UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

UFPB
BIBLIOTECA CENTRAL

ANA PAULA BARBOSA XAVIER

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba

JOÃO PESSOA/PB
2015

ANA PAULA BARBOSA XAVIER

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba

UFPB
BIBLIOTECA CENTRAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

COESP
36(043)
X30

JOÃO PESSOA/PB
2015

UFPB / BIBLIOTECA CENTRAL
BCD UFPB CCHL
06/10/15
7396

X3v Xavier, Ana Paula Barbosa.
A Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba / Ana Paula Barbosa Xavier. - João Pessoa, 2015.
255f.: il.
Orientadora: Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL
1. Serviço Social. 2. Saúde do Trabalhador – vigilância em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Centros de Referência - atuação.

UFPB/BC CDU: 36 (043)

ANA PAULA BARBOSA XAVIER

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba

UFPB
BIBLIOTECA CENTRAL

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida - Serviço Social/UFPB
(Orientadora)

Profª. Drª. Luciana Batista de Oliveira Cantalice - Serviço Social/UFPB
(Examinadora Externa)

Profª. Drª. Elisangela de Oliveira Inácio - Serviço Social/UFPB
(Examinadora Externa)

JOÃO PESSOA/PB
2015

DEDICATÓRIA

A Deus,
Sim, dedico a Deus...
Para alguns, criação do desejo humano.
Para outros, razão das alienações.
Para mim, fonte de vida e inspiração.

Às minhas Mães – Maria Silverio e Eliane Barbosa – amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que a caminhada não foi solitária. Felizmente!

Começar parece sempre difícil, mas uma das tantas reflexões a que o percurso do mestrado pode me levar é justamente a respeito da dificuldade em finalizar. Seja de partir ou deixar partir. Entregar o "rebento" nas mãos do mundo e deixar que cumpra sua missão. Mesmo não sabendo bem ainda onde é que isso vai dar. Até porque o ponto final é tão fictício quanto nosso desejo de colocá-lo, seja na dissertação, seja na trajetória que ela acompanha ou inaugura.

O mestrado, a pesquisa, a dissertação e o trabalho que isso implica, fizeram parte da minha vida nesses dois anos, tanto quanto tudo o mais que aconteceu nela. Sem pedir licença. Não se pode reservar um "quartinho da alma" para o mestrado e outro para a vida, e achar que eles seguiram ilesos, lado a lado. Ainda bem! Isso potencializa o que há de saudável nesse processo, pois faz a gente ter que olhar de tudo um pouco, ao mesmo tempo. E de ângulos muito, muito diferentes.

Por isso, sempre acho que o espaço reservado aos agradecimentos é um tanto quanto meio sem jeito, me parece assim, meio à parte, de lado. Desproporcional à importância e ao valor do que lhe subjaz.

Mesmo assim, quero agradecer explicitamente alguns personagens deste trabalho que de forma significativamente contribuíram para sua construção.

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, por ter me dado à dádiva da vida, e me proporcionado força em meio às adversidades que enfrentei no caminhar da construção deste trabalho.

Agradeço as minhas duas mães, **Maria** e **Eliane**, por seu amor, carinho, dedicação, e por todo o suporte necessário que me foi dispensado para a conclusão de mais uma etapa da minha vida. Amo vocês!

A meus queridos irmãos Alexandre, Alexsandro, Isabel e Fabiano, as minhas cunhadas Gleides, Flávia e meu cunhado Deuel, aos meus sobrinhos Maria Luiza, Rafael, Victor, Fábio Sérgio, pelo apoio, mesmo que distante, mas que sempre tive a certeza que estavam comigo.

Agradeço a minha orientadora, Prof.ª Drª. **Bernadete Almeida**, pelas suas valiosas contribuições na minha formação profissional ao longo da graduação e pós-graduação.

À Prof.ª Drª Luciana Cantalice pela imensa alegria de tê-la contribuindo nessa etapa da minha vida, pela grande inspiração em exercer a docência, meu profundo carinho, afeto e admiração.

UFPB

À Prof.ª Drª Elisangela Inácio agradeço por desde o primeiro momento que a conheci ter sempre demostrado enorme incentivo para a minha ascensão pessoal e profissional. Obrigada pela amizade, carinho e pelas preciosas contribuições.

Agradeço a Profª Ms. Jaciara dos Santos, uma mulher incrível que tive o imenso prazer de conhecer e ter como amiga.

Ao Setor de Estudos e Pesquisas em Análises de Conjuntura, Política Social e Serviço Social (SEPACOPS) por ter ao longo dos anos contribuído significativamente no meu processo de formação enquanto pesquisadora.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal a Paraíba, em especial a Prof.ª Drª Cláudia Gomes pelas excelentes discussões fomentadas em sala de aula.

Agradeço as companheiras do mestrado Tatyane Fernandes, Aline Souza, Carla Mousinho e Káttia Batista, pelo compartilhar de aprendizados nesta trajetória de formação.

Agradeço a todos os profissionais que compõem a Vigilância em Saúde do Trabalhador dos Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador em João Pessoa, Campina Grande e Patos, pela oportunidade de analisar seus processos de trabalho.

Agradeço ao meu amigo e irmão **Kléber José** pelo carinho, dedicação, amizade e, sobretudo por partilhar cotidianamente as reflexões no campo da saúde do trabalhador que de forma singular impulsionou e contribuiu na construção deste trabalho. A você meu amigo, todo meu amor, respeito e admiração.

Ao amigo Augusto Sávio, que juntamente com Kléber José contribuíram na tarefa árdua de tabulação dos dados desta pesquisa.

Às queridas e admiráveis Assistentes Sociais do HULW Maria Luiza, Antônia Lúcia e Sandra Viegas, pelos saberes partilhados e amizade construída.

Aos amigos e amigas da universidade, da residência multiprofissional e de tantos outros espaços da vida, agradeço pelos incentivos e carinhos dispensados, especialmente a Soraya Helena, Synara Maria, Aline Renata, Rhaiany Ellen, Rayanne Guedes, Daniela Ninfa, Ana Paula, Marcus do Vale, Danusa Cavalcanti, Shellen Galdino, Roberta Teodorico, Aylla Milanez, Najara Sousa, Alexandre Dutra, Emanuelle Galdino, Yaslinny Torres, Mônica Lopes, Noeli Cordeiro, Geórgia Késsia, Luciana Daiana, Fagny Fernandes, Fernanda Marques, Fernanda Cabral, Maria Aparecida, Mayara Dantas, Tiago Tenório, Alessandra Lira, Merilin França, Thaise Anataly, Luciana de Medeiros, Anael Neves, Márcio Heriberto, Fabiana Martins, Carmem Dolores, Flávia Maiele, Elói Matias, Joacil Venâncio, Ricardo

Leão e a inesquecível e amada **Veridiana Ferreira**, que a cada caminhada possamos fortalecer os laços de uma amizade eterna.

Por fim, agradeço enormemente pelo apoio que me deram, por terem cuidado de mim, por saberem compreender minha ausência e pela paciência que tiveram com meu estado de dissertação.

Obrigada!

De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!

(Fernando Sabino)

XAVIER, Ana Paula Barbosa. **A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. PPGSS/UFPB, 2015.

RESUMO

A presente Dissertação de Mestrado intitula-se "Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba", a partir dos múltiplos movimentos que atravessam a construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa finca-se no estudo da atuação profissional dos técnicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba (CEREST) que atualmente representam três macrorregionais. Nesse sentido, apresenta-se o cenário da Saúde do Trabalhador no Brasil relacionado às características do modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador e sua inserção na rede do SUS, bem como os mecanismos que propiciaram a construção dos CEREST, assim como a forma que esse serviço organiza as ações de VISAT. Para elaborar esse cenário, buscou-se articular as contribuições teóricas advindas da pesquisa bibliográfica que discutem as categorias de análise que perpassam o estudo do objeto de pesquisa, bem como das discussões em torno dos dados oriundos da pesquisa social aplicada junto aos técnicos de VISAT que atuam nos CEREST macrorregionais no estado da Paraíba, embasadas no arcabouço teórico-crítico de cunho marxista. Durante a pesquisa empírica realizada em 2014, a amostra representativa correspondeu a 35% do universo constituído de 48 (quarenta e oito) técnicos que atuam nas 3 (três) Macrorregionais, em que situam os Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba: João Pessoa, Campina Grande e Patos. Desse modo, a amostra foi composta por 17 (dezessete) técnicos que atuam no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador dos CEREST. Vale ressaltar que para o desenvolvimento dessa pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos que estão previstos na nova Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Em termos metodológicos, foram utilizados procedimentos quanti-qualitativos, de modo que na fase de coleta dos dados utilizou-se a entrevista estruturada e a observação, e na fase de interpretação dos dados utilizou-se da leitura estatística descritiva com a utilização de gráficos e tabelas e análise de conteúdo mediante a categorização temática. Conclusivamente as discussões dos resultados revelam que o modelo de CEREST tal qual vem sendo delineado representa uma limitação para a construção de um modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, conforme previsto no SUS. Desse modo, mostram primordiais: avançar no processo de municipalização, investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema. A partir deste estudo, considerou-se a necessidade de radicalização do processo de descentralização da saúde dos trabalhadores no SUS e que as ações de VISAT devam buscar maior aprofundamento das relações interinstitucionais referentes à área.

Palavras-Chave: Vigilância em Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde, Centros de Referência.

XAVIER, Ana Paula Barbosa. **MONITORING IN WORKER HEALTH SYSTEM HEALTH ONLY: an analysis from the performance of reference centers in Paraíba.** Dissertation. Graduate Program in Social Work. Federal University of Paraíba. PPGSS / UFPB, 2015.

ABSTRACT

This Master's Thesis is entitled "Surveillance of the Workers Health in the Health System: An Analysis from the performance of the Reference Centers in Paraíba" from the multiple movements that covered the construction of surveillance in workers' health within the Unified Health System (SUS). This research finca on the study of professional practice of surveillance technicians in Occupational Health (Visat) of the Worker's Health Reference Centers in the state of Paraíba (CEREST) which currently represent three macro-regional. In this sense, we present the workers' health scenario in Brazil related to the characteristics of surveillance model of the Workers Health and its inclusion in the public health system as well as the mechanisms that led to the construction of CEREST, as well as the way that Service organizes the actions of Visat. To elaborate this scenario, we sought to articulate the theoretical contributions from the literature that discuss the categories of analysis that underlie the study of the object of research, and the discussions around the data from the social applied research together with technicians who Visat operate in the macro-regional CEREST in the state of Paraiba, supported in theoretical and critical framework of Marxist nature. During the empirical research conducted in 2014, a representative sample accounted for 35% of the universe consists of 48 (forty-eight) technicians who work in three (3) macro-regional, which houses the Regional Reference Centres for Occupational Health in the state of Paraiba: Joao Pessoa, Campina Grande and Patos. Thus, the sample consisted of seventeen (17) technicians who work in the field of Health Surveillance of the worker CEREST. It is noteworthy that for the development of this research were respected all ethical principles that are embodied in the new Resolution no. 466 of December 12, 2012 of the National Health Council (CNS) approving the regulatory guidelines and standards for research involving human subjects. In terms of methodology, quantitative and qualitative procedures, so that the data collection phase we used a structured interview and observation were used, and data interpretation phase we used descriptive statistics reading with the use of graphics and tables of contents and analysis by thematic categorization. Discussions of the results conclusively show that CEREST model as it has been outlined is a limitation to the construction of a model of health care workers, as provided for in SUS. Thus, show primary: move the municipalization process, investing in inter-agency coordination, the reorganization of primary care and strengthening of social control over system management. From this study, it considered the need for radicalization of the health decentralization process of workers in the NHS and that Visat actions should seek further deepening of inter-institutional relations regarding the area.

Keywords: Occupational Health Surveillance; Health System, Reference Centers.

UFPB
BIBLIOTECA CENTRAL

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AB - Atenção Básica

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CTSST - Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho

COSAT - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CGSAT - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

DSAST - Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

DRT - Diretoria Regional do Trabalho

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

DORT - Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho

ESF – Estratégia Saúde da Família

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GM – Gabinete do Ministro

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões

ISO - International Organization for Standartization

INVST - Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador

LER - Lesões por Esforço Repetitivo

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NAAST - Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador

NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NR - Normas Regulamentadoras

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAIR - Perdas Auditivas por Ruído

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PPI - Programação Pactuada Integrada

PLR - Participação nos Lucros e/ou Resultados

PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PLANSAT - Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SA – Saúde Ambiental

ST – Saúde do Trabalhador

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

VS – Vigilância em Saúde

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE FIGURA

Figura 1: As quatro Macrorregiões Assistenciais de Saúde compõem os territórios delimitados no mapa abaixo. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba 2008.....150

Figura 2 Mapa de Distribuição Geoadministrativa dos CEREST por Macrorregionais segundo número de municípios de abrangência. Paraíba 2013-2014.....155

UFPB
BIBLIOTECA CENTRAL

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Divisão da Equipe técnica por núcleo/função/formação. CEREST Macrorregional I – João Pessoa/PB, 2014.....157

Quadro 2: Divisão da Equipe técnica por núcleo/função/formação. CEREST Macrorregional II – Campina Grande/PB, 2014.....160

Quadro 3: Divisão da Equipe técnica por núcleo/função/formação. CEREST Macrorregional III – Patos/PB, 2014.....162

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT por Macrorregional. CEREST Regional/Paraíba, 2014.....164

Gráfico 2: Cursos de Capacitação (Lato Sensu e Stricto Sensu) realizados pelos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....167

Gráfico 3: Capacitação para as ações de VISAT dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....170

Gráfico 4: Vínculo de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....173

Gráfico 5: Vínculo de Trabalho em Outra Instituição dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....176

Gráfico 6: Atendimento das necessidades pela remuneração recebida segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....179

Gráfico 7: Dificuldades nas articulações intra e intersetorias segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....181

Gráfico 8: Efetividade do modelo de Atenção dos Trabalhadores a partir dos níveis de Atenção a Saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....183

Gráfico 9: Presença da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....187

Gráfico 10: Interferência da política econômica (neoliberal) na implementação da PNSTT segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014. 197

Gráfico 11: Suficiência ou não dos aparatos legais para institucionalizar a VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regionais na Paraíba, 2014. 204

Gráfico 12: Regionalização do CEREST como eixo integrador de ações de VISAT segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....209

Gráfico 13: Predominância do Caráter Assistencial do CEREST, segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....211

Gráfico 14: Efetividade da integração das ações de Assistência e VISAT, segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....212

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

Gráfico 15: Suficiência dos técnicos de vigilância em saúde do trabalhador no atendimento das demandas segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....215

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Áreas de Formação dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT – CEREST Regional/Paraíba, 2014.....165

Tabela 2: Nível de Capacitação (Lato Sensu e Stricto Sensu) dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....168

Tabela 3: Áreas dos Cursos de Capacitação dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....169

Tabela 4: Carga Horária de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....174

Tabela 5: Condições de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....177

Tabela 6: Faixa salarial mensal dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....178

Tabela 7: Justificativas para não efetividade da VISAT a partir dos níveis de Atenção à Saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT – CEREST Regional/Paraíba, 2014.....184

Tabela 8: Objetivos da incorporação da VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....191

Tabela 9: Aspectos limitantes da Atenção à Saúde em relação ao trabalho segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....194

Tabela 10: Impactos da política econômica (neoliberal) segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....198

Tabela 11: Implicações da setorialização da vigilância em saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....200

Tabela 12: Justificativas da insuficiência dos aparatos legais na institucionalização da Vigilância em Saúde do Trabalhador segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....207

Tabela 13: Alternativas para restrição no atendimento das demandas pelos técnicos de VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....215

Tabela 14: Desafios para efetivação da VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.....216

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....20

1 TRABALHO E REPRODUÇÃO DO SER SOCIAL.....27

1.1 As transformações do trabalho no modo de produção capitalista.....28

1.2 Trabalho e acumulação capitalista: os caminhos da reestruturação produtiva.....37

1.3 O capitalismo contemporâneo e o processo de mundialização do capital.....45

1.4 Sistema de Proteção Social aos trabalhadores e sua relação com o trabalho contemporâneo.....50

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À SAÚDE E DOENÇA NO TRABALHO.....64

2.1 A constituição da atenção à Saúde do Trabalhador: retrospectiva histórica e conceitual.....65

2.2 O processo saúde-doença e a relação com o trabalho e os rebatimentos na Saúde do Trabalhador.....78

2.3 O processo de discussão/construção da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).....86

2.4 A Saúde do Trabalhador e o Pacto pela Saúde.....96

2.5 A estratégia da RENAST entre as lacunas e possibilidades de implementação.....99

2.6 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): contextos e desafios.....106

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....112

3.1 Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador: concepções de vigilâncias.....113

3.2 Aspectos Legais regulamentadores das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.....118

3.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: estratégia de intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde.....126

3.4 Atenção Primária a Saúde: espaço privilegiado das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador....135

4 NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DA VISAT SOB A PERSPECTIVA DOS TÉCNICOS DOS CEREST REGIONAIS NA PARAÍBA....144

4.1 Saúde do Trabalhador e a Regionalização dos serviços de saúde na Paraíba: o desafio de institucionalizar uma rede de atenção territorializada....145

4.2 Caracterização dos CEREST Macrorregionais na Paraíba....155

4.2.1Macrorregional I – João Pessoa....156

4.2.2Macrorregional II – Campina Grande....159

4.2.3Macrorregional III – Patos....161

4.3 Perfil Profissional das equipes vinculadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) das macrorregionais na Paraíba....163

4.4 Articulações intra e intersetoriais na viabilização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: a experiência da VISAT na Paraíba....180

4.5 Controle Social e Vigilância em Saúde do Trabalhador....186

4.6 A Vigilância em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba: trilhando possibilidades e desafios da atuação profissional....189

CONSIDERAÇÕES FINAIS....219

REFERÊNCIAS....225

APÊNDICES....239

APÊNDICE A - Carta de Anuência – Macrorregional I – João Pessoa....239

APÊNDICE B - Carta de Anuência – Macrorregional II – Campina Grande....240

APÊNDICE C - Carta de Anuência – Macrorregional III – Patos....241

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido....242

APÊNDICE E – Modelo de Questionário de Pesquisa do Técnico....245

ANEXO....252

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa....252

INTRODUÇÃO

O presente estudo investigativo consiste em um trabalho de Dissertação, elaborado enquanto uma das exigências acadêmicas para aferição do Título de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

No processo de redemocratização brasileiro, sobretudo, na década de 1980, corporificou uma série de movimentos políticos de caráter contestatório e reivindicatório. Nessa conjuntura de efervescência política, emergiram as práticas no âmbito da Saúde Pública, potencializadas pelo movimento da Reforma Sanitária que fincou as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as transformações ocorridas na Política de Saúde, destaca-se a relação entre o mundo do trabalho e a saúde que, historicamente, passou do entendimento restrito da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional para novo campo conceitual, denominado de Saúde do Trabalhador.

O objeto de estudo em torno das categorias Saúde e Trabalho, intitula-se "Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba". Para uma melhor compreensão da atual configuração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionada prioritariamente pela atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), priorizou-se no processo investigativo para elaboração desta Dissertação os depoimentos de 17 (dezessete) técnicos que atuam na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a amostra representativa correspondeu a 35% do universo constituído de 48 (quarenta e oito) técnicos que atuam nas 3 (três) Macrorregionais, em que situam os Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba: João Pessoa, Campina Grande e Patos.

Este trabalho é uma tentativa de conhecer os múltiplos movimentos que atravessam a proposta e a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador dentro do SUS, a partir da atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do estado da Paraíba. Nesse sentido, este trabalho se configura como uma proposta de construção de conhecimento com alguma pretensão de que o produto possa contribuir para a criação de novas práticas em Saúde do Trabalhador e o forte desejo de que estas tenham como elemento norteador a produção de vida e da saúde, à medida que se entende a pesquisa como uma possibilidade de análise e de produção de novos saberes e práticas.

A VISAT está intrinsicamente relacionada às estratégias de operacionalização da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, compreendendo os aspectos legais e envolvendo o controle social, abarcando os mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, estando, portanto influenciada pelas condições sociais e econômicas.

Para melhor compreender a atuação das Macrorregionais na Paraíba, em especial à relacionada à VISAT, procura-se nesta Dissertação, considerar seu contexto de trabalho desde a criação da proposta da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) até o contexto atual de municipalização/regionalização da atenção via Centros de Referência Regionais, bem como o modelo pelo qual os serviços organizam suas ações de VISAT.

As Políticas Públicas desenvolvidas pelo Estado no contexto das reconfigurações do "mundo do trabalho", com enorme degeneração dos vínculos; minimização dos direitos sociais dos trabalhadores, assim como, precarização das condições de trabalho, emergem sobre a necessidade de potencializar ações que garantam condições dignas, seguras e saudáveis de trabalho com ênfase aos determinantes do processo saúde-doença da população.

A atual gestão da Política de Saúde do Trabalhador, sob a ofensiva neoliberal, insere-se no cenário das profundas transformações societárias, abalizadas sobretudo quando o típico trabalho assalariado/regulado adquire novas modalidades no atual modelo, forjado à luz da precarização, do trabalho temporário e desregulado que se materializa na superexploração, com carga horária (jornada) exaustiva, rebaixamento de salários e perdas de direitos trabalhistas. Trata-se de condições incompatíveis aos direitos sociais, assegurados pelo Art. 6º da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, ao estabelecer: "São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o **trabalho**, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, Congresso Nacional 1988, p.10, Grifos nossos).

Na contemporaneidade, a abordagem revisitada sobre a Saúde do Trabalhador deriva do estado de adoecimento resultante do esgotamento múltiplo das classes trabalhadoras em razão da exploração cada vez mais "vampiresca", imposta pelo capital. Essa condição de intensa exaustão compromete, sobremaneira, a qualidade de vida e de trabalho do trabalhador.

Nesse quadro, surge a organização de uma rede de Assistência à Saúde do Trabalhador como resposta ao estado generalizado de adoecimento com foco na universalização do acesso aos serviços de Saúde. Essa organização, determinada jurídica e legalmente pela Constituição

Brasileira de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, concretiza-se na perspectiva da Vigilância em Saúde, inserida no SUS, denominada de rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

A discussão sobre a perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador aponta para abissais desafios, sobretudo, ao buscar abalizá-la teórica e metodologicamente, e, ética e politicamente nas atuais conformações contemporâneas dos processos e condições de trabalho que se materializam na "[...] expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontrato, 'terceirizado', que marca a sociedade dual no capitalismo [...]" (ANTUNES, 2000, p.51).

Uma das particularidades que desafiam a implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é a fragmentação das responsabilidades institucionais, marcadas pela gestão compartilhada entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, do Meio Ambiente e da Previdência Social.

O compartilhamento das estruturas organizativas da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, desde o início de sua formulação, vem provocando dificuldades na implementação e efetivação da atenção integral e integrada, uma vez que ora a Saúde do Trabalhador é colocada no âmbito da vigilância, ora na assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS. Configura-se, portanto, um conjunto de ações que não se articulam institucionalmente na efetivação dessa Política.

Nesta proposta investigativa, buscou-se elaborar uma análise do processo de implantação e implementação da Política de Saúde do Trabalhador inserida na estratégia do SUS. Nessa perspectiva, tentou-se deslindar os movimentos contraditórios existentes nas relações entre as demandas institucionais e as postas pelos trabalhadores usuários dos Serviços de Saúde. Desse modo, a pesquisa intentou analisar a atual conjuntura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba a partir dos modelos de Vigilância em Saúde, postos como estratégia de atuação dos serviços referenciais na Rede de Serviços de Saúde do SUS.

Embora se reconheça que houve um avanço no que concerne à Saúde Coletiva brasileira, ainda permanecem enraizadas as clássicas práticas de Vigilância em Saúde voltadas para a perspectiva da setorialização (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental) que comprometem o estabelecimento das ações de promoção e prevenção da saúde.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui-se mecanismo político capaz de atuar sobre os processos de trabalho e, consequentemente, sobre todo o processo produtivo. A concepção adotada de VISAT não é a vigilância à parte do contexto de vigilância em saúde

(ou da saúde). A Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme se concebe, é parte intrínseca da ampla vigilância em saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Nessa configuração, torna-se aceitável adotar que a Questão de Pesquisa neste trabalho fundamentou-se na premissa de que a Política de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) é permeada por ações desintegradas e fragmentadas, uma vez que as demandas dos trabalhadores são relegadas à periferia do Sistema de Saúde, o que resulta em uma Política Pública historicamente ineficiente para o trabalhador.

Em torno dessa formulação, constrói-se a proposição de que: a implantação e a implementação da Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS, bem como o desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador não se efetiva plenamente na gestão e nas ações interventivas de prevenção, promoção e atenção à saúde. Desse modo, fragiliza-se a resposta social às necessidades da Saúde do Trabalhador na perspectiva da Política Pública, enquanto uma Política de Estado, que vise o rompimento de ações fragmentadas e ineficientes, tornando-a efetivamente resolutiva na perspectiva dos direitos sociais.

Assim, para alcançar ou não a afirmação supracitada, construiu-se o percurso teórico-metodológico em torno dos seguintes objetivos: analisar o processo de implantação e implementação da Política de Saúde do Trabalhador nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba a partir da perspectiva da sua efetivação no Sistema Único de Saúde; analisar os rebatimentos da relação contraditória capital- trabalho e Estado na promoção da Saúde do Trabalhador diante a um modelo econômico clássico privatista excludente *versus* modelo democrático e universalista de saúde proposto a partir do SUS; investigar os processos de gestão da Política de Saúde do Trabalhador nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba na interpretação dos técnicos que atuam nessa Política; e avaliar as percepções dos técnicos executores da Política de Saúde do Trabalhador acerca da efetividade (ou não) das estratégias no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

Para tanto, se desenvolveu uma pesquisa social aplicada de cunho quanti-qualitativo, mas, com a predominância das metodologias qualitativas, em razão de serem estas mais adequadas para a análise de objetos capturados da realidade social. Pretendeu-se embasar a construção e a discussão do objeto deste estudo a partir de autores e análises marxistas por permitirem a apreensão dos objetos sociais enquanto processos sociais em sua totalidade.

Em razão de esses objetos sociais se expressarem e se materializarem na sociedade capitalista, portanto, são eivados de contradições. Para proceder à análise dessas contradições que são fundantes da ordem burguesa na relação capital e trabalho, adotou-se o método

materialista histórico-dialético. Esse método possibilitou analisar as contradições que perpassam os objetos sociais para além do imediatismo de modo a se aproximar e capturar a sua essência. De acordo com Netto (2011, p.22) "[...] o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto".

A constituição da amostra desta pesquisa foi formulada em torno de dezessete (17) técnicos do universo de vinte (20) profissionais que atuam no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST) no estado da Paraíba. Esses Centros estão divididos em três (3) Macrorregionais (João Pessoa, Campina Grande e Patos), cujas ações são implementadas pelos técnicos envolvidas diretamente na gestão da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Constituem-se materiais de pesquisa as fontes primárias que consistiram nas informações captadas empiricamente por esta pesquisadora. Trata-se dos dados empíricos coletados diretamente junto aos profissionais pesquisados; e as fontes secundárias derivaram da consulta aos documentos como legislações, planos, programas e projetos sociais, banco de dados dos CEREST e outras fontes coletadas, necessárias à análise, além das consultas às estatísticas públicas, como censos, boletins, notas técnicas, anuários e outros materiais, elaborados e publicados pelos mais diversos institutos de pesquisa, Ministérios, sindicatos e outras fontes.

Conforme se aludiu no tipo da pesquisa, este processo investigativo adotou metodologias quanti-qualitativas nas fases da coleta e da análise dos dados. Na fase da coleta, levantam-se como instrumentos a observação sistemática e assistemática, o diário de campo e o questionário semiestruturado.

Na fase de análise dos dados, aponta-se como procedimento quantitativo a mensuração estatística ou numérica dos dados objetivos mediante o uso da análise tabular e gráfica; e na análise dos dados subjetivos as declarações dadas pelos técnicos que atuam nos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador do estado da Paraíba em torno das ações de VISAT desenvolvidas como estratégia de ação do Sistema Único de Saúde (SUS), embasou-se na discussão de autores e fontes secundárias.

Vale ressaltar que no desenvolvimento desta pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos que estão previstos na nova Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. A participação na pesquisa ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de modo que se estabeleceu o "[...] respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e

autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida" (BRASIL, CNS, 2012b, p. 04). Para tanto, foi garantido aos sujeitos pesquisados total anonimato, primando-se ainda pelo livre acesso aos resultados da pesquisa, conforme estabelece a supracitada Resolução.

Em termos estruturais esta Dissertação está distribuída em torno de quatro (4) capítulos assim compreendidos:

O primeiro Capítulo "Trabalho e Reprodução do Ser Social" apresenta-se as principais questões relacionadas à análise da categoria trabalho na teoria marxista que dá ao trabalho um lugar central na construção do ser social e da sociabilidade humana. A partir da Revolução Industrial do século XVIII, o trabalho sob a égide do sistema capitalista vai expandir e revolucionar sua hegemonia no processo produtivo.

A submissão do trabalho e dos valores de uso a lógica dos valores de troca impõe a vida humana uma produção que ao tempo em que impulsiona o consumo, também limita o acesso dos bens a enormes parcelas da população. Tal situação se torna mais aguda com o advento da reestruturação produtiva e seus reflexos na organização do trabalho, implicando numa interação profundamente destrutiva para a natureza e o ser humano.

Posteriormente analisou-se as expressões do capitalismo contemporâneo sobre a Saúde do Trabalhador e os mecanismos constitutivos de proteção social estabelecidos pelo Estado, uma vez que à condição de adoecimento da classe trabalhadora passa a exigir um conjunto de respostas que fundamentalmente estão atreladas a conformação de um sistema de proteção social que materialize direitos sociais frente às diferentes formas de degradação do trabalho.

O segundo Capítulo denominado "Políticas Públicas de Enfrentamento à Saúde e Doença no Trabalho" versa sobre a Saúde do Trabalhador como um campo da saúde pública cujo objeto se apresenta sob facetas variadas, sempre a exigir respostas que envolvam diferentes atores sociais e conflitos de interesse entre o capital e trabalho. Distante de compreender um saber estanque na estrutura social, a Saúde do Trabalhador, bem como a compreensão de seus determinantes, assim como sua história e a evolução de sua prática estão diretamente correlacionados ao desenvolvimento da economia e das relações político-sociais.

Desse modo, refletiu-se historicamente como vem sendo tratadas as questões do binômio saúde-trabalho no Brasil, pautados em interesses econômicos muitas vezes velados e atualmente regidos pela política neoliberal do Estado.

Portanto, nesse Capítulo procedeu-se a uma breve retrospectiva histórica da constituição da atenção à Saúde dos Trabalhadores e sua instituição no Sistema Único de

Saúde (SUS), atrelada ao estabelecimento da proposta da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) que consequentemente adota o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como polo irradiador de uma cultura de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

O terceiro Capítulo "Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde" buscou-se analisar a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no Sistema Único de Saúde (SUS). O recorte teórico adotado se situou na perspectiva crítica da área de Saúde do Trabalhador a partir das práticas tradicionais que ainda não incorporaram o contexto do capitalismo mundializado, a globalização do consumo e das relações sociais, a flexibilização das relações sociais e sua repercussão na dinâmica social do sujeito coletivo.

Dentro da tentativa de se conhecer e analisar a VISAT hoje no Brasil é importante mencionar alguns dos pontos principais da trajetória histórica da vigilância em saúde pública, e das suas principais vertentes ou ramificações: a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, vislumbrando na atenção primária como pilar estruturante das ações de VISAT no SUS.

O quarto Capítulo que abordou os "Núcleos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma análise da VISAT sob a perspectiva dos técnicos dos CEREST Regionais na Paraíba", tomando como referencial a concepção ampliada de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Esta Dissertação pretendeu investigar o processo de construção da VISAT nos Centros de Saúde do Trabalhador na Paraíba, assim como pontuar os entraves manifestados na efetivação de suas ações.

Ademais, no processo de construção dessa Dissertação encontramos dificuldades para obter informações do CEREST Regional Patos, uma vez que esta instituição apresentou morosidade e até restrição na socialização das informações relativas às suas atividades desenvolvidas.

Por fim é de suma importância destacar a atuação de profissionais envolvidos com a área da Saúde do Trabalhador comprometidos com a classe trabalhadora de modo a servir de parâmetro para os novos profissionais da área, em especial aqueles que estão à frente dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, em expansão no País. Nesse sentido, reafirma-se a emergente necessidade de estudos e pesquisas nessa área pautados na perspectiva crítica e embasados em abordagens interdisciplinares, de caráter integrador para se obter uma melhor apreensão da Saúde do Trabalhador, atualmente consumida pela precarização do trabalho.

1 TRABALHO E REPRODUÇÃO DO SER SOCIAL

Na elaboração deste Capítulo apresentam-se as principais questões relacionadas à análise da categoria trabalho na teoria marxista, que dá ao trabalho um lugar central na construção do ser social e da sociabilidade humana. A partir da Revolução Industrial do século XVIII, o trabalho sob a égide do sistema capitalista vai expandir e revolucionar sua hegemonia no processo produtivo.

Como meio de intercâmbio com o natural, é condição da existência biológica e social, bem como atividade humanizadora e emancipadora do próprio homem. Segundo Lukács, é mérito de Marx ter restringido a atividade de projeção de finalidades (isto é, a teleologia) ao trabalho, o que é de extrema pertinência para se pensar a história do desenvolvimento social e de seus processos internos (como a divisão social do trabalho e a reestruturação produtiva), abordadas posteriormente, sem incorrer numa perspectiva causal ou projetista da história humana.

Aborda-se o trabalho como categoria universal do mundo dos homens, a força de trabalho transformada em mercadoria a partir da lógica do capital e os desdobramentos do processo de mercantilização de praticamente todos os aspectos da vida para a sociedade e o meio ambiente. A existência da humanidade é dependente da relação entre o homem e a natureza, dessa forma, analisa-se como essa relação ocorre na sociedade que acolhe a mercadoria e rejeita o ser humano. A submissão do trabalho e dos valores de uso à lógica dos valores de troca impõe a vida humana uma produção que ao tempo em que impulsiona o consumo, também limita o acesso dos bens a enormes parcelas da população. Tal situação se torna mais aguda com o advento da reestruturação produtiva e seus reflexos na organização do trabalho, implicando numa interação profundamente destrutiva para a natureza e o ser humano.

Sequencialmente analisar-se-á de como as expressões do capitalismo contemporâneo e o processo de mundialização do capital se manifestam nos processos de trabalho e da forma como a lógica do sistema capitalista reflete sobre a vida e saúde dos trabalhadores, bem como as investidas desse sistema se traduzem cotidianamente em diversas formas de opressão e violação de diretos, dentre eles o direito à saúde.

Ademais, discutir-se-á o sistema de proteção social aos trabalhadores na contemporaneidade, estando à condição de adoecimento da classe trabalhadora a exigir um conjunto de respostas que fundamentalmente estão atreladas à conformação de um sistema de

proteção social que materialize direitos sociais frente às diferentes formas de degradação do trabalho.

A relação entre trabalho e saúde é o foco de estudo da Vigilância em Saúde do Trabalhador, o que corresponde ao objeto deste estudo. Para análise desse objeto, se faz necessário à compreensão da categoria trabalho no seu sentido ontológico e histórico.

1.1 As transformações do trabalho no modo de produção capitalista

Seguindo o conceito de trabalho em Marx, o mesmo se refere ao trabalho como transformação da natureza visando criar os meios de subsistência para cada sociedade. Com isso, só existe sociedade porque existe natureza, de onde podemos extrair os meios de subsistência e produção necessários para a reprodução social.

E o trabalho adquire assim, papel fundante dos demais complexos sociais. Apesar de estar presente enquanto condição de existência humana, em todos os modelos de sociedade, é na sociedade capitalista que o trabalho adquire novas formas e expressões, dado o alto grau de desenvolvimento das forças produtivas, do trabalho assalariado e da extração da mais-valia. É no contexto da revolução industrial e da consolidação da ordem burguesa, a partir do século XVIII, que vai se tornar possível a elaboração de uma teoria sobre o trabalho, enquanto categoria constituinte do ser social.

Desse modo, Marx (1983, p. 149) em O Capital destaca que:

> Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Com isso, Marx expressa, de forma clara que o homem é artífice de sua própria história ao transformar a natureza, que também transforma a si mesmo, pois cria novas habilidades, adquire novas experiências e conhecimentos. Contudo, o que diferencia o ser social do ser natural (orgânico), que reproduz sempre o mesmo, é o fato de estar inserido na terceira esfera ontológica cuja essência é a causalidade, posta por atos realizados pelos

próprios homens, com capacidade de reproduzir o novo, uma vez que tem a capacidade de projetar em mente, na (prévia ideação) e objetivar, que é o resultado alcançado mediante a idealização, como um arquiteto que faz prédios de diversas formas e várias estruturas, ou seja, resultante da transformação da realidade.

O capital necessita de um conjunto de relações sociais e econômicas que possibilitem a continuidade do seu processo de acumulação. Nessas relações, incluem-se as questões tecnológicas, produtivas, salariais, de padrões de consumo, da internacionalização das atividades do capital e o papel do Estado.

O presente trabalho tem por pressupostos, ainda que breves e genéricos, a investigação da forma como os homens se relacionam para produzir e reproduzir suas vidas. Marx (1983) salienta que o trabalho enquanto produtor de valor de uso é condição da existência do homem, o qual independente das formas de sociedade. Constitui a necessária relação de mediação entre o homem e a natureza, ou seja, o trabalho é o fundamento ontológico da vida humana; trata-se, portanto, da protoforma do ser social (do mundo dos homens, da sociedade).

O trabalho é o elemento fundante da sociabilidade humana, porque é pelo trabalho que o homem tem a capacidade de transformar a natureza em valores-de-uso, ou seja, em tudo aquilo que é necessário para vida e reprodução humana. Por isso, pode-se afirmar que o trabalho é condição da existência do homem – é uma necessidade eterna, resultado do intercâmbio orgânico entre o homem e a natureza (LUKÁCS, 2012).

Essa concepção da categoria trabalho deriva da concepção materialista histórico-dialética elaborada por Karl Marx, que superou duas outras correntes filosóficas, o materialismo e o idealismo, e, juntas construiu o veio filosófico advindo da modernidade, ao inaugurar a razão enquanto expressão que preconiza as possibilidades humanas de compreender-se como sujeito constituído socialmente (NETTO; BRAZ, 2008).

O que vai dar caráter inédito a elaboração marxista é a prioridade que atribui ao real, onde só é possível pensar, elaborar e teorizar a partir daquilo que já existe. Ao fazer isso confere uma relação de auto-implicação entre o sujeito e o objeto (NETTO; BRAZ, 2008).

Assim, o homem ao transformar a natureza, transforma também a si próprio. Isso é possível, segundo Marx, pelo pôr teleológico, ou seja, pela capacidade única e exclusiva do ser humano em idealizar e antecipar o que vai transformar e que o distingue de todos os outros animais.

De acordo com Netto e Braz (2008) são três as exigências colocadas pelo trabalho para a constituição do ser social: a atividade teleologicamente orientada, a tendência à universalização e a linguagem articulada. Uma vez que, o trabalho é sempre uma atividade

coletiva e o aprendizado e habilidades por ele proporcionado são universalizados pela linguagem.

Para Lessa (1996), citando Marx e Lukács, o trabalho é constituído por três momentos decisivos, a saber: a objetivação, onde se dá a transformação da prévia ideação no produto desejado; a exteriorização, que acontece no mesmo momento da objetivação, pois o homem ao transformar a natureza também se exterioriza, ou seja, se percebe e se reconhece naquilo que produziu. Esse processo de objetivação-exteriorização é o que distingue os homens da natureza, pois desencadeia em duas novas situações, uma objetiva, a materialização da prévia ideação e a outra subjetiva, as habilidades adquiridas nesse processo, definidos como atos singulares que serão generalizadas enquanto necessidade de reprodução social da espécie humana, agora ser social constituído pelo trabalho.

O terceiro momento constitutivo do trabalho é a alienação, definida enquanto "[...] obstáculos socialmente postos ao desenvolvimento humano-genérico" (LUKÁCS, 2012 p.21), compreende essa afirmação de que as condições de reprodução social não estão claras para o indivíduo/trabalhador sobre as possíveis consequências e repercussões do modo de produção capitalista.

As consequências do processo de alienação estão colocadas segundo Antunes (2008), na desrealização do ser social, pois o trabalho enquanto atividade vital desaparece e dá lugar a um trabalho forçado pautado na propriedade privada e na exploração do homem pelo homem. Consequentemente "[...] o ser social torna-se estranho frente a ele mesmo: o homem estranha-se do próprio homem" (ANTUNES, 2008, p. 148), pelo processo de reificação/coisificação que a mercadoria assume no capitalismo dado seu caráter fetichizado. Esse retrocesso e estagnação na evolução do ser social têm implicações na própria sociabilidade humana.

Desse modo, o homem é natureza historicamente transformada, resultado do recuo das barreiras naturais e em constante transformação, dado a possibilidade criadora do gênero humano mediado pelo trabalho.

Para conhecer a realidade social[1] é imprescindível o estudo da maneira como os homens se relacionam com a natureza e entre si para produzirem seus meios de vida e, como se organizam nas relações de produção. O trabalho significa transformar a natureza em meios de subsistência ou de produção, algo indispensável a qualquer reprodução social. Seguindo esse pressuposto, em A Ideologia Alemã, Marx e Engels (2006, p.53) assinalam que:

---

[1]Para Marx, a realidade social não é tanto um conjunto específico de relações e ainda menos um conglomerado de coisas. É antes o processo de transformação inerente a um determinado conjunto de relações. Em outras palavras, a realidade social é o processo histórico, processo que, em princípio, não conhece finalidade nem pontos de parada (MARX, 1983, p. 29).

> [...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder "fazer história". Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos.

Nesse sentido, a função social do trabalho é ser o intercâmbio orgânico entre o homem e a natureza e como resultado dessa relação tem-se a produção da riqueza material da sociedade. É devido a este pressuposto elementar que Marx e Engels (2006) em A Ideologia Alemã afirmam que a divisão do trabalho deve ser analisada a partir do modo como os homens produzem sua vida material e, portanto, como os homens se relacionam entre si para produzirem seus meios de vida.

Os homens buscam os meios adequados para tornar realidade material, ou seja, há o impulso para se conhecer a realidade e objetivar o que havia sido previamente idealizado. De modo que para Lukács (2012), o processo de trabalho é descrito como consecutivas materializações de posições teleológicas, por isso, a teleologia primária corresponde à forma originária do trabalho, isto é, elementar ao ser social.

