes, o desafio é

[...] fazer com que o gestor entenda que o CEREST é regional e que, portanto, não deve somente fazer ações voltadas para o município-sede. Nosso trabalho é para 28 municípios e, portanto, 28 representantes em saúde do trabalhador deverão ser nomeados e capacitados com verba da RENAST, estadual e federal (C3).

Como *sugestões para garantir a efetivação das ações* em saúde do trabalhador na atenção básica, sugerem-se atitudes voltadas à saúde do servidor, como, segundo exemplo mencionado por uma das entrevistadas,

[...] a busca de demandas dos servidores da saúde enquanto trabalhadores, de suas dificuldades diárias para acolher, identificar e notificar o usuário trabalhador (C1).

Além disso existe a necessidade de uma visão mais orgânica da saúde do trabalhador no SUS, o que vem sendo dificultado considerando-se que a “[...] constituição do CEREST com caráter especializado destituiu a responsabilidade da atenção básica” (C1). Outras sugestões têm relação com os seguintes aspectos: a) a parceria com as universidades para tratar da temática da saúde do trabalhador; b) o maior pacto com a política, meta estabelecida como uma espécie de “espinha dorsal” para o Rio Grande do Sul; c) a ampliação da equipe do CEREST com perfil e dedicação exclusiva para a saúde do trabalhador; d) a nomeação do responsável pela saúde do trabalhador nos municípios de abrangência; e) a liberação de recursos financeiros por parte do gestor para propiciar encontros, eventos, jornadas, seminários em saúde do trabalhador; e f) a agilização de diárias para técnicos. Por fim, as questões apontadas denotam proposições importantes para a saúde do trabalhador na atenção básica de saúde que dizem respeito à necessidade de uma maior descentralização das ações da área sem que o CEREST deixe de desempenhar o seu papel.

Em síntese, pode-se inferir que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs têm importantes desafios no que se refere à efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, tendo em vista a ausência do reconhecimento de que todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde têm papel na efetivação da política. Em especial, destacamos neste estudo a atenção básica

de saúde, na qual o trabalhador/usuário é invisível perante as equipes de saúde e, conseqüentemente, o processo de saúde-doença e trabalho não se constitui como objeto de ação. Tendo em vista o caráter especializado do CEREST, o centro acaba por ter um papel estratégico na articulação e no fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, com destaque para ações de matriciamento, vigilância e educação permanente.

Discussão dos resultados

Diversos foram os elementos que emergiram dos dados coletados neste estudo que auxiliaram na compreensão do atual cenário da saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul e, conseqüentemente, na delimitação dos desafios para a concretização e a garantia dos direitos dos trabalhadores no que concerne à saúde. Dentre os achados, destaca-se que o CEREST ainda aparece como um serviço reconhecido como “porta de entrada” para os agravos da saúde dos trabalhadores que necessitam de atenção específica. Assim, o CEREST acaba sendo lembrado por esta função, o que corrobora um distanciamento entre o próprio serviço e a rede básica de saúde. Os dados coletados apontam para a existência de duas políticas que não dialogam de forma suficiente, expressando questões importantes e necessárias para estabelecer este diálogo.

Respondendo ao problema central do estudo, observa-se que a falta de ações ainda ocorre devido à ausência de suporte técnico do CEREST, que tem resistência por parte dos gestores em efetivar suas ações de forma regionalizada e não municipalizada. Aponta-se também a falta de correlação por

parte dos profissionais de saúde, muitos imersos na lógica de programas verticalizados em saúde, fragmentados em população-alvo, que acabam deixando de fora todo o restante da população que não se encaixa no perfil para ter acesso a determinado programa. Para este estudo, quando o serviço reconhece onexo, é porque está alinhado a algum hospital escola integrante do SUS e serve como espaço de interlocução entre os cursos de especialização, a prática em medicina do trabalho e a Unidades Básicas de Saúde, integrando serviços e programas pré-existent na instituição.