> Deste modo é anunciada a categoria ontológica central do trabalho: através dele realiza-se, no âmbito do ser material uma posição teleológica que dá origem a uma nova objetividade. Assim, o trabalho se torna o modelo de toda práxis social, na qual, com efeito – mesmo que através de mediações às vezes muito complexas – sempre são transformadas em realidade posições teleológicas, em termos que, em última análise são materiais (LUKÁCS, 2012, p. 4).

Portanto, o homem é dirigido por uma finalidade que, inicialmente, é antecipada em seu pensamento, o resultado de sua ação já é ansiado ao se realizar a prévia-ideação no produto do trabalho. A teleologia compreende o momento em que o homem responde a uma situação concreta, como afirma Lukács (2012, p. 45), "é categoria ontologicamente objetiva, pertencente à essência do mundo dos homens".

Diante dos pressupostos elementares da teoria social marxista que instaura um novo campo de possibilidades ontológicas para se conhecer a realidade social, Marx pôde

interpretar a sociedade capitalista em sua essencialidade e generalidade, evidenciando suas especificidades. O desenvolvimento da sociabilidade capitalista se mantém essencialmente, ao longo de aproximadamente três séculos, fundada na propriedade privada e na exploração do homem pelo homem. O estudo da divisão do trabalho na sociabilidade capitalista pressupõe uma sumária análise sobre o desenvolvimento do capitalismo. A partir da perspectiva de totalidade, Marx retratou como o capital foi sendo acumulado e constituído no feudalismo sob circunstâncias históricas que determinaram a formação do modo de produção capitalista e da divisão do trabalho que lhe é peculiar.

Outro aspecto de fundamental importância é o modo como se processou a constituição das classes sociais no capitalismo, pois, a partir do que revelou Marx (1983)[2], esse processo aconteceu de forma cruel e altamente violenta. Esse autor enfatiza que, durante a acumulação primitiva do capital, ocorreu a expropriação dos meios de produção da classe que produzia a riqueza. A acumulação primitiva significou para o desenvolvimento do modo de produção capitalista o ponto de partida para a acumulação de capital, a qual "[...] pressupõe a mais-valia, a mais-valia a produção capitalista, e esta, por sua vez, a existência de massas relativamente grandes de capital e de força de trabalho nas mãos de produtores de mercadorias" (MARX, 1983, p. 261).

A questão consiste que o trabalho é também um produto social, assim sendo, sua efetivação ocorre sob determinações que são particulares em cada sociedade. Em outras palavras, sem deixar perder esse conteúdo universal, o trabalho encontra-se submetido aos aspectos particulares que determinam como o homem produz os meios necessários a sua subsistência em cada formação social. O modo pelo qual o ser humano está organizado para produzir é o solo ontológico fundante para a compreensão de como os indivíduos se relacionam com a natureza. No modo de produção capitalista, o trabalho é caracterizado por ser transformado em mercadoria. Seguindo esse pressuposto, a natureza não é apenas tratada como uma base necessária para produção da riqueza humana, mas como fonte privada de enriquecimento. Tanto o agente produtor, como o produto de sua atividade, encontram-se submetidos à lógica dos valores de troca.

No curso da história da humanidade o trabalho concreto que produz valores-de-uso é acrescido do trabalho abstrato que está contido o valor-de-troca. Essa é a denominada dupla natureza do trabalho, o primeiro como condição de existência do ser humano e o segundo,

---

[2]Para aprofundamento dessa temática, ver capítulo XXIV de O Capital – A Chamada Acumulação Primitiva. **O Capital:** crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. - 3. ed. - São Paulo: Abril Cultural, (Os economistas). Livro I, v. I, 1983.

também denominado de trabalho excedente, enquanto processo de valorização da produção e, portanto, excedendo aquilo que é realmente necessário para existência do homem. Mas todo valor-de-troca é também valor-de-uso, caso contrário o valor da mercadoria não seria realizado (MARX, 1983).

A circulação de mercadoria e o comércio ao se desenvolverem historicamente, deram origem ao capital, e que consequentemente originou o dinheiro para ser usado como intermediador da troca de mercadorias. Mas, não é apenas a mercadoria que deu origem a um modo de produção que tem o capital como sua espinha dorsal, mas, principalmente as relações de trabalho entre patrões e empregados estabelecidos no processo de sua produção.

Há nesse sentido, a consolidação das condições fundamentais da produção capitalista, ou seja, a polarização entre a classe proprietária e a classe não proprietária.

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

> A relação-capital pressupõe a separação entre os trabalhadores e a propriedade das condições da realização do trabalho. Tão logo a produção capitalista se apoie sobre seus próprios pés, não apenas conserva aquela separação, mas a reproduz em escala sempre crescente. Portanto, o processo que cria a relação-capital não pode ser outra coisa que o processo de separação do trabalhador da propriedade das condições de seu trabalho, um processo que transforma, por um lado, os meios sociais de subsistência e de produção em capital, por outro, os produtores diretos em trabalhadores assalariados. A assim chamada acumulação primitiva é, portanto, nada mais que o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção. Ele aparece como "primitivo" porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde (MARX, 1983, p. 262).

A burguesia possuidora da "liberdade e da igualdade para barganhar" através da propriedade dos meios de produção, de subsistência e do dinheiro, compra a única fonte de sobrevivência que resta à classe trabalhadora que é a sua força de trabalho diante de uma relação de troca. O assalariamento estabelece um contrato desigual e reprodutor de tal desigualdade, pois é uma contradição inerente do sistema capitalista.

> A organização do processo capitalista de produção plenamente constituído quebra toda a resistência, a constante produção de uma superpopulação mantém a lei da oferta e da procura de trabalho e, portanto, o salário em trilhos adequados às necessidades de valorização do capital, e a muda coação das condições econômicas sela o domínio do capitalista sobre o trabalhador. [...] A subordinação do trabalho ao capital era apenas formal, isto é, o próprio modo de produção não possuía ainda caráter especificamente capitalista (MARX, 1983, p. 277).

Identifica-se, portanto, que o desenvolvimento da riqueza no capitalismo exige a exploração de uma classe em benefício do usufruto da riqueza por outra classe. No entanto, esse antagonismo de classe, essa desigualdade social é um processo histórico. Conforme afirma Marx (1983, p. 140):

> A natureza não produz de um lado possuidores de dinheiro e de mercadoria e, do outro, meros possuidores das próprias forças de trabalho. Essa relação não faz parte da história natural nem tampouco é social, comum a todos os períodos históricos. Ela mesma é evidentemente o resultado de um desenvolvimento histórico anterior, o produto de muitas revoluções econômicas, da decadência de toda uma série de formações mais antigas da produção social.

No âmbito da luta de classes, a burguesia se consolida enquanto classe capitalista, detentora dos meios de produção, da propriedade privada e da produção da riqueza social. A riqueza socialmente produzida, no sistema capitalista de produção, contraditoriamente, não é distribuída e usufruída socialmente pela classe que a produz, o proletariado. A contradição desse sistema tem como base fundante a compra e venda da força de trabalho do operário, a qual corresponde a sua única mercadoria e meio de sobrevivência.

A particularidade e importância decisiva dessa mercadoria – força de trabalho – no sistema capitalista é que é a única que tem capacidade de gerar novo valor, isto é, produzir mais-valia. Para o sistema, a extração da mais-valia[3] constitui a fonte da acumulação da riqueza, pois, no momento da produção, o trabalhador extrapola o período de trabalho necessário correspondente ao valor da sua força de trabalho, realizando então, o trabalho excedente. O trabalho excedente constitui as horas em que o trabalhador é explorado, no sentido de realizar um trabalho que irá ser acumulado de forma privada pela classe capitalista.

A produção capitalista, desse modo, não tem por objetivo satisfazer as necessidades humanas, e sim, acumular de forma contínua e progressiva, pois, "[...] o valor de uso nunca deve ser tratado, portanto, como meta imediata do capitalismo. Tampouco o lucro isolado, mas apenas o incessante movimento do ganho." (MARX, 1983, p. 129). Nesse sentido, a

[3] Como afirma Marx (1983, p. 251), "a mais-valia produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho chamo de mais-valia absoluta; a mais-valia que, ao contrário, decorre da redução do tempo de trabalho e da correspondente mudança da proporção entre os dois componentes da jornada de trabalho chamo de mais-valia relativa".

essência da sociedade burguesa é a busca da riqueza, a produção de valores-de-troca como o principal motivo da produção e reprodução humana[4].

Sobre o processo da produção da mais-valia, conforme já expresso, entende-se que acontece no momento da produção da mercadoria. Diante das afirmações de Marx (1983, p.55), "o valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade total de trabalho nela contida" assim, "[...] se consideramos as mercadorias como valores, consideramo-las exclusivamente sob o único aspecto de trabalho social realizado, fixado ou, se se quiser cristalizado" (Idem, p. 38). Em seu aspecto essencial

> A taxa de mais-valia, permanecendo a mesma todas as outras circunstâncias, dependerá da proporção entre aquela parte do dia de trabalho necessário para reproduzir o valor da força de trabalho e o sobretempo ou o sobretrabalho realizado para o capitalista. Dependerá, portanto, da razão em que o dia de trabalho for prolongado para além e acima daquele período, durante o qual, trabalhando, o operário apenas reproduziria o valor da sua força de trabalho, ou reporia o seu salário (Idem, p. 51).

A acumulação capitalista tem por meta estabelecer-se de forma contínua e progressiva, as condições da produção capitalista e os produtos resultantes desse processo nos países periféricos e pobres, assim denominadas de subdesenvolvimento, originou ao mesmo tempo o desenvolvimento dos países centrais e ricos que, de maneira antagônica, representou a mundialização das relações de mercado. Como assinala Marx (1983, p. 133) "[...] onde há igualdade, não há lucro." É válido ressaltar também, que o grande capital industrial formou-se com o capital mercantil construído a partir da escravidão e espoliação da classe ora dominada.

> [...] é fundamental que não se perca de vista a centralidade da categoria trabalho na constituição do humano e o quanto, dentro das condições apresentadas até o momento, o trabalho, sob a égide do modo de produção capitalista, desumaniza, bestializa e faz perecerem os seres humanos (NETTO, 2013, p.137).

---

[4]Mello (1999, p. 84) destaca os elementos imprescindíveis para o entendimento do modo de produção capitalista ao afirmar "[...] o objetivo último de todo investimento é a produção crescente de valores-de-troca para um mercado em constante expansão. Daí por que esta nova unidade produtiva já representa, em si e por si, um salto qualitativo em relação à dinâmica social precedente, estampando a ruptura definitiva com o domínio da indústria doméstica e do artesanato – símbolos do estreito mundo da feudalidade. Tal é a razão do por que se encontrar na análise histórica da passagem da cooperação simples à indústria manufatureira, e desta à grande indústria, a chave para a compreensão lógica (sociológica) da mecânica que rege o desenvolvimento tendencial do modo capitalista de produção (sua genética), desde seus primórdios formatado em função das necessidades de uma economia em processo crescente de mundialização".

Nessa circunstância o capitalismo concorrencial se consolida com a concentração dos meios de produção nas mãos da burguesia que possuía total liberdade para explorar a classe trabalhadora mediante o processo de obtenção da mais-valia, o que possibilitou a acumulação do capital e a instauração das bases do sistema capitalista. Para Marx (1983), a produção capitalista, de fato, se inicia quando o capitalista dispõe do capital individual e concentra os meios de produção e o controle de um determinado exército de trabalhadores. De modo que "[...] o exército industrial de reserva cumpre a função de colocar os trabalhadores empregados numa situação de terem que se submeter a determinadas condições para garantir seu ganha-pão" (NETTO, 2013, p. 139).

De acordo com Iamamoto; Carvalho (2011, p.36):

> O processo capitalista de produção, expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais que se produzem, encobrindo o antagonismo que as permeia.

Assim, o trabalho envolve duas dimensões: a dimensão degradante, quando este se apresenta enquanto trabalho explorador e precarizado, em que trabalhadores vendem sua força de trabalho em troca de salários não condizentes com suas necessidades de subsistência, e o trabalho edificante, em que o trabalhador ao realizar suas atividades laborais também se realiza enquanto ser social, desenvolvendo suas habilidades e potencialidades, e, portanto, se transformando. Nesse contexto, as duas classes sociais que fundamentam o modo de produção capitalista, classe capitalista e a classe operária, disputam entre si interesses antagônicos, uma vez que os capitalistas objetivam lucro e os operários vendem sua força de trabalho para garantir minimamente suas necessidades de vida (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011).

Dessa maneira, pode-se afirmar que contemporaneamente continua existindo um movimento contraditório nas relações de trabalho na sociedade capitalista que, de um lado, reduz o operariado industrial, em "[...] decorrência do quadro recessivo, quer em função da automação, da robótica e da microeletrônica, gerando uma monumental taxa de desemprego estrutural [...]" (ANTUNES, 2008, p.52). Por outro lado, dá-se a subproletarização do trabalho, os novos postos de trabalho, parcial, "terceirizado", subcontratado, os quais tomam forma de relações informais de emprego. É a "[...] precariedade do emprego e da

remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a consequente regressão dos direitos sociais, [...] configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial" (ANTUNES, 2008, p.52).

Os meios de produção e subsistência e a força de trabalho na sociedade capitalista se apresentam como se fossem mercadorias que entram em contato e se defrontam numa aparente relação de igualdade, pois reduzem a relação entre o possuidor das condições de trabalho e subsistência (os capitalistas que detêm os monopólios dos meios de produção) e o trabalhador (que detém apenas a força de trabalho), a uma simples relação de compra e venda sob a qual se mascara a exploração fundamentada na generalização do trabalho assalariado, na propriedade privada e na extração da mais-valia. Assim, a força de trabalho como mercadoria se fetichiza.

O processo de subsunção do trabalho ao capital tem como pressuposto: a separação do produtor direto de seus meios de produção e subsistência e a sua conversão em trabalhador assalariado, condição essa que impõe a subordinação deste ao capitalista que se apropria desses meios, monopolizando e transformando-os em capital, em forças de coerção contra os trabalhadores.

Nesse processo, dá-se início à contradição essencial do sistema capitalista: a produção social da riqueza e sua apropriação privada. A partir daí, tem-se a desigualdade social – na qual se encontra a concentração da propriedade privada e da riqueza num polo, e no outro, o pauperismo e a exploração do trabalho assalariado – como uma das principais implicações da subordinação do trabalho ao capital nas relações sociais.

1.2 Trabalho e acumulação capitalista: os caminhos da reestruturação produtiva

A influência que o crescimento do capital exerce sobre a classe trabalhadora deve ser considerada, de acordo com Marx (1983), a partir da composição orgânica do capital e de suas modificações no âmbito do processo da acumulação capitalista.

Desse modo, Marx constata que as bases sócio-históricas da acumulação capitalista encontram-se diretamente relacionadas à exploração da classe trabalhadora, a qual reproduz a valorização incessante do capital, que objetiva tão somente produzir mercadorias e extrair a

mais-valia e que essa mais-valia se realize (D-M-D')[5]. Nesse processo, a classe trabalhadora encontra-se subordinada às condições impostas pelas necessidades do capital. Uma vez que a contradição inerente ao capitalismo é a centralidade que adquire a valorização e a satisfação das necessidades do capital em detrimento à satisfação das necessidades dos trabalhadores. "Nem poderia ser diferente num modo de produção em que o trabalhador existe para as necessidades de valorização de valores existentes, ao invés de a riqueza objetiva existir para as necessidades de desenvolvimento do trabalhador" (MARX, 1983, p. 193).

Na medida em que a produção capitalista altera a sua composição orgânica, há o aumento do capital constante em detrimento do capital variável. Deste modo, como afirma o Marx (1983, p. 198) "[...] a acumulação de capital, que apareceu originalmente só como sua ampliação quantitativa, realiza-se como vimos, numa alteração qualitativa contínua de sua composição, com acréscimo permanente de seu componente constante à custa do variável". Isso porque a acumulação capitalista modifica a proporção entre a parte constante e a parte variável do capital. A garantia da acumulação crescente do capital decorre do incessante "revolucionamento" das forças produtivas com o aperfeiçoamento quantitativo e qualitativo das técnicas, organização da produção e divisão do trabalho.

Marx (1983, p.199) constata que o desenvolvimento das forças produtivas, a alteração da composição orgânica do capital e a diminuição da demanda por trabalhadores fazem com que "[...] a acumulação capitalista [produza] constantemente – e isso em proporção à sua energia e às suas dimensões – uma população trabalhadora adicional relativamente supérflua ou subsidiária, ao menos no concernente às necessidades de aproveitamento por parte do capital". Essa população é conhecida, principalmente, por "exército industrial de reserva" e superpopulação da classe trabalhadora, a qual constitui um das fontes de lucro do capitalista.

A alteração da composição orgânica do capital confere à acumulação capitalista o progresso e o aumento da produtividade do trabalho com o desenvolvimento crescente das forças produtivas. De modo que, "[...] a globalização do capital é acompanhada da globalização do trabalho, na perspectiva da sociedade global como um todo em movimento e colocadas, no âmbito da metáfora da 'fábrica global', as novas formas e significados do trabalho" (IANNI, 2010, p.55).

Marx, assinala que a demanda por força de trabalho jovem demarca as necessidades da grande indústria que tendencia à rápida renovação das gerações de trabalhadores e a duração mais curta de vida deste trabalhador.

---

[5] Capítulo IV de O Capital: Como o Dinheiro se Transforma em Capital.

> Que o acréscimo natural da massa trabalhadora não satisfaça às necessidades de acumulação do capital e, ainda assim, simultaneamente as ultrapasse, é uma contradição de seu próprio movimento. Ele precisa de massas maiores de trabalhadores em idade jovem, de massas menores em idade adulta. A contradição não é mais gritante do que a outra, a de que haja queixas quando à carência de braços ao mesmo tempo que muitos milhares estão na rua, porque a divisão de trabalho os acorrenta a determinado ramo de atividades (MARX, 1983, p. 207).

No entanto, há o decréscimo da demanda de trabalhadores e, portanto, esses trabalhadores que constituem o "exército industrial de reserva" exercem uma pressão significativa que "[...] força os ocupados a porem mais trabalho em ação" (Idem, p. 206). Portanto, nota-se que, se por um lado o capitalismo se desenvolve em ampla escala, com o crescimento da acumulação do capital, contraditoriamente, há a intensa degradação da classe trabalhadora e o crescente pauperismo[6]. A relação contraditória entre o capital e o trabalho, de acordo com Marx, é a expressão da "lei geral da acumulação capitalista".

A análise marxista das bases sócio-históricas da sociabilidade capitalista evidencia que a contradição entre a classe proprietária e a classe não proprietária se torna mais intensa nesta sociedade. No capitalismo, a contradição entre capitalistas e trabalhadores expressa a relação inerente a esse sistema, que se de um lado há o desenvolvimento incessante das relações de produção da riqueza, por outro lado, há a degradante exploração da classe trabalhadora.

Faz-se necessário reportar a análise da divisão do trabalho, à origem da propriedade privada, pois o fenômeno da divisão do trabalho encontra-se intrinsecamente articulado à emersão e ao desenvolvimento histórico das formas da propriedade privada. De acordo com Marx e Engels (2006, p. 29) "[...] as diversas fases de desenvolvimento da divisão do trabalho representam outras tantas formas diferentes da propriedade, [...]" de modo que, "divisão do trabalho e propriedade privada são expressões idênticas: a primeira enuncia em relação à atividade, aquilo que se enuncia na segunda em relação ao produto da atividade" (Idem, p. 46).

No cotidiano do trabalhador, situa-se a reestruturação da economia capitalista mundial, que se define como reestruturação produtiva, introduzindo um novo cenário que traz diversas formas de precariedade no mundo do trabalho, tal como o desmantelamento dos direitos e da proteção social dos trabalhadores. Associados a este fenômeno, surge o

---

[6]O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e ambos constituem uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza (MELLO, 1999).

desemprego e, também, as novas formas de relações de trabalho, que ganham legitimidade através do emprego provisório, do trabalho temporário e parcial, do retorno ao trabalho a domicílio, da terceirização e da precarização do trabalho e dos vínculos informais do trabalho.

> As contradições ampliadas revelam-se na reestruturação produtiva, que se insere na reestruturação política, social e econômica do novo estágio de acumulação. Ela constitui o novo modelo de racionalização das empresas, determinando modificações na sua estrutura, nas políticas econômicas de expansão, nos processos de produção, organização e gestão do trabalho, com ênfase no controle do processo de trabalho e na criação de uma nova cultura pautada na competitividade do mercado globalizado (FREIRE, 2010, p.39).

Diante dessa realidade, os trabalhadores desenvolvem inúmeras estratégias para se "adequarem" às novas situações laborais (conformidade/passividade) ou reivindicarem melhorias (estratégias de resistências). O trabalho, nesse sistema socioeconômico, é submisso ao capital, aos interesses dos capitalistas e dos proprietários. Nele, a força de trabalho é dada como uma mercadoria porque se torna propriedade do capitalista. Nesse processo, o trabalhador torna-se alheio aos resultados de sua própria atividade, porque não detém, nem domina os meios de produção (FALEIROS, 2010).

Dessa forma, as transformações do mundo do trabalho devem ser submetidas a uma análise atenta, muito menos por suas novidades, mas, essencialmente, por sua funcionalidade em relação ao capital. Nesse entendimento, compreende-se que as mudanças impostas ao trabalho são resultantes do estágio atual de desenvolvimento das forças produtivas e das sujeições das relações sociais de produção.

Essas transformações se acirraram a partir da década de 1980, incluindo inovações tecnológicas – a automação com base na microeletrônica, a robótica e os mercados globalizados – emergindo, a partir de então, novos processos de trabalho, onde o cronômetro e a produção em série e de massa foram "substituídos" pela flexibilização da produção, pela especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade e novas formas de "adequação" dessa, à lógica de mercado (LOURENÇO *et al*, 2013).

Para Marx, o próprio trabalho passou a deformar o homem. Com a expansão da propriedade privada e da sociedade do trabalho, trabalhar deixou de fazer parte da natureza humana, porque, ao invés de proporcionar prazer ao homem, acarretou-lhe, somente, sofrimento e destruição.

Marx examinou o capitalismo e mostrou como as relações de desigualdade estrutural entre pessoas aparecem como relações entre coisas. O fetichismo da mercadoria

demonstra como a relação mercantil oculta a estruturação do poder, a presença das classes e sua organização/desigualdade estrutural seria uma mera troca de mercadorias.

Tornando-se o trabalhador "coisa", e entre as "coisas que o capitalista compra", percebe-se a ocorrência de um fato que se deve atentar para essa discussão – trabalho e saúde – que é a subsunção, formal e real, do trabalhador ao capital (LOURENÇO *et al,* 2010).

A relação capitalista de produção é uma relação coerciva porque visa extrair mais trabalho com o prolongamento da jornada de trabalho e por que surge de diversas funções econômicas. Logo, a submissão do trabalhador é um sofrimento facilmente percebido na relação capital-trabalho e que Marx fez sua classificação, tratando da subsunção formal e real (LOURENÇO *et al*, 2010). A subsunção formal é a prática da mais-valia absoluta, isto é, da exploração da força de trabalho via prolongamento da jornada de trabalho. A subsunção real caracteriza-se como a prática da mais-valia relativa, ou seja, da exploração da força de trabalho via intensificação da jornada de trabalho.

O método em Marx está baseado em dois princípios: a historicidade e a totalidade, que para o referido autor, esses traços ideoculturais vinculados pelo capital vão remeter a uma crise na historicidade, o qual vai significar uma perda da questão crítica de análise por parte da sociedade. Com a crise no padrão de dominação taylorista/fordista como manifestação da crise estrutural do capital, deu-se início à reestruturação produtiva, sob o advento do neoliberalismo, como política econômica social que iria sustentar esse novo padrão produtivo.

A influência do projeto da reestruturação produtiva não se limitou ao mundo do trabalho, que em razão do seu veio neoliberal passa a atacar incansavelmente o Estado, culpando-o pelas mazelas da exclusão capitalista. Assim, iniciou-se o que se visualiza atualmente: a redução do Estado em relação ao enfrentamento da questão social em defesa da esfera econômica e a emergência do mercado como redentor das mazelas sociais, acabando por particularizar a questão social e as políticas sociais (LOURENÇO, *et al*, 2010).

A forma de expansão do capital atualmente exige novas formas de interpretação sobre as atividades produtivas e improdutivas, sobre a produção e o conhecimento científico, sobre as formas de extração de mais-valia e os processos de subordinação do trabalhador ao capital.

O desenvolvimento do capital tem passado por profundas transformações, apresentando-se novas formas de produção de mercadorias, que surgem como uma superação das contradições geradas pelas formas anteriores. A mudança na divisão do trabalho esta presente na organização interna do processo produtivo das empresas. O capital reinventa novas formas de gerenciamento para racionalizar e potencializar o consumo produtivo da força de trabalho, assim tem-se a chamada reestruturação produtiva (FREIRE, 2010).

A reestruturação produtiva transforma o trabalhador especializado ou "adestrado" em trabalhador coletivo, entendido como aquele que é capaz de realizar a totalidade das operações no processo de trabalho. É o trabalhador que executa diferentes tarefas, tornando-se trabalhador flexível. Configurando-se, portanto, em um trabalho multifuncional e multifacetário.

Em todas essas transformações operadas pelo modo de produção capitalista na organização do processo de trabalho, o capital tem buscado enfrentar a classe trabalhadora, destruindo os obstáculos institucionais que regulamentam a contratação da força de trabalho, desmantelando os sindicatos, afastando o Estado, tirando deste o papel de mediador no conflito de classes.

Tais mudanças na atualidade resultam em profundas reformas intelectuais e morais a fim de formar uma outra cultura do trabalho, uma nova racionalidade política e ética em sintonia com a sociabilidade exigida pelo atual projeto do capital (FREIRE, 2010).

Os comportamentos individuais e coletivos, os valores políticos, sociais e éticos são padronizados em conformidade com as mudanças na esfera da produção e reprodução social. Busca-se o consentimento de classe para direcionar os processos políticos e, consequentemente, empreender as mudanças desejadas. O consenso emerge então como um instrumento fundamental para a ação dominante. Para a obtenção desse consenso, do "pensamento único", o neoliberalismo vem a ser o ideário econômico e político a ser utilizado.

Souza (2011, p.99) destaca que:

> Articulados os dispositivos organizacionais, que promovem a captura da disposição afetivo-intelectual do trabalho, destacam-se novos modelos de gestão na esfera produtiva, que através da premissa do controle de qualidade produzem ideologicamente a adequação e o consentimento do trabalho à nova cultura da reestruturação empresarial.

Essas estratégias se expressam nos programas de Gestão Participativa (Círculos de Controle da Qualidade e Programas de Controle da Qualidade Total) em que os trabalhadores, diretamente ou representados por delegação, são capacitados a interferir na gestão da empresa; são estimulados a tornarem-se líderes cujo objetivo é reduzir os conflitos fabris e o desinteresse dos operários pelo trabalho, inovando em termos de mais responsabilidades, mais participação e novos espaços para desenvolver a criatividade do trabalhador. Há nesses programas uma ênfase na individuação, na pessoa e nos valores de auto-renovação, de criatividade e de polivalência.

Outro fator que merece ênfase nesse processo de reestruturação do capital é a tendência à flexibilização das empresas, diferente da rigidez do processo produtivo no fordismo. Como bem cita Harvey (2010, p.140):

> A acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do Fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrão de consumo [...]. A acumulação flexível acarreta rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual tanto entre os setores como em regiões geográficas.

Tal estratégia permitiu uma remodelagem no mercado de trabalho. Muitas profissões deixaram de existir (no ramo artesanal) e outras surgiram (relacionadas mais diretamente as novas tecnologias). O setor de serviços cresceu rapidamente em relação aos setores primário e secundário, os prestadores de serviços (a maioria terceirizados) se multiplicaram. E mais, houve (e há) uma tendência da diminuição do emprego regular em favor de uma crescente onda de trabalho parcial, subcontratações, temporários, estagiários e terceirizados.

Com a acumulação flexível fica visível a constituição de dois grupos distintos de trabalhadores dentro das empresas: um grupo central, composto por trabalhadores, em geral, "qualificados", cujos salários relativamente mais altos e cujas tarefas são as consideradas "fim", ou seja, estratégicas para as empresas (HARVEY, 2010). E o outro grupo se compõe um segundo segmento composto pelos trabalhadores "periféricos". Trata-se de onde residem trabalhadores sem vínculo empregatício com a empresa e cujos salários são, em geral, baixos e sem garantias de emprego. Realizam as tarefas consideradas "não fim", ou seja, as que não são estratégicas para a empresa. Tal grupo é composto por terceirizados, subcontratados, temporários e estagiários.

Assim, as mudanças operadas ocorrem no plano da organização e da cultura no que diz respeito ao processo de trabalho e às novas formas de enquadramento disciplinar do trabalhador. A insegurança e a precariedade das condições de trabalho colocam para o trabalhador a opção de se submeter aos padrões organizacionais e à lógica do trabalho sob a ótica do capital. Deste modo, há um enfraquecimento do proletariado, no sentido desses trabalhadores não se reconhecerem enquanto integrantes de uma mesma classe explorada; além da ampliação das mudanças que alteram ideologicamente a liberdade de pensar e de agir do trabalhador, na medida em que se ampliam as relações fetichizadas de trabalho.

No Brasil, a reestruturação produtiva se dá principalmente na abertura de capitais, na privatização das empresas estatais, na terceirização, no elevado número de demissões e no

aumento exacerbado da produtividade. As medidas de ajustes econômicos e reformas institucionais adotadas materializam as mudanças na relação com o Estado, sociedade e mercado.

As inovações tecnológicas, a microeletrônica, a robótica e a automação presente na atual fase de reprodução do capital no plano internacional e nacional ampliam as doenças relativas ao trabalho, como as Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomoleculares (LER/DORT), em setores de produção individual ou de serviços, descortinando um dos frutos mais dramáticos do processo de acumulação flexível e afetando, consequentemente, as condições de trabalho e de existência desses trabalhadores em seu cotidiano nas diferentes esferas da vida social.

Diante desse cenário, essas transformações não refletem apenas nas relações de trabalho, mas provocam modificações drásticas na vida cotidiana do trabalhador, como: nos direitos, na educação, no lazer e na vida privada, acentuando, cada vez mais, a concentração do capital para um número bastante reduzido e a pobreza se ampliando gerando em larga escala as contradições sociais.

Sem dúvida, o trabalho precário e o desemprego estrutural associam-se à desestruturação das políticas sociais e mostram na atualidade uma realidade social dramática e perversa oriunda da histórica relação entre política social e processo de acumulação capitalista (FREIRE, 2010).

Cumpre ressaltar, que as estratégias das empresas impuseram aos trabalhadores um processo crescente de intensificação do trabalho. Com o avanço da reestruturação produtiva do capital, o combate e a crítica às políticas de reestruturação adotadas pelas empresas tenderam a dar lugar a um processo de adaptação e adequação do movimento sindical à nova ordem do capital. As estratégias de resistência da classe trabalhadora passaram a priorizar a negociação com as empresas, visando à defesa e à manutenção do emprego.

Apreende-se ainda que as estratégias de controle não se constituem pela necessidade de emancipação humana em que os produtores associados deteriam o controle da produção bem como de sua própria vida. Elas se referem ao domínio do capital sobre as relações de produção e reprodução social para manter a continuidade da lei geral da acumulação capitalista pela exploração e alienação do trabalho.

O capitalismo mesmo com sua reestruturação e de maneira mais ampla e precisa "[...] a lógica societal movida pelo sistema metabólico de controle de capital" (MÉSZÁROS, 2002, p. 64), não conseguiu eliminar as múltiplas formas e manifestações da alienação do trabalho, pelo contrário, as intensificou, na medida em que se minimizou a dimensão explicitamente

despótica, oriunda do modelo fordista, em benefício do envolvimento manipulatório do trabalhador ao processo produtivo a partir do toyotismo.

Devido a uma conjuntura de crise que o capitalismo enfrenta, a sua reestruturação é algo essencial para a sua vitalidade em que se busca uma forma de redução dos custos de produção, onde o meio em que se encontra é uma reestruturação da produção, relação com o capital industrial e financeiro, formação de grandes oligopólios globais na intenção de concentração e centralização do capital, tendo assim como um propósito de superação da crise e realização, a mais valia.

Para isso, alguns ajustes foram feitos, principalmente na regulação do mercado de trabalho e no processo de trabalho instrumentalizando-se na adoção de novas tecnologias, na flexibilização dos processos de trabalho e nas mudanças nos padrões de organização da produção e na gestão da força de trabalho, gerando assim uma redução drástica dos postos de trabalho (FREIRE, 2010).

Tal panorama confirma afirmação desta pesquisadora acerca da subordinação objetiva e subjetiva do trabalho ao capital a partir das estratégias de controle do processo produtivo, articulado ao controle da força de trabalho e até da vida do trabalhador fora do processo produtivo. Em outras palavras: na atual configuração do processo produtivo e reprodutivo do capital mantém-se a contradição que o constitui enquanto modo de produção – produção de riqueza e exploração/alienação do trabalho -, mas com as mudanças no processo produtivo e na formação da subjetividade que é sutilmente subordinada aos apelos do discurso do envolvimento e da cooperação, torna-se mais difícil perceber e desvendar essas mudanças sobre o trabalho no capitalismo contemporâneo.

1.3 O capitalismo contemporâneo e o processo de mundialização do capital

O capitalismo contemporâneo caracteriza-se pelo fato de que o capital adquire o seu alcance mais extraordinário, onde o mundo torna-se pequeno para suas movimentações financeiras e setor algum da vida humana passa despercebido pela sua busca incontrolável em valorizar-se. Nesse contexto o mundo da produção e da reprodução do capital tem-se remodelado e impregnado de uma lógica ofensiva.

Antes de mais nada, pondera-se , em conformidade com Iamamoto (2008), que esse processo de mundialização sob controle do capital financeiro une processos comumente

tratados separadamente, oriundos da arena econômica, política, cultural e social, respectivamente: reestruturação produtiva, "reforma" do Estado, defesa de concepções pós-modernas e a redução da Questão Social aos processos de exclusão e integração social e aos dilemas referentes à eficácia da gestão social.

Nesse sentido, um primeiro ponto a ser destacado é que entra em cena a chamada produção flexível que vem alterar o pacto fordista-keynesiano de pleno emprego e o modelo social democrata de políticas sociais. Essa flexibilidade foi difundida pelo modelo japonês, o toyotismo, fundado numa revolução tecnológica que leva a automação, a robótica e a microeletrônica para o universo fabril, não sem dramáticas consequências para a condição de vida e de trabalho do conjunto da sociedade (ANTUNES, 2008).

> [...] sob as novas condições de mercado colocadas pelo contexto dos anos de 1970, a produção em série e em larga escala, fundamentada em unidades produtivas altamente verticalizadas e concentradoras de grandes contingentes de trabalhadores especializados, em sua maioria semiqualificados, tornou-se uma "camisa de força" para o crescimento. [...] o sistema toyotista de organização tinha como fundamento uma metodologia de produção e de entrega mais rápidas e precisas que os demais, associada justamente à manutenção de uma empresa "enxuta" e "flexível". Isso era obtido pela focalização no produto principal, gerando desverticalização e subcontratação de empresas que passavam a desenvolver e a fornecer produtos e atividades, com utilização de uma força de trabalho polivalente – agregando em cada trabalhador atividades de execução, controle de qualidade, manutenção, limpeza, operação de vários equipamentos simultaneamente, dentre outras responsabilidades (PINTO, 2010, p. 37).

Verifica-se um novo regime de acumulação que tem como base o princípio da flexibilização do processo de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Essa flexibilização é uma característica inerente à produção capitalista que sempre buscou flexibilizar as condições da produção, principalmente as da força de trabalho, tornando-a complacente e submissa, portanto, controlável (ANTUNES, 2009).

De acordo com Pinto (2010), a acumulação flexível aliena o trabalhador de uma forma muito distinta da era fordista/taylorista, pois o trabalhador não está mais (aparentemente) subjugado ao cronômetro e a produtividade; agora ele tem a impressão não de que esteja produzindo, mas sim colaborando para o seu desenvolvimento pessoal e o da empresa. No lugar da produtividade estão às metas das promoções e gratificações, no lugar do relógio está o desafio pessoal, e a consequente culpabilização pelo fracasso.

A partir daí, profundas transformações ocorreram no mundo do trabalho, sobretudo a partir da década de 1980, sinalizando que a classe-que-vive-da-venda-da-força-de-trabalho

viveu – e ainda vive – uma crise aguda que atingiu a sua materialidade e a sua subjetividade (ANTUNES, 2014).

A força de trabalho vem sentindo as consequências dessas modificações de forma intensa, impondo limites na constituição de uma consciência de classe para si. Aponta-se para a constituição de um novo mundo do trabalho, caracterizado por: subcontratação, terceirização, desemprego estrutural, fragmentação de classe, debilitação do setor sindical e precarização do trabalho. Essas mudanças passaram a exigir uma nova postura do trabalhador, a qual se baseia na maior capacitação, visando a polivalência, criatividade e autonomia e sindicalismo de empresa (participação nos projetos empresariais). Para Antunes (2009, p.209):

> O mundo do trabalho viveu, como resultado das transformações e metamorfoses em curso nas últimas décadas, particularmente nos países capitalistas avançados, com repercussões significativas nos países de Terceiro Mundo dotados de uma industrialização intermediária, um processo múltiplo: de um lado verificou-se uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, nos países de capitalismo avançado. (...) Mas, paralelamente, efetivou-se uma significativa subproletarização do trabalho, decorrência das formas diversas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços etc, etc. Verificou-se, portanto, uma significativa heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho.

Desse modo, vê-se clara e vitoriosa tentativa de diminuição dos custos do trabalho que se configura como uma poderosa arma para garantir/recuperar a rentabilidade do capital que trata de pôr em prática numerosas estratégias para garantir essa diminuição, inclusive quando recompõe, intensivamente, o exército industrial de reserva ou superpopulação relativa, posta em condições de pauperização relativa ou absoluta, tendo em vista causar um ambiente de insegurança [...] para os trabalhadores e forçar a diminuição de seus custos de reprodução (BEHRING, 2003, p. 29).

Além disso, desde então, o capital se lança num movimento de deslocamento da produção, levando as unidades produtivas para novos espaços territoriais, no qual a exploração da força de trabalho tende a se intensificar. Tal descontração industrial aprofunda ainda mais o caráter desigual e combinado da dinâmica capitalista (NETTO; BRAZ, 2008).

Essas disparidades são aprofundadas diante da certa autonomia que as operações financeiras, com base na especulação, passam a ter em relação à esfera produtiva, ganhando proporções tamanhas ao ponto de criar um espaço financeiro mundial, sob o domínio dos

Estados Unidos, mediante a abertura externa e interna dos estados nacionais, submetidos a um endividamento cada vez mais crescente tendo nos juros a sua maior alavanca.

Nesse sentido, Behring (2003) aponta que é o neoliberalismo[7] que intensifica esse processo de mundialização do capital, portanto fazendo parte dele, ao promover um afastamento dos obstáculos à circulação do fluxo de mercadorias e dinheiro, por meio da contrarreforma do Estado.

A relação entre Estado e sociedade civil passa, portanto, por um processo de modificação. As noções básicas dessa "nova relação" são desenhadas a partir dos parâmetros estabelecidos pelos organismos internacionais tendo como marco o Consenso de Washington, em 1989, o qual recomenda uma ampla reforma do Estado.

Essa contrarreforma leva diminuição e divisão com a sociedade civil do seu papel perante as políticas sociais, sob a alegação neoliberal da existência de uma crise fiscal do Estado. Assim, Iamamoto (2008) afirma que se preconiza a redução do Estado em um sentido único: incide sobre a prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos e, em contrapartida, tem-se o alargamento da proteção do Estado para os grandes oligopólios.

Essa reforma de base neoliberal em solos brasileiros ganha traços peculiares uma vez que "não há aqui um Welfare State a destruir" (NETTO, 2008, p.54), mas por outro lado encontra um espaço favorável, mediante a tradicional eficácia da classe dominante brasileira em bloquear a esfera pública das ações sociais e da opinião privilegiando interesses particulares de grupos poderosos (BEHRING, 2003).

Nessa perspectiva, Iamamoto (2008) e Behring (2003) comungam da clareza de que o fundo público brasileiro vem sendo cada vez mais canalizado para os interesses privados, ou seja, para sustentação dos grandes capitais, por meio da dívida pública, alimentando o mercado financeiro; assim, constitui-se uma poderosa arma para a reprodução do sistema.

O direcionamento/alocação do fundo público brasileiro assumido pelos governos desde os anos 1990 vem afirmando um processo cada vez mais persistente de crescente estagnação e perda de financiamento da Seguridade Social (BEHRING, 2008).

---

[7] Ao realizar o "balanço do neoliberalismo", Anderson (1995) coloca que este surgiu após a Segunda Guerra Mundial, como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem-estar social – Welfare State (BEHRING et al, 2008). Anderson (1995) apresenta as mais cruas soluções apontadas por essa ideologia à crise excessiva pela qual passava o Capitalismo em 1970. Segundo o autor, para os neoliberais, a causa da crise era o poder dos movimentos operários e dos sindicatos e o aumento dos gastos sociais do Estado. Em linhas gerais, coloca que "o remédio" oferecido pelo neoliberalismo era um Estado forte na sua capacidade de romper com o movimento sindical e no controle orçamentário e fraco para com os gastos sociais.

Em linhas gerais, concordando com Boschetti *et al* (2008), que diante do poder nefasto das políticas neoliberais e dos ajustes fiscais, que claramente priorizam o fator econômico em detrimento do social, tem uma Seguridade Social fragilizada, uma vez que: é fragmentada, com ministérios e secretarias que disputam poder e recurso; fragilizada em seus mecanismos de participação/controle social e suas políticas de assistência, saúde e previdência desarticuladas.

No universo das políticas sociais há claramente nas ações dos últimos governos, como resposta às exigências de adequação à lógica financeira, o abandono do princípio da igualdade de condições, apenas defendendo a igualdade de oportunidades; a renúncia ao potencial das políticas sociais de reduzirem as desigualdades sociais, no sentido de que estão restritas à função de combate à pobreza, e consequentemente, abrindo espaço para o controle do mercado – de um lado com as privatizações e de outro com o sucateamento das políticas – e o esvaziamento de seu potencial universalizante e equânime, diante das insistentes tentativas – vale dizer – vitoriosas, de minimização e focalização das mesmas (BOSCHETTI *et al*, 2008).

Nesse sentido, a Questão Social, que tem nas políticas sociais a sua resposta, está sendo reduzida aos processos de "exclusão" e de integração social, o que mostra que seu enfrentamento vem sendo funcional ao sistema, como sempre foi. A raiz do seu novo perfil encontra-se inscrita nas políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do capital produtivo, mas não se trata de uma "nova questão social", uma vez que está "[...] elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração" (NETTO, 2008, p. 45).

Porém, para além de ser apenas expressões da pobreza, miséria e "exclusão" esse novo perfil leva a todas as esferas da vida social um caráter cada vez mais nefasto que revela uma verdadeira banalização da vida humana, a subordinação da sociabilidade humana às coisas, à descartabilidade e indiferença perante o outro, a radicalidade da alienação e invisibilidade do trabalho social e dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2008).

Comungando desse ponto de vista (MÉSZÁROS, 2002) revela em relação à cultura que o traço mais notável dessa esfera é que a mesma incorpora as características típicas da mercadoria se afirmando como uma cultura do consumo. Segundo esse autor o caráter imediatista da vida social ganha status de realidade ao passo que se propaga a desqualificação da distinção entre aparência e essência proposta pelo paradigma da Modernidade. Essa desqualificação é encabeçada pelo movimento pós-moderno, e por isso mesmo é funcional à atual lógica do capital.

Por outro lado, Santos (2008) destaca acerca desse movimento que embora tenha se consolidado ao eleger questões ligadas à diversidade e à política de identidade não se deve aprisioná-las ao pensamento pós-moderno, pois considera importante tratá-las sob a perspectiva da totalidade.

Tratá-las, portanto, em uma perspectiva de totalidade supõe reconhecer que na sociabilidade do capital a diversidade humana não é garantida uma vez que o que impera é a violação de direitos, sobressaindo à reprodução de formas de opressão que afetam a vida cotidiana dos trabalhadores.

O que se percebe diante de toda discussão até então realizada, é que hoje a mundialização do capital e suas consequências econômicas, políticas, sociais e culturais determinam o modo como às políticas sociais vêm sendo desenvolvidas, dando margens para se pensar tais políticas no contexto de correlação de forças estabelecidas cotidianamente.

1.4 Sistema de Proteção Social aos trabalhadores e sua relação com o trabalho contemporâneo

A proteção social pode ser interpretada pela posição adotada por diferentes países e sociedades com relação aos seguintes aspectos: a quem e como oferecer a proteção, e quais os limites que lhe são conferidos. Esses parâmetros revelam os mecanismos de discriminação, redistribuição e organização do exercício da proteção social. Refere-se, portanto a um conceito amplo que, desde meados do século XX engloba a seguridade social (TEIXEIRA, 2013).

Seguridade Social compreende um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. Diz respeito às regulamentações legais que garantem ao cidadão à seguridade social como direito. E as políticas sociais se constituem em políticas públicas que visam a concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, benefícios e recursos, que devem implementar a política de proteção social no país (SILVA, 2012).

Conforme Teixeira (2013, p.27):

> Os sistemas de proteção social são as formas mais ou menos institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros. Dentre as problemáticas atendidas por esses sistemas de proteção social, destacam-se aquelas provocadas por vicissitudes de caráter natural ou social, tais como: a velhice desamparada, a doença, o infortúnio e as privações ou carências dos membros mais pobres. Podem-se incluir, nesse sistema, as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais, culturais, incluindo também os apoios, os cuidados especiais, dentre outros.

Dessa maneira, os sistemas de proteção social são formados com base no compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência pela sociedade, mercado e Estado, em diferentes momentos históricos, conformando, portanto, a própria história da proteção social, que está relacionada com a evolução dos riscos sociais. Porém, é nesse momento histórico que emergem situações em que os riscos individuais ou sociais perdem o caráter de risco e assumem caráter permanente, pois é característica dessa nova fase do capitalismo (desenvolvimento econômico-financeiro) o aparecimento, por exemplo, do fenômeno do desemprego permanente, de riscos ambientais globais e do surgimento de novas doenças.

Lessa (2007, p. 81) afirma que "[...] é a capacidade essencial de, pelo trabalho, os homens construírem um ambiente e uma história cada vez mais determinada pelos atos humanos e cada vez menos determinadas pelas leis naturais, que constitui o fundamento ontológico da gênese do ser social". Ou seja, o trabalho permitiu ao longo da história que os homens se tornassem seres sociais que desenvolvessem a si mesmos e a sociedade em que vivem, construindo historicamente sociedades diferentes, com modos de produção diferentes.

Essas reflexões se referem ao modo de produção capitalista, que têm como base de produção da riqueza material a exploração do trabalho de uma classe por outra, e que historicamente rege a acumulação de capital sustentado na precarização das relações de trabalho, desde sua consolidação com a Revolução Industrial até os dias de hoje com a crise estrutural iniciada nos países centrais na década de 1970.

As determinações sociais do processo saúde-trabalho se dão articulados à forma como a sua intensificação, precarização e flexibilização na atualidade desgastam a Saúde do Trabalhador, não revelando todas as formas desse desgaste como produto do seu trabalho.

Nesse contexto, os diversos agravos à saúde que acometem os trabalhadores se desenvolvem com várias facetas. O adoecimento profissional e o direito social são tratados de

forma individualizada e sua relação com as novas formas do trabalho não são consideradas largamente, mesmo oriundas de um contexto macroestrutural, pois este estabelece limites de possibilidades, diante da complexidade do mundo produtivo.

> O capitalismo, na sua fase de financeirização, traz consequências destrutivas para o trabalho, evidenciadas nas diferentes e crescentes formas de precarização e precariedade do trabalho. A primeira noção, a precarização, refere-se, fundamentalmente, à perda de direitos, que é fruto da histórica luta de classes e da correlação de forças nela presentes; já a segunda noção, a precariedade, está associada às atuais características do trabalho vivo e à força de trabalho como mercadoria, que atinge as diversas dimensões da vida social (MENDES e WÜNSCH, 2011, p.166).

Sendo assim, os trabalhadores se deparam com os direitos identificados por doenças já consolidadas como relacionadas ao trabalho ou por consequência de acidente de trabalho e deixam de fora o novo metabolismo social do trabalho que implica em diversos efeitos demandados aos agravos à Saúde do Trabalhador.

Além disso, as tentativas das empresas em adequar o trabalhador ao desenvolvimento da produção e mascarar os índices de acidentes de trabalho e suas doenças relacionadas, mantendo-os mais baixos para o cumprimento das metas administrativas e exigências da política de saúde do trabalhador, são expressões das ofensivas que o capital vem estabelecendo para ocultar as novas formas de exploração do trabalho.

Nesse sentido, as determinações sociais da saúde no âmbito da reprodução do trabalhador, da instabilidade do emprego, das formas e relações de trabalho, da insegurança na manutenção do direito e das exigências postas aos trabalhadores, não são consideradas em sua totalidade. Merece registrar que o trabalho, tem um papel fundamental na gênese da saúde e reprodução do trabalhador, considerando que, nessa conjuntura, a sociedade contemporânea se funda na relação de exploração que compõe o sistema sóciometabólico do capital, cujas consequências rebatem na política de proteção social, nas quais estão incluídas as políticas de saúde, previdência e assistência social, compondo estas o tripé da Seguridade Social brasileira.

As políticas sociais brasileira assumiram características, após o golpe de 1964, como: expansão seletiva de alguns programas sociais, o favorecimento ao setor privado, principalmente nas Áreas de Saúde, Previdência, Habitação e Educação, a centralização político administrativa e a supressão dos mecanismos de participação dos trabalhadores e dos beneficiários no controle dos sistemas até então existentes (MOTA, 1995).

Tais características expressam a particularidade da política social, no Brasil, no período que se estende de 1964 até os finais da década de 1970. A rigor, sem inverter a tradição brasileira de o Estado privilegiar a expansão do capital, em detrimento da reprodução da força de trabalho, o que ocorreu de singular, naquele período, foi à necessidade de os governos militares oferecerem uma imagem social do Estado que lhes conferisse legitimidade e confiança por parte da população (MOTA, 1995).

Inversamente ao que se verificou nos países em que o Welfare State teve um desenvolvimento mais pleno, o conceito de seguridade social, no Brasil, avançou e se ampliou com a Constituição Federal de 1988 (MENDES; WÜNSCH, 2011). Nos anos 1980, por meio da organização dos trabalhadores, novas mudanças são engendradas no âmbito das políticas de proteção social, transformações essas que vieram, inclusive, a ser institucionalizadas, nessa década, com a Constituição de 1988. Sem dúvida, o maior avanço dessa Constituição foi à adoção do conceito de seguridade social englobando as áreas da Saúde, da Previdência e da Assistência Social (MOTA, 1995).

No art. 194 da supracitada Constituição, a seguridade social é entendida como "[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, p. 136). A incorporação, pela primeira vez, de um conceito peculiar à proteção social como o de seguridade social a um texto constitucional respondeu, à época, às expectativas da sociedade organizada de ampliação dos direitos sociais associados à cidadania. De acordo com Mendes e Wünsch (2011, p.170) "A concepção de proteção social surgiu a partir do modelo de seguro social e evoluiu para o conceito de seguridade social, constituindo-se num campo jurídico formal, assegurando os diretos a ela relacionados".

Nos artigos que se seguem até o de número 204, a Constituição brasileira trata de determinar como o tripé da seguridade deverá ser estabelecido. O estatuto legal rompeu com a lógica fragmentada e buscou através da seguridade social dar sentido amplo a área social, enfatizando a responsabilidade do Estado brasileiro frente a essas políticas (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Em contrapartida, a expressão seguridade social na Carta Magna não garantiu a efetivação concreta de um sistema de segurança social. Sua realização pressupunha uma base expandida de financiamento, composta de impostos pagos de forma direita ou indireta por toda a sociedade, ou seja, de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios e, de contribuições específicas. Além dessa inovação, há que se ressaltar a redefinição de alguns princípios, pelos quais foram estabelecidas novas

regras relativas a fontes de custeio, organização administrativa, mecanismos de participação dos usuários no sistema e melhoria e universalização dos benefícios e serviços (MOTA, 1995).

Contudo, se do ponto de vista das regras estabelecidas, as mudanças elencadas na Constituição de 1988 equipararam o Brasil aos sistemas securitários das sociedades desenvolvidas, o mesmo não se pode afirmar quanto às condições históricas e objetivas para implementá-las. É sobre esse aspecto que o processo de construção de uma cultura de crise opera refrações significativas nos rumos da seguridade social, permitindo, assim, observar também as contradições que permeiam a estreita vinculação entre a definição de direitos sociais e a garantia de mecanismos de proteção social (MOTA, 1995).

> Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa (MOTA, 2007, p.1).

Embora se observe nessa Constituição uma fundamental ampliação da seguridade, com a universalização dos Serviços Sociais públicos e uma maior participação dos usuários na gestão do sistema, destaca-se que a expansão, a caminho de uma provável universalização deve criar as condições para a inclusão de trabalhadores anteriormente excluídos do sistema de proteção social, além dos situados no chamado setor informal (MOTA, 1995).

> Pode-se perceber que embora predominem, nas sociedades capitalistas ocidentais contemporâneas, os sistemas públicos de proteção social assentados sobre critérios políticos de alocação de recursos, estes sempre conviveram com outros sistemas de presença mais ou menos marcante, mantendo também níveis diversos de interação com os sistemas mercantis ou não-mercantis que compõem o setor privado e que atuam nas fronteiras dos sistemas oficiais, de modo subsidiário e complementar ou ainda de modo coordenado, com diferentes graus de interação e compatibilidade com as funções estatais de proteção social (TEIXEIRA, 2013, p.268).

As formas e relações contemporâneas do trabalho trazem exigências e consequências à classe trabalhadora concomitante com o aumento das expressões da questão social e se articulam às respostas do capital para dar enfrentamento às suas diversas crises. Para Tonet; Lessa (2012) é da natureza do capitalismo sofrer crises periódicas, cujas raízes estão nos

problemas originários do processo de acumulação do capital. Essas crises se estabelecem na relação dos homens com o processo da produção da riqueza material que, também, se espraia para as outras dimensões da realidade social.

Conforme assinala Teixeira (2013, p.29), "[...] a crise e reestruturação produtiva e político-ideológica do capitalismo, iniciada na década de 1970, alterou a correlação de forças, sendo favorável às correntes conservadoras neoliberais que defendem a retomada do mercado como mecanismo regulatório e maximizador do bem-estar social".

A crise atual, assim como as anteriores, é uma crise global que, com a mundialização do capital, não pode mais ser deslocada dos países centrais para os países periféricos. Em função disso, essa crise atinge, na atualidade, as estruturas mais profundas da sociabilidade capitalista.

Nesse cenário, o trabalho passa a ser reconfigurado em relação aos seus processos organizatórios que foram predominantes do pós-guerra até os anos de 1970. As mudanças intensificaram-se com as novas tecnologias nos países industrializados (ALVES, 2010) e as relações de trabalho vêm se desenvolvendo numa conjuntura direcionada às exigências da lógica produtiva que vem se consolidando desde essa época.

Essas transformações são oriundas da diversidade e complexidade que o trabalho vem desenvolvendo nas últimas décadas e coexistem no entrelaçamento de velhas e novas tecnologias, novos modelos de gestão e pluralidade nas relações de trabalho. A intensificação do desemprego e do trabalho precarizado, como os terceirizados e temporários, evidencia uma superexploração da força psicofísica do trabalhador. Em função desses processos, a sua subjetividade está subsumida às exigências da lógica produtiva, impedindo que outras formas de sociabilidade sejam constituídas.

Para Alves (2011), as principais características da nova morfologia social do trabalho apresentam-se sob a égide do capitalismo global e da precarização do trabalhador. Essas são materializadas na captura da sua subjetividade, na quebra dos coletivos de trabalho e diminuição do trabalho vivo.

Esse processo de captura da subjetividade do trabalhador se dá "[...] como uma operação de produção de consentimento ou unidade orgânica e ação que não se desenvolve de modo perene, sem resistências e lutas cotidianas" (ALVES, 2011, p.42). "É a constituição de um novo nexo psicofísico capaz de moldar e direcionar ação e pensamento de operários e empregados em conformidade com a racionalização da produção" (IDEM, 2011. p.111). Ele se situa no corolário das relações sociais em que o trabalhador está inserido com a exigência

de incorporar a lógica da empresa e dos serviços, como o "vestir a camisa", o "colaborador", o "parceiro", aquele que "é" o emprego.

> A fragmentação do trabalhador e de sua classe social é compreendida como resultante da combinação de processos sociais em curso, que se fazem acompanhar das formas fetichizadas em que o capital se apresenta. Essas formas cumprem funções ideológicas e políticas que **destituem o trabalhador de sua condição de produtor da riqueza socialmente produzida**, fazendo-o passar para a condição de "colaborador" da riqueza individualmente apropriada (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.168) (Grifos da Autora).

No campo da aparência há uma destituição do trabalhador enquanto produtor da riqueza socialmente produzida, mas em essência permanece sendo a classe trabalhadora que continua produzindo a riqueza. Do ponto de vista concreto nenhuma reestruturação produtiva, nenhuma alteração nos modos de viver e de ser da classe trabalhadora, nenhum processo de centralização da produção irão destituir o trabalhador da condição de produtor da riqueza socialmente produzida, uma vez que só o trabalho que gera valor.

Na conjuntura atual, pode-se identificar a emergência de uma classe trabalhadora com novas características, mais desindustrializada, incrementada no setor de serviços, com aumento da informalização e precarização e responsável pelos riscos e benefícios da produção.

Para Antunes (2005), na contemporaneidade, a classe-que-vive-do-trabalho, incorpora todos os trabalhadores que vendem a sua força de trabalho em troca de salário, nas diversas modalidades emergentes, como os trabalhadores terceirizados, temporários, precarizados, fabris e de serviços. Envolve também o proletariado rural e os desempregados; estes últimos, submetidos ao desemprego estrutural que contempla o cenário na atualidade.

Esse conjunto de transformações segue as diretrizes que vêm sendo pautadas para o enfrentamento da crise mundial. Força os Estados a se posicionarem a favor do capital e do mercado em detrimento da classe trabalhadora e, assim, favorece a apreensão dos seus ditames colocados como doutrinas ideológicas a todos os países. A expressão do capital monopolista para esse cenário se apresenta nos "consensos" e "ideologias" dos organismos econômicos multilaterais, a exemplo do Banco Mundial que traça diretrizes cujo arcabouço atinge todas as áreas da sociabilidade dos Estados em nome da manutenção e viabilidade do modo de produção capitalista e do enfrentamento de sua mais recente crise.

O padrão de regulação das relações de trabalho que vinha sendo desenhado desde os anos 1930 começa a passar por um processo de reformulação no qual o Estado legitima processos de flexibilização das relações de trabalho, com destaque aos ajustes na legislação trabalhista sob o discurso da necessidade de modernização da legislação do país para que este se equiparasse à competição mundial (ANTUNES, 2009).

O trabalho precário não é novidade na história do capitalismo, e no Brasil considera ser uma das principais marcas de seu desenvolvimento. Porém, está se tratando de uma conjuntura histórica que já havia experimentado a regulação social das relações de trabalho e que com esse processo de flexibilização dos direitos justificado pela necessidade de modernizar o país, a precarização é intensificada e legitimada para ampliar a liberdade dos capitalistas em usar, contratar e remunerar a força de trabalho (ANTUNES, 2009).

Desse modo, além de se intensificar as relações precárias já existentes, são introduzidas novas formas de precarização. Dentre os variados aspectos flexibilizados e precarizados, considera-se pertinente enfatizar três deles: os contratos de trabalho, as jornadas de trabalho e as remunerações.

No tocante aos contratos, percebe-se que atualmente existem variadas modalidades de contratação, sustentadas no discurso da flexibilização como algo positivo, mas, fundadas na ausência de proteção social e trabalhista. A título de exemplo, cita-se: o contrato por tempo parcial, o contrato temporário, as terceirizações, as cooperativas, o trabalho em domicílio, os estágios, o contrato por safra, por empreitada, as atividades de consultorias, o contrato de experiência, o contrato aprendizagem, o trabalho voluntário, entre outros (KREIN, 2009).

Além dos exemplos mencionados, vale lembrar daqueles trabalhos chamados informais, que nem sequer uma formalização do vínculo existe. Nesses casos a precarização é percebida: na ausência de vínculo, na não estipulação de uma remuneração, na indefinição da jornada de trabalho, na baixa remuneração, entre outros.

Concernente à flexibilização da jornada de trabalho, é vivenciada tanto pelos trabalhadores que estabelecem uma relação de trabalho formal quanto pelos que estão submetidos às relações informais de trabalho. Com base na leitura de Krein (2009), destacam-se que as principais estratégias para flexibilizar as jornadas de trabalho: o banco de horas, o trabalho aos domingos, a extensão da jornada de trabalho para o tempo social do trabalhador (entendido como aquele tempo em que o mesmo deveria decidir como usá-lo), a necessidade de acumular vínculos dada à baixa remuneração; a flexibilização do tempo de trabalho pela flexibilização do contrato de trabalho, como nos trabalhos parciais (com uma respectiva

jornada e salários parciais), temporários e terceirizados e a inexistência de uma estipulação da jornada de trabalho (em especial os trabalhos informais).

Os padrões de remuneração da força de trabalho dos trabalhadores brasileiros também sofreram alterações de caráter flexibilizador. Reconhece-se que esse aspecto seja o ponto de maior conflito entre os trabalhadores e os empregadores, pois as condições de reprodução da classe trabalhadora são condicionadas por sua remuneração, que praticamente organiza sua vida.

Diante das novas determinações político-econômicas e sociais, o poder de terminação das condições de trabalho por parte dos empregadores é ampliado frente às políticas de reajuste salarial, com destaque para "[...] o fim da política salarial (desindexação dos salários) e a introdução da 'livre negociação', acompanhada da regulamentação do programa de Participação nos Lucros e/ou Resultados (PLR)" (KREIN, 2009, p.53). Dentre as tendências de flexibilização do padrão de remuneração da força de trabalho no Brasil, evidenciam-se: o salário indireto, a participação dos trabalhadores nos lucros/ou resultados (PLR), a remuneração por comissionamento e as formas de flexibilização condizentes com os contratos flexibilizados.

No Brasil, de forma mais significativa, o conjunto de medidas para delimitação da intervenção do Estado nessa direção foi delineado em sua reforma nos anos de 1990[8], mais precisamente em 1995, denominada de Reforma da Gestão Pública ou Reforma Gerencial do Estado, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), cujas diretrizes se apresentavam em defesa do capital e de sua nova política a partir da reestruturação produtiva e, assim, novas relações entre o Estado, à sociedade e o mercado foram introduzidas.

O marco dessa Reforma identificada com o ideário neoliberal levou ao solapamento dos direitos trabalhistas e previdenciários, os quais sofreram fortes modificações sob argumentos de déficit fiscal, negatividade na competitividade das empresas, baixo desempenho da economia e do mercado de trabalho. Concomitante, o crescimento da

[8] A reforma do Estado envolve quatro problemas que, embora interdependentes, podem ser distinguidos: (a) um problema econômico-político – a delimitação do tamanho do Estado; (b) um outro também econômico-político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) um econômico-administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomas pelo governo; e d) um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar. Na delimitação do tamanho do Estado estão envolvidas as ideias de privatização, publicização e terceirização. A questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado. No aumento da governança temos um aspecto financeiro: a superação da crise fiscal; um estratégico: a redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social; e um administrativo; a superação da forma burocrática de administrar o Estado. No aumento da governabilidade estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade, e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses (PEREIRA, 1997, p.7).

Seguridade Social com acesso dos trabalhadores a direitos trabalhistas, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), direitos nas rescisões, restrições às demissões e ao trabalho temporário, construídos e consolidados na Constituição de 1988, passam a ser identificados pelo mercado como prejudiciais às empresas e ao próprio trabalhador (SILVA, 2012).

Esse processo anunciou a gradual desconstrução do sistema de proteção social no Brasil e tornou-se recorrente no cenário político brasileiro, através de modificações da legislação por emendas e medidas provisórias governamentais - a exemplo da Reforma Previdenciária de 1998 - e flexibilização na legislação trabalhista consolidando formas de estratégias do capital e do Estado no enfrentamento da crise.

Vale registrar que outra Reforma da Previdência ainda a luz do preceito neoliberal ocorreria, surpreendentemente, em 2003 no primeiro ano do governo Lula (2003-2006), do Partido dos Trabalhadores. E no segundo governo de Dilma Rousseff, iniciado em 2015 se prenuncia uma nova Reforma Previdenciária de modo a atender aos interesses do mercado em detrimento dos interesses da classe trabalhadora.

Em função desse cenário, o sistema de Seguridade Social no Brasil vem sofrendo uma ampla inflexão dos seus princípios em função dos rebatimentos da reestruturação do capitalismo mundial para auferir as consequências da crise estrutural vivenciada desde a década de 1970 no mundo. No caso do Brasil, tardiamente, essa crise foi paulatinamente acontecendo a partir dos anos 1990, em pleno período da recém-promulgação da Constituição Brasileira de 1988 que institui a ampliação do sistema de proteção social. De modo que, ancorado nesse contexto, opera-se um novo modelo que articula as políticas sociais nos âmbitos da mercantilização e da assistencialização.

Com o deslocamento do fundo público para o pagamento das dívidas externas e internas e para as exigências do capitalismo internacional, a predominância das políticas sociais é destinada às necessidades básicas dos trabalhadores que estão em situação de vulnerabilidade social, assim considerados os que se encontram em situação de pobreza e desemprego (IANNI, 2010).

A tendência mundial e atual do Estado em centralizar as ações na assistência social e nos processos seletivos articula-se a uma mediação para ocultar as contradições do sistema capitalista, resultando no distanciamento das políticas sociais universais e, consequentemente, sem respostas a toda a classe trabalhadora. Sendo assim, o orçamento da Seguridade Social sofre constantes inflexões para outras ações do governo federal, o que significa menos investimentos nessas políticas.

No âmbito da Saúde do Trabalhador, a contradição identificada para a consolidação de sua inserção nos marcos regulatórios construídos na Constituição, expressa-se entre o que está preconizado na política e o que é vivenciado pela classe trabalhadora quando da necessidade de acesso aos direitos sociais nela contidos.

Para Gomez (2011), a área da Saúde do Trabalhador se estabeleceu nos marcos regulatórios e suas diretrizes no âmbito institucional do SUS. No entanto, carece de um diagnóstico de base sobre a situação de Saúde do Trabalhador para que possam ser viabilizadas ações condizentes com as suas reais necessidades. Certamente, dada à complexidade da atual conjuntura, qualquer análise dos agravos à saúde dos trabalhadores será parcial e incompleta (GOMEZ, 2011).

Contudo, os enfrentamentos para a consolidação da Política de Saúde do Trabalhador vêm se estabelecendo desde o seu marco inicial com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e obtendo importantes conquistas no seu desenvolvimento.

> A Constituição Federal de 1988 determinou a incorporação do campo de saúde do trabalhador no âmbito do direito universal à saúde e competência do SUS [...] Com o advento do SUS e sua regulamentação por meio da Lei n. 8.080/90, fica claramente definido em seu artigo 6° que a ele caberá atuar na saúde do trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde, atribuições estas que, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994, ficam politicamente mais bem demarcadas (LACAZ, 2010, p. 116-117).

Apesar de que, no plano de reconhecimento formal de direitos, os avanços tenham sido logrados, a implantação da Política de Saúde do Trabalhador não se deu na mesma direção. Tal assertiva se fundamenta nas inflexões que essa perspectiva de conquista social encontrou nos limites advindos das contradições orgânicas do sistema capitalista, cujos rebatimentos foram evidenciados na crise econômica mundial e na atuação do Estado frente as políticas sociais, incluindo a saúde, que rompe com uma proteção social ampla e universal que deveria ser assegurada.

> A dimensão política da saúde do trabalhador coloca em relevo antigas e atuais confrontações cotidianas que incidem sobre o processo de saúde e doença, perspectivas teóricas, modelos de atenção à saúde do trabalhador e mecanismos de reconhecimento de direitos sociais (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.168).

Contrapondo-se a essa condição, consolida-se o modelo reconfigurado por características neoliberais identificadas com as exigências do capitalismo mundial e que vem progressivamente destinando o fundo público para os interesses do atual estágio de acumulação do capital e não para a reprodução do trabalhador.

No segmento da Previdência Social, evidenciam-se as diretrizes que estão sendo pautadas nessa direção e na incorporação do seu modelo contratualista e securitário, existe uma tendência de dissociação entre a necessidade do direito por ocasião do afastamento do trabalho e a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador em termos de responder às reais necessidades dos trabalhadores (SILVA, 2012).

O trabalhador assalariado formal, apesar de inserido no arcabouço de direitos quando da sua diminuição da força de trabalho, participa de uma conjuntura de determinações que se move nas contradições da organização do processo produtivo e do enfrentamento das crises estruturais do capitalismo. São direitos sociais derivados e dependentes do trabalho e, portanto, articulados à forma de organização desse processo, o que, no cenário atual do trabalho, vem sendo desmontado paulatinamente em contraposição à lógica da proteção social universal, minimizando a cobertura do direito e fazendo apologia às políticas focalizadas de combate à pobreza extrema, oriundas do processo de intensificação da acumulação do capital, que pode direcionar o trabalhador com menor força de trabalho para a política de assistência social (VASCONCELLOS *et al*, 2011).

O distanciamento da política de emprego e mais trabalhadores sem acesso aos direitos sociais no atual panorama do trabalho, que demanda precarização das suas relações e consolidação do desemprego estrutural, se torna expressivo e complexo, com fortes impactos para as políticas de proteção social, e, consequentemente, desestruturação dessas políticas e menor acesso do trabalhador a sua cobertura.

Na atualidade, os desafios para os enfrentamentos das tensões na afirmação da Política de Saúde do Trabalhador, perpassa a compreensão da reconfiguração posta ao trabalho e suas exigências à classe trabalhadora quando da exposição dos trabalhadores às diversas cargas de trabalho psicofísicas aliadas à conjuntura contemporânea de vulnerabilidade e instabilidade do emprego e que tem se mostrado uma constante para a perda da condição objetiva da reprodução do trabalhador (OLIVAR, 2010).

Além disso, como assinala Faleiros (2010), a precarização imposta ao trabalho mascara as formas de desgaste do trabalhador, quando, no cenário contemporâneo, a política de proteção social para a sua saúde não reconhece toda a classe trabalhadora e é direcionado àqueles que têm acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários na formalidade e, mesmo

assim para esse segmento, não há políticas universais que possam atender a todas as formas de desgaste e de agravos, nem de reconhecê-los como produto do seu trabalho.

As mudanças no mundo do trabalho transformam também a vida do trabalhador, sua forma de adoecer e de se inserir no trabalho com novas exigências e maior intensificação, resultando em fatores de risco socialmente produzidos e aviltados para a classe trabalhadora. A necessidade de fortalecer o campo político da Saúde do Trabalhador, na compreensão dos conflitos entre o capital e o trabalho, é indispensável para os enfrentamentos das ofensivas postas à classe trabalhadora. No que pese também que ao Estado cabe dar respostas aos agravos decorrentes do modelo de produção ao mesmo tempo em que estimula as relações de precarização do trabalho.

> A efetivação de direitos sociais para os trabalhadores requer a presença efetiva do Estado, com vistas a coibir a destruidora força do capital sobre a saúde do trabalhador. Ao mesmo tempo, ele precisa garantir e criar mecanismos que possam barrar a perda de outros direitos, que emergem da negação do primeiro direito – a saúde (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.174).

As relações de trabalho precárias não são de modo algum novidade trazida pela crise estrutural do capital. Desde a gênese da relação capital x trabalho, a precariedade do trabalho é colocado em condição de exploração e submissão aos interesses e ditames do capital.

De fato a luta de classes e a força política dos trabalhadores, ao longo da história engendraram mecanismos legitimados de proteção aos trabalhadores, que passaram a ter funcionalidade ao capital. Com a crise estrutural a partir do final de década de 1970, a reação do capital logo tratou de desmontar a legislação trabalhista em nível mundial.

É nesse sentido que a reestruturação produtiva imbricada ao neoliberalismo se faz necessário, comportando um conjunto de reações contra o trabalho, que veio a aumentar ainda mais a precarização histórica das relações de trabalho por meio da flexibilização dos direitos trabalhistas e sociais e dos processos de produção e gestão do trabalho que não colocam em exceção as classes trabalhadoras de nenhum canto do mundo (FREIRE, 2010). Assim, consideramos a luta da classe trabalhadora como imperativa nesse processo.

Analisa-se, ainda, que no contexto dessa reflexão, o não atendimento das necessidades reais da classe trabalhadora, do ponto de vista da Seguridade Social, vem sendo tensionado pela desarticulação dessas políticas, pelo pragmatismo das respostas às expressões da questão social e pela fragilidade da organização das resistências no âmbito das relações saúde-trabalho, o que exige enfrentamentos das contradições que se espraiam para todas as esferas

da sociabilidade humana, atingindo o corolário das relações sociais que se movem nas esferas políticas, administrativas, econômicas, de trabalho e nas políticas sociais (MARCONSIN; SANTOS, 2010).

As medidas de proteção social, como uma política social do Estado, dão-se sob determinadas condições históricas, adquirindo perfis diferenciados em cada país, dependendo da trajetória econômica e política que particulariza o desenvolvimento do capitalismo e as lutas dos trabalhadores em cada realidade nacional (MOTA, 1995).

Na atual conjuntura de transformações societárias e mudanças no papel do Estado, as necessidades sociais decorrentes das relações de produção e do mercado tendem a desestabilizar ainda mais os padrões de proteção social, conduzindo a saídas e a respostas cada vez mais individualizadas, orientadas pela lógica concorrencial do capital. Analisar a saúde do trabalhador na contemporaneidade exige que se leve em consideração as relações sociais que se apresentam conflitivas, contraditórias e antagônicas, e que forçam cada vez mais o trabalhador a vender sua força de trabalho, vista no sistema vigente como mercadoria.

No atual estágio do sistema capitalista de produção há uma tendência à retomada de um sistema de proteção social baseado em valores morais, assentado no voluntariado, na caridade, desvinculado da noção de direito, fundamentado no compromisso da sociedade civil com os infortúnios individuais e calcado no assistencialismo.

Todavia é pertinente salientar que, empiricamente, verificamos cada vez mais na atualidade o fortalecimento e defesa de um sistema de proteção social privatista (previdência privada, seguros privados de saúde, fim do SUS, etc.) com predominância do ideário de venda/consumo no mercado.

Para aqueles que mantêm ainda o vínculo com o trabalho formal, o seguro social se apresenta como a forma de se dar conta das demandas sociais, com ênfase nas respostas de mercado. Para os demais, predominam a caridade e o assistencialismo. Todavia, uma nova modalidade de proteção social na contemporaneidade exige uma reestruturação da organização da sociedade que desmonte a lógica construída e contemple as refrações provenientes das transformações sociais que, persistentemente, vêm atingindo a forma de ser e de viver da classe trabalhadora (MENDES; WÜNSCH; 2011).

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À SAÚDE E DOENÇA NO TRABALHO

A Saúde do Trabalhador conforma-se como um campo da saúde pública cujo objeto se apresenta sob facetas variadas e sempre a exigir respostas que envolvem diferentes atores sociais e conflitos de interesse entre o capital e trabalho. Distante de compreender um saber estanque na estrutura social, a Saúde do Trabalhador, bem como a compreensão de seus determinantes, assim como sua história e a evolução de sua prática estão diretamente correlacionados ao desenvolvimento da economia e das relações político-sociais.

Nesse sentido, intenta-se refletir historicamente como vêm sendo tratadas as questões do binômio saúde-trabalho no Brasil, pautadas em interesses econômicos muitas vezes velados e atualmente regidos pela política neoliberal do Estado.

A matriz teórica adotada nesta discussão finca-se na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) a partir dos subsídios conceituais derivados do Modelo Operário Italiano, da Epidemiologia Social Latino-americana, da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Sanitária e mais recentemente da Vigilância em Saúde.

De acordo com DIAS (1994), a Saúde do Trabalhador se constitui num campo da Saúde Pública e/ou da Saúde Coletiva. Entende-se também que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes da chamada Vigilância em Saúde Pública.

Portanto, neste capítulo, procede-se uma breve retrospectiva histórica da constituição da atenção à Saúde do Trabalhador e sua instituição no Sistema Único de Saúde (SUS), atrelada ao estabelecimento da proposta da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) que, consequentemente adota o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como polo irradiador de uma cultura de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

2.1 A constituição da atenção à saúde do trabalhador: retrospectiva histórica e conceitual

A Saúde do Trabalhador é entendida como uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo a intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde. Compreende, portanto, a produção do conhecimento, a elaboração e utilização de tecnologias e práticas de saúde tanto no plano técnico quanto no político, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças de origem ocupacional.

> Assim, falar em Saúde do Trabalhador e em atenção à saúde dos trabalhadores significa se envolver nas discussões em curso sobre Saúde Pública, Saúde Coletiva, a prática médica e de outras profissões de saúde, abrangendo temas tão amplos e diversificados quanto os conceitos de saúde, de doença, os modelos explicativos da determinação do processo saúde-doença, as políticas de saúde, o papel do Estado, as práticas de saúde, a questão tecnológica em saúde, os recursos humanos e os processos de trabalho em saúde, além dos conceitos de trabalho e de trabalhador (DIAS, 1994, p.23).

Assumir esse posicionamento conceitual é assumir a agenda ético-política da Reforma Sanitária, em que ao longo do tempo emergem os marcos legais que subsidiaram os processos de garantia de direitos dos trabalhadores, sobretudo da preservação e restabelecimento de sua saúde (FALEIROS, 2010).

A questão da Saúde do Trabalhador não se resume somente a melhoras nas condições de trabalho, mas também nas boas condições de habitação, alimentação, transporte, educação, remuneração, lazer, higiene, vestuário, etc. Essa amplitude, chamada de Saúde do Trabalhador, se consegue através de políticas sociais, que se moldam através da pressão exercida pelos movimentos sociais junto ao Estado. É um avanço na dialética do processo saúde-doença com o propósito de potencializar a saúde, representando a desmedicalização da sociedade, onde as políticas de saúde teriam que ser preventivas ao invés de curativas.

A Saúde do Trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbano-industrial (DIAS; SILVA, 2013).

Compreender a expressão Saúde do Trabalhador implica ter como conjuntura o próprio entendimento de saúde coletiva, o qual se constituiu nas últimas décadas e trouxe à discussão a categoria qualidade, na medida em que recorta a saúde numa leitura associada ao questionamento sobre em que condições de vida e de trabalho a sociedade brasileira viveu e vive o seu desenvolvimento e, ao tentar entender quais são as necessidades e problemas dessa sociedade, procura equacioná-los e enfrentá-los (DIAS; SILVA, 2013).

Entender como as principais mudanças no mundo do trabalho, com a manutenção das condições e da organização da produção, trouxeram consequências para a Saúde do Trabalhador. O trabalho sempre foi à própria essência da atividade humana. No entanto, continua-se a ver os trabalhadores adoecerem e morrerem no exercício da atividade laborativa, tornando-se eminente a preocupação com a sobrevivência e a miserabilidade dos trabalhadores, vistas suas precárias condições de vida e de trabalho.

Em meados de 1700 o médico italiano Bernardino Ramazzini, em seu livro *Le malattie dei lavoratori De Morbis Artificum Diatriba,* já trabalhava com a noção de riscos à saúde. Ele incluiu as questões habituais da anamnese médica, a preocupação com a ocupação do paciente e descreveu diversas doenças geradas por agentes causadores específicos de determinadas ocupações (VASCONCELLOS; GAZE, 2009).

A preocupação com os impactos da precarização do trabalho, desencadeador dos acidentes, mortes e adoecimentos dos trabalhadores aumentou significativamente durante a Revolução Industrial, contexto este que alavancou os estudos nessa direção.

Mendes e Wünsch (2011) referem-se ao aumento da frequência de registros de distúrbios relacionados ao trabalho a partir do século XVIII, onde a relação saúde e trabalho ganha maior ênfase com o impacto da Revolução Industrial[9], seja pela crescente mobilização social, seja pela introdução de processos mecânicos nos ambientes de trabalho, tendo este o objetivo de gerar mais lucro para o capitalista. Diante disto, os trabalhadores passam a se organizar na luta por melhores condições de trabalho e de vida.

Conforme Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.22), nesse período conviviam "[...] jornadas de trabalho extenuantes em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde", que em alguns casos ultrapassavam 15 horas diárias de trabalho e às quais estavam também submetidas mulheres e crianças. Os autores salientam que essas condições de trabalho,

[9] A Revolução Industrial iniciou na Inglaterra em meados do século XVIII, consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social. Marcada pela superação da era agrícola e pela inserção da máquina no processo produtivo, uma nova relação entre capital e trabalho se impôs, novas relações entre nações se estabeleceram. Esses adventos se deram devido a uma combinação de fatores, como o liberalismo econômico, a acumulação de capital e uma série de invenções, como o motor a vapor e, por conseguinte o capitalismo tornou-se o sistema econômico vigente (MELLO, 1999).

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

somadas a aglomeração de pessoas em espaços inadequados e à alta periculosidade das máquinas, tinham como consequência a proliferação de doenças infectocontagiosas, mutilações e mortes.

Em consequência foram criadas as primeiras leis de proteção aos trabalhadores por iniciativa do Estado. Concomitantemente, na primeira metade do século XIX, a Medicina do Trabalho surge como especialidade médica na Inglaterra, propondo, entre outras ações, a colocação de médicos no interior das fábricas.

Embora a relação trabalho e saúde tenha sido relatada desde a Antiguidade, as primeiras abordagens formais dessa relação tiveram início na Europa, no século XIX, com a criação da Medicina do Trabalho e a implantação dos serviços médicos dentro das empresas. Eram estruturas centradas na figura do médico, que, por meio de uma atuação focada no trabalhador, assumia a responsabilidade pela prevenção dos acidentes e das doenças. Mas, o interesse principal não era o de promover a saúde dos trabalhadores, mas, sim, o funcionamento adequado dos processos de trabalho. As práticas mais disseminadas eram a seleção de pessoal que, em tese, fosse menos propenso a se acidentar e adoecer, o controle da saúde para evitar problemas de absenteísmo e os esforços para proporcionar retorno rápido ao trabalho nos casos de afastamentos.

> O dramático consumo da força de trabalho e os movimentos de resistência esboçados pelos trabalhadores contra as péssimas condições de vida e trabalho levaram a instituição da prática da Medicina do Trabalho, enquanto uma especialidade médica, sob o controle do capital e a serviço de seus interesses (DIAS, 1994, p. 67).

Nessa perspectiva, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), asseveram que essa abordagem "unívoca e unicausal", centrada no médico, lançou suas bases para o modelo científico conhecido hoje como 'Modelo Médico'.

A introdução do modelo taylorista-fordista[10] nos processos de trabalho, no início do século XX, caracteriza-se como um segundo período em que o foco da atenção é o impacto do trabalho sobre o corpo dos trabalhadores. Também se constata, em tal período histórico, uma expansão dos serviços de Medicina do Trabalho e uma preocupação de alguns organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), de formar profissionais para este fim.

---

[10] Sistema de organização do trabalho, baseado na separação das funções de concepção e de planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos. O processo de produção fordista fundamenta-se na linha de montagem acoplada à esteira rolante (MELLO, 1999).

Com o desenvolvimento da tecnologia industrial impulsionada pela II Guerra Mundial e o surgimento de novos processos, equipamentos de trabalho e produtos químicos e com a nova divisão internacional do trabalho, começou a ficar evidente que a Medicina do Trabalho era incapaz de dar conta dos problemas de saúde causados pelos processos de produção. Desse modo, trabalhadores insatisfeitos questionavam a capacidade dessa medicina em resolver suas demandas.

Na perspectiva de Mendes e Wünsch (2011), como essas iniciativas não promoveram a resolução dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, foi proposta a ampliação da atuação médica associada à intervenção sobre o ambiente laboral, com instrumental oferecido por outras profissões. Para essas autoras, constitui-se o que ficou conhecido como Saúde Ocupacional, com ênfase na higiene industrial. No Brasil, esse movimento se expressa na legislação, com a edição de algumas Normas Regulamentadoras (NR) na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Como bem apontam Mendes *et al* (2005), em decorrência do adoecimento dos trabalhadores, começou-se a tratar dos funcionários dentro da própria empresa, colocando um médico para atender os trabalhadores adoentados. Dessa maneira, teve início a Medicina do Trabalho, onde o objetivo era trazer o funcionário rapidamente de volta ao trabalho, exercendo uma medicina apenas curativa.