Apesar de todo arcabouço regulatório entre normas e portarias, percebe-se que o desconhecimento da dimensão do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores afeta diretamente os serviços pesquisados. Esta situação indica a necessidade de investimentos em capacitação de recursos humanos, apontada nas entrevistas como um fator de grande carência dos serviços de forma geral. A articulação e a harmonização entre a base de dados de interesse do campo da saúde do trabalhador, a implantação de infraestrutura e informática nos níveis locais e de coleta e registro de informações e as notificações e agravos também parecem ser grandes desafios para a implementação da política de saúde do trabalhador na atenção básica, que ainda não consegue articular-se e dialogar com as demais demandas da saúde. O desafio da intersectorialidade passa pelo desafio da visibilidade do problema e da integração dos sistemas de informação, o que parece ser peça fundamental, pois a literatura reitera que a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho mascara um grande problema de saúde pública que se expressa, em sua mai-

or parte, assim como o trabalho de modo informal e não registrado no país.

Diante deste cenário, destaca-se que, apesar dos avanços significativos tanto conceituais quanto na ampliação de recursos legais, a vigilância em saúde do trabalhador ainda necessita de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e intersectoriais, transversais a um sistema de vigilância com consolidação institucional. O aprofundamento das ações em saúde do trabalhador será possível quando for atribuída visibilidade aos agravos, através de condições para sua correta notificação e da garantia da longitudinalidade da atenção. Afinal, o agravo, quando reconhecido, só é notificado em situações excepcionalmente graves, deixando-se de lado os demais impactos e doenças que se instalam, lenta e silenciosamente, ao longo de todo o processo.

Considerações finais

A inserção efetiva das ações de saúde do trabalhador no SUS, na atualidade, está diretamente relacionada à sua assimilação pela atenção básica. O crescimento do trabalho informal, não registrado, familiar e em domicílio, decorrente dos processos de reestruturação produtiva, reforça a necessidade de ações de saúde na atenção básica que cheguem o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e/ou trabalham. A partir do estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho e do registro dessa informação no sistema de informação em saúde é que se torna possível coletivizar o fenômeno e estabelecer os procedimentos de vigilância que levem à mudança nas condições e nos ambientes de

trabalho geradores de acidentes e doenças. A identificação de situações de risco ou da presença de fatores de risco para a saúde na situação de trabalho, através das ações de vigilância, pode permitir o encaminhamento do trabalhador ou dos trabalhadores expostos à assistência e ao acompanhamento adequado. No modelo de SUS proposto pelo Pacto de Gestão, a atenção básica é a porta de entrada e cabe a ela a coordenação e a regulação de todo o sistema.

Portanto, para pensar a saúde do trabalhador em uma concepção que contemple os diferentes condicionantes e determinantes do processo de saúde e doença dos trabalhadores é necessário refletir sobre ela desde a sua organização na sociedade e no trabalho, compreendendo-se esta realidade sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, conhecendo-os e reconhecendo-os historicamente (MENDES, 2003). Isso significa entender a situação de forma global, nos aspectos individuais e coletivos, políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos que interferem no fenômeno e definem sua existência. A saúde no trabalho faz parte de uma história ao mesmo tempo individual e coletiva, que se constrói na articulação entre a organização social da produção econômica e os homens e mulheres no trabalho (THÉBAUD-MONY, 1998). Conclui-se, portanto, que as históricas assimetrias das políticas públicas e sociais, em especial na Política de Saúde do Trabalhador, apontam para a necessidade de investimentos públicos e estudos que as considerem e que estimulem o desenvolvimento equânime no campo da formação, da pesquisa e da proteção do meio ambiente do trabalho.

Referências

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**, Belo Horizonte, n. 2, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília (DF): UnB, 2008.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 5 jul. 2015.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

DIAS, E. C. **Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família – no SUS**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

DIAS, E. C. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273-288, jun. 2012.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). **Portaria Nº 2437, 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. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 5 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). **Portaria Nº 1679, 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.** Brasília (DF), 2002. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/cosat/arquivo/1812/gestao-da-saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 5 jul.2015.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2000.

MENDES, J. M. R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDES, J. M. R. WÜNSCH, D.; COUTO, B. Verbete Proteção Social. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Eds.). **Dicionário de trabalho e tecnologia.** Porto Alegre: UFRGS, 2006.

MENDES, J. M. R. WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

THÉBAUD-MONY. A La santé au travail: instrument et enjeu de la précarization sociale. **Communication aux Assises pour**

l'amélioration des conditions de travail organisées par la CGT. Paris, 1998.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** 2007. (Tese de Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.