Os médicos perceberam que os trabalhadores adoeciam devido às péssimas condições de trabalho a que eram submetidos, assim, buscava-se uma adaptação dos trabalhadores às máquinas, aos meios de trabalho, para atingir um bem-estar físico. Porém, consideravam somente o local de trabalho, desconsiderando a totalidade da vida do trabalhador (VASCONCELLOS *et al*, 2011). Nessa mesma linha interpretativa, Mendes e Dias (1991, p.42) se posicionam:

> Num contexto econômico e político pós-guerra, o esforço industrial intensificava os acidentes de trabalho, desvelando a relativa impotência da Medicina para intervir nos problemas de saúde. Dessa maneira, a resposta científica era de ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Surge, nesse momento, a Saúde Ocupacional, principalmente nas grandes empresas, com organização das equipes multiprofissionais e ênfase na higiene industrial, a fim de controlar os riscos ambientais.

Iniciam-se interlocuções entre médicos, engenheiros e profissionais das ciências sociais, ou seja, uma equipe interdisciplinar, onde tem ênfase a higiene do trabalho. Esse

método ainda predomina nos dias de hoje, de maneira a controlar os índices de poluição, ruídos, produtos tóxicos, riscos de acidentes.

> Ademais, é preciso salientar que as relações de poder que conformam a abordagem da Saúde Ocupacional contribuem de formas diferenciadas para a alienação e desinformação do trabalhador, conferindo maior capacidade de controle do capital sobre o trabalho, alienação/desinformação estas derivadas da informação restrita e da atuação autoritária dos profissionais de saúde que sob sua égide atuam nos processos de trabalho ou fora deles (LACAZ, 2013, p.221).

O processo saúde-doença é uma totalidade, não podendo ser reduzido ao estritamente biológico e individual, pois a essência do processo é o reconhecimento de seu caráter social e sua determinação histórica; e mesmo o processo biológico presente no processo saúde-doença, tem um caráter social.

Essa concepção identifica a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos, rompendo com o pensamento médico dominante do caráter a-histórico da biologia humana. A medicina dominante, ao enfatizar o caráter biologicista no processo saúde-doença, oculta o verdadeiro caráter de ser um processo biológico e social. "Socialmente temos a violência estrutural exercida pelos mercados financeiros e que traz como consequência as reestruturações, as demissões, à perda de segurança, o trabalho precário, as doenças e mortes no e do trabalhador" (BARRETO; HELOANI, 2013, p.120).

Faz-se necessário tornar o trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença, rompendo com a tradicional prática de mero objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do Trabalho. Decerto, é por meio da interdisciplinaridade que se modifica a ação centrada no médico e nos saberes fragmentados em áreas do conhecimento, ampliando, portanto, as possibilidades de cuidado e resolutividade das demandas postas pelo trabalhador.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) indicam que a Saúde Ocupacional considera a multicausalidade, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores de risco no processo de adoecimento, mas mantém como critérios a avaliação da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Os agentes/riscos são concebidos como inerentes ao trabalho, sem considerar o contexto que determina sua existência, repetindo na prática as limitações da Medicina do Trabalho.

A Saúde do Trabalhador nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho,

Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional ao ampliar o conceito para Serviços de Saúde do Trabalhador (NARDI, 1997). De modo que a Medicina do Trabalho surge no contexto brasileiro e mundial a partir da necessidade do Estado intervir nas relações capital-trabalho e regulamentar os ambientes de trabalho. O foco central dessa medicina, como o próprio nome denota, é a "saúde" do trabalho, da produção e, portanto, não é a Saúde do Trabalhador.

> A saúde ocupacional (incluídas a medicina do trabalho e a engenharia de segurança), por dizer respeito à regulação técnica e normativa do contrato de trabalho estabelecido entre patrões e empregados, está sujeita ao disposto na norma e em negociações entre as partes. Assim, a saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista, porquanto a este é subordinado e por ser limitado ao contrato (VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011, p. 409).

Dada essa insuficiência teórico-conceitual da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, emerge uma nova proposta para analisar e atuar sobre as questões relativas ao trabalho e saúde, na perspectiva de entendê-los enquanto processo. A Medicina Social Latino-Americana ao discutir a relação entre saúde-trabalho contribuiu efetivamente para a compreensão da determinação do caráter histórico e social do processo saúde-doença, a partir do momento que conceitua o trabalho, através da concepção do processo de trabalho, que se inscreve nas relações sociais de produção.

No final da década de 1960 até meados da década de 1980, houve um avanço conceitual e metodológico no campo da Saúde Pública e das Ciências Sociais. Criou-se espaço para a compreensão do caráter social do processo saúde-doença, contrapondo-se aos pensamentos hegemônicos e superando os enfoques reducionistas até então vigentes, que entendem a relação saúde-trabalho como simples causa e efeito (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Nessa perspectiva, se durante algum tempo predominou a abordagem dos nexos saúde/doença e trabalho a partir da visão ambientalista, derivada em certa medida da noção de contágio-bacteriologista de forte influência positivista, monocausal e redutora, é através da ruptura promovida pela incorporação da categoria processo de trabalho, promovida pela Medicina Social Latino-Americana, que se inscreve o projeto contrahegemônico, desenvolvendo uma nova concepção a partir do modelo de determinação social.

A medicina social introduziu a denominação Saúde do Trabalhador, como uma ruptura epistemológica na compreensão da relação desse referencial, trazendo conceitos com base na definição de processo de trabalho como uma categoria central para a análise da saúde no trabalho. Para essa área é necessário analisar não somente os aspectos físicos, químicos e

mecânicos do objeto de trabalho, mas também os condicionantes sociais que o fazem se apresentar dessa forma, visto que existe uma determinação proveniente da relação entre capital e trabalho.

A corrente da Medicina Social Latino-Americana incorporou a ideia de trabalhador, não como um ser passivo, mas como agente de mudança, com saberes e vivências sobre seu trabalho, acumulados coletivamente (MENDES; DIAS, 1991).

Na verdade, essa nova visão supera a falsa contradição entre risco profissional e risco social, quando incorpora a inserção social e a dinâmica do processo de trabalho no lugar do pressuposto da identificação de fatores de risco isolados no ambiente laboral. Dessa maneira, busca uma interdisciplinaridade que, ao mesmo tempo, seja abrangente e específica, não se limitando à identificação de fatores de risco, mas que torne evidente a relação da saúde com o processo de trabalho (MACHADO; GOMEZ, 1999).

Nessa direção, Vasconcellos e Pignati (2006, p.1109) explicitam:

> As diferenças do comportamento científico entre a saúde do trabalhador e a medicina do trabalho e da saúde ocupacional seriam marcadas pela incapacidade destas últimas de resolverem os problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, ao centrar seu comportamento na legitimação dos riscos e ao atuar como braço de perpetuação da hegemonia dos processos de sustentação dos determinantes dos danos na relação-trabalho, na medida de sua atuação como elemento filtrante da aferição da intensidade dos danos à saúde.

Destaca-se ainda no final da década de 1960, na Europa, o Modelo Operário Italiano que lança as bases para a realização dos mapas de risco, mediante a definição de grupos de risco[11], tendo como premissa das ações transformadoras a interlocução com os operários e o reconhecimento do seu saber, oriundo da própria experiência.

No entanto, esse modelo também apresenta contradições, pois, mesmo valorizando a subjetividade e experiência operária para compreender a realidade da relação saúde-trabalho, ao categorizar esse conhecimento nos grupos de riscos, continuou pautando-se no conhecimento científico formal da medicina, engenharia, ergonomia, entre outras áreas, não

[11] 1 – Grupo dos riscos presentes no meio ambiente, dentro e fora do local de trabalho (temperatura, ruído, umidade e ventilação); 2 – Grupo dos riscos característicos do ambiente de trabalho (poeiras, gases, vapores, fumaças e substâncias químicas); 3- Grupo dos riscos referentes a fadiga derivada do esforço físico e 4 – Grupo dos riscos capazes de provocar fadiga (ritmo, monotonia e repetitividade) (MATTOS; FREITAS, 1994).

conseguindo dessa maneira romper completamente com os modelos técnicos[12] que os conceitos de risco pautavam frente aos conceitos de saúde.

No Modelo Operário Italiano a noção de grupo de 'risco' valoriza a interrelação entre os fatores de risco no processo de adoecimento. Formando-se, assim, diferente do conceito atribuído ao 'risco' pela Medicina do Trabalho em seu modelo monocausal de doença. Desse modo, ambos podem ser considerados como insuficientes para elucidar a dinâmica do processo de trabalho e suas relações com a saúde e o processo de adoecimento do trabalhador.

A construção do campo da Saúde do Trabalhador surge em meio a lutas e reivindicações dos movimentos sindicais e dos técnicos de saúde ligados à reforma sanitária que expressam uma profunda discórdia com o modelo da prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e criticam a profunda relação existente entre os médicos do trabalho com o capital. Apontando, sobretudo para as grandes limitações do conhecimento específico da medicina em lidar com questões que envolvem o conflito capital-trabalho (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

Desse movimento decorreu a transformação de conceitos referentes à saúde-doença, incluindo a política na análise e na prática da saúde, defendendo a mudança qualitativa no panorama de atendimento, introduzindo a teoria histórico-estrutural da doença, que fundou um novo objeto de estudo: o da Saúde Coletiva. O objeto dessa disciplina não seria representado por corpos biológicos, mas por sujeitos sociais, esse movimento fundamentou posições, por meio da democratização do acesso, na universalização das ações, na descentralização dos serviços, na melhoria da qualidade dos serviços e no modelo assistencial, pautado na integralidade e na equidade das ações.

Nessa perspectiva, o campo da Saúde do Trabalhador avança no sentido da apropriação de diferentes abordagens que analisam o trabalho e suas relações com os indivíduos e com a sua saúde (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

Adotando essa mesma concepção, Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.25) asseveram:

> Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares- técnicas, sociais, humanas- e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana.

[12] Esta reflexão da autora trata exclusivamente da necessária ampliação do conceito de Saúde do Trabalhador, não coadunando, portanto, com os pensadores pós-modernos de que se faz necessário um rompimento com o conhecimento científico.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, contribuiu significativamente para reafirmar à sociedade brasileira a saúde como direito de cidadania e o dever do Estado de provê-la. Em dezembro do mesmo ano, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que marcou politicamente o movimento da consolidação desse campo no Brasil.

Nardi (1997, p.219) afirma que:

> O surgimento do termo Saúde do Trabalhador passa a colocar a saúde dos trabalhadores como principal objetivo da prática nesse campo, ao invés do julgamento da aptidão para o trabalho. A Saúde do Trabalhador enfrenta as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que se beneficiam de uma intervenção estatal mínima, ficando a relação capital-trabalho no campo da saúde sem a mediação direta do Estado.

A Saúde do Trabalhador caracteriza-se por ser área da Saúde Pública que se destaca por possuir em sua gênese as particularidades que expressam os conflitos entre proletariado e o patronato e as nítidas tensões existentes no âmbito público e privado. Também se pode destacar que as responsabilidades institucionais frente à Saúde do Trabalhador no país perpassam uma ação compartilhada entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, do Meio Ambiente e da Previdência Social, desse modo exigindo-se do Estado o papel de regulador das condições e das relações de trabalho, bem como, comprometido com a estruturação e efetivação de uma política de Saúde do Trabalhador, que apresente um quadro de ações articuladas entre si e com as organizações de trabalhadores e movimentos sociais (FALEIROS, 2010).

Anterior ao processo constitucional e ao da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as ações de Saúde do Trabalhador era predominantemente assistencial, onde a saúde não era concebida como um direito social, prevalecendo assim um modelo de saúde dividido em três linhas de atuação: aos que podiam pagar pelos serviços de saúde privados; os que possuíam direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum e ficavam a mercê da filantropia (BRAVO, 2011). De acordo com Dias (1994, p.94):

> A perspectiva de 'proteger' e 'cuidar' de modo diferenciado os trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, mas valorizados socialmente, importantes enquanto fator de produção e de responder as demandas apresentadas pelas categorias mais organizadas, deixando os demais desassistidos ou entregues aos serviços públicos.

A Saúde do Trabalhador passou a ter um novo direcionamento a partir da Constituição Federal brasileira de 1988, atrelada à criação e implantação do SUS, dando início ao seu processo de institucionalização, sendo essa Constituição a primeira a tratar a saúde como responsabilidade e interesse público, ao preconizar em seu artigo 196 que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p.54).

Destaca-se ainda na sua organização, conforme dispõe o Art. 200 da Constituição Federal brasileira, "executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador" (BRASIL, 1988, p.55).

Com a criação do SUS, este sendo um dos maiores projetos sociais já estabelecido no País e que se materializa por meio das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população brasileira, traz um novo campo de práticas relacionadas à garantia de acesso a serviços e ações de saúde de cunho universal e igualitário.

Com o estabelecimento do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas leis que regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde no país, dentre elas cita-se a Lei Federal n° 8.080 de 19 de setembro de 1990 que concebe a Saúde do Trabalhador como campo de atuação do SUS.

Segundo essa Lei, em seu artigo 6°, parágrafo 3°:

> 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 reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p.3).

A supracitada Lei abrange ainda:

> I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
> II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
> III- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de

> substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
> IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
> V - informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
> VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
> VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
> VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (Ibid).

Com a formulação do SUS e sua regulamentação através da Lei n. 8.080/90, fica claramente definido em seu artigo 6º que esse Sistema caberá atuar na Saúde do Trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, bem como na promoção da saúde.

Essas atribuições se reafirmam com a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994, sendo esse momento importante de mobilização técnica e política e palco de acirrada disputa quanto aos espaços de atuação dos Ministérios do Trabalho e da Saúde. No entanto, as ações ficam politicamente mais bem demarcadas, abrindo-se um inquestionável espaço para que o Ministério da Saúde (MS), por meio do SUS, assumisse um papel bem mais atuante para fazer cumprir a supracitada Lei.

Entretanto, um longo caminho se faz presente para o cumprimento da Lei n. 8.080/90 e inserção das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. No Brasil, tradicionalmente, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica eram atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Apesar das inovações, a Carta Constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

Nesse entendimento, Barreto e Heloani (2013, p.107) expressam:

> Se olharmos o novo proletariado, do mercado informal, que aumenta a cada dia, constataremos que os trabalhadores não são regulamentados, não têm proteção legal, adoecem de forma invisível e, muitas vezes, por medo, não faltam ao trabalho, apesar de doentes e com um atestado no bolso.

A Saúde do Trabalhador está paulatinamente sendo incorporada ao organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e nos níveis estaduais e municipais do SUS. Ao longo dos anos tem sido colocada, ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Mediante a interdisciplinaridade da área e o amplo leque de ações, há necessidade da interveniência de setores públicos distintos, representados pelo Trabalho, pela Saúde e pela Previdência Social que deveriam atuar de forma conjunta e complementar. Esses setores, entretanto, trabalham com lógicas absolutamente distintas, fazendo com que a integração aconteça apenas em intenções e discursos, sem resultados práticos de expressão (FALEIROS, 2010).

O setor trabalho envereda por uma lógica de "tripartismo", ou seja de cooperação entre organizações de empregadores, de trabalhadores e dos governos para definir e pautar suas ações, permitindo pouca flexibilidade de ações, diferentemente do setor Saúde, que adota uma política de "pactuação" para desenvolver ações regionais e locais de saúde, sujeitas a constantes flutuações na dependência dos interesses políticos envolvidos. A Previdência Social acaba sendo o repositório final que acolhe as consequências de uma política ineficaz, adotando, por sua vez, um enfoque reducionista que privilegia uma visão contábil do grave problema das doenças e dos acidentes do trabalho, levando em consideração unicamente os trabalhadores no campo formal de trabalho.

Assim, tanto o setor trabalho, quanto o da Previdência Social tem sua ingerência restrita aos trabalhadores formais. Somente o setor Saúde é capaz de levar a atenção aos trabalhadores informais (SILVA, 2012).

Para dirimir as lacunas no campo da atenção à Saúde do Trabalhador, nos anos 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) iniciou um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde que constou de: elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001 (DIAS; HOEFEL, 2005).

A partir da década de 1990 se iniciou um processo de consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no país. Além das atividades desenvolvidas por distintos setores sociais, destaca-se a criação em 2002 da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo em suas propostas o trabalho do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), na rede de serviços de saúde, contribuindo para a construção de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores no SUS, como expressão da luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado.

> O protagonismo dos trabalhadores organizados e o envolvimento da rede de saúde pública nas ações de atenção à saúde, ou seja, na articulação assistência + vigilância que apreende as relações trabalho-saúde mediante a categoria processo de trabalho constituem o cerne da abordagem do campo Saúde do Trabalhador, envolvendo "corações e mentes" e resgatando o social para embasar saberes e práticas em saúde (LACAZ, 2013, p. 231).

Todavia, passados anos após a regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde dos trabalhadores pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócioambiental (DIAS; HOEFEL, 2005).

A atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação: a vigilância, incluindo as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes a um processo de trabalho e à consequente promoção de medidas que visam à adequada eliminação dos perigos e riscos e ampla participação do controle social, assim como um programa que permita a coleta e a análise dos dados gerados; a assistência à saúde, abrangendo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de garantia de direitos; e a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores (LACAZ, 2013).

Nesse aspecto, Gomez e Lacaz (2005) destacam questões que consideram cruciais como: a ausência de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador efetiva, referindo-se a inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os

agravos e atender aos problemas existentes; e o enfraquecimento e a baixa capacidade (ou refluxo) dos movimentos sociais e dos trabalhadores.

Desse modo, até o momento não foi implementado a Política de Saúde do Trabalhador no país. Da mesma forma que em outros campos, essa dificuldade de implementação é resultado de fatores como: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de seguridade social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integralmente, falta de decisões conjuntas e equânimes por parte dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência, situação agravada, nos últimos anos, pela reestruturação produtiva que induz a bruscas transformações nos modos organizativos e nas relações de trabalho (GOMEZ; LACAZ, 2005), refletindo, portanto, nas formas que historicamente vêm sendo abordadas as questões do binômio saúde-trabalho no Brasil, pautando os interesses econômicos muitas vezes velados e atualmente regidos pela política neoliberal do Estado.

No âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis". É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sociopolítico.

Nessa perspectiva, e com as limitações assinaladas, 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. Nessa 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.

2.2 O processo saúde-doença e a relação com o trabalho e os rebatimentos na saúde do trabalhador

Reflexões acerca da historicidade do processo de elaboração de políticas na área de saúde do trabalhador e das articulações nas esferas político-ideológico-econômicas e sociais apontam para a importância de tratar de forma ampliada o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho, para se entender as questões relativas à vida e, consequentemente, o modo em que o adoecimento ocorre.

> A compreensão fundamental dos agravos à saúde dos trabalhadores deve passar pela questão fisionômica dos processos e da organização de trabalho, mas também do confronto entre as classes sociais e das determinações construídas ou resultantes deste confronto (LOURENÇO, 2013, p.183).

Entre as consequências das atuais mudanças dos processos e da organização do trabalho, o modo de vida e as condições de saúde da população, dos trabalhadores em particular, podem ser identificados; tais como: o desemprego estrutural; a precarização do trabalho e o crescimento do setor informal, com perda de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados pelos trabalhadores.

O desemprego estrutural tem repercutido na organização dos sindicatos, obrigando-os a deslocar o foco de atuação para a preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o mesmo é executado. As relações de solidariedade e cooperação no cotidiano de trabalho, essenciais para a saúde e segurança dos trabalhadores, são substituídas pela competição predatória, socialmente valorizada e estimulada pelos meios de comunicação (LOURENÇO, 2013).

Cabe, então, um entendimento sobre a dicotomia saúde e doença dentro do processo de trabalho. As mudanças imprimidas aos meios de trabalho são retratos fidedignos da sociedade na qual o homem está inserido. Logo, representam as condições sociais e históricas nas quais o trabalhador se encontra. Por consequência, a Saúde do Trabalhador é um reflexo dessas dadas condições.

Para entender o adoecer dentro do processo de trabalho, é necessário perceber quem é o trabalhador que adoece e de que forma ele está inserido no processo produtivo. A intervenção somente no corpo não é suficiente para um diagnóstico que formule terapêuticas eficazes, diante dos milhares de casos de doenças decorrentes de ambientes insalubres e de processos de trabalho mal dimensionados.

> Portanto, o que se tentou enfatizar é que as mudanças do mundo do trabalho, em especial dos últimos 30 anos, acompanhadas do neoliberalismo constituem importantes ferramentas para a extração da mais-valia relativa e absoluta o que, entre outros, representam graus variados de sofrimentos materializados no corpo e/ou na mente do trabalhador. Daí a necessidade de considerar as relações sociais de trabalho na análise dos agravos à saúde do trabalhador, os quais se apresentam, à primeira vista, como se fossem os males da modernidade ou da pós-modernidade sem relação com o trabalho (LOURENÇO, 2010, p.80).

Essa temática é reforçada pelos autores Gomez (2011) e Lourenço (2010) quando afirmam que, nem sempre, as doenças adquiridas no ambiente de trabalho apresentam sintomas que as diferenciam de outras patologias. Fica difícil para a medicina do trabalho, então identificar processos danosos à saúde que não tenham nexo claro com a exposição a um agente exclusivo.

O papel da medicina do trabalho, como afirma Gomez (2011, p.26):

> [...] não pode ficar circunscrito apenas a obter adicional de insalubridade ou periculosidade, de instalar equipamentos de proteção, de diagnosticar nexos causais entre o trabalho e a saúde, com vistas a obter benefícios da previdência social, embora tais procedimentos possam representar etapas de uma luta maior, que é chegar às raízes causadoras dos agravos, à mudança tecnológica ou organizativa que preside os processos de trabalho instaurados.

A precarização das relações de trabalho com demissões constantes, trabalho por tempo determinado, desemprego, terceirização, quarteirização, perda de direitos sociais e trabalhistas são expressões de um conjunto de efeitos das relações de trabalho sobre a saúde do trabalhador, como estafa, fadiga, ansiedade e insegurança permanente, dores lombares e generalizadas, distúrbios emocionais, dentre outros.

Essas manifestações trazem novas repercussões à Saúde do Trabalhador e se traduzem no crescimento do número de acidentes e no aumento das doenças. Isso exige uma atenção de que a medicina, sozinha, não pode dar conta.

Dessa forma, o aspecto descrito por Lourenço (2013, p.128) evidencia outro diferencial desta abordagem voltada para a relação saúde/doença e o ambiente de trabalho: "[...] a luta a ser travada no campo da morte e do adoecimento do trabalhador que se dá a partir do processo produtivo, deve estar circunscrita à questão da prevenção e não, como hoje ocorre, prioritariamente associada à reparação". Assim, se retorna ao conceito de Saúde Ocupacional, que se apresenta como multidisciplinar porque envolve profissionais de áreas distintas (CORREA *et al*, 2012).

O perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores também reflete as atuais mudanças no mundo do trabalho, traduzindo-se no aumento da prevalência de doenças, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) - que respondem por grande parte dos casos atendidos atualmente nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), bem como em formas de adoecimento mal caracterizadas, entre elas o estresse, a fadiga física e mental e outras

expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Como agravante, observa-se que essas "novas" formas de adoecimento convivem, no país, com as doenças profissionais clássicas como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras presentes no cotidiano de trabalho.

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões desses no processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doenças.

No entanto, com a reestruturação produtiva, os trabalhadores passaram a sofrer inúmeras perdas de direitos sociais, além da agressão de seus limites físicos e psicológicos, consequentemente perdem capacidade de luta, desconhecendo-se enquanto classe trabalhadora. Tudo isso devido à vulnerabilidade a que são expostos, correndo o constante risco de demissão, e deparando-se com um mercado de trabalho cada vez mais restrito e a condições salariais cada vez mais degradantes (FREIRE, 2010).

Diante desse novo quadro, o trabalhador sofre um processo de culpabilização, tornando-se potencial desempregado, vez que se manter atualizado e especializado não garante sua empregabilidade. Sente-se pressionado, pois sabe que saindo do mercado formal, existe um exército de reserva esperando para ocupar seu espaço. Assim, submete-se a todo tipo de má situação profissional, abusos por parte dos superiores, riscos de acidente de trabalho, salários muito baixos, constrangimentos que vão prejudicando-o, física e psicologicamente (CORREA *et al*, 2012).

No mundo do trabalho contemporâneo, onde cada um torna-se responsável pela sua "empregabilidade", a pressão desencadeadora de sofrimento é constante, agindo sobre os trabalhadores.

Para Lukacs (2012), o sujeito é formado por um processo histórico de relações sociais, onde o trabalho está no centro dessa humanização do sujeito individual, o que o diferencia do mundo natural. Dessa maneira, compreende-se a importância que o trabalho tem na vida de um indivíduo, e as consequências de um processo de trabalho desumanizador.

A Saúde do Trabalhador reflete as condições materiais, sociais e políticas do processo de trabalho e das condições de vida desse trabalhador. Segundo Freire (2006) diversos fatores interferem na Saúde do Trabalhador:

> [...] tais como produtividade, impacto de mudanças tecnológicas, reconversão industrial e o problema do, não-trabalho coercitivo"

> (desemprego), que origina o agravamento das condições de saúde da população trabalhadora. [...] o processo saúde-doença-trabalho se insere nos diversos aspectos da organização, divisão e relações sociais no trabalho" (FREIRE, 2006, p.170).

A todos esses fatores, Freire (2006) ainda acrescenta a "carga social" que expressa às relações de desigualdade, autoritarismo, impotência do trabalhador perante suas condições de trabalho, por sua colocação desfavorável dentro da divisão do trabalho na empresa. Essa impossibilidade de se tornar agente de mudança acaba levando a atrofiação da capacidade de luta do trabalhador, gerando uma conformidade com relação a sua situação. Resulta, então, na alienação social do trabalhador.

> Verifica-se que o senso de submissão ao trabalho é altamente elevado devido ao medo que se instaura diante da ameaça ou perda do emprego. O saque da vida imediato ou mediado pelo desgaste lento da saúde, apesar de ocorrer a partir do forte vínculo com o trabalho, acaba não tendo esse reconhecimento (LOURENÇO, 2013, p.193).

Refletem, portanto, como as principais consequências da reestruturação produtiva à saúde dos trabalhadores as doenças profissionais desencadeadas pelas inovações tecnológicas, a exemplo da LER/DORT e o estresse causado pelas novas condições e possíveis demissões, além do agravamento das doenças preexistentes degenerativas, que exigem maiores investimentos no processo de trabalho, mesmo que subregistrados ou mascarados.

Essas consequências vêm se acentuando com o processo de terceirização e quarteirização nas empresas, que desqualificam todo processo de trabalho, incluindo os setores de Medicina e Segurança do Trabalho, com um descompromisso dos profissionais com os trabalhadores, com uma prática totalmente institucionalizada, sem autonomia profissional (FALEIROS, 2010). Há também, um atraso nas modernizações tecnológicas, causado pela busca de reduzir os custos, sem considerar as reais condições de trabalho e o que acarretam à Saúde do Trabalhador.

A terceirização/quarteirização contribui com o propósito do aumento da produtividade e redução dos custos de produção. Nesse processo, a empresa fica com a atividade que desempenha melhor e com menor custo e transfere a outras empresas as demais fases do processo produtivo, gerando empresas "enxutas e especializadas" (ALMEIDA *et al*; 2006: p. 199).

Esse processo barra as pressões por melhores salários e reduz os direitos dos trabalhadores, criando relações mais frágeis e dominadas entre empresa-trabalhador, precarizando as relações de trabalho e gerando uma desmobilização das organizações sindicais. Como resultado, tem-se um novo trabalhador, adaptado ao novo sistema de produção e agindo de forma a aumentar a produtividade. Caso não ocorra essa adaptação, é prontamente substituído.

As mudanças no corpo das empresas levam ao aumento do desemprego estrutural, tendo por razão direta a reestruturação produtiva e a adaptação tecnológica que as empresas passam. O processo de terceirização/quarteirização em pleno desenvolvimento leva a uma redução da responsabilidade das empresas com os funcionários, que pertencem a outra empresa externa e menor, sendo considerado apenas um prestador de serviços preso a um contrato precário e em condições de total vulnerabilidade, portanto uma força de trabalho descartável.

As principais mudanças no mundo do trabalho, com a manutenção das condições e da organização da produção, trouxeram consequências para a Saúde do Trabalhador. O trabalho sempre foi à própria essência da atividade humana. No entanto, continua-se a ver os trabalhadores adoecerem e morrerem no exercício da atividade laborativa (ALMEIDA, 2006).

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 do trabalho. As profundas transformações que vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, implicam também mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho que engendram a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho, repercutindo, diretamente, nas condições de vida do trabalhador.

A dimensão social da saúde é abrangente e corresponde ao ciclo do capitalismo e as condições objetivas onde ele se desenvolve, expressando-se nas relações sociais de produção, tem a ver com as tecnologias dos processos produtivos e de organização de trabalhado incorporados pelas empresas (LOURENÇO *et al*, 2010).

O que se percebe é que os trabalhadores formais assumem um ritmo de trabalho intensificado e assumem uma postura multifuncional na empresa, enquanto os trabalhadores subcontratados e temporários têm sua jornada aumentada e os direitos sociais anulados. Em comum entre eles é a exposição a riscos, que nos terceirizados/quarteirizados se agrava, pois

a maioria desenvolve o trabalho por um tempo determinado, sem treinamento e nenhuma proteção. São expostos a condições "perversas e nocivas" de trabalho, "[...] como se fosse possível escolher entre a saúde e o acesso a postos de trabalho" (ALMEIDA *et al*, 2006, p. 211).

O trabalhador se depara com um quadro em que convivem situações mais evidentes do processo de adoecimento no trabalho não resolvidas ou parcialmente enfrentadas, como as pneumoconioses, doenças provenientes de riscos físicos, intoxicações crônicas e agudas, associadas à utilização de tecnologias obsoletas e de substâncias banidas do mundo desenvolvido, bem como a formas de organização do trabalho que desconsideram a necessidade de contemplar e expandir as potencialidades humanas como as decorrentes de uma nova lógica produtiva, marcada pela globalização da economia (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A título de exemplo, observa-se o quadro de LER/DORT que se associa tanto à incorporação de novas tecnologias com a utilização de máquinas digitais, computadores e maquinário em geral, com a aceleração do ritmo de trabalho, de modo que possa responder às exigências do processo produtivo; quanto às atividades repetitivas não qualificadas que têm sido também responsáveis por esse quadro (ABRAMIDES; CABRAL, 2003). Soma-se a isso o fato de que com a evolução de diferentes tecnologias, "[...] os meios de produção têm sido revolucionados no sentido de cada vez menos, o capital precisar de trabalho vivo" (TAVARES, 2009, p. 252), o que sugere desemprego.

Para agudizar esse processo, lembra-se que o objetivo final dos capitalistas é o mercado, os consumidores, o que impõe às empresas uma busca pela "Qualidade Total", e isso implica em certificações de qualidade, como o ISO (International Organization for Standartization), que buscam um padrão internacional como diferencial no mercado globalizado.

Assim, as empresas precisam se adaptar às normas referentes ao processo de produção e qualidade dos produtos (ISO 9000), impactos ambientais (ISO 14000) e, mais recentemente lançada, a certificação por melhores condições de saúde dos trabalhadores (ISO 18000). Mas não se pode deixar de mencionar que esse processo atinge somente os trabalhadores de grandes empresas. Essas empresas, na maioria das vezes, visam uma melhor aceitação de seus produtos no mercado externo (CORAZZA, 2005).

Com relação a esse fato, vale destacar uma citação de Marx (1983, p.215) que afirma:

> O capital não tem [...] a menor consideração pela saúde do trabalhador [...], a não ser quando é coagido pela sociedade a ter consideração. Receamos ter que confessar que os capitalistas não se sentem inclinados a conservar e zelar por esse tesouro e dar-lhe valor [...] a saúde dos trabalhadores foi sacrificada.

Esse autor já havia previsto que aos capitalistas só seria interessante zelar pela saúde de seus trabalhadores no momento em que esse fato significasse melhoria na produção e no mercado consumidor. De modo que, a Saúde do Trabalhador sofre todos os desgastes impostos à força de trabalho. É nesse contexto, degradante ao trabalho, que as organizações de luta em defesa dos direitos da classe trabalhadora devem estar atentas à saúde e aos processos causadores das doenças e dos acidentes de trabalho.

Estudos mencionam o número alarmante de agravos à saúde de todas as ordens, mesmo que, subnotificados, por razões que vão do intuito claro em escamoteá-los aos atalhos do descaso por onde se perde significativa parcela das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs), das informações constantes nos registros de óbitos e em outros instrumentos capazes de configurar um panorama mais preciso dos impactos do trabalho sobre a saúde e de possibilitar ações mais eficazes de prevenção, vigilância e intervenção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A relação saúde-doença é fortemente afetada nesse processo de barbarização da vida social pela investida do grande capital. A provocação posta para a classe trabalhadora é o de retomar seus instrumentos de luta – o partido e o sindicato no âmbito da autonomia e da independência de classe. Estes, na última década, vêm sofrendo uma inflexão significativa com um giro do movimento na direção socialdemocrata e abandono gradativo das lutas sociais na defesa de acordo na esfera da institucionalidade (MELO, 2013).

O grande desafio para a classe trabalhadora é a retomada das lutas imediatas por direitos sociais e trabalhistas, bem como a perspectiva histórica da luta anticapitalista no horizonte de uma sociedade emancipada de auto-organização dos indivíduos livremente associados, segundo a perspectiva marxista.

2.3 O processo de discussão/construção da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, combinando ações individuais e coletivas, para estimular e promover o controle social das políticas públicas de trabalho e saúde por parte dos trabalhadores.

A introdução da Saúde do Trabalhador no seio do SUS dá-se como possibilidade de 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 (DIAS; SILVA, 2013).

As mudanças sociais e políticas ocorridas no Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990, associadas ao contexto da Reforma Sanitária, foram determinantes nas propostas de reformulação das políticas de saúde no âmbito de suas relações com o trabalho. Pode-se destacar, como um de seus principais resultados, a definição da área da Saúde do Trabalhador no campo de abrangência da saúde pública, delegando ao SUS assumir o papel legal nessa área. A atribuição constitucional de cuidar da saúde dos trabalhadores no SUS, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, impõe novos entendimentos e novas práticas no modo de organizar e fazer a Saúde do Trabalhador no país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em sua origem, a Saúde do Trabalhador foi construída na confluência da relação disciplinar entre a medicina e as ciências sociais de corte marxista pela adoção da premissa sobre a determinação social do processo saúde-doença, sintetizada na categoria "processo de trabalho" (NEHMY; DIAS, 2010).

Diversas iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador que incluem ações que envolvem assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

Dados oficiais revelam que persistem em todo o mundo acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho. Os dados nacionais e internacionais mostram a magnitude desses eventos para a Saúde Pública. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT),

ocorrem anualmente cerca de 270 milhões acidentes do trabalho no mundo, sendo que 2 milhões deles são fatais e, segundo "[...] a OIT, o Brasil ocupa o 4º lugar no ranking mundial de acidentes fatais" (ZINET, 2012, p. 16).

No ano de 2010, conforme dados da Previdência Social, de um total de cerca de 720 mil acidentes, mais de 2.500 resultaram em mortes e houve mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente (ZINET, 2012). Tais acidentes também acarretam em impacto orçamentário, tendo sido gastos em 2010 cerca de R$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (ZINET, 2012).

Esses dados, no entanto, representam apenas uma parte do total dos acidentes efetivamente ocorridos, por excluírem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal, além da reconhecida subnotificação. Na realidade, assiste-se ao aumento dos agravos e ao surgimento de novo perfil de morbidade, em especial as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os problemas de saúde mental decorrentes da reestruturação da economia e da produção.

Como parte integrante da saúde coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador conforma-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (LACAZ, 2010).

Os agravos relacionados ao trabalho deixam de ser restritivamente uma especificidade da Medicina do Trabalho ou da Saúde Ocupacional desenvolvida pelas empresas, do teor fiscalizatório do Ministério do Trabalho, do seguro social da Previdência Social ou das ações de assistência aos agravos realizadas pela saúde pública para alcançar a perspectiva de uma Política de Estado intersetorial, com vistas a romper com a visão/ação fragmentária e desconexa que ao longo dos tempos norteou o enfrentamento das questões trabalho e saúde.

Segundo Nardi (1997), a construção do campo da Saúde do Trabalhador, como reivindicação do movimento sindical e dos técnicos de saúde ligados à Reforma Sanitária, expressa uma profunda discordância com a prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional ao criticar o envolvimento excessivo dos médicos com o capital. Por outro lado, os setores da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional expressam críticas à Saúde do Trabalhador, referindo-se ao excesso de influência das Ciências Sociais e a um envolvimento ideológico de esquerda.

Paradoxalmente, ao final do século XX e início do século XXI, avolumam-se as iniquidades e desigualdades sociais. Materializam-se em grande escala mudanças contemporâneas com implicações diretas para a gestão e divisão social do trabalho. São mudanças radicais da economia marcada pela introdução de novas máquinas e tecnologias e organização da produção, na qual sobressai a substituição do modelo rígido de produção pela reestruturação do processo produtivo e sua organização flexível a partir das exigências do mercado globalizado e da mundialização do capital.

Os enfrentamentos para a consolidação da Política de Saúde do trabalhador vêm se estabelecendo desde o seu marco inicial com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e obtendo importantes conquistas no seu desenvolvimento.

O termo Saúde do Trabalhador se refere a um campo do saber e do fazer que visa a compreender e intervir nas relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Enquanto campo de saber se apresenta como um modelo teórico de orientação às ações na área de atenção à saúde no seu sentido mais amplo, "[...] desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica" (NARDI, 1997, p. 219).

Nesse entendimento para Lacaz (2010), a Saúde do Trabalhador permeia um

> [...] campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (p. 58).

Lacaz (2010) aponta a contraposição desse campo com as práticas e os conhecimentos do campo da Saúde Ocupacional. Ele relata ainda que a Saúde do Trabalhador se identifica com os discursos da Medicina Social Latino-Americana quanto à determinação social do processo saúde-doença, com os discursos da Saúde Pública pela perspectiva pragmática e com os discursos da Saúde Coletiva ao abordar a inserção dos processos produtivos na análise da morbidade e mortalidade das classes e grupos sociais (LACAZ. 2010), mediante o envolvimento da rede de saúde pública na atenção à saúde dos trabalhadores que inicialmente se concretiza através dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reafirmou a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada nesse mesmo ano, marcou a institucionalização política desse

movimento, determinante para uma prática diferenciada que considerasse os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença.

Nesse sentido, a Constituição de 1988, na seção que regula o direito à saúde, em seu artigo 200, expressa: "Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei (...) II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho" (BRASIL, 1988, p.55).

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve assumir as questões relacionadas à Saúde do Trabalhador responsabilizando-se tanto por programas preventivos, quanto pelo atendimento de pacientes com danos decorrentes da atividade produtiva. Tais danos à Saúde do Trabalhador incluem acidentes de trabalho, doenças e agravos que o trabalhador sofra, adquira ou desenvolva no local de trabalho, trajeto entre a residência e o local de trabalho ou no desenvolvimento da atividade laborativa para o empregador, independente de ter ou não carteira assinada.

A incorporação da Saúde do Trabalhador pelo SUS reconhece nos ambientes e processos de trabalho, as condições para os eventos agressivos à saúde 'de quem trabalha' na perspectiva epidemiológica (ROUQUAYROL; FILHO, 2003). Não se restringe a atender o lesionado individualmente, mas busca quantificar o número de pessoas expostas à insegurança e qualificar essas condições para posteriores mudanças.

Os princípios organizadores do SUS orientam uma nova forma de cuidar da Saúde do Trabalhador. De acordo com o princípio da universalidade, todos os trabalhadores, urbanos e rurais, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado têm direito aos cuidados propiciados pelo SUS. O princípio da equidade orienta que os grupos de trabalhadores mais vulneráveis, em situação de precariedade, discriminação, ou inseridos em atividades de maior risco para a saúde, devem merecer atenção diferenciada (NEHMY; DIAS, 2010).

Para a Saúde do Trabalhador, as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde são indissociáveis, independente dos arranjos institucionais nos quais se inserem. A atenção integral à Saúde do Trabalhador abrange as ações de promoção, de vigilância, de diagnóstico, de tratamento, de recuperação e reabilitação da saúde, sob a responsabilidade da rede SUS, organizada de forma descentralizada e hierarquizada, nas três esferas de gestão – federal, estadual e municipal – com a participação social e o controle dos conselhos de saúde. Devem

ser priorizadas as medidas de alcance coletivo e o controle dos riscos, a partir da compreensão das cadeias produtivas.

A atenção integral à Saúde do Trabalhador deve ser orientada no enfoque da transversalidade, envolvendo ações intrassetoriais, no âmbito do próprio SUS, e interssetoriais, em articulação com outras instituições e aparelhos sociais, entre eles os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Educação, da Justiça do Trabalho e o Ministério Público, em estreita parceria com as organizações dos trabalhadores. A compreensão de que as questões de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental têm determinantes comuns nos processos produtivos tem aproximado às duas áreas, tanto no plano institucional quanto nas práticas de saúde, particularmente nas ações de vigilância (NEHMY; DIAS, 2010).

Não se podem negar os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar e entre esses desafios, está a Saúde do Trabalhador.

Pode-se afirmar que, ainda hoje, as ações de atenção à saúde do trabalhador urbano e rural encontram-se em processo de implementação, em experiências diversas e multiformes, de acordo com as realidades locais e regionais. De maneira geral, os principais problemas ou limitações que se colocam à implantação e/ou execução das ações de Saúde do Trabalhador no SUS são os seguintes:

- A rede de serviços de saúde, frequentemente, não dispõe dos recursos e meios para diagnósticos e tratamento dos agravos relacionados com o trabalho e não há sistema de referência e contra-referência claramente definido;
- A maioria dos serviços públicos atende aos trabalhadores acidentados do trabalho e portadores de agravos relacionados ao trabalho sem a devida atenção aos procedimentos de diagnóstico, registro e notificação e sem o devido encaminhamento aos setores assistenciais e aos setores responsáveis pela vigilância em saúde;
- As ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde dos trabalhadores são raras, em geral assistemáticas, pontuais e desvinculadas de um planejamento e estabelecimento de prioridades;
- A carência e o despreparo, ou não capacitação, dos profissionais de toda a rede de serviços, desde os níveis básicos até os secundários, terciários e os setores de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Carência de informações a respeito dos riscos existentes no parque produtivo de seu território;
- As relações interinstitucionais ocorrem com dificuldade, mais como atuações pontuais de alguns técnicos, do que como políticas institucionais estabelecidas e cumpridas;

> • Além das dificuldades que afetam o sistema como um todo: a crise financeira e a falta de condições materiais de toda a rede de assistência à saúde; a persistência do modelo centrado na consulta médica, individual, em detrimento das ações coletivas de vigilância em saúde, dentre outras (RENAST, 2006, s/p.).

No plano de reconhecimento formal de direitos, os avanços foram alcançados, mas a implementação dessa política não se deu na mesma direção. Tal assertiva se fundamenta nas inflexões que essa perspectiva de conquista social encontrou nos limites advindos das contradições orgânicas do sistema capitalista, cujos rebatimentos foram evidenciados na crise econômica mundial e na atuação do Estado nas políticas sociais, incluindo a saúde, que rompe com uma proteção social ampla e universal que deveria ser por ele assegurada (MELO, 2013). Posto que é condição para que a consolidação do seu modelo reconfigurado por características neoliberais identificadas com as exigências do capitalismo mundial destine o fundo público para os interesses do atual estágio de acumulação do capital e não para a reprodução do trabalhador.

Tais dificuldades devem ser superadas através de um novo posicionamento de todo o SUS em relação ao seu papel no campo da Saúde do Trabalhador. O Ministério da Saúde deve assumir, efetivamente, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conforme definido na Lei Orgânica de Saúde. Assim como, na perspectiva da descentralização, é necessário que os Estados e municípios assumam responsabilidades crescentes.

Pode-se afirmar que no âmbito do SUS, a definição e efetivação de uma política que envolva a promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde dos trabalhadores não têm acontecido no ritmo e qualidade desejáveis. Afirma-se, ainda, que não há uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil, mas apenas iniciativas fragmentadas (VASCONCELLOS *et al*, 2011).

Entretanto, um projeto de política nacional de saúde e segurança na dimensão do trabalho contrário aos esforços empreendidos na esfera da saúde tornou-se hegemônico durante alguns anos no âmbito das instituições do Ministério do Trabalho e da Previdência Social (SILVA, 2012).

Assim, faz-se necessário aprofundar e definir diretrizes para uma atuação transversal e intersetorial nas áreas da Saúde, Previdência e Trabalho, nos setores da economia, no ambiente, na ciência e tecnologia e em outros campos de atuação que possuem interface com a Saúde do Trabalhador.

Vale ressaltar que a leitura da realidade e das necessidades da Saúde do Trabalhador perpassa o envolvimento de toda a sociedade em co-participação com os setores engajados na temática, visando conhecer e avaliar a situação de saúde dos trabalhadores, formulando propostas necessárias à implantação e/ou implementação da Saúde do Trabalhador, com a certeza de que o debate, a crítica e a troca de experiências são imprescindíveis para alavancar, efetivar e consolidar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Todavia a questão crucial para um avanço efetivo nas ações inerentes a Saúde do Trabalhador abrange, sobretudo os aspectos estrutural, ideológico e político.

A saúde no trabalho afirma-se como um processo de democratização das relações nos ambientes e processos de trabalho, em prol do respeito e garantias dos direitos individuais e coletivos. Os serviços da rede SUS devem atuar na perspectiva da integralidade do cuidado, tendo a Saúde do Trabalhador como eixo inerente às condições de vida e de saúde dos indivíduos.

Emerge a necessidade de fortalecer o campo político da Saúde do Trabalhador, na compreensão dos conflitos entre o capital e o trabalho nesse modo de produção, configurando-se como estratégia indispensável para os enfrentamentos das ofensivas postas à classe trabalhadora, no que pese também que ao Estado cabe dar respostas aos agravos decorrentes do modelo de produção ao mesmo tempo em que estimula as relações de precarização do trabalho.

Assim, considera-se a luta da classe trabalhadora como imperativa nesse processo, uma vez que impera a alienação do trabalho. O trabalhador além de se envolvido pelo processo de adoecimento, há trabalhadores que corroboram para o adoecimento da classe, do colega trabalhador, num processo de alienação gerado pelo capital.

Segundo Netto e Braz (2008), os projetos coletivos são projetos societários que, em sociedades como a brasileira, são necessariamente projetos de classe, fortalecendo aos interesses da classe trabalhadora ou da classe capitalista. É preciso resgatar o campo político da Saúde do Trabalhador, na clareza de que a Saúde do Trabalhador é a expressão concreta das relações sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011) e de que as precárias condições de trabalho, que atingem os trabalhadores.

Considera-se, ainda, que no contexto dessa reflexão, o não atendimento das necessidades reais da classe trabalhadora, do ponto de vista da Seguridade Social, vem sendo tensionado pela desarticulação dessas políticas, pelo pragmatismo das respostas às expressões da 'questão social' e pela fragilidade da organização das resistências no âmbito das relações saúde-trabalho, o que exige enfrentamentos das contradições que se espraiam para todas as

esferas da sociabilidade humana, atingindo o corolário das relações sociais que se movem nas esferas políticas, administrativas, econômicas, de trabalho e nas políticas sociais (SILVA, 2012).

Na prática social as ações de Saúde do Trabalhador apresentam na sua configuração dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Assim, torna-se necessário compreender que o conceito de saúde do trabalhador vai muito além do conceito de saúde ocupacional. Para tanto, são indispensáveis ações governamentais norteadas por práticas transversais e intersetoriais, com uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, para que desse modo contemple a complexidade das relações inerentes ao estabelecimento da Saúde do Trabalhador.

É de suma importância trazer a público o registro da atuação de profissionais envolvidos com a área da Saúde do Trabalhador comprometidos com os interesses da classe trabalhadora. Conforma-se como um parâmetro para os novos profissionais da área, em especial aqueles que estão à frente dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), em expansão no país.

Nesse sentido, reafirma-se a emergente necessidade de estudos e pesquisas nessa área se pautarem por uma perspectiva crítica e serem embasados por abordagens multi(trans)disciplinares, de caráter integrador para se obter uma melhor apreensão da saúde do trabalhador que é consumida pela precarização do trabalho, que se consolida a partir da reorganização do capital, que busca manter sua hegemonia, sendo a Saúde do Trabalhador tratada ainda de forma assistemática e envolta em uma indefinição política e instável gestão das ações e serviços, que potencializa a tensão entre o direito à saúde e as desmedidas impostas pelo capital, que progressivamente vem se alastrando sobre a saúde pública no País.

A estrutura das relações contemporâneas do trabalho traz exigências e consequências à classe trabalhadora concomitantemente com o aumento das expressões da questão social, em que o adoecimento profissional é tratado de maneira individualizada e sua relação com as novas formas do trabalho não são consideradas largamente, mesmo oriundas de um contexto macroestrutural, pois este estabelece limites de possibilidades, diante da complexidade do mundo produtivo.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 1.823 de 23 de Agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)[13], onde está política visa atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora, nos seus componentes

[13] Após a implantação dessa Portaria dá-se ênfase a questão de gênero.

de promoção, vigilância, assistência e reabilitação. Em seu Artº 2, a supracitada Portaria dispõe que:

> A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, **com ênfase na vigilância**, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, GM/MS, 2012a, p.01) (grifos da autora).

Pela natureza de seu objeto, essa Política, necessariamente, possui interfaces com diversas áreas e Políticas Públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Indústria, Comércio, Mineração, Ciência e Tecnologia, Segurança Pública, dentre outras.

A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora constitui uma área da saúde pública que busca intervir na relação intrínseca entre trabalho e saúde, tendo por objetivos a promoção da saúde e proteção do trabalhador e da trabalhadora por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, da assistência, da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

> Há uma preocupação do SUS em assumir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em Saúde do Trabalhador de forma universal, integral, com equidade e controle social, de conformidade com seus princípios e diretrizes, na medida em que o direito a saúde deve abranger todos os brasileiros independente de estarem no mercado formal, informal ou desempregados (SANT'ANA, *et al*, 2010, p.212).

Após 28 anos da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), realizada de 1 a 5 de dezembro de 1986 em Brasília/DF e a implementação da efetiva atenção integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, preconizada pela Política Nacional, encontra inúmeras dificuldades para sua efetividade.

Segundo Dias (1994, p. 16):

> Apesar das 'conquistas' estabelecidas na legislação, na Constituição federal e na Lei Orgânica da Saúde, do intenso processo social de discussão e intervenção sobre a questão, no âmbito federal, regional/estadual e municipal, observa-se dificuldades e entraves, alguns compartilhados com o conjunto do Sistema de Saúde, outras próprias ou específicas da área da Saúde do Trabalhador, com profundas repercussões para sua operacionalização de fato.

Em outros campos, essa dificuldade de implementação resulta de diversos fatores: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país, baixa cobertura do sistema de proteção social, fragmentação do sistema de seguridade social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integradamente, situação agravada, nos últimos anos, pela inexorável reestruturação produtiva que vem transformando profundamente a configuração do mundo do trabalho e o modelo de atenção à saúde com o qual se habituaram a atuar os que militam no setor (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011).

As indiscutíveis mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais de produção nos últimos anos constituem uma verdadeira crise sistêmica que atinge trabalhadores, seus órgãos de representação e as políticas públicas trabalhistas. Mesmo diante dessas constatações, do ponto de vista institucional, o Ministério da Saúde (MS), ao longo dos sucessivos governos, foi relegando a construção de um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Em síntese, antes da criação do SUS, o cuidado dos problemas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora era desenvolvido, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, pela Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada pelos respectivos especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. Também alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva. Do ponto de vista institucional, o Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho.

A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores. A Reforma Sanitária incorporou a Saúde do Trabalhador nas suas propostas, dando lugar e voz a um movimento de reivindicações que ecoava tendências já em desenvolvimento em países industrializados, liderados pela Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde.

Nesse sentido, sabe-se que as ações do campo saúde do trabalhador têm se constituído, ao longo dos anos, em uma política contrahegemônica, ou seja, uma política de segundo nível e a reboque das políticas econômicas, direcionada a cidadãos de "segunda classe" (GOMEZ,

2011), mesmo assim expressa em ações de resistência ao predomínio da lógica desenvolvimentista e financeira.

Pode-se afirmar que é nessa política se encontram os motivos para a manutenção da fragmentação das ações institucionais, que acompanham o esvaziamento dos serviços e das políticas públicas na perspectiva da anulação do papel do Estado provedor, e que dá origem a propostas fantasiosas por parte de seu aparato.

Os resultados apresentados mostram que a principal conquista da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora até o momento foi a disseminação dos seus princípios e estratégias em contraponto ao modelo médico-assistencial hegemônico anterior à implantação do SUS, e a sua institucionalização como campo de práticas sanitárias nesse sistema público de saúde que é de cobertura universal.

Isto fica demonstrado com os diversos instrumentos de normatização e regulação adotados no período e nos dados que revelam a implementação da RENAST, que ampliou a capacidade instalada e o escopo de ações desenvolvidas sob a responsabilidade do SUS. É importante ressaltar que isto se tornou possível com a participação da sociedade, resultante do fortalecimento dos movimentos sociais no período de redemocratização do País, em especial dos sindicatos, e com a produção intelectual e científica sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a sua disseminação para além do ambiente acadêmico.

2.4 A Saúde do Trabalhador e o Pacto pela Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de sua história, teve avanços e desafios em sua implementação, exigindo de seus gestores e da sociedade um repensar permanente no que se refere à distribuição dos equipamentos sanitários e à garantia de acesso equitativo e universal da população. Em 2006, foi iniciada uma nova reestruturação na Política de Saúde, o Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais do SUS, firmado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, ao mesmo tempo em que são redefinidas as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, GM/MS, 2006c).

A nova reorganização adota a lógica de um Pacto, que atribui aos gestores novas relações e responsabilidades. "Ou seja, não se trata mais de somente regular o sistema de

saúde a partir de suas legislações, mas de instalar uma nova dinâmica e novos conceitos no próprio sistema" (DIAS, 2007. p.104).

A construção do Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS se deu por meio de um conjunto de portarias ministeriais, sendo as principais as do Ministério da Saúde nº 399/GM de 22/02/2006, com as diretrizes do Pacto pela Saúde, e a Portaria de nº 699/GM de 30/03/2006, na qual estão regulamentadas as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. O referido Pacto será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Como diretrizes, no Pacto são enumeradas: a integralidade, a equidade, a responsabilidade sanitária, a mobilização e a participação social, a intersetorialidade, a informação, a educação, a comunicação e a sustentabilidade.

Em linhas gerais, os três componentes do Pacto pela Saúde podem ser assim descritos, de acordo com o estabelecido na Portaria 399/GM de 2006: o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

> As prioridades pactuadas para o ano de 2010-2011 são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; **Saúde do Trabalhador**; Saúde Mental; Fortalecimento da Capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou violência; Saúde do Homem (BRASIL, 2006b, p. 01) (grifo da autora).

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Firma-se por meio de iniciativas que buscam a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a

dos desafios atuais do SUS, a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

E o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006c).

Para adequar a RENAST às diretrizes do Pacto pela Saúde (2006), a Portaria MS/GM nº 2.728 de 2009 prescreveu mudanças na organização da rede, enfatizando a importância do desenvolvimento de ações na Atenção Primária a Saúde (APS) (BRASIL, 2009a). No âmbito da Vigilância, a Portaria GM/MS nº 3.252 de 22/12/2009 estabeleceu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio da articulação das vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador, reorientando as ações de Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 2009c).

Esse Pacto prioriza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo a descentralização, acompanhada da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Em realidade, o modelo que se propõe é o da formação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando o que se denominou de "redes funcionais" de assistência à saúde. A Saúde do Trabalhador está definida, juntamente com outras políticas específicas, como área estratégica, para orientar o processo de Programação Pactuada e Integrada do Pacto pela Saúde.

Como parâmetro de referência para a programação de ações em Saúde do Trabalhador podem-se citar: as dermatoses ocupacionais, a exposição a materiais biológicos, a Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), as Pneumoconioses, as Perdas Auditivas por Ruído (PAIR), a exposição ao chumbo, à exposição ao benzeno e a intoxicação por agrotóxicos (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde esclarece que a programação, partindo de áreas estratégicas, possibilita ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento e integra de forma mais

efetiva as ações básicas e de média complexidade. A organização da assistência tem como principal porta de entrada a atenção básica, considerada condição fundamental para a estruturação das demais áreas, bem como para a viabilização dos fluxos estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada.

Todas as ações desenvolvidas, incluindo a Saúde do Trabalhador, serão programadas com lógica descendente, e as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam esse tipo de atendimento, precisando sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização estabelecida (BRASIL, 2006a). Embora a Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009, estabeleça, entre outras, a Saúde do Trabalhador como prioridade do Pacto pela Vida, muito se tem a fazer para sua plena efetivação.

2.5 A estratégia da RENAST entre as lacunas e possibilidades de implementação

A construção da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, com a finalidade de implementar as ações de uma atenção diferenciada para os trabalhadores na rede de serviços de saúde é a principal estratégia adotada pela área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT). Com a RENAST, o Ministério da Saúde (MS) prioriza o investimento nos CEREST, hoje a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.

Mediante a necessidade de organizar a Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS, unificar as várias práticas por meio de protocolos, elaborar projeto nacional de capacitação e formação, aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais, criar novas metodologias para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi criada em 2002 através da Portaria GM/MS Nº. 1.679, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), posteriormente ampliada e fortalecida através da Portaria Nº. 2.728/GM/MS /2009.

A RENAST propicia um fluxo contínuo de financiamento para as ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas em Centros habilitados pelo MS. Objetiva, portanto, integrar tais ações no SUS, nos três níveis de complexidade, por meio de atividades de assistência, vigilância e educação.

A RENAST está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde mediante: ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica (prioritariamente), de média e alta complexidade, ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS. Na proposta da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, e polo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças, e lócus de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência.

> A Renast se constitui em uma rede de Cerests, que se concretiza com ações integradas transversais em Saúde do Trabalhador, que incluem a gestão, a informação, a definição e o compartilhamento das ações de vigilância e de assistência em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, os Cerests são compreendidos como polos irradiadores estratégicos na ação de matriciamento da Renast no SUS (RENAST, 2006, s/p.).

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

O principal objetivo dessa rede é o de articular ações de Saúde do Trabalhador na perspectiva da inter e intrasetorialidade, voltadas à assistência, à vigilância e promoção da saúde, visando garantir a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores. De modo que a organização paulatina da RENAST parte da publicação de protocolos de complexidade diferenciada, ou seja, uma série de documentos que oferecem recomendações e parâmetros para diagnóstico, tratamento e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. Ressalvando, contudo a ausência, ainda persistente, de publicações sistematizadoras de ações de Vigilância em ambientes e processo de trabalho.

Apresenta também como objetivo articular ações intersetoriais, estabelecendo relações com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa. A RENAST está estruturada a partir da atuação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), de abrangência estadual, regional e municipal.

Segundo a Portaria Nº 2.728/GM/MS/2009 em seu Art. 1º:

> Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área (BRASIL, GM/MS, 2009, p.01).

A proposta de uma Rede integradora de Saúde do Trabalhador no SUS surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos Centros de Referência e Programas de Saúde do Trabalhador que não estabelecia vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados, sua criação poderia servir como fator impulsionador da consolidação da área no SUS, trazendo novos aportes para a constituição de uma cultura mais sólida do campo. Tendo como princípio formulador básico a ideia da integração e harmonização das iniciativas institucionais do campo, a Rede abre espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da Saúde do Trabalhador no SUS (VASCONCELLOS *et al*, 2011).

Nesse momento, pontos críticos da área foram notados, como a necessidade de organizar a Saúde do Trabalhador em todos os níveis da atenção, unificar as várias práticas por meio de protocolos, elaborar projeto nacional de capacitação e formação, aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais, criar novas metodologias para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, construir indicadores para o planejamento das ações, rever o modelo calcado nos Centros de Referência, no sentido de sua avaliação, e redefinir seu papel de polo de difusão e de realização de ações, entre outras coisas (LEÃO, 211).

> No entanto, observa-se nos textos a falta de mecanismos mais sólidos para a concretização das ações de vigilância em saúde do trabalhador, com este caráter transversal às vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental. Embora o objeto da vigilância em saúde do trabalhador (Visat) seja a relação do processo de trabalho com o processo saúde/doença, a Visat não se constitui como uma estrutura específica, mas um olhar qualificado das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária para a importância do trabalho como condicionante e determinante da saúde da população, como inclusive preconiza a Portaria 3.120, instrução normativa de Visat (LEÃO, 2011, p.93).

Diante disso, muitos problemas para a prestação de uma atenção diferenciada à Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços estão colocados, como:

> [...] a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas; a insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde, (mesmo restritas à vigilância da saúde); a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS e entre as instituições governamentais, particularmente com o MT, reflexo da falta de políticas institucionais bem estabelecidas; a carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores; informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e as dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores (DIAS, 1994, p. 97).

A RENAST se constituiu em uma eficaz estratégia, embora perpassada por dificuldades, como a diferença da área regional de cobertura dos CEREST em relação à organização de base municipal adotada pelo SUS. Apresenta-se ainda a frágil articulação intrassetorial, a falta de clareza na definição das instâncias de coordenação das ações e dos direcionamentos para a pactuação entre os diferentes níveis de governo no planejamento estadual, regional ou municipal. Esses limites vêm sendo discutidos, mas ainda requerem um maior detalhamento das suas causas, de modo a subsidiar sua superação, estabelecendo avanços e inovações.

Dias (1994) sinaliza que os CEREST representam um avanço na institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador, embora faltem claras definições dos critérios de regionalização, das estruturas componentes da RENAST, do papel dos CEREST, dentre outros aspectos.

A Portaria Nº 2.728/GM/MS/2009 que dispõe sobre a RENAST sinaliza em seu Art. 1º:

> § 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo:
> I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
> II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
> III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
> IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
> V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, GM/MS, 2009, p.01).

A RENAST é embasada na compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, baseia-se no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na construção da sociabilidade humana. A construção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; o fortalecimento da Vigilância de ambientes, processos, agravos e a assistência caracterizam a atenção integral à saúde, pressupondo consequentemente a ampliação e adequação institucional de modo a permitir que esse conjunto de ações seja viabilizado e desenvolvido pela rede de serviços de saúde em uma ação coordenada entre as instâncias

governamentais e entre a participação efetiva da sociedade civil, mediante o controle social (VASCONCELLOS *et al*, 2011).

Apresenta-se como fundamental importância a estratégia da construção de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) pelo setor saúde, com a rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Entretanto, a estruturação da rede enfrenta enormes obstáculos pela limitada importância dessa área dentro da estrutura ministerial, aliada a interesses políticos que, com frequência, têm um grande impacto na constituição, nas atribuições e na autonomia dos CEREST.

> A proposta original da Renast não se efetivou devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Até 2002 existiam duas secretarias no Ministério da Saúde: a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), na qual situava-se a Cosat, e a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), que abrigava desde 1999 uma assessoria de saúde ocupacional. A fragmentação institucional no Ministério da Saúde refletia o próprio campo da saúde do trabalhador, cuja dificuldade em estabelecer articulações e conexões havia suscitado o propósito de constituição da rede (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p.465).

Prioritariamente não se pode falar de um "modelo" de Atenção à Saúde do Trabalhador, uma vez que este esta intrinsicamente inserido dentro do próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção, com equidade e controle social. De modo que essa articulação em rede deveria se efetivar no território, por meio da regionalização e hierarquização da atenção, privilegiando a Atenção Básica como polo condutor da promoção e prevenção da saúde (DIAS; SILVA, 2013).

Santos (2010) aponta que a potencialidade delas está na formação de redes intra e interinstitucionais em torno de projetos de ação definidos como prioritários, assim como na apresentação de possibilidades de transcender a abordagem do processo saúde e doença, pautada tradicionalmente por ações médico-assistenciais individuais, na perspectiva de ações que visam à prevenção, à promoção e à Vigilância em Saúde do Trabalhador.

> Conceitualmente, a Renast é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS. A proposta da rede é qualificar a atenção à saúde, já exercida no SUS, fazendo com que o sistema, como um todo, funcione na perspectiva da saúde do trabalhador (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p. 468).

Destaca-se que o modelo de atenção à Saúde dos Trabalhadores no SUS adotado na construção da RENAST, nos serviços de saúde, envolvendo técnicos, trabalhadores e movimento social organizado, e que aponta os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como ferramenta estratégica para a disseminação de suas práticas especializadas, para subsidiar o conjunto de rede de atenção à saúde, carrega um pecado original ao tratar predominantemente da assistência, abordando perifericamente a Vigilância nos ambientes e processos de trabalho, sendo este pilar fundamental para a prevenção de danos relacionados ao trabalho.

Posteriormente com a publicação da Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009, que novamente versa sobre Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador dá maior enfoque ao aspecto da vigilância em Saúde do Trabalhador. Leão e Vasconcellos (2011, p.479) salientam que "A rigor os profissionais dos CEREST não atuam nessa linha, na parcela que lhes competem. É evidente que o problema não reside nos profissionais em si, mas na própria concepção da RENAST e do papel dos Centros, o que estimulam posturas mais assistencialistas".

A dimensão das ações desenvolvidas expressa a capacidade de resposta dos CEREST às demandas e às necessidades da região de cobertura, bem como de resposta às diretivas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dos manuais da RENAST e do CEREST.

> Uma vez tendo refletido sobre o sentido e o significado da palavra rede e a descrição da Renast, passamos a discutir a relação entre o conceito de rede e a configuração da Renast, considerando que esta não atua , a rigor, como rede e, portanto, não enreda seus componentes, seus meios de ação e, tampouco, seus objetivos. A Renast, assim, pode ser tratada como uma rede que não enreda (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p. 470).

A proposta original da RENAST não se efetivou, contudo, devido a dificuldades de articulação na própria estrutura ministerial. Assim instituída, a RENAST, textualmente, tinha o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde dos Trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede desenvolver-se-ia de maneira articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de Saúde do Trabalhador articular-se-ia em três contextos: rede de atenção básica e Estratégia Saúde da Família; rede de Centros de Saúde do

Trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

Todavia, "[...] os textos normativos da RENAST não aprofundam a discussão sobre a vigilância da saúde, trabalho e ambiente de maneira integrada, e consequentemente, não disciplinam a gestão das ações de vigilância dos serviços vinculados à rede" (LEÃO, 2011, p.93).

Salienta-se que a gestão da RENAST ainda se ressente de melhor estruturação e adequação às singularidades da sua proposta. Dentre os pontos principais, evidencia-se a garantia da continuidade do financiamento e da contrapartida dos governos locais, a agilidade restrita na aplicação dos recursos e a falta do estabelecimento de prioridades com base em informações epidemiológicas e do perfil produtivo.

Há uma clara lacuna na produção de informações sobre o impacto dos programas e investimentos na melhoria das condições de trabalho e Saúde dos Trabalhadores. Nota-se que a produção de informações deve ser um foco prioritário de fortalecimento institucional, que em conjunto com a participação dos trabalhadores nas ações qualificam o processo de vigilância.

O SUS e o seu modelo de atenção à Saúde do Trabalhador, de caráter universal e incorporado à atenção primária de saúde, poderão, potencialmente, atingir todos os trabalhadores brasileiros. Essa integração com a atenção básica, o aperfeiçoamento da vigilância e a produção de informações precisas e abrangentes são alguns dos seus principais desafios.

É também essencial criar mecanismos de aproximação com outras instâncias das redes de atenção à saúde do SUS e estabelecer a interação com outros setores e com os movimentos sociais. "É com esse espírito que vemos a RENAST, com uma missão provisória na construção do SUS, mas com um potencial inovador de contribuição para atuações mais sistêmicas, tanto na perspectiva intrassetorial quanto na intersetorial" (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p. 481).

Desse modo compreende-se que na concepção ideológica da RENAST, há uma intencionalidade da apreensão pelo SUS da concepção de "rede", no entanto, na contramão dessa lógica não existe uma cultura de rede sob a perspectiva da integralidade da atenção e promoção da Saúde do Trabalhador.

Ao explicitar a necessidade de implementação de ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS em uma concepção de rede, cuja ordenadora deve ser a Atenção Primária, a Saúde do Trabalhador amplia suas possibilidades. A RENAST não está

mais restrita à atuação dos centros de referência. Entretanto, o papel dos CEREST não somente continua sendo fundamental, como retaguarda técnica especializada para toda a rede, como assume uma concepção de complexidade crescente, compartilhando conhecimentos e práticas com os demais setores ou pontos de atenção, especialmente com as Vigilâncias em Saúde, presentes em cada município do País.

Desse modo, a PNSTT alinha-se internamente com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de Saúde do Trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

2.6 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): contextos e desafios

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) integram a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), promovendo ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores por meio da prevenção, vigilância, bem como diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, oferecida por meio de um suporte técnico especializado inserido na rede do SUS.

Apesar das críticas esboçadas quanto aos limites da estratégia centrada no modelo dos Centros de Referência, sucessores das iniciativas ou Programas de Saúde do Trabalhador implementados nos anos 1980, entre elas, a baixa cobertura da população trabalhadora, a desarticulação das ações no conjunto das estruturas do SUS, reforçadoras do "gueto da Saúde do Trabalhador" e a fraca articulação intersetorial, a implementação da RENAST passou a ser priorizada pela área técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, atual Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), vinculada ao Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância da Saúde, para o desenvolvimento de suas políticas.

De acordo com a Portaria Nº GM/MS 2.728/09 que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em seu Art. 7º diz: "O CEREST tem por função dar subsídios técnicos para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância,

diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais". Dentre as atribuições dos CEREST, previstas na Portaria GM/MS 2.437/05[14] estão:

> • Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador;
> • Recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador;
> • Apoiar a realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador;
> • Facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e dos participantes do controle social;
> • Elaboração dos Planos de Ação Estaduais e Regionais de Saúde do Trabalhador, naqueles Estados onde acumulam a função de Coordenação Estadual ou Regional de Saúde do Trabalhador, e os seus respectivos Planos de Aplicação;
> • Articular e operacionalizar as estratégias da PNST (Plano Nacional de Saúde do Trabalhador);
> • Implementar protocolos de atenção à Saúde do Trabalhador e projetos estruturadores de ações prioritárias;
> • Acolher, discutir e prover soluções às demandas institucionais e dos movimentos sociais, relacionados com a situação da saúde e trabalho (BRASIL, GM/MS, 2005, p. 02).

O CEREST é dividido em duas modalidades:

- **Estadual:** que tem a função de elaborar e executar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, acompanhar os planos de ação dos CEREST Regionais, a participação da pactuação para definição da Rede Sentinela e a contribuição para as ações de Vigilância em Saúde.
- **Regional:** cabe capacitar à rede de serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória citada na Portaria GM/MS nº 777 de 28 de abril de 2004[15].

Portanto, o CEREST visa atender as questões relativas à Saúde do Trabalhador, prestando assistência especializada a rede de serviços de referência a esses segmentos

---

[14]Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde (SUS).

[15]Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde (SUS).

acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, bem como foi criado no intuito de fortalecer as ações relacionadas à Saúde do Trabalhador no País, sob a perspectiva da Vigilância em Saúde.

A atual Política Pública de Saúde é clara com relação à vinculação das atividades de Saúde do Trabalhador ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao seu caráter interdisciplinar e intersetorial, e do compromisso de estados e municípios com o processo de descentralização, indicando as diretrizes para a constituição de uma rede hierarquizada de atenção à Saúde do Trabalhador com responsabilidades compartilhadas de acordo com a habilitação dos gestores (SILVA, 2013).

Tendo em vista a fragmentação das ações na área da Saúde do Trabalhador nos três níveis de gestão da saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da portaria MS 1679/2002 (MELO, 2013).

Silva (2013) analisa que dentro dessa perspectiva de atenção à Saúde do Trabalhador, foram criados Centros de Referência, compostos por uma equipe multiprofissional como intuito de promover assistência integral aos trabalhadores do setor formal e informal com problemas de saúde relacionados ao trabalho rural e urbano, incluindo: ações de vigilância, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da Saúde dos Trabalhadores acidentados ou com doenças relacionadas ao trabalho; o registro de todos os casos de acidentes e doenças do trabalho atendidos nas unidades do SUS; a garantia do encaminhamento para as providências previdenciárias e trabalhistas; e a disseminação de uma concepção que considere o trabalho como fator de saúde.

> A estrutura focalizada em torno dos Cerest, com falta de comunicação entre os centros e poucas articulações intra e intersetoriais, e o predomínio da concepção assistencialista em saúde do trabalhador evidenciam o embasamento mecanicista, segmentado e fragmentado da Renast. A lógica das partes prevalece. Para ser efetivamente rede, a Renast depende de uma matriz diferente calcada numa lógica do todo, nas perspectiva sistêmica, integralizadora e totalizadora. (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p. 482).

A formação e o desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no SUS têm como principal desafio a atenção à saúde. Ou seja, tem que ser capaz, de descentralizar as ações de Saúde do Trabalhador em nível local e regional; ser referência para as investigações de maior complexidade; realizar Vigilância em Saúde do Trabalhador; realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST, para que estes se tornem agentes multiplicadores e contribuam para a formação permanente dos trabalhadores

do SUS em Saúde do Trabalhador, interagindo com os Pólos de Educação Permanente em Saúde; facilitar e fomentar as ações intersetoriais, entre elas o desenvolvimento de estágios e pesquisas relacionadas à área (TOLDRA, *et al.*, 2010).

Na realidade, trata-se de uma complexidade de ação que como se observa, não se restringe a assistência ao trabalhador vítima de agravo à saúde. Dessa maneira, a amplitude ensejada pela política é que seja preservado o princípio da prevenção, promoção, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Para tanto é destacada também a importância dos estudos relativos aos agravos relacionados ao trabalho.

Emerge a necessidade de promover a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº. 1339/GM, de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999) e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº. 777, de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2004); provendo subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência; estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência; subsidiar o compromisso da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na Programação Pactuada Integrada (PPI) da vigilância, em sua área de abrangência.

Insurge também o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada; desenvolvimento de práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos CEREST como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho; fornecimento de subsídios para a composição das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na PPI, em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação (MELO, 2013).

TOLDRA, *et al.* (2010) salientam que ao CEREST cabe prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes.

Essas competências visam às ações de vigilância e proteção à saúde; prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual; prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em

sua área de abrangência; desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, entre outros; participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção conforme anexo IV da Portaria Nº. 2437/GM/MS (BRASIL, 2005).

As diretrizes da RENAST estabelecem que a assistência à Saúde do Trabalhador se constitui na rede SUS, de modo hierarquizado e descentralizado. Mas, se constata que no desenvolvimento das ações do CEREST essas diretrizes ainda estão longe de serem alcançadas.

O desenvolvimento das políticas públicas, historicamente, seguiram o viés de serviços isolados, criando-se "ilhas" responsáveis por determinada área. Na Saúde do Trabalhador, não é diferente, como se verifica nas ações de Vigilância feitas ainda de modo restrito às fiscalizações incipientes e como se fossem responsabilidades de um único serviço. A Nota Técnica do Ministério do Trabalho, Secretaria de Inspeção do Trabalho e Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, nº. 234 de 30 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007) afirma que o SUS não teria atribuições respaldadas legalmente para atuar nos ambientes de trabalho e trata os agravos à Saúde dos Trabalhadores como uma questão de atendimentos e exames médicos individuais realizados pelo SUS e especifica que as ações de fiscalização são de responsabilidade do Ministério do Trabalho (MELO, 2013). Essa segmentação acaba por particularizar um todo (complexo) e, portanto, impossível de ser resolvido a partir de ações limitadas e focais desse ou daquele serviço.

Na vertente da Vigilância, a construção do perfil epidemiológico dos trabalhadores envolve esforços interinstitucionais, sendo, portanto uma ação complexa, que encontra obstáculos para sua concretude. O Centro de Referência desde a sua fundação vem envidando esforços para estruturar um Sistema de Informações, que retrate a realidade da população trabalhadora de cada estado.

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 19/09/1990, em seu Artigo 6º, dispõe sobre a atuação do SUS na área de Saúde do Trabalhador, entendida como um conjunto de atividades que se destinam, por meio das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da Saúde dos Trabalhadores, assim como a recuperação e reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

> Os problemas de saúde da população brasileira decorrentes das condições de trabalho são fenômenos de dimensões profundas e complexas demais para serem resolvidos ou, pelo menos, minimizados por ações assistenciais realizadas nos Cerest. Por meio do estabelecimento de conexões, é possível ao Estado brasileiro uma atuação mais eficaz, mais próxima de sua vocação constitucional, que passa por garantir aos cidadãos o direito à saúde no trabalho e, enfim, a dignidade (VASCONCELLOS *et al*, 2011, p. 483).

Dessa forma, a demanda em Saúde do Trabalhador deve envolver toda a rede de serviços de saúde, desde o mais simples até o serviço de alta complexidade. O processo de expansão da Saúde do Trabalhador no SUS significa a conquista de direitos da Saúde do usuário/trabalhador. Suas ações são desenvolvidas em equipe multidisciplinar, envolvendo: médicos do trabalho, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, engenheiros de segurança no trabalho, fonoaudiólogos, entre outros. Tais atividades consistem em atendimento assistencial, fiscalização das condições de Saúde do Trabalhador, avaliação e diagnóstico de ambiente de trabalho, realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos e da rede de saúde, cursos de capacitação, orientação e educação em saúde.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são resultados de uma política sanitária governamental, decorrente de um processo reivindicatório entre diferentes atores: trabalhadores, sindicalistas, profissionais interessados na preservação da saúde (MELO, 2013). Atualmente devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo-saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, desse campo do conhecimento e tem como um dos objetivos atender às demandas decorrentes do quadro epidemiológico do Estado, a partir de uma cooperação técnica interinstitucional.

Assim, os CEREST passam a ter a necessidade de se adequar às exigências da Portaria Nº 2437/05[16] e ao novo modelo desenhado para o Sistema de Saúde, em um cenário de grandes transformações no mundo do trabalho, resultantes dos processos de re-estruturação produtiva e de suas consequências para a vida social, o perfil do trabalho, dos trabalhadores e das formas de adoecimento relacionadas aos processos produtivos.

---

[16] 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.

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Neste capítulo pretende-se abordar a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no Sistema Único de Saúde (SUS). O recorte teórico situa-se na mesma perspectiva histórica crítica adotada nos capítulos anteriores. Centra-se na crítica da área de Saúde do Trabalhador com práticas tradicionais que ainda não observaram o contexto do capitalismo mundializado, a globalização do consumo e das relações sociais de produção, a flexibilização das relações sociais e sua repercussão na dinâmica social do sujeito coletivo.

A partir da atuação no SUS, analisa-se os possíveis motivos pelos quais as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador não são efetivadas e se o modelo atual atende às demandas contemporâneas do mundo do trabalho sob os princípios de equidade e integralidade do SUS. Destaca a necessidade de superar o modelo de Vigilância centrado em agravos e de ampliação de suas práticas para uma atuação sobre os determinantes sociais no contexto do capitalismo atual.

Procura-se, dessa maneira, dar visibilidade à Vigilância em Saúde do Trabalhador no cotidiano dos serviços, contribuindo para a construção de novas práticas e mecanismos eficientes de informação, antenados às demandas dos trabalhadores e ágeis o suficiente para intervir na realidade encontrada, o que se mostra fundamental para a construção de uma efetiva Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) na rede do SUS.

Dentro da tentativa de conhecer e analisar a VISAT atualmente no Brasil é importante mencionar alguns dos pontos principais da trajetória histórica da Vigilância em Saúde Pública, e das principais vertentes ou ramificações: a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, vislumbrando na atenção primária como pilar estruturante das ações de VISAT no SUS.

3.1 Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador: concepções de vigilâncias

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) corresponde a um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras. Esse tema surge da interseção de dois campos de atuação da Saúde Pública, a Vigilância em Saúde (VS) e a Saúde do Trabalhador.

Segundo a Portaria Nº 1.378/13 a VS em seu Art. 2º estabelece:

> A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, MS, 2013, p.01).

Nos anos 1990, além da discussão teórico-conceitual, inicia uma reflexão sobre organização das ações de Vigilância no SUS e da própria descentralização da Vigilância. A territorialização das atividades permite a definição de prioridades em termos de problemas e de grupos, o mais rápido possível. Desse modo, essa perspectiva da Vigilância da Saúde aponta caminhos para a superação da crise do Sistema de Saúde que levam em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto sob o ângulo social, epidemiológico e sanitário (TEIXEIRA *et al*, 2002).

Para Porto *et al.* (2000) a forma de organização desse modelo privilegia a construção de políticas públicas, atuação intersetorial, intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, onde a base do planejamento das ações está inscrita nas análises de situações de saúde nos territórios, o que acaba por propor novos alicerces do modelo de Vigilância, que superem os paradigmas médico assistencial e sanitário vigentes no SUS.

A partir dessa perspectiva, a Vigilância em Saúde apresenta as seguintes características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA *et al*, 2002).

Todavia, o conceito de Vigilância em Saúde dispõe de distintas formulações e entendimentos. Pode ser visto de forma restrita, como monitoramento de doenças, resultante

da conjugação do atendimento clínico e do acompanhamento de populações expostas por meio de indicadores biológicos. Esse entendimento, refere-se exclusivamente à vigilância médica. "Muita confusão é feita entre as diferentes vigilâncias e é fundamental compreender o papel de cada uma delas e a importância do casamento entre essas modalidades para garantir que se efetive um conceito ampliado de vigilância em saúde" (DALDON; LANCMAN, 2013, p.97).

Essa concepção articuladora da ligação entre esses polos de atuação da Vigilância é ressaltada, pelo conceito de Vigilância em Saúde e introduz a necessidade de que a Vigilância em Saúde do Trabalhador incorpore como objeto de suas ações as situações de risco e seus determinantes tecnológicos e sociais.

> A vigilância em saúde é uma área multifacetada da literatura científica brasileira em saúde coletiva, tendo em vista a quantidade e diversidade temática aqui observada. Neste amplo campo de pesquisas notamos as diferenças conceituais e distintas abordagens, bem como sua relação com diversos fenômenos, situações e problemas do campo da saúde pública. Podemos dizer, inclusive, que "vigilância" não é conceito unívoco, mas um termo abordado de várias formas (LEÃO, 2011, p.68).

Da mesma forma, criou-se uma dicotomia que restringiu à Vigilância Epidemiológica ao limite técnico das informações sobre ocorrência das doenças e cristalizou-se uma Vigilância Sanitária cujo papel é de intervenção sobre os fatores que estejam contribuindo para a ocorrência das doenças e pondo em risco a saúde das populações (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

A dispersão e a falta de entrosamento das ações nas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e da Saúde do Trabalhador, torna-se um fator que dificulta a consolidação da Vigilância em Saúde. Ao descreverem o processo de criação das políticas de saúde brasileiras, Brasil e Augusto (2009, p. 173), por exemplo, oferecem o seguinte diagnóstico:

> O Brasil se insere neste contexto de forma pouco articulada, deixando que o arcabouço jurídico institucional disponível fosse mobilizado de forma fragmentada, o que torna as ações do Estado pouco efetivas. Por exemplo, as ações de vigilância em saúde ambiental não se articulam com as de vigilância da saúde dos trabalhadores e nem com as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

A fragmentação institucional do Ministério da Saúde é notória, visto que as práticas e serviços de vigilância muitas vezes não dialogam entre si, permanecendo isoladas uma das

outras. A vigilância epidemiológica busca produzir informação, a sanitária centra-se na intervenção, e a ambiental consiste em vigiar a qualidade do ar e da água, dentre outras coisas.

Por outro lado, o conceito de Vigilância em Saúde também está associado às ações sistemáticas de coleta, análise e disseminação de dados, e, mais genericamente, relacionado às recomendações de articulação com Serviços de Saúde, programas de saúde e pesquisas epidemiológicas enunciadas pelo conceito de Vigilância em Saúde. Essas concepções podem ser sintetizadas no entendimento de que "vigilância é informação para ação", tendo como referência a vigilância epidemiológica, análise e programação de ações de detecção de situações de risco.

Mediante essa dicotomia é que a Vigilância em Saúde do Trabalhador busca superar, através da integração das diferentes atividades, desde a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho. Essa referência pode servir de ponto de partida para ações de intervenção, o que, teoricamente, se encontra no campo de ação da vigilância; sua prática, porém, por requerer outros métodos e técnicas, não se adequa ao modelo de organização de serviços existentes nos Sistemas de Saúde.

Desse modo, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, não é mais uma Vigilância dentre essas. Trata-se de uma perspectiva de ação para as vigilâncias já consolidadas, que deveriam observar também a importância do processo de trabalho na relação processo saúde-doença, pois vigilância em saúde remete a um conjunto de ações visando à intervenção nas situações de saúde da população. Segundo ponderação do próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007, p.217 e 223):

> Ainda não temos um cenário em que a articulação entre estas vigilâncias esteja estabelecida e funcionando harmonicamente. [...] O distanciamento formal e normativo entre os campos de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador propicia a fragmentação dificultando ações mais eficazes no desenvolvimento da Vigilância em Saúde.

Desse modo, o conceito de Vigilância em Saúde definido por Mendes (1994) situa as ações de saúde no âmbito de um dado território, o distrito sanitário, propondo uma mudança de referência em relação ao modelo assistencial tradicionalmente adotado; a nova perspectiva inclui promoção de saúde, atuação nos determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica.

De acordo com esse modelo, estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao

trabalho é essencial na concepção de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, a VISAT é conceituada segundo a Portaria Nº 3.120/1998 como:

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

Por sua vez, a Saúde do Trabalhador constitui um dos objetos integradores das ações de saúde pública por seu potencial articulador das ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, ambiental e de serviços de saúde, as grandes áreas de atuação do setor saúde, segundo Daldon e Lancman (2013, p.98):

> No entender das Portarias nº 3.120/98 GM/MS (BRASIL, 1998) e nº 1.378/13 GM/MS a Visat não é uma área desvinculada ou independente da Vigilância em Saúde como um todo, mas, ao contrário, ela acrescenta ao conjunto de ações da Vigilância em Saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando as práticas sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde.

A introdução da Vigilância em Saúde do Trabalhador, portanto, representa a possibilidade de estabelecer conexões entre suas respectivas instâncias executoras. Essa rede interna do SUS, estabelecida pelo desenvolvimento sistemático das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, apresenta como característica decorrente de seu objeto a conexão com instituições além do sistema de saúde em termos restritos, chegando a configurar uma série de pontes intersetoriais.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador vem se firmando como uma área de atuação da saúde pública e, nesse sentido, necessita atentar para essas mudanças em curso nos processos de saúde/doença e na atuação da saúde pública em geral, a fim de poder dar respostas efetivas aos problemas colocados para os trabalhadores – problemas estes de ordem bastante complexa e de difícil resolução mediante unicamente ações curativas e preventivas.

Destaca-se o fato de que equiparar a Vigilância em Saúde e, em consequência, a Vigilância em Saúde do Trabalhador às concepções restritas de Vigilância da Saúde ou vigilância médica e a de vigilância epidemiológica e ambiental, mais do que configurar questões semânticas, tem consequências importantes na definição de competências

institucionais relativas à possibilidade de incorporação de ações de intervenção nos ambientes de trabalho (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são influenciadas mais diretamente pelas contribuições da medicina social latino-americana e da experiência italiana de reforma sanitária, que enfatizam algumas características e princípios norteadores dessas ações. Destacam-se alguns pensamentos norteadores da medicina social latino-americana: determinação social da saúde; relativização de métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito; integração de diferentes disciplinas em torno da discussão da saúde; desenvolvimento de práticas e gestões participativas em saúde; compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo (DALDON; LANCMAN, 2013).

O processo de introdução de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS carece, no entanto, de consolidação institucional, de análise crítica, de impulso político e da significativa relevância social entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual e da devida abrangência territorial de atuação. Nesse contexto, emerge outra problemática no que tange à competência institucional para realização de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, correlacionando às condições de trabalho e suas repercussões na saúde (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Nessa perspectiva, segundo Lacaz; Machado e Porto (2002, p.58):

> A partir da apresentação do campo da Saúde do Trabalhador, observamos que este é marcado por influências sociais e políticas e, assim, a política de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil vem sendo construída e desenvolvida. Na Vigilância em Saúde do Trabalhador, esse desenvolvimento tem buscado a superação das concepções clássicas da vigilância sanitária e epidemiológica e da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, revisando competências institucionais, incorporando outros atores sociais e avançando em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A entrada nas empresas para realização de investigações nos locais de trabalho é cercada de entraves e explicações relacionadas ao jogo de legitimação social do SUS como órgão fiscalizador dos locais de trabalho. Dessa forma, é constituído um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador a partir de interações, superposições e conflitos, que conformam um campo de poder, onde forças sociais disputam o controle da burocracia, mediante o direcionamento técnico e administrativo.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador, enquanto campo de atuação distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas no campo das relações entre saúde e

trabalho por delimitar como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde.

> Ainda hoje há entraves para que a Visat consolide-se, e as diretrizes visando à prevenção e à promoção de saúde seguem sendo implantadas lentamente. Em parte, isso se deve à estrutura das instituições do SUS, que ainda se encontra fortemente cristalizada nos moldes das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. Assim, a perspectiva inovadora e integradora da Visat, a qual se aproxima da visão moderna de Vigilância em Saúde, não se concretiza na prática (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 98).

Apesar de tal perspectiva inovadora de integração da VISAT, presente desde o início de sua concepção, seja mais próxima da visão moderna de Vigilância em Saúde, observa-se uma grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intra-institucional, dado que a estrutura das instituições do SUS ainda se encontra fortemente sedimentada nos moldes das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Tais discussões implicam na percepção da necessidade de mais integração das vigilâncias e maiores articulações intra-setoriais. Isso permite dizer que a Vigilância em Saúde, a rigor, não atua nos marcos da integralidade como doutrina base do Sistema Único de Saúde. Vasconcellos (2007), afirma que o paradigma da integralidade ainda não foi efetivamente incorporado pelo SUS, conforme estabelecido na sua própria legislação. Decerto, na prática, essa concepção não está ainda incorporada em seu sentido amplo, mediante sua fragmentação e o pequeno grau de articulação existente entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação.

3.2 Aspectos legais regulamentadores das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

A partir da década de 1980, tanto o trabalho quanto a saúde foram institucionalizados nas formas de cidadania e direitos sociais na Constituição de 1988. A título de exemplo, cita-se: o art. 5° da referida Constituição, todos são iguais perante a lei; no 6°, o trabalho é um direito social; no 7°, são garantidos os direitos trabalhistas que visem à melhoria social; no 8°, é permitida e garantida a livre participação e negociação dos trabalhadores através de organizações e sindicatos, sem reconhecimento do Estado; no art. 198, a sociedade é chamada

a participar, a acompanhar e a fiscalizar a gestão pública e, finalmente, o artigo 200 garante o "trabalho decente" ao colocar o ambiente de trabalho como passível de fiscalização e intervenção da saúde pública.

> O momento da implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, [...] por mais paradoxal que seja, é marcado por um lado pela legislação nesse campo, que adquire status de instrumento operacional, por outro, por um período de mudanças na orientação das políticas econômicas e sociais e reformas administrativas na máquina do Estado (DIAS, 1994, p. 75)

Com a formulação do SUS e sua regulamentação através da Lei n. 8.080/90, fica claramente definido em seu artigo 6º que ao SUS caberá atuar na Saúde do Trabalhador tanto na assistência, na Vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde.

Constituiu-se assim, o desafio para o SUS, de prover atenção integral aos trabalhadores ações de promoção, de vigilância, assistência e reabilitação da saúde, incorporando de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental. Ou seja, considerar os processos produtivos na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nos processos de trabalho, da população em geral e nos impactos ambientais deles decorrentes (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) caracteriza-se como um processo contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando à promoção, a proteção e a assistência à saúde daqueles que trabalham, tendo como objeto de sua ação a investigação e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde-doença.

No decorrer de 1990 são criados parâmetros legais para que a Saúde do Trabalhador fizesse parte da Política de Saúde Pública, como a criação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (INVST) no SUS, Portaria Nº 3.120/98, explicitando que:

> A presente Instrução Normativa pretende, de uma forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação,

> especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências (BRASIL, MS, 1998, p.01).

De modo que nas ações de vigilância e fiscalização sanitária, propriamente dita, implica-se transpor o objeto usual - o produto/consumidor - de forma a considerar, igualmente, como objeto, o processo/trabalhador/ambiente.

Posteriormente no mesmo ano, foi aprovada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) por meio da Portaria Nº 3.908/98, estabelecendo procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.

No Art. 5º dessa norma estabelece que:

> Esta Norma trata de um conjunto de atividades essenciais para a incorporação das ações de saúde do trabalhador no contexto das ações de atenção à saúde, devendo os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que já têm serviços e ações organizados, ou pelas características de seu parque produtivo e perfil epidemiológico, ampliar seu espectro de ação para além do que estabelece esta Norma (BRASIL, 1998, p.02).

Mediante essa Portaria acima mencionada, compete aos municípios, dentre outras atividades, o estabelecimento da rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento de agravos a saúde relacionada ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações de Saúde do Trabalhador, bem como a utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à Saúde do Trabalhador, com vistas a dar subsídios para a programação e avaliação das ações de saúde nesse campo, e alimentar o banco de dados nacional.

Destaca-se que a configuração da Saúde do Trabalhador no contexto atual se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Desse modo:

> Abrangência de seu campo de ação, deve apresentar caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar e com a gestão participativa dos/as trabalhadores/as (BRASIL, MS, 1998, p. 12).

A Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) elegeu os municípios como responsáveis pela criação do sistema de referência tanto pelo atendimento aos acidentados de

doenças profissionais ou do trabalho, quanto pelo diagnóstico do local de trabalho através da descrição do mapa de risco das empresas, além de outras atividades, sempre objetivando minimizar os riscos ocupacionais dos trabalhadores. Considerando que os profissionais que atuam junto aos serviços de referência necessitam avaliar de forma crítico-reflexiva a compreensão do trabalho, seu contexto e suas subjetividades, como condicionante e determinante do processo saúde-doença.

No final da referida década, em cumprimento a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/1990, art. 6°, § 3°, inciso VII), a qual delega ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originárias do processo de trabalho, em 1999, foi editada uma nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (DIAS, 2001). Ressalta-se que ao estabelecer a relação entre doenças e trabalho num conceito mais amplo e prever a sua revisão, anualmente, com vistas à inclusão de novas doenças, ela propiciou um avanço para novas práticas e políticas no campo Saúde do Trabalhador.

Assim, para que fosse possível o desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no SUS, construiu-se uma estrutura hierárquica de relações entre as três esferas de governo: união, estado e municípios. Em âmbito federal foi criada, em 2002 a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), nos estados instituiram os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST - Estadual) e nos municípios, porém com abrangência regional, plantaram-se os Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST - Regional).

A participação política de trabalhadores e demais atores sociais são os responsáveis pelas definições dos elementos de incentivo, tanto econômicos como ideológicos do Ministério da Saúde (MS) para implantação concreta dessa área do conhecimento e de intervenção, a qual passa a ter condições de ser efetivada a partir da publicação da Portaria n°. 1679/02 (BRASIL, 2002), que normatiza a "habilitação" e o convênio entre os municípios, o estado e o Ministério da Saúde para a implantação dos CEREST, em âmbito regional.

A Política de Saúde do Trabalhador, representada por essa estrutura, tem implantado uma nova lógica de trabalho nos vários municípios brasileiros, baseado na construção de ações intersetoriais entre os serviços de saúde, como a rede básica e as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

Outro dispositivo da RENAST como estratégia estabelecida para alicerçar a VISAT foi o entendimento de Rede Sentinela. Segundo a CGSAT/MS – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e mediante a Portaria N° 1.271/14 Art. 11, esta rede constitui uma sistema composto por unidades de saúde que atuam conforme "[...] a relação das doenças e agravos

monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde" (BRASIL, MS, 2014, p 01).

A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) (BRASIL, 2013), 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).

Essa rede deve ser compreendida como uma das estratégias de universalização do acesso às ações de diagnóstico e de notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, na rede de atenção do SUS, abrangendo desde a Atenção Primária à Saúde até os dispositivos de referência especializada, sendo essas unidades mapeadas e definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão Regional e na Comissão Intergestores Bipartite.

De acordo com a Portaria Nº 777/04 em seu art. 2º cria a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, elencados no § 1° do artigo1°, dessa Portaria, constituída por:

> I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
> II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e
> III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio (BRSIL, MS, 2004, p.01).

A notificação objetiva o diagnóstico da ocorrência relacionada diretamente com o processo saúde-doença do trabalhador, fornecendo, portanto, subsídios que expliquem as possíveis causas dos agravos de notificação compulsória, indicando também os possíveis riscos pelos quais os trabalhadores estão sujeitos, e contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de cada região.

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) está prevista na Lei nº 8.080/90 Art. 12, tendo como atribuições: elaboração de Normas Técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da Saúde do Trabalhador (Art.15, VI); participar da formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (Art.16,II,d); participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (Art.16,V).

A CIST tem como objetivo assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no acompanhamento dos temas relativos à Saúde do Trabalhador. Anualmente, apresenta ao CNS o plano de trabalho e o calendário de reuniões, com base no planejamento do CNS, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a articulação intersetorial necessária ao acompanhamento das ações em Saúde do Trabalhador.

É de suma importância à participação dos trabalhadores nos espaços de controle social, para a identificação dos fatores de riscos presentes nos seus ambientes e processos de trabalho, e, consequentemente o reconhecimento das repercussões sobre o processo saúde-doença e no desmembramento das condições geradoras de acidentes e agravos.

Portanto, a CIST do município onde se estabelece o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador, quando da discussão para o planejamento das ações do Centro, deverá garantir a participação dos representantes do controle social dos municípios pertencentes a áreas de abrangência do CEREST.

Ao longo da história, a Política de Segurança e Saúde no Trabalho foi permeada por diversos debates e sofreu imensas transformações, sobretudo nos seus objetivos. Em que "[...] a análise de uma política deve levar em consideração as formas de organização do Estado e da sua relação com a sociedade civil no conjunto da dinâmica social e econômica" (FALEIROS, p.19, 2010). Há uma relação dialética entre o desenvolvimento do capitalismo, a organização da sociedade e as formas de organização do Estado, considerando, portanto a existência de um movimento contraditório no processo de expansão do capitalismo e do Estado brasileiro.

O Ministério da Saúde desde o ano de 2004 tornou pública a proposta de implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, que tinha como objetivo a redução dos acidentes e doenças relacionados à atividade laboral do trabalhador, por meio do estabelecimento de ações de promoção, prevenção, reabilitação e Vigilância em Saúde, oficializando a preocupação do Estado em articular as ações governamentais no âmbito da Saúde do Trabalhador.

Através do Decreto 7.602, de 07 de novembro de 2011 é que finalmente se institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), onde esta, buscará superar a fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente, estabelecendo uma maior articulação das ações preconizadas para a Saúde do Trabalhador.

Seu processo de construção se desenvolveu através da participação de vários setores e segmentos da sociedade, através de debates, seminários e consultas públicas na internet por meio da Portaria Interministerial MPS/MS/TEM Nº 800[17].

Essa política tem por "[...] objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011, p.01)".

Em abril de 2012 foi lançado o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT), sendo este uma construção da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST), mediante a parceria entre os Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e representantes dos trabalhadores e empregadores.

Esse Plano busca articular ações com a participação dos mais diferentes atores sociais, para uma efetiva aplicabilidade da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), objetivando:

- A inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho (SST);
- Harmonização da legislação trabalhista, sanitária, previdenciária e outras que se relacionem com SST;
- Integração das ações governamentais de SST;
- Adoção de medidas especiais para atividades laborais submetidas a alto risco de doenças e acidentes de trabalho;
- Estruturação de uma rede integrada de informações em SST;
- Implementação de sistemas de gestão de SST nos setores público e privado;
- Capacitação e educação continuada em SST;
- Criação de uma agenda integrada de estudos e pesquisas em SST (BRASIL, MS 2012a, p. 24-54).

O Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho possui suas ações divididas em tarefas de curto, médio e longo prazo, além de um conjunto de tarefas de caráter permanente, de modo que, serão adotados dispositivos legais e princípios comuns de saúde e segurança no trabalho (SST) para todos os trabalhadores (do setor público e privado), independentemente de sua inserção no mercado, com elaboração, aprovação, implementação e fiscalização conjunta do poder público, em processo dialogado com as organizações dos empregadores e dos trabalhadores (BRASIL, 2012a).

---

[17] Maiores informações acessar a: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-562.pdf

No âmbito intersetorial, esse Plano preconiza a padronização dos critérios quanto à caracterização de riscos e agravos relacionados aos processos de trabalho e construção de banco de dados relativo aos indicadores de gestão. Isso significa que os três ministérios irão compartilhar informações para fomentar as práticas pertinentes à área.

A estrutura das relações contemporâneas do trabalho trazem exigências e consequências à classe trabalhadora concomitante com o aumento das expressões da questão social, onde o adoecimento profissional é tratado de maneira individualizada e sua relação com as novas formas do trabalho não são consideradas largamente, mesmo oriundas de um contexto macroestrutural, pois esse estabelece limites de possibilidades, diante da complexidade do mundo produtivo.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que visa à atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora, nos seus componentes de promoção, vigilância, assistência e reabilitação. Desse modo,

> A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, **com ênfase na vigilância**, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, MS, 2012b, p.01) (grifos da autora).

Pela natureza de seu objeto, essa Política, necessariamente, possui interfaces com diversas áreas e políticas públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Indústria, Comércio, Mineração, Ciência e Tecnologia, Segurança Pública, dentre outras. Salienta-se que:

> Há uma preocupação do SUS em assumir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em Saúde do Trabalhador de forma universal, integral, com equidade e controle social, de conformidade com seus princípios e diretrizes, na medida em que o direito a saúde deve abranger todos os brasileiros independente de estarem no mercado formal, informal ou desempregados (SANT'ANA *et al*, 2010, p.212).

Passaram-se 28 anos da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), realizada de 1 a 5 de dezembro de 1986 em Brasília/ DF e até o

momento a implantação efetiva da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no país encontra inúmeras dificuldades. Segundo Dias (1994, p. 16):

> Apesar das 'conquistas' estabelecidas na legislação, na Constituição federal e na Lei Orgânica da Saúde, do intenso processo social de discussão e intervenção sobre a questão, no âmbito federal, regional/estadual e municipal, observa-se dificuldades e entraves, alguns compartilhados com o conjunto do Sistema de Saúde, outras próprias ou específicas da área da Saúde do Trabalhador, com profundas repercussões para sua operacionalização de fato.

Da mesma forma que em outros campos, essa dificuldade de implementação é resultante de diversos fatores: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de seguridade social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integradamente; situação agravada, nos últimos anos, pela reestruturação produtiva que vem transformando profundamente a configuração do mundo do trabalho e o modelo de atenção com o qual se habituaram a atuar os que militam no setor.

As indiscutíveis mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais de produção nos últimos anos constituem uma verdadeira crise sistêmica atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação e as políticas públicas trabalhistas. Diante dessas constatações, do ponto de vista institucional, o Ministério da Saúde (MS), ao longo dos sucessivos governos, foi relegando a construção de um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo da Saúde do Trabalhador, ora ainda insuficientes.

3.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: estratégia de intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde

No âmbito da atenção à Saúde do Trabalhador caberia exatamente à Vigilância abordar mais diretamente a delicada tarefa de intervir sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-trabalho.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) torna-se fundamental para a consolidação do modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, através da

constituição de saberes e práticas sanitárias, articuladas intra e intersetorialmente, atuando de maneira contínua e sistemática, com o objetivo central de conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e problemas de saúde relacionados ao trabalho, mediante seus aspectos sociais, econômicos e epidemiológicos, a fim de planejar, executar e avaliar as intenções sobre os mesmos, de forma a eliminá-los ou controla-los.

Primeiramente é importante reconhecer que a Vigilância não é uma prática abstrata, completamente autônoma e descontextualizada. A VISAT é uma prática social específica de uma sociedade, num determinado lugar e tempo. Essa vigilância de que esta se falando concretamente se insere e é construída sobre (e pelo) o contexto das relações entre saúde-doença e capital-trabalho, vivenciadas histórica, econômica, política, social, cultural, ideológica e biologicamente, por diversos atores sociais de forma dinâmica, mutável e contraditória, no plano individual e coletivo. Esse cenário apresentado dá um indicativo da abrangência, diversidade e complexidade da VISAT.

No capitalismo, as relações capital/trabalho ocupam um espaço crucial, central e determinante na organização das sociedades como um todo. Tais relações são de natureza intrinsecamente contraditória e conflitiva, com dinâmicas de saber e de poder, e que estão longe de serem harmônicas e complementares. Nesse contexto, é exatamente sobre as complexidades dessas relações que a VISAT pretende atuar. Todavia "é preciso lembrar que este tipo de Vigilância visa ao enfrentamento dos riscos oriundos de processos produtivos que movimentam a economia do país, e por conta dessa premissa, as resistências para o surgimento e implementação de propostas com esse fim são frequentes" (LEÃO, 2011, p.95).

A intervenção estatal sobre essas relações significa intervir sobre uma instância extremamente sensível, objetiva, essencial e conflituosa, para os trabalhadores, empregadores e para o próprio Estado – os processos de trabalho. O objeto das ações de VISAT, socialmente falando é altamente tencionador uma vez que é permeado por interesses contrários. Nesse cenário, quanto mais a VISAT avança no sentido de intervir nos processos de trabalho, mais conflitos serão apresentados.

A concepção brasileira de VISAT no SUS reconhece à participação do trabalhador a essência de sua prática. Nessa perspectiva, a Portaria Nº 3.909/98 em seu Art. 10 explicita esse entendimento:

> Recomenda-se a instituição de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das

> políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, MS, 1998, p.04).

O trabalhador e suas instituições organizativas e sindicais são vistas como os principais protagonistas e os sustentáculos da VISAT, não só do ponto de vista político, mas também do técnico e do conhecimento singular sobre o seu processo de trabalho. Supondo-se cumplicidade e alianças de atores e classes sociais, entre técnicos e trabalhadores, na busca da transformação social.

O objeto e o campo de ação da VISAT são portanto um campo particular onde se situam a gênese e a mediação de conflitos entre o capital e o trabalho, a ao mesmo tempo a VISAT estabelece uma relação com as partes em conflito que não é neutra e que também é heterogênea, conflitante, contraditória e permeada por diversos conflitos internos a sua própria natureza enquanto uma prática de Estado. Compõe, portanto, de um conjunto de práticas sanitárias, articuladas setorialmente, cuja finalidade está centrada na relação intrínseca entre o ambiente da atividade laborativa e os processos de trabalho, permeados pelos princípios da Vigilância em Saúde, para melhoria das condições de trabalho e vida dos trabalhadores.

Em meio ao conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais propostas pela reestruturação produtiva na sociedade capitalista, a pauta trabalho e, consequentemente, a saúde para o trabalhador tornam-se elementos indispensáveis para a manutenção de condições dignas nos processos/ambientes de trabalho e na potencialização da vida dos sujeitos (LARA, 2011).

Ressalta que, a implantação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) dentro do setor saúde é recente. Tal processo vem sendo desencadeado por grupos institucionais localizados em vários locais do País e resulta numa gama variada de experiências distintas. As diferenças observadas estão relacionadas às realidades e potencialidades locais e regionais, que giram em torno da força e do envolvimento das organizações de trabalhadores no que se refere às questões de saúde e, institucionalmente, dependem de fatores como as políticas loco-regionais, da estrutura organizacional, da capacidade de recursos instalada, da qualificação dos profissionais e, por último, das influências provindas e das relações interinstitucionais e intersetoriais.

No Brasil, a abordagem intersetorial das relações saúde-trabalho pelo Estado tem se dado de forma segmentada e pouco articulada. No que tange à VISAT desenvolvida pelo SUS

há ainda um agravamento e até forte tensão entre o Ministério do Trabalho no que tange as ações de inspeção e fiscalização dos ambientes e processos de trabalho, que embora já tenham sido pactuadas decisões neste sentido, as mesmas ainda não foram efetivadas plenamente. A implementação da unificação das ações de fiscalização dos ambientes de trabalho encontra resistências de diferentes ordens no interior do próprio Estado.

Sob a influência desse cenário, a Saúde do Trabalhador também precisou gerar novas respostas sociais aos problemas elencados pelos trabalhadores, propondo-se a ir além daqueles restritos à relação saúde-doença e às intervenções insuficientes no controle das condições e dos processos de trabalho (ALVES, 2003).

Diferente da Vigilância em Saúde, a VISAT tem como objeto de investigação e intervenção a relação entre o processo de trabalho e saúde. Suas ações buscam a articulação sanitária no sentido da promoção, da proteção e da atenção à saúde dos trabalhadores, direcionadas aos fatores de risco e às condições de trabalho, vigilância sobre danos ou efeitos e seus determinantes tecnológicos e sociais (MACHADO, 1997; NOBRE et al., 2011).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador rompe com a abordagem hegemônica que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de agentes existentes no ambiente de trabalho. Pauta-se na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, que visem à inserção do trabalhador no processo produtivo, que seja potencializadora de saúde e vida (ALVES, 2003).

Conceitualmente, a Vigilância é um espaço estratégico do Estado que recolhe evidências e desencadeia ou recomenda ações. Compreende necessariamente uma preconcepção ou um modelo (implícito ou explícito) de ações de Saúde que, por sua vez, está carregada de teoria e uma visão do mundo que se consubstanciam em um método para apreensão da realidade, que então é decodificada em evidências capazes de serem implementadas no modelo. A pressuposição dessa ação é o controle da exposição/sujeição na perspectiva de prevenir agravos à Saúde do Trabalhador, manifestos seja como sofrimento, dano, exigências, cargas, desgaste, doenças, acidentes.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde é a expressão máxima de intervenção do Estado Democrático Direito no sentido de garantir a saúde dos cidadãos (VASCONCELLOS, 2007). Saúde do Trabalhador, conforme definido na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), já configurava a obrigatoriedade das estruturas de vigilâncias do SUS incorporarem esse campo no conjunto de atividades cotidianas, centrando sua abordagem no marco da integralidade da cuidado em saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação).

A VISAT foi concebida de modo indissociável da assistência, e sem segmentação entre as vigilâncias, no entanto, ainda persiste a ausência de um posicionamento claro quanto a sua inserção nos organogramas institucionais, uma vez que o tradicionalmente o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde compartimentalizam os setores de assistência, vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, e vinculam ao entender das conjunturas localizadas a vinculação da Saúde do Trabalhador a uma dessas estruturas.

Ainda que definida pela legislação, amparada pelos repasses de recursos e ampliada em estruturas, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) fundada nos princípios e nos marcos legais da área não tem sido uma realidade no Brasil. Os indicadores que expressam e orientam as ações da vigilância adotadas pela Saúde do Trabalhador no Brasil, constituindo as suas evidências sanitárias, priorizam indicadores de efeitos (doenças e acidentes). Seguidas de recomendação de ações que visam ao "controle do risco", indicam, a priori, a baixa possibilidade de reversão de situações tardias porquanto atuam na lógica da relação causa-efeito e privilegiam apenas a dimensão médica e tecnológica do problema, reduzindo as possibilidades de explicação e de intervenção.

Vigilância, nessa perspectiva, representa uma atividade de reparação em um cenário estático de produção de riscos e, intencionalmente, não interfere nas causas, não reduz a dimensão dos agravos e não evidencia a apropriação da saúde e da vida pelo processo de produção.

Embora o risco possa ser considerado como inerente ou um paradoxo da vida humana (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010), é fundamental localizar que essa vida está configurada socialmente por elementos políticos e culturais que sustentam e são sustentados pelo processo de produção em sua dimensão, que envolve o processo de trabalho, a distribuição, o consumo e a troca. Logo, o risco no processo de trabalho nunca é inerente, mas fruto de uma intencionalidade presente, ou negligenciado na organização do processo de trabalho e do modelo econômico.

Para que a Vigilância possua real efetividade, cabe buscar os determinantes e antecipar-se aos problemas que as mudanças no direcionamento da economia implementam em um grupo social e no ambiente. Essa relação dinâmica, mais antecipatória do que regressiva, demanda conhecimento inter e transdisciplinar, demanda assumir o grande desconhecimento que ainda que possuí frente a situações complexas e, necessariamente, uma interlocução próxima baseada nos valores da população.

Nessa dimensão, a VISAT se depara com a dificuldade do SUS por adotar uma concepção sistêmica, conforme discutido por Vasconcellos (2007), e prover o Estado de

mecanismos capazes de gerar informações, intervenções sobre os processos produtivos e outras capacidades transetoriais com vistas a interferir no modelo de desenvolvimento.

Entende-se, portanto, que a VISAT procura conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população, avaliar o impacto das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes do governo (tanto a nível federal, estadual como municipal) e, ainda, estabelecer sistemas de informação em Saúde do Trabalhador que incorporem, além das informações tradicionalmente existentes, a criação de bases de dados provindas do processo de vigilância e a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas.

Entretanto, é justamente nessa contradição que o campo da Saúde do Trabalhador precisa subsidiar e impulsionar o SUS. Em conjunto com o campo do Ambiente, cada vez mais é propício o debate acerca das consequências para a vida no planeta do atual modelo de desenvolvimento. Emerge a necessidade da Saúde do Trabalhador instrumentalizar o aparelho estatal através de sua estrutura e mecanismos de intervenção/coerção, de modelos e estratégias de atuação voltada para novos modelos em rede e motivada pela relação mais próxima com as necessidades socioambientais.

Todavia, a VISAT constitui-se enquanto uma prática interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, que ultrapassa os limites do setor saúde, mas está subordinada a seus princípios, através do uso de instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que necessita da participação efetiva dos trabalhadores (MACHADO, 1996).

A centralidade deste trabalho investigativo é trazer a reflexão crítica da VISAT, de modo que emerge o desenvolvimento de novos acordos sanitários que não fragmentem a vida em indicadores tardios de morbimortalidade, mas que atue no modelo de pactuação de cenários promotores de vida, como resposta às profundas mudanças pelas quais vem passando o mundo do trabalho nas últimas décadas. Configurando-se portanto, necessário o avanço na proposição de uma nova vigilância que tem como foco os determinantes sociais da saúde e o comprometimento antecipatório com cenários e riscos, assim como ações e indicadores de distintas dimensões em curto, médio e longo prazo.

A VISAT se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na "[...] investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde" (MACHADO, 2011, p. 46). Entende-se como trabalho os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais (BRASIL, 2012) e a saúde como síntese de bem estar, qualidade de vida individual e coletiva,

formas culturais de preservação da existência e espécie, e sobre todos os esforços e disputas coletivas por grupo sociais diferenciados para estabelecer parâmetros acerca do significado do trabalho saudável (MINAYO, 2001).

O foco da VISAT ainda ocorre na intervenção sobre os "fatores de risco" que, dessa forma, pouco evoluiu para a identificação e a alteração dos fatores determinantes. Esse limite, associado às restrições técnicas, situa as dificuldades de atualizar as rotinas institucionais do Estado cuja estrutura prejudica a incorporação de novas práticas capazes de inovar na abordagem mais sistêmica dos problemas de saúde.

É salutar observar que o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, e em especial a Saúde do Trabalhador, continua centrado na dimensão da assistência. Embora defenda correta e reiteradamente a indissociabilidade entre Vigilância e assistência, ocorre uma relação tensa e assimétrica na execução dessas duas modalidades de ação. Nesse modelo a assistência acaba por ser amplamente privilegiada e por absorver parte significativa às atividades, dos recursos humanos, dos recursos materiais e financeiros do setor. Essa realidade torna ainda mais frágil o desenvolvimento das ações de VISAT.

Os obstáculos para superar as concepções restritivas das clássicas vigilâncias sanitária e epidemiológica e da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho implicam na revisão de competências institucionais, na incorporação de outros atores sociais e no avanço em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

Lacaz, Machado e Porto (2002) analisam que o maior entrave a ser superado na área da Saúde do Trabalhador era a intrasetorialidade, justamente o ponto focal para as ações de Vigilância. Outras dificuldades referem-se a: treinamento e capacitação das equipes, recursos materiais e investimento, integração intra SUS, legislação e legitimidade social das ações de Vigilância. Embora sejam dificuldades bastante concretas, elas evidenciam partes do problema, em especial aqueles que interferem diretamente na prática profissional e podem ser vislumbrados como entrave imediato.

Em um plano mais avançado, percebe-se que não há orientação ou decisão política para sua realização. As práticas locais que ocorreram no processo histórico brasileiro foram resultado do empenho quase pessoal de grupos localizados.

Apesar da intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde estar relacionado aos processos e ambientes de trabalho e que conste nos instrumentos legais, Leão (2011) relaciona dificuldades inerentes à implantação de um

sistema de vigilância que está na essência do conflito capital-trabalho realizado por equipes com dificuldade de compreender essa dimensão das ações.

Atualmente, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), atualizada pela Portaria MS nº 2.728/09 (BRASIL, 2009), tem respondido às dificuldades, em especial no que tange aos recursos e à capacitação. Por outro lado, uma nova limitação se apresenta justamente pelo modelo RENAST que, segundo Gomez e Lacaz (2005), adotou o modelo de serviços específicos de nível secundário, em apoio à rede SUS, em detrimento a assumir efetivamente a compreensão da categoria trabalho e articulando a assistência com a vigilância a partir da perspectiva do trabalho como determinante de formas específicas de morbimortalidade.

O modelo atual, com a priorização da assistência, acaba por apresentar um impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e os processos de trabalho nocivos à saúde (GOMEZ; LACAZ, 2005). Essa situação ainda não se mostrou de melhor operacionalidade com a inserção da Saúde do Trabalhador na Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, e copiada pelas estruturas adjacentes de Estados e Municípios.

Segundo Leão e Vasconcellos (2011) a inserção da RENAST no SUS provoca uma concentração na assistência (não raro em consultas de medicina do trabalho), inexistência de informação e falta de canais de comunicação, baixa articulação intrassetorial e baixa comunicação intra SUS. Concluem os autores que, a despeito da designação Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, não houve a homogeneização da inserção dos CEREST nas estruturas do SUS.

Algumas dessas dificuldades podem ser explicadas pela formação original das equipes dos CEREST, vinculados à clínica ou às áreas ditas "do trabalho" que repetem o paradigma de atuação da medicina do trabalho e se refletiu no manual de gestão da RENAST, de 2006 (BRASIL, 2006).

Leão (2011) destaca três impasses relativos às práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil: a baixa produção teórica em torno das relações entre saúde-trabalho-ambiente; a dispersão e a falta de entrosamento das ações nas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; e a ênfase demasiada na assistência em detrimento das ações de vigilância pelos serviços de saúde, em particular nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Um dos desafios que persistem ainda para a Vigilância em Saúde do Trabalhador diz respeito à concretização da intersetorialidade em suas práticas. No âmbito das ações em Saúde do Trabalhador, persiste um conflito de competências entre os órgãos de vigilância, sendo

necessário um maior diálogo entre os setores governamentais tradicionalmente vinculados a essas questões – o Ministério do Trabalho, o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde (Machado, 1997). Porém, a intersetorialidade não diz respeito apenas à ação conjunta de esferas distintas de governo, mas também à busca de parceria com outros setores não governamentais.

É necessário aprofundar a integração com as organizações dos trabalhadores, além de outras organizações da sociedade civil, pois, afinal, as questões de saúde dos trabalhadores não dizem respeito apenas aos trabalhadores em si, mas a todo o conjunto da população. Partindo do pressuposto de que saúde, em seu sentido ampliado, significa os poderes que permitem viver no meio, incluindo trabalho, educação, cultura, moradia, saneamento, lazer, convívio social, ecossistema saudável, entre outras coisas, a Saúde do Trabalhador necessita considerar que saúde dos trabalhadores não se remete apenas a problemas diretamente relacionados a aspectos do processo de trabalho no qual se insere e atuar sobre ela.

Isso não significa dizer que a VISAT deva dar conta de todos esses fatores e agir sobre eles, e sim que deve procurar estabelecer parcerias, por meio da intersetorialidade, a fim de buscar uma atuação mais abrangente e eficaz.

O enfoque da promoção da saúde e a proposta da Vigilância da Saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que a Saúde do Trabalhador possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, por meio de sua inserção na proposição de políticas saudáveis, procurando mostrar que os problemas de saúde por essa área colocados não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo, em termos de condições de moradia e de saneamento, acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras coisas.

Esses entraves estão profundamente vinculados à tendência neoliberal do Estado Mínimo que o governo vem adotando no que tange à Política de Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2000) e ao caráter do SUS não sistêmico em um Estado omisso em relação ao papel do trabalho na determinação de situações graves passíveis de controle sanitário (VASCONCELLOS, 2007).

Todavia ao se considerar as perspectivas de superação dos entraves, que têm como argumento a globalização e a reestruturação produtiva, a flexibilização das relações de trabalho e o discurso da competitividade e da qualidade total, associados à proposta de Estado Mínimo, de caráter neoliberal, na qual ao mercado é dado o papel de maior regulador das relações econômicas e sociais, pode-se depreender que a solução dos problemas é tarefa das

mais complexas (LACAZ, 2000), e que implantar a problemática do trabalho no cotidiano das ações de saúde pública ainda se configura como um grande desafio da VISAT.

3.4 Atenção Primária a Saúde: espaço privilegiado das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se na forma de organização de serviços de saúde que vem obtendo consenso mundial como a solução para os diferentes problemas de saúde de diferentes países. Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde sob o lema de "Saúde para Todos no Ano 2000" insistia na necessidade de uma organização de serviços primários em todos os países, e no Brasil várias propostas tomaram forma, e mais atualmente a da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A começar pela Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde, até a atenção de maior densidade tecnológica, implica pensar os territórios e sua dinâmica produtiva, com suas atividades e cadeias produtivas, com trabalhadores vivendo, residindo, trabalhando e circulando nesses territórios. Essa é uma grande potencialidade do SUS.

Em 2009 foi publicada a Portaria Nº 3.252, apresentando-se como um importante instrumento para as configurações da Vigilância em Saúde no SUS, adequando as ações da vigilância às premissas do Pacto pela Saúde publicado em 2006. De fato, essa Portaria possui a percepção mais ampliada para a Vigilância definindo seu objetivo como a análise permanente da situação de saúde da população, a partir de um conjunto de ações que visam controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações em determinados territórios, preconizando, inclusive, a integralidade da atenção, com abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009).

Essa normativa vai designar que:

> A vigilância em saúde teria seis componentes fundamentais, a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde, a vigilância da situação da saúde, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Para a garantia da integralidade do cuidado, a Portaria preconiza a construção da interseção da vigilância com a Atenção Primária à Saúde, inserindo-a nas atividades das equipes de Saúde da Família, reestruturando seu trabalho para favorecer à integração da vigilância, prevenção, proteção e promoção da saúde (LEÃO, 2011, p.97).

Dar visibilidade à população trabalhadora, às atividades produtivas, aos fatos e acontecimentos nos territórios, aos impactos à saúde, identificar necessidades e problemas na ótica da intervenção em saúde coletiva, mobilizando os referenciais, os instrumentos e as práticas, articulando e construindo a integralidade da atenção.

Segundo a carta de Ottawa[18], a promoção da saúde está associada a um conjunto de valores, como: qualidade de vida, saúde, cuidado, equidade, preservação dos recursos naturais, cidadania e participação social. Refere-se também a uma combinação de estratégias de responsabilização múltipla da sociedade, incluindo: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1986).

A construção do campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Sistema Único de Saúde (SUS) reflete o acúmulo técnico-científico ao longo da história, assim como a correlação das forças sociais, disputadas entre o movimento organizado dos trabalhadores e os setores políticos institucionais das esferas de gestão e das instituições produtoras de conhecimento (DIAS; HOEFEL, 2005).

Todavia, o cenário da APS permanece indefinido, com atribuições e limites imprecisos, estando claro apenas que devem preocupar-se com os "principais problemas de saúde da comunidade", prestando serviços de "promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, necessários para resolver estes problemas" (Declaração de Alma-Ata, aprovada pela 32ª Assembleia Mundial de Saúde e 34ª Assembleia das Nações Unidas).

A reorientação do modelo assistencial a partir de 1978, após a Conferência Internacional de Cuidados Primários[19], tem possibilitado a fertilização das discussões da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica (AB). Para tanto, urge a importância da aproximação das equipes de saúde, em especial as equipes de Saúde da Família, junto às necessidades sociais estabelecidas nos territórios pelos trabalhadores (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF), desde a sua criação em 1994, pelo Ministério da Saúde, foi apresentado como

---

[18] Carta de Ottawa na íntegra: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf >

[19] Declaração de Alma-Ata na íntegra: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>

estratégico na AB e como dispositivo central na reorientação do modelo assistencial, historicamente centrado na doença e na assistência médica individual, por um modelo baseado nos princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade.

Definida como prioridade do Pacto pela Vida, a AB é considerada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, sendo entendida por:

> Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, MS, 2011, p.11).

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

Ao longo dos anos, a definição do campo da APS no Brasil passou por um período de reflexão importante em que se discutiu a ordem de prioridade dos diferentes problemas de saúde do país, bem como o volume de recursos possíveis e disponíveis. A APS deve ser consoante às condições socioeconômicas e culturais de cada Estado, de cada região e de cada centro urbano, e deve ter grau de complexidade compatível com o grau de desenvolvimento econômico e efetiva demanda social.

A recente publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reitera a Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede de atenção no SUS, ao passo que objetiva promover a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e promover mudanças substanciais nos processos de trabalho (BRASIL, 2012).

Considerar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença implica: produzir informações para o conjunto dos trabalhadores e não somente para a população coberta pela Previdência Social; viabilizar sua inclusão nas análises de situação de saúde; identificar toda a população trabalhadora, suas necessidades e demandas; incluir ações de Saúde do Trabalhador nos planos de saúde; planejar, executar e avaliar essas ações. Com frequência as atividades produtivas impactam profundamente nas dinâmicas populacionais, ambientais e desenvolvimento nos territórios.

Nesse processo, a Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) que, embora amparada por abundante jurisprudência, continua ineficiente, diante da incapacidade operacional dos setores que o compõem em razão de problemas de ordem estrutural e conjuntural na construção da área de Saúde do Trabalhador no SUS. Diante desse quadro, faz-se necessário entender o contexto em que a Saúde do Trabalhador vem se conformando e o

modo como se estabelecem as práticas voltadas aos trabalhadores dentro da Atenção Primária à Saúde (DIAS; SILVA, 2013).

A organização de uma rede primária de assistência à Saúde do Trabalhador surge como resposta à preocupação de universalização do acesso aos serviços de saúde, determinada jurídica e legalmente pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde, e obedece a ideia de racionalização da utilização dos recursos tecnológicos, de vigilância em saúde, de diagnóstico e de tratamento para alcançar esse fim.

Um modelo de Saúde do Trabalhador sob a concepção de uma rede prevê sua integração no Sistema Nacional de Saúde, em que a rede primária seja porta de entrada única e de que ela seja capaz de articular intersetorialmente.

A concepção sistêmica de rede deve perseguir a ideia de articulação intra e inter-setorial nos diversos níveis do SUS de forma que se estabeleçam mecanismos de comunicação entre os setores próprios, entidades e instituições que atuam na questão saúde e trabalho, permitindo-lhes melhor definição de papéis, melhor compreensão das realidades locais atuação conjunta na capacitação, na disseminação de conhecimentos e informações (VASCONCELLOS, 2007).

A organização do sistema local de saúde em unidades com responsabilidade sobre uma área de abrangência e com atribuições de realizar ações de Vigilância em Saúde (VISA) facilita a identificação de problemas locais de saúde a serem enfrentados com os recursos existentes na rede de saúde e em outros setores. A análise do território consiste no meio operacional para avaliar as condições objetivas criadas para a produção, a circulação, a residência, a comunicação e a sua relação com as condições de vida (DIAS; SILVA, 2013).

Desse modo, a identificação dos problemas de saúde nos territórios deve abarcar suas vulnerabilidades e seus determinantes, sendo estratégico para o planejamento das ações em saúde pública, em especial no que diz respeito ao trabalho domiciliar, informal e precoce. No entanto, alguns autores têm apontado às limitações da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários (PACS) restritos às atividades assistenciais e intrasetoriais, em detrimento da vigilância e da promoção da saúde, associada à proposta verticalizada, sem se deter nas diferenças regionais de perfil epidemiológico, com pouca ou nenhuma função na mudança do modelo assistencial (DIAS *et al*, 2012).

As práticas ampliadas de Vigilância em Saúde (VS) permitem a identificação de problemas de saúde que afetam grupos populacionais de determinados territórios. O conhecimento da realidade de um território, seus aspectos demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários, contribui para a compreensão da relação

entre as condições de vida e o processo saúde-doença, bem como para o acesso a ações e serviços de saúde e, ainda, favorece a tomada de decisão para as intervenções necessárias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2002).

Embora a RENAST atribua ao CEREST o papel de dar suporte técnico e científico às intervenções em ST, a Rede do SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o Trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental. Diante do crescimento do mercado informal, do trabalho familiar e em domicílio, a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela Rede Básica (DIAS; SILVA, 2013).

O território é caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção (GONDIM *et al.*, 2008).

A aproximação dos trabalhadores da saúde com o território pode ocorrer através da territorialização. Esse é um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e práticas de saúde. Entretanto, muitas vezes, sua utilização na Atenção Básica reduz-se aos diagnósticos das condições de vida e situação de saúde da população, não sendo abordados diversos outros elementos por parte dos profissionais da saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é uma prática social que, ao ser incorporada a Vigilância em Saúde, requer uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intra-setorial, ou seja, que deve ser exercida a muitas mãos, pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde.

A VISAT congrega diferentes componentes estruturais para a abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde: componentes tecnológicos utilizados em determinado processo de produção; epidemiológicos para a avaliação de risco; e sociais, como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamentais para sua análise e intervenção. Busca o conhecimento para a ação e, com isso, também gera novos conhecimentos (MACHADO, 2011).

A abordagem territorial é facilitadora da ação de VISAT, pois estimula e permite o conhecimento dos riscos presentes em determinada área geográfica, como a área de abrangência de uma unidade de saúde ou macrorregiões e também a atuação diferenciada para

cada um deles, possibilitada por uma aproximação dos determinantes desses agravos e riscos (MACHADO, 2011).

A realização de ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica deve partir da identificação, no território, da população economicamente ativa (por sexo e faixa etária), do mapeamento das atividades produtivas existentes na área, da identificação dos integrantes das famílias que sejam trabalhadores, da observação dos vínculos empregatícios, dos desempregados e dos que iniciam o trabalho precocemente. Ao realizar o levantamento dos riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, além de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

> Em relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias –também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, MS, 2002, p.10).

Os territórios abrigam diferentes processos produtivos, que não mais se restringem ao interior das fábricas e indústrias, determinando a distribuição diferenciada da exposição dos indivíduos e coletivos, aos agentes, cargas e riscos de dano para a saúde, e assim o perfil de adoecimento. Minayo e Lacaz (2005) destacam essa questão entre os novos-velhos desafios para o campo da Saúde do Trabalhador.

Em relação aos casos de acidente ou doença relacionados ao trabalho, a equipe de saúde necessita realizar a condução clínica dos casos de menores complicações; efetuar encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em Saúde do Trabalhador; realizar a notificação nos sistemas de informação; investigar o local de trabalho; prestar orientações trabalhistas e previdenciárias; solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho; e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento (DIAS; SILVA, 2013).

Apesar de muitos profissionais reconhecerem a importância do trabalho para a saúde e da existência de um caderno temático com informações voltadas à Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, sabe-se que, na prática dos serviços, muitas ações em Saúde do Trabalhador são efetuadas pontualmente ou mesmo inexistem no planejamento das equipes. Dessa forma, é de suma importância que os trabalhadores da saúde estejam atentos e capacitados para realizarem o reconhecimento dos processos produtivos no território; o mapeamento das

principais atividades exercidas pelos sujeitos na área adscrita; o levantamento dos riscos ocupacionais; a identificação do trabalho formal/informal e a compreensão dos problemas ambientais gerados pelos atos laborativos e a intervenção sobre eles (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

A equipe de saúde da família, que conhece seus indicadores e os utiliza para planejar melhor suas ações de intervenção, pode identificar e priorizar grupos mais vulneráveis, por exemplo, trabalhadores expostos a riscos. Contudo, não é possível realizar essas medidas em posição distante da realidade local. Seu equacionamento dar-se-á mais adequadamente estando-se muito próximo do problema. Novamente, é implícita a descentralização como facilitadora das mudanças de modelo de atenção capazes de responder mais adequadamente às necessidades de saúde da população.

A Saúde do Trabalhador no SUS busca criar mecanismos de fortalecimento e construção de novas práticas, em especial na Atenção Básica, ordenadora do atual modelo de produção do cuidado. Com o enfoque na educação permanente, na promoção e na vigilância da saúde, espera-se que os profissionais de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) possam ampliar sua visão e o escopo de suas ações no território na medida em que desfrutem de condições e recebam qualificação para atuar (DIAS *et al*, 2012).

Mesmo que se tenha avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como lócus privilegiado para a definição das prioridades de saúde, na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença, a escassez de recursos financeiros e o aumento do poder técnico e político das comunidades, para o exercício do controle social do SUS.

A verticalidade e a centralização continuam desafiando a organização de ações de saúde de caráter transformador na atenção primária e, apesar do aumento da cobertura, predominam atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde. As questões de saúde decorrentes de processos socioambientais, objeto dos campos da Saúde Ambiental e da Saúde do Trabalhador têm sido tratadas superficialmente e reduzidas à dimensão médico-assistencial (DIAS *et al*, 2012).

Entre as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde para cuidar dos trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo, destaca-se a invisibilidade dos danos decorrentes das políticas de ocultamento desenvolvidas pelos empregadores e do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com essas questões. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apoiada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) abriu possibilidades de avanços.

Na compreensão atual, a Saúde do Trabalhador compartilha a característica da transversalidade, exigindo políticas públicas que articulem os setores sociais responsáveis pela produção e geração de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e o ambiente e aqueles responsáveis pela atenção integral, à vigilância e a reparação dos agravos. Nessa perspectiva, o SUS deve desenvolver práticas de saúde inovadoras, envolvendo equipes multidisciplinares que incorporem, além de seus princípios e diretrizes próprios, outros como o da precaução, em estreito diálogo com os movimentos e organizações da sociedade civil (DIAS *et al*, 2012).

Com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), cresce a expectativa pela reorganização do sistema de saúde, voltado ao trabalhador, especialmente pela Atenção Básica. É emergente a busca pela formação de redes de atenção que vislumbrem o trabalhador com outro enfoque, ao promover acolhimento de suas demandas, dando-lhes significado e uma resposta positiva. Os desafios são diversos e complexos, porém não se pode esquecer de que muitos dos entraves, no campo da Saúde do Trabalhador, são oriundos da conformação do mundo do trabalho no atual modelo de sociedade vigente.

A Atenção Básica foi atribuída à capacidade de responder a maioria das necessidades de saúde da população. E no ano de 2002 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica Nº5 que versou sobre a Saúde do Trabalhador, tendo como principal objetivo a capacitação, prioritariamente, dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, de modo a alcançar à inserção da atenção a saúde dos trabalhadores na rede básica de serviços de saúde.

Nesse contexto, no que tange aos Atendimentos Específicos em Acidente de Trabalho na Paraíba[20], foram registrados no ano de 2014, pela Atenção Básica 25.455 (vinte e cinco mil, quinhentos e cinquenta e cinco) atendimentos relativos a acidentes de trabalho. Tais dados refletem que de alguma maneira vêm sendo abordada a questão da atenção à Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, bem como demonstram um quadro extremamente grave de morbi-mortalidade dos trabalhadores brasileiros que se acentua ao longo dos anos.

Todavia, é importante ressaltar que tais números/indicadores necessitam de uma análise qualitativa mais aguçada no que concerne ao seu processo de identificação/notificação por parte dos profissionais da Atenção Básica do que venha a ser esses acidentes de trabalho, suas causas e o impacto dos mesmos sobre no processo de adoecimento do trabalhador, uma vez que o próprio sistema de informação de Atenção Básica limita-se a pontuar tais dados

[20] Sistema de Informação de Atenção Básica – Produção e Marcadores – Paraíba: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABPPB.def

inerentes dos acidentes de trabalho, sem demostrar sobre quais indicadores essas notificações estão sendo postuladas.

É necessário o aprofundamento de questões relativas ao sistema de informação, aos fluxos entre os diferentes componentes do sistema de saúde, à sua utilidade e ligação com os mecanismos de identificação e eleição de prioridades para atuação e intervenção nos locais de trabalho por parte da Atenção Básica, com o apoio dos serviços de Vigilância e de Saúde do Trabalhador, e, principalmente, à clareza dos papéis dos diferentes níveis de atenção em articulação com a VISAT.

4 NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ANÁLISE DA VISAT SOB A PERSPECTIVA DOS TÉCNICOS DOS CEREST REGIONAIS NA PARAÍBA

Mediante a concepção ampliada de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), esta Dissertação analisou o processo de construção da VISAT nos Centros de Saúde do Trabalhador na Paraíba, assim como pontuar os entraves e os avanços manifestados na efetivação de suas ações. Nesse contexto de contradições e conflitos, a vigilância ganhou enorme destaque e gerou um cenário de disputas e lutas árduas e acaloradas.

Os desafios são colocados nesse percurso, analisá-los se mostra como objetivo para a construção desta pesquisa. Parte-se da perspectiva analítica de que a visão integrada e integral de Vigilância em Saúde do Trabalhador permite um novo enfoque sobre a atenção à Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, e que na prática dos serviços uma gama de desafios estão colocados, gerando experiências de integração e desintegração das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

As estratégias de construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito dos serviços de saúde/SUS vêm se construindo em um processo multiforme, caracterizado ora pelo conflito entre demanda ambulatorial e ações pontuais de Vigilância, dentro de um quadro de pressões para o estabelecimento de nexo causal para os trabalhadores atendidos e de um modelo ainda predominantemente assistencial do SUS; ora pela carência e dificuldades metodológicas e de recursos relacionados ao desenvolvimento de informações para o planejamento de estratégias de médio e longo prazo, que responda às demandas sociais vigentes.

Esse estudo assume o desafio de analisar e organizar uma prática ainda em construção, contra hegemônica, complexa, inserida no contexto contraditório do SUS, passado por dificuldades estruturais, inserido numa sociedade permeada por profundas contradições, pela desigualdade e injustiça social, derivada de uma realidade econômica e culturalmente globalizada e em transformação acelerada e heterogênea. Diante desse quadro contextual, é preciso salientar que este estudo pretende apresentar uma modesta contribuição, reconhecendo que as análises podem ser múltiplas e distintas sobre a VISAT no SUS.

A construção deste Capítulo embasa-se na análise das entrevistas de 17 (dezessete) profissionais de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos três CEREST do estado da Paraíba, em torno da dinâmica do processo do trabalho por eles desenvolvido, dos mecanismos que

propiciaram as experiências de construção e do uso das informações para as ações de VISAT, bem como discutem-se as dificuldades encontradas nesse processo.

No tocante à utilização das fontes, utilizou-se fontes primárias coletadas com aplicação de questionário de pesquisa autoaplicável e conteúdo semiestruturado com perguntas que enfocam o perfil e as condições de trabalho dos profissionais das equipes; e fontes secundárias como os estudos estatísticos do IBGE, MS, MTE, MPS e documental como as legislações, normas operacionais e técnicas inerentes a ST e VISAT, as portarias e outras fontes. Registra-se ainda a pesquisa bibliográfica em torno das categorias e temáticas que perpassam a análise do objeto deste estudo.

4.1 Saúde do Trabalhador e a Regionalização dos serviços de Saúde na Paraíba: o desafio de institucionalizar uma rede de atenção territorializada

Conforme se aludiu no Capítulo 1 desta Dissertação, o mundo do trabalho passou por diversas mudanças e transformações, numa fase de grande avanço tecnológico, em que a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril. Em face dessas evoluções novas formas de trabalho e novas profissões foram e são criadas inserindo-se e desenvolvendo-se nas atuais relações de trabalho e de produção do capital. A intensificação nos processos de produção e de modernização tecnológica geram profundas transformações acompanhadas de múltiplas necessidades.

Nos últimos anos, assiste-se uma acirrada correlação de forças, embalada pelos esforços coletivos no avançar das políticas públicas e não retroceder nas conquistas sociais frente ao desenvolvimento econômico, que rebate sobre o mundo do trabalho contemporâneo e as condições do desenvolvimento e crescimento econômico no Brasil, perpassado pela predominância dos interesses do capital em detrimento das políticas sociais, dentre elas a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O atual cenário da produção capitalista globalizada produz mudanças econômicas e sociais no mundo do trabalho. Nesse sentido, Faleiros (2010) aponta a modernização administrativa e econômica do capital sob a denominação de "flexível" se materializa em privatizações e desregulamentações das leis trabalhistas.

Para Mendes *et al.* (2005), o trabalhador atual forma uma classe mais heterogênea, mais complexa e mais fragmentada, necessitando que a Saúde Pública atenda a esse novo

contexto trabalhista e diferentes políticas que abordem a Atenção Primária, Secundária e Terciária com resolubilidade inclusive no controle e prevenção de agravos á saúde. Concernente à relação entre saúde e trabalho expõe-se o seguinte ponto de vista: "A saúde tem sua importância social como elemento estruturante do estado de bem-estar social e condição básica de cidadania para a população, e também tem seu papel na geração de emprego, renda e riqueza para o País" (GALDINO *et al*, 2012, p. 36).

A partir da Constituição de 1988 ficou decidido que a União definiria as Normas Gerais para o Setor Saúde e que os municípios executariam com autonomia a Política de Saúde de maneira adequada às suas condições locais. Nesse contexto, caberia aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da Política de Saúde entre os municípios. Dessa maneira, uma vez estabelecidos os acordos legais para a Política de Saúde no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas, restavam às medidas para a implantação do SUS, que ao longo dos anos foram sendo instituídas com a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs), definindo as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS (BRASIL, MS, 1994).

Desse modo, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS (BRASIL, MS, 2007). Nesse sentido, o Pacto em Defesa do SUS[21] advém da necessidade de superar os desafios da descentralização, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às realidades regionais, através da reorganização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. Em consequência ao processo de descentralização e o desenvolvimento das Políticas de Saúde descentralizadas, surge à necessidade de reorganização dos espaços de atuação dos serviços através do processo de regionalização (GIL *et al*, 2006).

Em torno dessa perspectiva, cabe problematizar a proposta de "regionalização da assistência", chamando atenção para a necessidade de se rever e aprofundar o debate sobre as propostas alternativas que vêm sendo elaboradas e experimentadas, no sentido de construir "modelos" fundados em uma concepção que não se limite à garantia da assistência e se refira à integralidade da atenção à saúde, levando-se em conta a heterogeneidade das condições de

[21] Regido pela Portaria Nº 399/2006 que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do País.

Nesse entendimento, torna-se relevante destacar o papel do Estado na gerência, administração e supervisão dos serviços de saúde, seja de forma direta ou indireta, uma vez que possíveis entraves técnicos e/ou operacionais nessa esfera de gestão constituem um dos grandes desafios para a concretização do SUS.

Para a implantação e consolidação da Vigilância em Saúde do Trabalhador estudos nessa direção apontam para desafios de diversas ordens, que referiam-se à: tensão com o Ministério do Trabalho sobre a competência e poder de intervenção nos ambientes de trabalho; sistema de informações insatisfatório; subnotificação de acidentes de trabalho; modelo hegemônico de atenção à saúde voltada para a assistência; deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais na área, juntamente com a baixa remuneração e falta de vínculos estáveis; limitações de estrutura física e de recursos materiais; dificuldades nas relações intra e interinstitucionais; falta de apoio local do poder público; a imprecisão de atribuições no SUS e entre instituições; dificuldades de efetiva participação dos trabalhadores; legislação com brechas e aplicada de formas diversas e sem fiscalização rigorosa; dificuldades no estabelecimento de prioridades e incorporação nas ações programáticas existentes; entre outros (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Por sua vez, o SUS tem grande potencial de contribuição para a promoção do trabalho decente, especialmente, com as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, produção de informações sobre situação de saúde dos trabalhadores e participação em processos regulatórios (NOBRE, 2010).

Do princípio da universalidade decorre que são sujeitos da PNSTT todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

Com exceção de parcelas de trabalhadores formais, os demais são praticamente invisíveis para os serviços de saúde em suas necessidades e especificidades enquanto trabalhadores. É possível afirmar que há barreiras de acesso em relação a várias ações e instâncias do sistema (MIQUILIN; CORRÊA FILHO, 2011). Mesmo os trabalhadores celetistas frequentemente buscam o SUS somente como meio para garantir seus direitos previdenciários; em especial aqueles que dispõem de planos e seguros privados coletivos de saúde.

Segundo dados do Ministério da Previdência Social (AEPS, 2013, p.03)[22], [...]"durante o ano de 2013, foram registrados no INSS cerca de 717,911 (setecentos e dezessete mil, novecentos e onze) acidentes do trabalho. Comparado com 2012, o número de acidentes de trabalho teve aumento de 0,55%". No entanto, ressalva-se que os referidos registros são oriundos de trabalhadores que se encontram na formalidade das relações trabalhistas, deixando, portanto, uma incógnita sobre os possíveis e assustadores números dos acidentes de trabalho no Brasil, derivados da informalidade do vínculo trabalhista. Neste contexto, a questão da subnotificação do trabalho informal se constitui enorme desafio para a Saúde do Trabalhador.

Desse modo, o fenômeno dos acidentes de trabalho passa a representar uma nova demanda à medida que não se restringe ao setor formal de caráter industrial, mas atinge o informal, com forte predominância do setor de serviços. Os desempregados, os aposentados e, ainda, crianças e adolescentes trabalhadores, e demais formas de trabalho precarizado constituem "novos" problemas de saúde. Esse fenômeno está imbricado com uma contraditória e complexa estrutura presente nas diferentes formas de produção e perpassa a economia familiar, a formal, as empresas arcaicas e até as mais modernas. Portanto, é necessária uma ação coordenada que busque as causas e que nelas interfiram (OLIVEIRA *et al*, 2012).

O estado da Paraíba possui atualmente em sua formação territorial 223 (duzentos e vinte três) municípios, divididos em 12 regiões geo-administrativas de saúde, cujas sedes situam-se nas seguintes cidades: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, e Itabaiana (PARAÍBA, SES, 2008).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Paraíba em vigor foi elaborado no ano de 2008, mediante a publicação da Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que defini as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.

Com o novo modelo de reorganização da saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba (SES/PB) passou por uma reestruturação administrativa, criando o Núcleo de Desenvolvimento das Regiões de Saúde (NUDERES), dentro da Gerência de Planejamento e Gestão (GPG) com o objetivo de tornar mais forte as regiões de saúde do estado a partir da

[22] AEPS 2013 – Anuário Estatístico da Previdência Social 2013. Sessão IV – Acidentes de Trabalho: http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/

implementação da Regionalização Solidária e Cooperativa, a qual já se configurava nos documentos do Pacto como um pressuposto a ser seguido (PARAÍBA, SES, 2008).

Para além do processo administrativo, é importante ressaltar que a construção das regiões de saúde não deve considerar o território como sendo uma entidade geográfica unicamente, mas sobretudo os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos e que podem definir características extrínsecas ao processo da simples repartição territorial (GIL *et al*, 2006).

Na grande maioria dos municípios paraibanos, as atividades produtivas desenvolvidas no território e os riscos para a saúde delas decorrentes bem como o perfil epidemiológico da população trabalhadora não têm sido considerados no planejamento das ações de Vigilância e Assistência à Saúde. Tampouco as ações de Saúde do Trabalhador estão incluídas nos Planos Municipais de Saúde, e os Conselhos Municipais de Saúde raramente contam com o apoio de Câmara Técnica ou Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) para auxiliar os conselheiros a propor e/ou decidir sobre medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

A formação demográfica paraibana é constituída por uma população 3.766.528 habitantes, sendo 51,6% do sexo feminino e 48,4 % masculino, com uma população Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) de 1.478.168 (IBGE, 2010). Dentre as principais atividades econômicas que mais empregam, destacam-se os serviços de administração pública (38,9%), serviços (22,7%), comércio (15,2%), indústria de transformação (12,7%) (com relevância aponta-se a confecção de artefatos de couros e sapatos, indústria de alimentos e fabricação têxtil), construção civil (7,0%) e agropecuária (2,0) (RAIS/MTE, 2012).

Dias e Hoefel (2005) asseveram que uma das propostas da RENAST consiste em coletivizar a questão dos acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho por meio do registro desses eventos no sistema de informação, o que possibilita a identificação dos fatores de risco e a orientação das ações de vigilância. No entanto, esses autores consideram o avanço que representa a institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, mas criticam a falta de êxito relativa à proposta inicial quanto à articulação com a rede básica e o suporte técnico e especializado oferecido pelo CEREST no projeto original concebido pela RENAST.

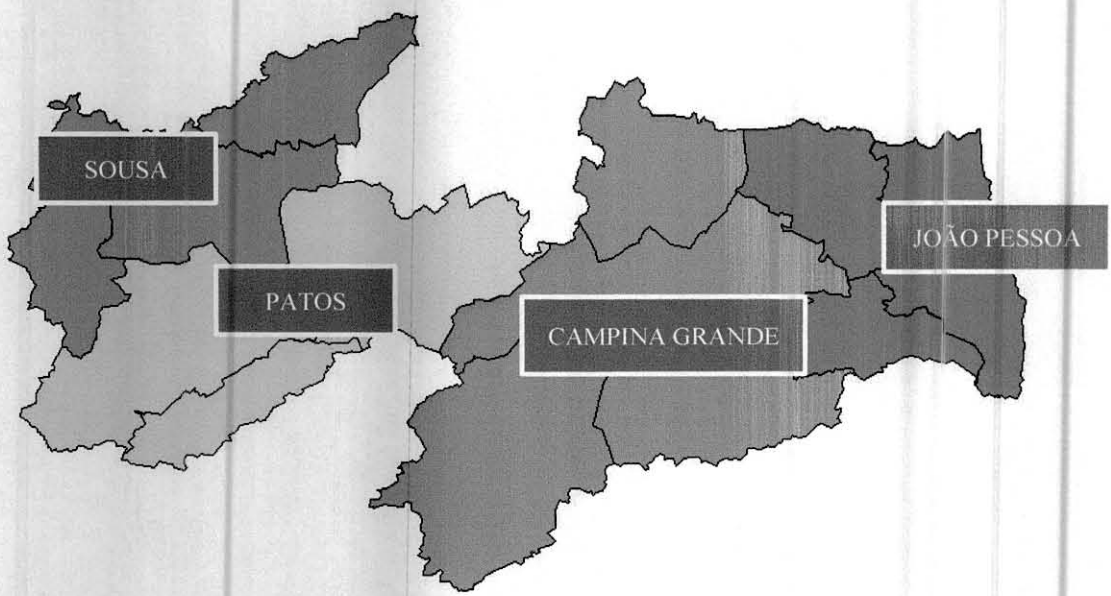
Na realidade, há uma enorme contradição entre ações assistenciais aos trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho e a nova proposta da RENAST. Isto é, a discussão sobre a responsabilidade do SUS na intervenção sobre os processos de trabalho, debatida nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, ainda não foi esgotada, especialmente no

que tange à inspeção, o que não pode ser tratado de forma periférica na efetivação da Saúde do Trabalhador (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Para mudar esse quadro e cumprir a prescrição constitucional, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), que atribui ao SUS a responsabilidade pela Saúde do Trabalhador, considerando sua inserção particular nos processos de trabalho, é essencial incluir o tema na agenda política e técnica da saúde dos 223 municípios paraibanos (BRASIL, 1990).

Os municípios de João Pessoa e Campina Grande representam as sedes de macrorregiões de saúde responsáveis por absorver as maiores demandas provenientes das cidades vizinhas, representando, respectivamente, 47,81% e 28,30% da população, bem como as outras duas macrorregiões de saúde, Patos e Souza, que absorvem respectivamente 12,02% e 11,87% (PDR/PB, 2008).

Figura 1: As quatro Macrorregiões Assistenciais de Saúde compõem os territórios delimitados no mapa abaixo. Plano Diretor de Regionalização da Paraíba 2008.



Cada **Macrorregional de Saúde** apresentada se dividem da seguinte forma: **João Pessoa** – 07 regiões de saúde que totalizam 65 municípios; **Campina Grande** compondo 08 regiões de saúde com 70 municípios, **Patos** com 05 regiões num total de 48 municípios e **Sousa** com 05 regiões que abrangem 40 municípios. Portanto, atualmente, os CEREST Macrorregionais estão divididos de acordo com as Macrorregionais apresentadas e realizando

com sua equipe mínima a cobertura assistencial e de VISAT nos respectivos municípios de abrangência (PARAÍBA, SES, 2008).

> Num momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros têm se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços de saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: descentralização dos serviços, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade da assistência, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, entre outros (DALDON; LANCMAN, 2013, p. 8).

Assim, é fundamental conhecer as ações desenvolvidas pelos municípios em relação à Saúde do Trabalhador, para melhor se verificar a necessidade de aprimoramento e melhorias, bem como a manutenção dessas ações por meio do enfoque regional viabilizado pelo CEREST, dado a implementação dessas ações de forma a poder auxiliar na melhoria do planejamento das ações desenvolvidas pela Política e Programas em Saúde do Trabalhador.

Para se desenvolver uma Política de Estado Integrada de Saúde é necessária à transformação do processo produtivo, a estruturação e a qualificação da rede de serviços públicos de saúde para que assim possa, de maneira integral, atender as demandas da saúde do trabalhador, seja por meio de ações de promoção, vigilância ou assistência; orientar sobre as atribuições do setor saúde em referência às questões específicas de Saúde do Trabalhador; viabilizar a pactuação intra e intersetorial; fomentar a participação e o controle social, capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Reforça-se, ainda para esse desafio, a preponderância de dispositivos constitucionais nos estados brasileiros relacionados à fiscalização dos processos e ambientes de trabalho, demonstrando a intencionalidade de conferir ao SUS nova prerrogativa. Uma vez capacitados os trabalhadores e uma maior fiscalização por parte da Vigilância em Saúde, é possível o desenvolvimento de maneiras mais efetivas de suas ações (OLIVEIRA, *et al*, 2012).

Além das atualizações e capacitações, se faz necessário um planejamento, o qual tem como objetivo definir ações que respondam às necessidades de saúde da população a ser atendida, melhorando a qualidade dos serviços prestados e maximizando resultados. A secretaria de saúde local, com o apoio de outras instituições como Conselho de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, entre outras, possui a responsabilidade de definir a estratégia organizacional para tratar da Saúde do Trabalhador. Dessa maneira, a elaboração de um Plano de Ação em Saúde do Trabalhador visa operacionalizar as determinações da Portaria Nº 2.437/05 que regulamenta as atividades da RENAST (VASCONCELLOS, 2007).

Ressalta-se então que é evidente a necessidade de envidar esforços para que as ações para a Saúde do Trabalhador estejam pautadas na promoção da saúde e na prevenção de agravos das pessoas. Entretanto, também é imprescindível delinear ações frente às necessidades iminentes, e, destaca-se que um dos meios utilizados para analisar a Saúde do Trabalhador é a notificação dos acidentes de trabalho. Essa notificação é realizada por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), da Previdência Social, e pela notificação de acidentes de trabalho graves e fatais do Sistema Nacional de Notificação de Acidentes e Agravos (SINAN).

A prevenção aos agravos relacionados ao trabalho depende, sobretudo, da margem de ação de que dispõem, e às quais se dispõem, os atores sociais para agir sobre os determinantes das condições de trabalho, isto é, sobre os fatores que as produzem colocando em risco os trabalhadores (FALEIROS, 2010).

Porém, ainda ocorre uma dificuldade de entendimento sobre [...] "de quem é a responsabilidade de fiscalizar, inspecionar, conter e prevenir os acidentes de trabalho, o que resulta em visível omissão de ação" (LOURENÇO; BERTANI, 2006, p. 50).

A implantação do SUS teve o mérito de trazer a fiscalização das condições e ambientes de trabalho para o setor saúde e deu aos seus profissionais a prerrogativa de exercer a vigilância da Saúde do Trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com o objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas suas ações, embora sua execução tenha ocorrido de forma desintegrada e por vezes conflituosa.

A precariedade das condições de trabalho manifestada na violação dos direitos trabalhistas – amostra dessa constatação se apresenta nas atuais decisões do governo frente ao aumento do rigor na "concessão" de benefícios trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores - insegurança do posto e do ambiente de trabalho, aumento do ritmo da produção e das exigências (pressão) interfere na Saúde do Trabalhador e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer que, nas palavras de Antunes (2008, p. 15), estão na "subjetividade da classe trabalhadora", e que derivam da nítida opção do Estado pelo projeto neoliberal de governo.

É importante ressaltar que a Saúde do Trabalhador possui algumas particularidades que tornam sua implantação muito complexa, tais como: o desconhecimento de muitos gestores do SUS quanto à execução e ações de Saúde do Trabalhador; os entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de Vigilância, resultando na falta de investimento nesse campo por parte dos gestores; o contexto social da tensão capital e trabalho; o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações na área; entre

outros. Por esses motivos, a Saúde do Trabalhador, apesar de estar entre as prioridades do Pacto pela Vida, seja uma das áreas de maior defasagem em relação a sua implantação no SUS (MACHADO, 2011).

Para o setor público de saúde, desde a esfera municipal até a federal, existe a necessidade de consolidar ações em Saúde do Trabalhador que passem da assistência em saúde em seu amplo sentido até a Vigilância da mesma de maneira bem estruturada. Todavia, apesar de número significativo de usuários assistidos, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde ser de trabalhadores, o reconhecimento de que o trabalho é determinante do processo saúde-doença, assim como das intervenções a serem realizadas ainda se distancia da realidade de precarização e adoecimento existente.

Alcançar as condições de trabalho de modo interdisciplinar e coletivo para reconstruí-las racionalmente é um desafio dialético, materialmente necessário para qualificar a questão dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho, caracterizando-os como elementos constitutivos da lógica reprodutiva do sistema capitalista e jamais como uma questão individual ou como "fatalidade do destino", rompendo as análises positivistas e simplificadas de causa e efeito hegemônicas na medicina do trabalho e na saúde ocupacional. A visão epidemiológica deve ser colocada em prática e o SUS, pela sua capilaridade, pode avançar na questão da saúde/trabalho. O sistema de informação pode dar visibilidade teórica e empírica às reais condições de trabalho e, assim, reverter à cultura de que o trabalho é bom independentemente das condições em que é realizado (MACHADO, 2011).

O processo de regionalização da atenção à Saúde do Trabalhador no país constitui-se em um processo político que envolve a distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico; o planejamento, integração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território e a incorporação dos elementos de diferenciação e diversidade espacial do desenvolvimento e da articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território (GIL *et al,* 2006).

Ao investigar sobre o campo Saúde do Trabalhador como área de intervenção do SUS pretende-se evidenciar o papel dos serviços de saúde não apenas na assistência ao problema de saúde apresentado pelo trabalhador, mas, sobretudo, na intervenção das causas a partir dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação.

Dias (1994), aponta que pode haver uma dualidade do sofrimento pelo trabalho. Por um lado, há os que sofrem os efeitos da exclusão do mercado de trabalho, que refletem na degradação das condições de vida, expressa, entre outros, no aumento de moradores de rua, de

periferias e nos holofotes da violência, da marginalidade, da desnutrição, da subnutrição e dos mais diversos conflitos e doenças sociais. Por outro, estão àqueles inseridos precariamente no mercado de trabalho e expostos às condições insalubres, inseguras e de risco para as saúdes física e mental.

A saúde pública já presta o atendimento ao trabalhador vítima de doença ou de acidente relacionado ao trabalho e conta com serviços especializados de vigilância sanitária, epidemiológica ambiental e de saúde do trabalhador. Contudo, há necessidade de romper com as ações focais e fragmentadas na assistência à Saúde do Trabalhador e avançar na construção de dados fidedignos para subsidiar ações mais amplas.

A incorporação da noção de Vigilância da Saúde do Trabalhador ao planejamento municipal e a busca de redefinição das "ações programáticas de saúde" no âmbito das unidades básicas, nos "módulos assistenciais" e "sistemas microrregionais de saúde" previstos com a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001, constitui uma alternativa de superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada (PPI), que basicamente se constitui um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, que não problematiza o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios (GIL *et al*, 2006).

Há necessidade de fortalecimento do enfoque territorial no planejamento governamental, de modo a integrar os investimentos (federais, estaduais e municipais) na atenção à saúde dos trabalhadores, as ações de fomento ao complexo industrial da saúde, e a política de ciência e tecnologia ao SUS. É fundamental que se perceba a necessidade de promover um enfoque mais integrado das políticas sociais e econômicas e de articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território.

Nesse sentido, são necessários o desencadeamento e fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito federal, estadual e municipal, tendo como eixo o fortalecimento do nível municipal e a organização dos sistemas microrregionais de saúde, espaços onde de pode introduzir mudanças gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais que contribuam para a construção de modelos de atenção capazes de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população de cada local.

Assim, é importante que o Ministério da Saúde e a Gestão Estadual da Saúde invistam no fortalecimento da sua capacidade institucional, de modo a possibilitar a realização de análises permanentes da situação de saúde e a institucionalização de processos de planejamento, programação e avaliação de ações e serviços que subsidiem a definição e

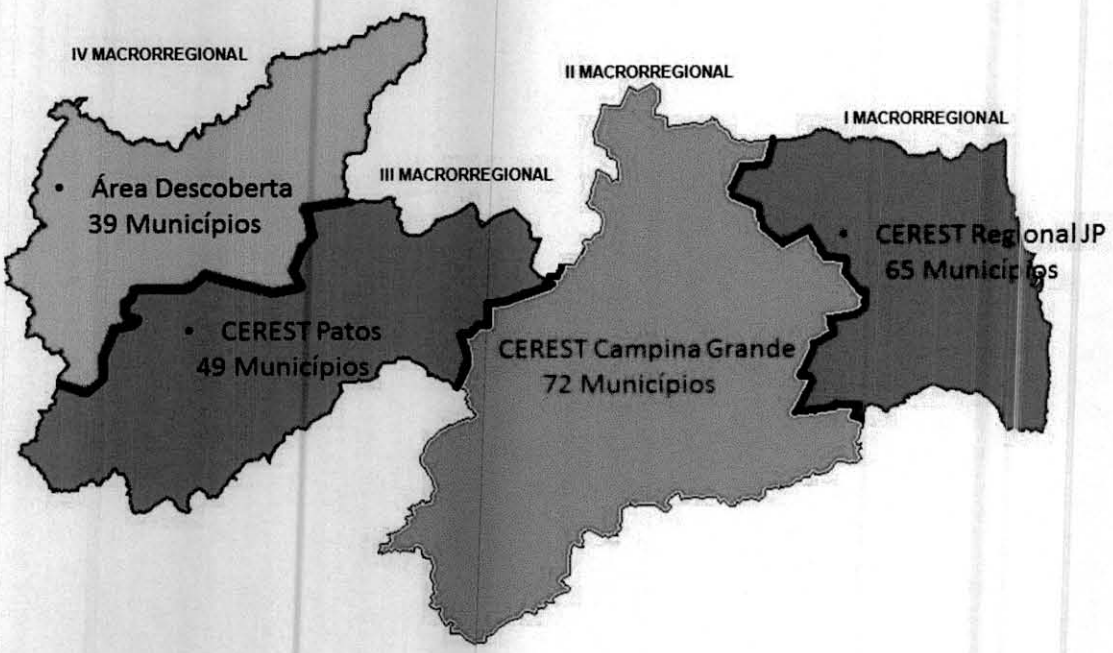
revisão contínua da configuração dos sistemas de atenção a Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba.

4.2 Caracterização dos CEREST Macrorregionais na Paraíba

Os Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) no estado da Paraíba situam-se na rede de média complexidade/ambulatorial e compõem a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST).

Adotando os mesmos padrões geoadministrativos da saúde, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba estão distribuídos em IV Macrorregionais, conforme a Figura abaixo:

Figura 2: Mapa de Distribuição Geoadministrativa dos CEREST por Macrorregionais segundo número de municípios de abrangência. Paraíba 2013-2014.



- Macrorregional I – João Pessoa
- Macrorregional II – Campina Grande
- Macrorregional III – Patos
- Macrorregional IV – Área Descoberta (Sob a responsabilidade do CEREST Estadual situado no município de João Pessoa/PB)

A finalidade dos CEREST é integrar a rede de serviços do SUS, com ações voltadas para assistência, suporte técnico especializado e a vigilância em saúde (ambiental, sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador), embora atualmente apresente fragilidade nas atividades voltadas prioritariamente para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT).

Para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador faz-se necessário desenvolver: a descentralização das ações da atenção básica; a implementação das ações de vigilância; promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador; a instituição de indicadores de serviços de saúde do trabalhador mediante a adoção da Rede de Serviços Sentinela e a consolidação das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN).

Dias (1994, p.104) assevera que:

> Compartilhamos com o Sistema Único de Saúde, de que a atenção a saúde dos trabalhadores deve ser **universal**, ou seja acessível a todos os trabalhadores, independente da sua inserção no processo produtivo ser mais ou menos valorizada socialmente; com **equidade**, ou seja, que lhe seja colocado a disposição o que de melhor a ciência e a técnica, frutos do trabalho humano, conseguirem desenvolver até o momento, neste campo; **integral,** ou seja que as ações preventivas e curativas sejam desenvolvidas de modo integral e que se considere os **trabalhadores sujeitos** das ações de saúde (grifos da autora).

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) registra-se um grande esforço na constante afirmação de seus princípios norteadores e na ampliação da rede de serviços disponíveis para suprir as demandas postas pela sociedade. A Saúde do Trabalhador insere-se dentro do SUS como um desafio a mais, no que tange ao cumprimento do preconizado pela Constituição de 1988, que estabelece a pactuação entre as Secretarias de Saúde de Estados e Municípios no cumprimento dos princípios fomentadores dessa política.

4.2.1 Macrorregional I – João Pessoa

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST/JOÃO PESSOA/PB)[23] é um Centro Regional que integra a Rede Nacional de Atenção á Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS), e tem a função de retaguarda

[23] Esse item foi elaborado com base nas informações fornecidas do Relatório de Gestão do CEREST em 2013.

técnica e científica para a implantação da Atenção à Saúde do Trabalhador na rede de cuidados em saúde, em sua área de abrangência.

Coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, o CEREST Regional foi Regulamentado pela Portaria da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) Nº 614, de 17 de agosto de 2006, e implantado em 2007, abrangendo 65 municípios que compõem a Macrorregião I de Saúde do Estado da Paraíba, composta por sete Regiões de Saúde, que juntas totalizam uma população de 1.798,837 habitantes (IBGE, 2010).

O CEREST Macrorregional I conta com um orçamento anual de 360 mil reais (30 mil mês) para o desenvolvimento das ações inerentes a Saúde do Trabalhador dentro da sua área territorial de abrangência. A estrutura organizacional (Quadro 1) do CEREST Regional-João Pessoa/ PB divide-se em cinco núcleos de trabalho:

- Núcleo de Gestão Técnica-Administrativa em Saúde do Trabalhador.
- Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador;
- Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador;
- Núcleo de Educação e Capacitação Permanente em Saúde do Trabalhador;
- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Trabalhador.

Quadro 1: Divisão da Equipe Técnica[24] por Núcleo/Função/Formação. CEREST Macrorregional I – João Pessoa/PB, 2014.

Nº	NÚCLEO	FUNÇÃO	FORMAÇÃO
1	Núcleo de Gestão (2*)	Coordenador Geral	Assistente Social
2	Núcleo de Gestão	Apoio Administrativo	Administradora
3	Núcleo de Gestão	Técnico Administrativo	Ensino Médio
4	Núcleo de Gestão	Técnico Administrativo	Ensino Médio
5	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador (8*)	Assistente Social	Serviço Social
6	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Assistente Social	Serviço Social
7	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Assistente Social	Serviço Social

[24]Todos os técnicos são de VISAT e estão divididos em núcleos para melhor organização do processo de trabalho. Vale salientar que alguns deles participam de mais de um núcleo de trabalho.

8	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Médico/a de Trabalho	Medicina
9	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Médico/a de Trabalho	Medicina
10	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Médico/a de Trabalho	Medicina
11	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Psicólogo/a	Psicologia
12	Núcleo de Acolhimento e Assistência em Saúde do Trabalhador	Fisioterapeuta	Fisioterapia
13	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador** (7*)	Enfermeiro/a	Enfermagem
14	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Enfermeiro/a	Enfermagem
15	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Enfermeiro/a	Enfermagem
16	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Assistente Social	Serviço Social
17	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Psicólogo/a	Psicologia
18	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Psicólogo/a	Psicologia
19	**Núcleo de Vigilância e Informação em Saúde do Trabalhador**	Técnico de Segurança do Trabalho	Técnico de Segurança do Trabalho
20	Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador (4*)	Assistente Social	Serviço Social
21	Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador	Fisioterapeuta	Fisioterapia
22	Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador	Enfermeiro/a	Enfermagem
23	Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador	Psicólogo/a	Psicologia
24	Núcleo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador	Técnico de Segurança do Trabalho	Técnico de Segurança do Trabalho
25	Núcleo de Estudos e Pesquisa (3*)	Assistente Social	Serviço Social
26	Núcleo de Estudos e Pesquisa	Enfermeiro/a	Enfermagem
27	Núcleo de Estudos e Pesquisa	Psicólogo/a	Psicologia
28	Recepção (2*)	Assistente Administrativo	Ensino Médio
29	Recepção	Assistente Administrativo	Ensino Médio
30	Apoio e Serviços Diversos (2*)	Serviços Gerais	Ensino Médio

31	Apoio e Serviços Diversos	Motorista	Ensino Médio

Fonte: CEREST Macrorregional I – João Pessoa/PB, 2014.

Esses núcleos devem atuar de maneira integrada e articulada dentro da lógica da articulação e encaminhamentos na Rede de Serviços de Saúde – Atenção Básica e Serviços especializados do Sistema Único de Saúde, visto que o CEREST-Regional/JP se propõe a atuar dentro de uma perspectiva de articulação intrasetorial (demais componentes da vigilância em saúde) e intersetorial (transversalidade entre outras políticas setoriais).

4.2.2 Macrorregional II – Campina Grande

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Campina Grande (CEREST/CG)[25] foi criado em 1° de maio de 2004, pela Rede Nacional à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da portaria do Ministério da Saúde n° 1.679, de 19 de setembro de 2002. É vinculado à Secretaria de Saúde do Município, mantendo parceria com o Ministério do Trabalho, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para onde são encaminhados os casos suspeitos de acidente do trabalho, após exame que confirme os casos; Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e as organizações que atuam em defesa dos trabalhadores (sindicatos, associações e cooperativas).

A unidade especializada em Saúde do Trabalhador atua integrada à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e funciona com uma equipe multidisciplinar, conforme demostra o Quadro a seguir. Esse CEREST objetiva desenvolver ações de saúde, com ênfase na Vigilância, visando à promoção e a proteção da Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras e a redução de doenças e/ou agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, bem como minimizar os agravos da saúde provocados por acidentes nos ambientes de trabalho.

O CEREST/CG é composto por 72 municípios, que formam a II Macrorregião de Saúde da Paraíba, que somam juntos uma população de mais de 1,8 milhões de pessoas. Atende a qualquer trabalhador, independente de vínculo empregatício que precisar de apoio nos casos de acidentes de trabalho ou agravos relacionados às suas atividades laborais. Esse

[25] Esse item foi elaborado com base nas informações fornecidas do Relatório de Gestão do CEREST em 2014.

serviço conta com um orçamento anual no valor de 360 mil[26] reais para a realização das atividades pertinentes a Saúde do Trabalhador.

Os trabalhadores com processo de adoecimento relacionado ao trabalho são atendidos no CEREST/CG por uma Equipe Multiprofissional (Quadro 2), que realiza a Anamnese Ocupacional para subsidiar o diagnóstico. De acordo com a demanda, o trabalhador é encaminhado para a Rede de Saúde do SUS, Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego e outras instituições que fazem interface com a Saúde do Trabalhador.

Esse Centro possui a estrutura organizacional (Quadro 2) dividido em quatro núcleos de trabalho, a saber:

- Núcleo de Gestão;
- Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho;
- Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador;
- Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente.

Quadro 2: Divisão da Equipe Técnica por Núcleo/Função/Formação. CEREST Macrorregional II – Campina Grande/PB, 2014.

Nº	NÚCLEO	FUNÇÃO	FORMAÇÃO
1	Núcleo de Gestão	Coordenadora Geral	Fisioterapia
2	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente.	Enfermeira do Trabalho	Enfermagem
3	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Fisioterapeuta	Fisioterapia
4	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Enfermeiro do Trabalho	Enfermagem
5	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Assistente Social	Serviço Social
6	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Assistente Social	Serviço Social
7	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Assessoria Jurídica	Advogado
8	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Técnico de Enfermagem do Trabalho	Técnico de Enfermagem do Trabalho

[26] De acordo com o Anexo da **Portaria Nº 1.367 de 3 de julho de 2014**. Que Estabelece o remanejamento de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

9	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem do Trabalho
10	Núcleo de Acolhimento e Assistência Integral em Saúde do Trabalhador	Enfermeira do Trabalho	Enfermeira do Trabalho
11	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Enfermeira do Trabalho	Enfermagem
12	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Técnico de Vigilância de Saúde do Trabalhador	Engenheiro Agrônomo
13	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Engenheiro de Segurança do Trabalho	Engenheiro de Materiais
14	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Técnico de Segurança do Trabalho	Ciências Sociais
15	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Técnico de Segurança do Trabalho	Técnico de Segurança do Trabalho
16	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Técnico de Vigilância de Saúde do Trabalhador	Odontóloga
17	**Núcleo de Vigilância em Ambientes de Processos de Trabalho**	Agente Administrativo	Ciências Econômicas
18	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente.	Jornalista	Comunicação Social
19	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente.	Assistente Social	Serviço Social

Fonte: CEREST Macrorregional II – Campina Grande/PB, 2014.

4.2.3 Macrorregional III – Patos

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Patos (CEREST/Patos) visa atender as questões relativas à Saúde do Trabalhador. É uma unidade regional que engloba 49 municípios de abrangência. Esse Centro foi inaugurado no ano de 2010 tendo como fator principal a promoção de ações visando à melhoria das condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância.

Esse serviço também conta com um orçamento anual no valor de 360 mil reais para provimento de ações pertinentes a Saúde do Trabalhador e a sua divisão organizacional compreende:

- Núcleo de Gestão;
- Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e Vigilância.

Quadro 3: Divisão da Equipe Técnica por Núcleo/Função/Formação. CEREST Macrorregional III – Patos/PB, 2014.

Nº	NÚCLEO	FUNÇÃO	FORMAÇÃO
1	Núcleo de Gestão	Coordenadora Geral	Enfermagem
2	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e **Vigilância.**	Enfermeira do Trabalho	Enfermagem
3	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e **Vigilância.**	Enfermeira do Trabalho	Enfermagem
4	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e **Vigilância.**	Fisioterapeuta	Fisioterapia
5	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e **Vigilância.**	Assistente Social	Serviço Social
6	Núcleo de Promoção, Capacitação e Educação Permanente, Acolhimento e **Vigilância.**	Médico	Medicina

Fonte: CEREST Macrorregional III – Patos/PB, 2014.

As práticas desses Centros são muito diferenciadas entre si, em função, dentre outros aspectos, do perfil de cada região. Mas, todos desenvolvem ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores. Muitas dessas ações são realizadas diretamente pelo próprio CEREST, como também, por meio da articulação com a rede de atenção à saúde do SUS.

4.3 Perfil Profissional das equipes vinculadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) das macrorregionais na Paraíba

A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS é uma prática em construção, com traços inovadores, em um cenário de profundas modificações no mundo do trabalho, derivadas do processo de acumulação flexível de alcance globalizado e acompanhado de uma grave crise no setor saúde, onde convivem dois modelos contraditórios: um projeto neoliberal e outro socialdemocrata (DIAS, 1994).

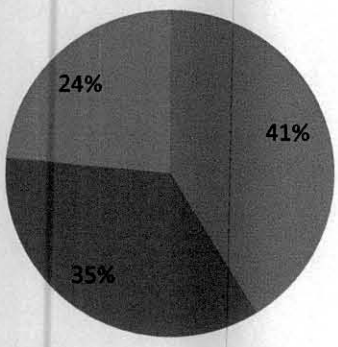
Proceder a uma aproximação às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para melhor compreendê-las do ponto de vista da atividade dos técnicos executores, implica considerar o caráter multifacetado, amplo e de complexo espectro em que essa prática se inscreve. Certamente devem ser considerados aspectos sociais, econômicos, históricos e políticos do processo de constituição do próprio campo da Saúde do Trabalhador, o qual dá origem a esse universo de práticas no Brasil.

Alguns dispositivos, atualmente, assumem relevância e notoriedade, como é o caso dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), principalmente após a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Como expressão de uma dada Política de Saúde, os dispositivos de Saúde do Trabalhador refletem o saber técnico-científico e a correlação das forças sociais em certos momentos históricos, consequentemente tais aspectos apontam a relevância de se estudar a Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito de suas vinculações institucionais, históricas e sociais.

Esta pesquisa foi realizada com 17 (dezessete) técnicos do total de 20 (vinte) profissionais que atuam no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador dos três núcleos de VISAT dos Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) no estado da Paraíba. O estado da Paraíba conta atualmente com 223 (duzentos e vinte e três) municípios, com população estimada em 3.943.885 habitantes, bem com a População Economicamente Ativa (PEA) de 1.478,168 paraibanos (IBGE, 2010).

Conforme elucidado, os CEREST do estado da Paraíba estão divididos em 3 (três) Macrorregionais - João Pessoa, Campina Grande e Patos, cujas ações são implementadas pelos técnicos envolvidos diretamente na gestão da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Gráfico 1 – Distribuição dos técnicos entrevistados vinculados à VISAT por Macrorregional. CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Na realização deste estudo, procurou-se compreender os processos de trabalho desenvolvidos nos CEREST na Paraíba através das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), que apesar de seguir as diretrizes da organização proposta pela RENAST, vem apresentando características próprias decorrentes do processo de municipalização e regionalização da saúde.

Discorrer sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS remete a analisar as formas de intervenção adotadas sobre fatores determinantes e condicionantes dos agravos a saúde dos trabalhadores gerados pelos ambientes e processos de trabalho, bem como pelas condições de organização dos ciclos produtivos (como o trabalho é planejado, estruturado e executado), sempre que o resultado da exposição a esses fatores resultar em acidentes de trabalho ou adoecimento do trabalhador.

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social[27], o estado da Paraíba no ano de 2013 registrou 5.016 notificações de acidentes de trabalho. Todavia salienta-se que tais dados referem-se exclusivamente aos trabalhadores inseridos no mercado formal e, portanto regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e que tiveram seus acidentes notificados mediante o estabelecimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Observou-se que esses dados não refletem a realidade dos acidentes relacionados ao trabalho no Brasil, mas apenas deixam um resquício do ainda invisível processo de

[27] Para maior esclarecimento consultar o site do Ministério da Previdência Social: http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho-tabelas/

adoecimento dos trabalhadores do setor informal, que mesmo não fazendo parte das estatísticas oficiais, engrossam os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes de trabalho que atuam na Vigilância em Saúde do Trabalhador das três macrorregionais na Paraíba possuem distintas formações profissionais, conforme demostrado na Tabela 1. Os dezessete profissionais entrevistados representam 53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino. Em sua maioria, os profissionais aproximam-se da Saúde do Trabalhador sem clareza das suas especificidades e sem uma formação peculiar a área, uma vez que a própria RENAST na sua conformação não explicita a necessidade de uma formação específica para atuar com as questões saúde/trabalho/doença e, consequentemente, para gerir a Política de Saúde do Trabalhador com suas significativas particularidades interventivas.

Tabela 1 – Áreas de Formação dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT – CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Área de Formação	N	%
Fisioterapeuta	3	17,6
Assistente Social	2	11,8
Psicólogo(a)	1	5,9
Enfermeiro(a)	3	17,6
Engenheiro(a)	2	11,8
Outras*	6	35,3
Total	17	100

Fonte: Primária
(*) Formação Técnica

Como se atesta, a composição das equipes de VISAT consta de profissionais de diversas áreas de conhecimento (médicos do trabalho e de outras especialidades, assistentes sociais, dentistas, educadores em saúde pública, enfermeiros, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais entre outros). Desse modo, é tida como um significativo avanço, pois vem favorecendo a melhor contextualização, interpretação e compreensão da gama de relações sociais e técnicas que conformam a produção e complexidade e subjetividade dos diversos atores envolvidos (DALDON; LANCMAN, 2013).

O objeto da Vigilância em Saúde do Trabalhador, devido à sua característica, deve ser analisado por diversas interpretações interdisciplinares e intersetoriais complementares, possibilitando realizar ações de intervenção completas, integrais e aprofundadas as quais

culminam em respostas que atendam às necessidades dos trabalhadores. Essa articulação de conhecimentos é necessária para intervir em situações geradoras de doenças a partir de uma perspectiva técnica, fundamentada, não sendo alvo de questionamentos sobre a credibilidade das ações (VASCONCELLOS e MACHADO, 2009).

As transformações no mundo do trabalho deixaram claro que é preciso compreender melhor o papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença. Nessa perspectiva de compreensão, a VISAT segue apropriando-se de diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem.

Segundo Machado (2011, p.80):

> No processo de construção do saber sanitário da VISAT, a relação entre o saber técnico, com suas facetas disciplinares, e o saber operário se funde na construção objetiva e subjetiva do trabalho e das potenciais relações com as transformações corporais dos trabalhadores, em uma perspectiva de síntese que transcende as disciplinas envolvidas, buscando a construção de um saber multiprofissional e transdisciplinar.

O quadro de profissionais dos CEREST apresenta-se ainda escasso e vem se configurando ao longo do tempo e, que mesmo partindo de uma conformação inicial semelhante[28], seguem características particulares. Essas equipes se consolidam em função das mudanças de propostas políticas para a Saúde do Trabalhador de cada município, das características da gestão de cada CEREST e das particularidades de cada território.

O processo de investigação desenvolvido junto a esses profissionais, bem como a perspectiva teórica que lhe embasa, indica uma pertinência em atentar para o modo como noções que estão na base da constituição do campo da Saúde do Trabalhador podem estar sendo atualizadas no âmbito dessa prática, ainda que não de modo sistematizado, elaborado ou mesmo formalizado e identificado por seus protagonistas.

Nesse contexto, as distintas condutas, mesmo no interior de um mesmo CEREST, são nitidamente influenciadas pelos esforços muitas vezes particulares de cada técnico de VISAT em buscar uma formação continuada que possa dar maior subsídio a sua atuação profissional.

As ações formativas em Saúde do Trabalhador apoiam-se na tese de que o processo formador é capaz de contribuir decisivamente para a mudança da perspectiva nas ações interventivas. Uma das atribuições da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da

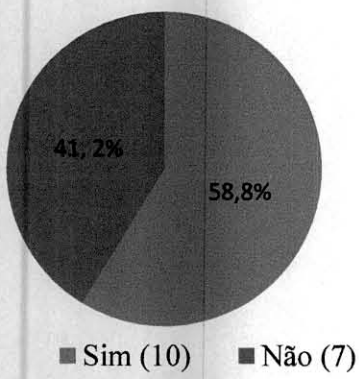
---

[28] Mediante a Portaria Nº 2.437/2005: A RENAST determina que os serviços de saúde do trabalhador regionais (CERESTS Regionais) no que tange aos **Recursos Humanos Mínimos**, devem dispor apenas de **4** profissionais de nível médio, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem; **6** profissionais de nível universitário, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais).

Trabalhadora (PNSTT) é promover a formação e a capacitação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), visando apoiar a implementação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), com ênfase na proposta de articulação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST).

No que tange à realização de cursos de capacitação, constatou-se que 58,8% dos técnicos entrevistados afirmam possuir uma formação complementar conforme demonstrativo do Gráfico 2:

Gráfico 2 – Cursos de Capacitação (Lato Sensu e Stricto Sensu) realizados pelos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Acredita-se que as diferenças nas ações desenvolvidas em cada serviço podem também ser notadas na diversidade da formação profissional e nos diferentes aportes teóricos e práticos de seus técnicos, que mediante a condução dos seus processos de trabalho via abordagem multiprofissional ou uniprofissional; análise totalizante da realidade ou particularizante dos processos, que influenciam diretamente na conformação do plano de trabalho em Saúde do Trabalhador de cada CEREST.

Apesar dos alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. Constatou-se nesta pesquisa que 41,2% dos técnicos de VISAT não possuem uma formação em nível de pós-graduação. Demostrando uma qualificação insuficiente para as necessárias mudanças das práticas vislumbrada pelo SUS e a sua institucionalização como campo de práticas sanitárias neste sistema público de saúde que é de cobertura universal. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses

profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador no SUS ainda é um grande desafio.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

É importante frisar que um dos problemas enfrentados para a efetivação da atenção integral à Saúde do Trabalhador é a fragilidade ou inexistência das instituições formadoras em discutir a categoria trabalho nos currículos acadêmicos, resultando em práticas de Vigilância fragmentadas, em que cada ator segundo sua visão formada por disciplinas específicas vai abordar o objeto da VISAT de forma parcializada e setorizada.

Tabela 2 - Nível de Capacitação (Lato Sensu e Stricto Sensu) dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Nível de Capacitação	n	%
Especialização	8	80,0
Mestrado	2	20,0
Total	10*	100

Fonte: Primária

*Nota: Esta Tabela totaliza-se em 10 (dez) por corresponder ao número de entrevistados que afirmaram fazer Pós-Graduação.

No que tange ao nível de capacitação realizada pelos técnicos de VISAT entrevistados, constatou-se a predominância de especialistas na área da saúde. Evidencia-se, portanto, uma ampliação da contribuição técnica e científica permitindo aprimorar as práticas profissionais em seus serviços e possibilitando a estes profissionais potencializarem suas ações e atuarem sistematicamente no planejamento, organização, gerenciamento, na assistência e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Nessa perspectiva, a Educação Permanente estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do

reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, estimula a formação e o desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir de interesses e prioridades identificados pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde. Neste contexto, a Saúde do Trabalhador tem o desafio de incorporar o processo formação/educação ao cotidiano de trabalho.

A VISAT é conceitualmente formada dentro dos CEREST, a partir de experiências de trabalho, das práticas, das diferentes formações de suas equipes multiprofissionais e dos diversos referenciais teóricos que embasam as intervenções. Em razão de os conceitos de VISAT, princípios e instrumentos técnicos operativos estarem em constante construção e transformação, exigem dos técnicos que nela atuam uma capacitação continuada.

Tabela 3 – Áreas dos Cursos de Capacitação dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Áreas de Capacitação	n	%
Saúde	8	80,0
Gestão	1	10,0
Educação	1	10,0
Total	10*	100

Fonte: Primária

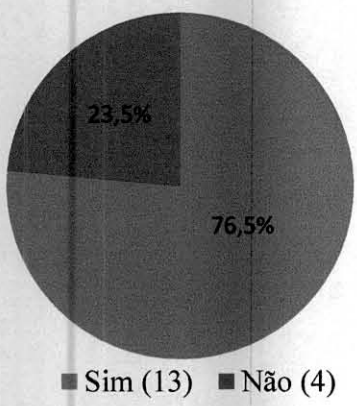
Nota: Esta Tabela totaliza-se em 10 (dez) por corresponder ao número de entrevistados que afirmaram fazer Pós-Graduação.

Evidencia-se nesta pesquisa a prevalência das capacitações na área da saúde, estando cada vez mais esta área de atuação exigindo uma maior formação continuada, não só pela importância que adquirem de ampliar o debate e análises do modo de pensar e agir dos profissionais nela inseridos e que vêm imprimindo significado nas suas intervenções, como pela presença expressiva da população do País nessa área. O conhecimento, portanto, é um desafio e tem a finalidade de melhorar a atuação a saúde dispensada aos usuários dos serviços de saúde, bem como, ampliar as alternativas para um cuidado na perspectiva da integralidade.

Considera-se, portanto, ser de fundamental importância para uma maior propriedade nas ações de VISAT a capacitação continuada dos profissionais, via especializações, mestrados e cursos formativos, bem como a instituição de espaços para a discussão, planejamento e troca de experiências e compartilhamento de saberes que norteiam a área da Saúde do Trabalhador, evitando cair no tecnicismo pragmático das intervenções. Os processos

de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da Saúde e do controle social.

Gráfico 3: Capacitação para as ações de VISAT dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Ao serem entrevistados sobre a realização de capacitação para as ações de VISAT, 76,5% (Gráfico 3) dos técnicos afirmaram ter realizado uma formação específica à área de atuação. A capacitação dos técnicos de VISAT, bem como dos profissionais que atuam na rede de serviços de saúde deverá ser planejada e elaborada considerando-se as especificidades das ações programáticas previstas em cada nível de atenção primário, secundário e terciário, pelo grau de complexidade da ação, nível de competência e pelo tipo de abordagem que se propõe para a resolução dos problemas de saúde.

Vasconcellos (2007) critica a ausência de uma política de Estado para a formação e capacitação de recursos humanos para atuar em VISAT, sendo essas ações ainda realizadas de forma pontual nos serviços, refletindo por vezes em entendimentos errôneos das concepções e objetivos da VISAT no SUS, o que consequentemente vai impactar negativamente nas ações desenvolvidas.

A complexidade e a diversidade das ações de VISAT, a cada novo setor em que se intervém, evidenciam as dificuldades presentes em diversos CEREST e que são agravadas pela inexperiência desses serviços em determinados setores e pela carência, despreparo ou falta de capacitação dos profissionais.

Minayo-Gomez e Lacaz (2005, p.42) apontam ainda:

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

A partir do entendimento que as ações de capacitação profissional objetivam contribuir para a melhoria da qualidade na intervenção e problematização e devem permear as ações intersetoriais de promoção da saúde e da qualidade de vida e trabalho, necessitam, portanto, de ser voltadas para atender a dinâmica de saúde e doença de grupos sociais definidos segundo a sua territorialidade, portanto, devem ser planejadas respeitando essas especificidades ao desenvolver as ações de VISAT.

A equipe de VISAT deve estar preparada para intervir nos processos produtivos, na organização e nos ambientes de trabalho, para tanto é necessária uma formação abrangente que contemple noções sobre a investigação dos riscos ocupacionais, avaliação qualitativa e quantitativa dos riscos, bem como medidas de proteção coletiva, aplicação de princípios do SUS sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde.

As questões de gestão do trabalho, como formação, desenvolvimento e educação em saúde e condições de trabalho estão amplamente contempladas no arcabouço legal do SUS. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde que serviu de referência para a formulação do SUS, questões relativas ao trabalhado em saúde como remuneração, isonomia salarial, formas de contratação, estabilidade, formação profissional, direito à greve e a sindicalização bem como a instalação de uma mesa de negociação permanente vem sendo amplamente discutidas. Assim, conforme os princípios constitucionais da regionalização e hierarquização, os municípios tornaram-se os principais gestores da força de trabalho no SUS.

Pires (2000, p.91) defende a posição de que:

> É preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade.

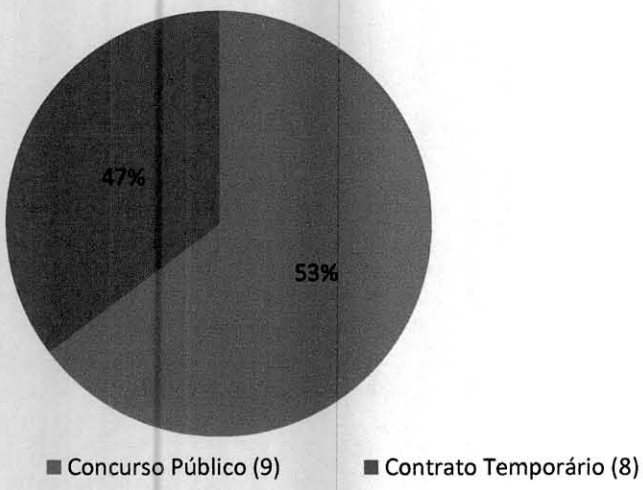
Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde para os municípios, foi desencadeada a transferência de decisões e ações antes centralizadas. Nesse processo, os municípios ao assumirem a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde, tornando-se os principais gestores da força de trabalho.

Nesse nível do sistema, onde as ações de saúde concretizam-se predominantemente na dimensão das relações interpessoais, é ainda mais central o papel dos trabalhadores da saúde, expressando a importância que assume a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de VISAT, da capacitação permanente, da possibilidade de negociação das condições de trabalho, dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho, da fixação através da existência de plano de carreira, cargos e salários, dentre outros aspectos (LACAZ, 2008).

Antunes (2005) afirma que a grave crise enfrentada pelo capitalismo a partir da década de 1970 levou a sua reorganização com vistas à retomada do patamar de acumulação e à dominação global. Como consequência, houve a intensificação dos processos de trabalho existentes e a criação de novas formas de relações do trabalho. Ainda que essas transformações tenham se iniciado nas indústrias, elas vêm se expandindo para todos os setores da sociedade, incluindo serviços públicos voltados para as necessidades básicas da população, como os de educação e saúde.

Considerando este cenário, vivencia-se atualmente diferentes tipos de relação de trabalho (concursado ou contratado por meio de terceirização da gestão) que podem ter consequências para o bem-estar e para a saúde dos trabalhadores da saúde pública.

Gráfico 4: Vínculo de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Na análise dos dados verifica-se que 53% dos técnicos de VISAT (Gráfico 4) são profissionais concursados[29], e portanto possuem estabilidade profissional na atuação da respectiva área descrita, tendo em sua maioria uma carga de trabalho de 20 horas semanais, o que rebate na dedicação parcial às atividades de VISAT, seguindo-se de 35,3% com carga parcial de 30 horas; enquanto apenas 17,6% dos entrevistados possui carga horária integral. Todavia, ressente-se ainda da falta de uma carreira específica no SUS para a Saúde do Trabalhador, e a falta de estabilidade dos vínculos contratuais do pessoal dos CEREST mantidos pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Esse fenômeno tem como consequência a implantação de novas formas de organização do trabalho e de vínculos empregatícios no setor público. Os dados desta pesquisa revelam o percentual significativo de 47% dos técnicos entrevistados possuírem vínculos precários de trabalho.

Tendo em vista o que foi apresentado até aqui, a presente pesquisa expõe a atuação profissional na VISAT mediante diferentes vínculos empregatícios inseridos em um mesmo serviço público de saúde, tomando como pressuposto que, assim como o setor privado, o setor público de saúde também tem sido afetado pelas mudanças no contexto capitalista atual.

[29] O concurso Público ao qual estes profissionais estão vinculados é na área da saúde em geral, uma vez que o estado da Paraíba ainda não possui uma seleção pública específica para área da Saúde do Trabalhador.

A leitura dos dados Tabela 4 evidencia um traço da precarização atual do trabalho, qual seja a flexibilização da carga horária, uma vez que 47,1% dos entrevistados possui uma carga horária parcial de trabalho. Analisa-se que a principal característica da forma de organização do trabalho contemporâneo é a "flexibilidade" (BERNARDO, 2009). Essa noção abrange um conjunto de características, entre as quais se destaca a necessidade de os trabalhadores serem capazes de exercer uma variedade maior de tarefas; a desregulamentação das jornadas de trabalho, com banco de horas, por exemplo; a busca de um maior envolvimento do trabalhador com a "missão" da empresa; a individualização das relações de trabalho por meio de avaliações individuais etc. Assim, cabe mencionar que a transformação do contexto capitalista modifica também o tipo de trabalhador requerido na atualidade e cria novas condições subjetivas de trabalho.

Tabela 4: Carga Horária de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Carga Horária de Trabalho	N	%
Parcial/20 horas	8	47,1
Parcial/30 horas	6	35,3
Integral/40 horas	3	17,6
Total	17	100

Fonte: Primária

O Ministério da Saúde reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elaborou em 2006, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, um "Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS" com estratégias definidas para a reversão do quadro. 'Precarização', como explicitado, um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em Lei.

Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em Lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

A franca precarização das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde afetou diretamente a efetividade e eficiência das ações e serviços do setor, ao promover a vulnerabilidade do vínculo, uma vez que o trabalhador deve ser concebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

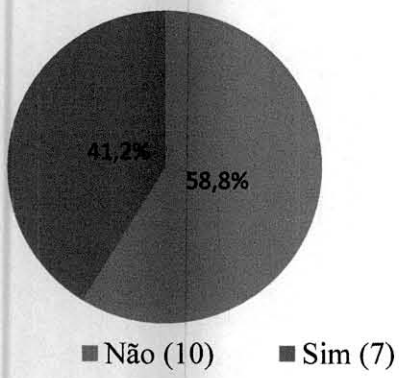
Assim, as novas formas de contratação e estruturação do trabalho no SUS – assim como se reproduzem no mundo do trabalho flexibilizado – criam um exército de trabalhadores em condições de trabalho precário que comprometem a relação desses trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados à população, além de evidenciar a ausência de políticas de gestão de pessoas voltadas para esses trabalhadores.

O trabalhador da saúde constitui ferramenta essencial para a garantia de eficiência e efitividade dos serviços e ações de saúde. Entretanto, desde a década de 1990 desenvolveu-se um processo de desvalorização do trabalhador do SUS, o que vem resultando em uma enorme dívida política e social.

> Pode-se dizer que este período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificada na perda da importância da negociação do trabalho no SUS [...]. Sem dúvida, a década de 1990 pode ser denominada 'década perdida para os recursos humanos na saúde' [...] marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS (MACHADO, 2005, p.194).

O reflexo da precarização das relações de trabalho e, consequentemente, da fragilização das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde, configura-se na dupla jornada de trabalho, conforme o Gráfico 5 explicita diversos trabalhadores da saúde, incluindo os técnicos de VISAT, sujeitos desta pesquisa, que possuem outros vínculos de trabalho, em detrimento de uma jornada exclusiva no campo da saúde do trabalhador.

Gráfico 5: Vínculo de Trabalho em Outra Instituição dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Apesar de 58,8% dos técnicos entrevistados afirmarem não possuir outros vínculos de trabalho, contatou-se a significância de 41,2% dos profissionais que possuem outras jornadas de trabalho. Vale destacar a evidência quanto à insegurança e à instabilidade que os diversos vínculos trazem ao trabalhador. Trata-se da atual realidade de organização do trabalho flexível, que atende às necessidades e demandas dos contratos flexíveis de serviços, de acordo com as flutuações do mercado.

As ações de VISAT pressupõem, por sua natureza, além de recursos materiais, quadro de pessoal suficiente, capacitado e dotado de carreira compatível com as funções essenciais do Estado provedor, condição mínima para o enfrentamento dos problemas complexos do campo da Saúde do Trabalhador, ou seja, uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores.

Sabe-se que a desregulamentação das relações de trabalho tem ocasionado mudanças relevantes nas formas de estruturação da força de trabalho no SUS, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e continuidade das ações e serviços prestados à população.

Os dados da pesquisa indicam que os municípios ainda necessitam desenvolver as ações voltadas para a valorização do trabalhador, evidenciando a necessidade de discussões sobre a nova política de gestão do trabalho entre os gestores e a existência de vários nós críticos nos diversos âmbitos institucionais do SUS.

O trabalhador de saúde, como agente político, deve buscar entender a relação das suas condições de trabalho e o quanto elas podem interferir naquilo que tem de maior governabilidade, o cuidar em saúde, pois ele se encontra muito afastado dessas ações e precisa ser estimulado a participar delas ativamente, para, então, buscar, de forma consciente, a valorização do seu processo de trabalho.

No que concerne às condições de trabalho, 58,8% dos técnicos entrevistados de VISAT ainda externaram de forma satisfatória, conforme (Tabela 5) a seguir, a realidade do seu processo de trabalho, contrapondo às informações ora até este momento discutidas. Essa satisfação está baseada na percepção da pesquisadora, na situação atual em relação aos atuais valores empregatícios. Esses valores podem não refletir com precisão total a realidade objetiva, por isso, mesmo que contraditória deve-se dar importância para a percepção que o indivíduo tem da situação e não para a própria situação (HUNT; OSBORN, 2002).

Tabela 5: Condições de Trabalho dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Condições de Trabalho	N	%
Satisfatória	10	58,8
Pouco satisfatória	4	23,6
Não satisfatória	3	17,6
Total	17	100

Fonte: Primária

Segundo esses autores, a satisfação do trabalho vincula-se à relação do trabalho desenvolvido.

> Satisfação no trabalho formalmente definida é o grau segundo o qual os indivíduos se sentem de modo positivo ou negativo com relação ao seu trabalho, é uma atitude, ou resposta emocional às tarefas de trabalho e às suas várias facetas. Aspectos mais comuns da satisfação no trabalho relacionam-se com pagamento, desempenho e avaliação de desempenho, colegas qualidade de supervisão condições físicas e sociais do local de trabalho (HUNT; OSBORN, 2002, p. 96).

Além do reconhecimento identitário da maioria dos entrevistados com as atividades da VISAT, outra forma de manifestação da importância de determinadas atuações e intervenções

profissionais por parte da gestão municipal, associa-se ao quadro de remuneração proposto, a ser discutido posteriormente na Tabela 6.

De acordo com os dados da Tabela 5, 41,2% dos profissionais demostram um grau de insatisfação no que tange as suas condições de trabalho. Essa insatisfação deriva do não atendimento de suas necessidades com a atual remuneração recebida, estando em determinados casos associada à complementação salarial com outros vínculos empregatícios, conforme já anteriormente explicitado.

Os dados da Tabela seguinte revelam a baixa remuneração da maioria dos técnicos entrevistados, sendo esse um dos fatores revelados pelos dados da pesquisa. A frustração econômica, muitas vezes leva o profissional a assumir mais de um emprego para manter condições dignas de vida, ou então gera alta rotatividade e desligamento do emprego.

O artifício atual de racionalização de recursos humanos, materiais e financeiros é responsável pelo achatamento salarial, levando a maioria desses profissionais à dupla jornada de trabalho. A não-contratação de pessoal, mesmo para reposição de demissões ou aposentadorias, resulta em sobrecarga de trabalho para a equipe.

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

Tabela 6: Faixa salarial mensal dos técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

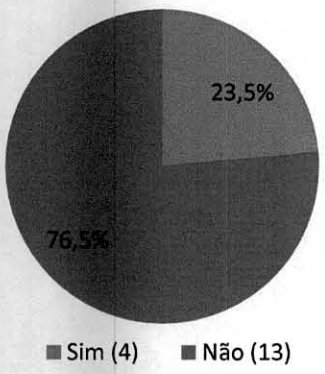
Faixa Salarial	N	%
1 a 1 ½ SM	8	47,1
2 a 5 SM	5	29,4
6 a 9 SM	3	17,6
Não respondeu	1	5,9
Total	17	100

Fonte: Primária

Em virtude dos baixos salários, significativa parcela dos trabalhadores de VISAT entrevistados opta por trabalharem em mais de um emprego, o que leva esses profissionais a excessivas e desgastantes jornadas de trabalho, no sentido de complementação salarial, podendo haver expressivo prejuízo para sua qualidade de vida no trabalho.

Esse contexto de precarização, de subcontratação, de queda do padrão salarial, da ampliação de contratos de trabalho temporários e do desemprego é uma realidade que afeta a todos os trabalhadores, inclusive o trabalho no serviço público do Brasil.

Gráfico 6: Atendimento das necessidades pela remuneração recebida segundo os técnicos entrevistado, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

O Estado brasileiro, buscando aproximar os padrões de gestão do setor público ao setor privado a partir da década de 1990, adota duas estratégias para atingir seus objetivos (BORGES, 2004, p. 257). A primeira estratégia diz respeito "[...] à redução dos custos da máquina pública que se efetivou com o enxugamento do quadro de pessoal – demissões, privatizações, terceirizações –, redução dos salários pagos e corte de benefícios". Essas medidas foram imprescindíveis para atingir o objetivo almejado, e, para obter a meta do equilíbrio fiscal, reajustou os salários sem pensar nos efeitos negativos causados aos trabalhadores. A segunda estratégia, que orientou a reestruturação do setor público para a precarização corresponde:

> [...] a flexibilização das relações de trabalho, através de formas de contratação atípicas, sem recorrer ao concurso público e com remuneração fora dos parâmetros estabelecidos nos planos de cargos e salários – são os contratos por prazo determinado, temporários, por prestação de serviços e/ou associados a um determinado projeto, a exemplo dos bolsistas, consultores, substitutos, estagiários etc. (BORGES, 2004, p. 257).

As remunerações advindas desses diversos tipos de contratos são sempre mais baixas do que aquelas recebidas pelos servidores formais, uma vez que eles ficam desprovidos de proteção social e não têm reconhecidos os seus direitos trabalhistas e previdenciários, refletindo a precariedade, excluída das estatísticas oficiais, que só registram os empregos formais.

4.4 Articulações intrasetoriais e intersetoriais na viabilização da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: a experiência da VISAT na Paraíba

Ao se recortar a Vigilância no campo da Saúde do Trabalhador, e, portanto, uma área de promoção da saúde que requer pela natureza de suas práticas uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intrasetorial, enfrenta-se, na realidade, um problema da integração. Verifica-se intensa multiplicidade de temáticas que abrangem diversas disciplinas e que não resultam necessariamente na elaboração de uma política pública, radicalmente intersetorial e articulada com os demais componentes da Vigilância.

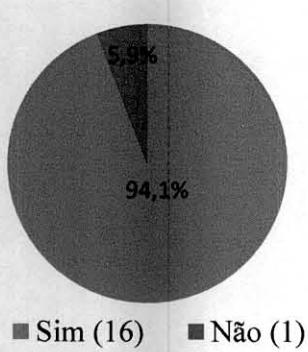
Pela interdisciplinaridade da área e o amplo leque de ações, há necessidade da intervenção de setores públicos distintos, representados pelo Trabalho, pela Saúde, pela Assistência e pela Previdência, que deveriam atuar de forma conjunta e complementar. Esses setores, entretanto, trabalham com lógicas absolutamente distintas, fazendo com que a integração aconteça apenas em intenções e discursos, sem resultados práticos de expressão.

Em 2005, foi publicada a Portaria Nº 1.125, que trata dos propósitos da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS que trazem uma contribuição para a construção da integração de uma política de Vigilância em Saúde, Trabalho e Ambiente, como é possível perceber em seu artigo 1º que resolve:

> Estabelecer 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 (BRASIL, MS, 2005a, p.1).

A contribuição dessa norma está no fato de dar relevância às questões intra e intersetoriais nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, considerando-as como locus institucionais imprescindíveis para a intervenção da Vigilância. Todavia, quando os entrevistados foram indagados acerca das dificuldades existentes nas articulações intra e intersetorias, como demostra o Gráfico 7, expressaram quase que unanimemente a existência de empecilhos nas ações conjuntas com demais instituições e órgãos inerentes à Saúde do Trabalhador.

Gráfico 7: Dificuldades nas articulações intra e intersetorias segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

O processo de superação desse cenário institucional é ainda incipiente e vem sendo permeado por uma série de conflitos, alguns do tipo corporativo e relacionado ao campo de disputas de práticas institucionais que ainda não se harmonizaram aos preceitos estabelecidos na Constituição de 1988 no que tange a Saúde do Trabalhador (MACHADO, 2011).

Nesse cenário, a exemplo de auditores fiscais do Ministério do Trabalho e sanitaristas do SUS, voltados para as ações de Saúde do Trabalhador, vivem em constante conflito na maioria dos estados brasileiros, pela não concepção de uma articulação de saberes e práticas completares nos seus processos de trabalho.

> Na proposta do SUS, em sua formulação de saúde do trabalhador, estabelece uma centralidade disciplinar na epidemiologia, configurando por vezes um saber dogmático frequente na área da saúde. Por sua vez, no âmbito do Ministério do Trabalho o arcabouço interdisciplinar da saúde do trabalhador acaba reduzindo-se a submissão das disciplinas a possibilidade de negociação no âmbito das relações de trabalho e do engessamento de sua prática por um mosaico inacabado de referenciais normativos (MACHADO, 2011, p.3).

A falta de uma base conceitual capaz de ajustar as ações transversais, somadas a hierarquizações que não correspondem aos papéis possíveis de serem desempenhados por uma ou outra instituição isoladamente, constitui um dos empecilhos fundamentais para a objetivação das ações de VISAT.

Atualmente, o aparelho de Estado brasileiro voltado para a Atenção à Saúde do Trabalhador está estruturado basicamente em quatro Ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego,

Previdência Social e Educação), em duas fundações: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho (FUNDACENTRO) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e em Centros de Atenção à Saúde do Trabalhador do SUS que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), especialmente os CEREST inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas, há pouca, ou nenhuma, articulação entre essas estruturas. Suas atribuições, por vezes, superpõem-se, como no que se refere às informações, à VISAT, à reabilitação, à formação e à fiscalização (VASCONCELLOS, 2011).

A disputa que está na base configura-se em forte polêmica sobre a delimitação de domínios ou atribuição de competências e atribuições legais relativas à execução das ações inerentes à Saúde do Trabalhador e configura-se como um importante entrave à sua efetivação. Tal polêmica pode ser identificada através das menções que vêm sendo feitas por pesquisadores do campo da Saúde do Trabalhador, às manifestações de resistências por parte das instituições estatais e empresas, às ações de VISAT.

As discordâncias sobre atribuições ou limites de responsabilidades que vêm pautando o conturbado percurso de implementação de ações no campo de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, refletem posições que se apresentam quase sempre de modo antagônico em permanente disputa. É preciso reconhecer que tais posições correspondem a diferentes concepções e projetos de sociedade, em conflito de interesses.

É esse o locus em que estão inscritas as ações de Saúde do Trabalhador e, por conseguinte, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) estando, portanto atravessadas por um jogo de relações sociais que vêm se construindo de modo desigual em termos de poder de decisão, de organização e de ação.

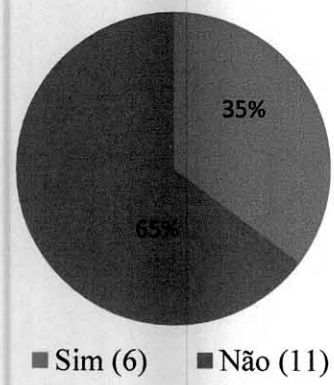
Dessa maneira, emerge a necessidade de que os atores do campo da Saúde do Trabalhador atuem coletivamente na busca de mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar as condições e os ambientes de trabalho. Para isso, defendem uma abordagem inter(trans)disciplinar e intersetorial na perspectiva da totalidade, com a participação dos trabalhadores enquanto sujeitos e parceiros capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo de saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade.

O que se assiste em geral são CEREST sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas.

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

No que tange especificamente à efetividade das articulações intrassetoriais, há um nítido descompasso para a Atenção a Saúde do Trabalhador nos níveis locais de atenção a saúde, como se constata nos resultados do Gráfico seguinte:

Gráfico 8: Efetividade do modelo de Atenção dos Trabalhadores a partir dos níveis de Atenção a Saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Esses dados apontam que 65% dos entrevistados não afirmam a efetividade do modelo de Atenção a Saúde do Trabalhador. De fato, tais dados indicam a fragilidade das articulações intra e intersetoriais, e que, embora existam experiências intrasetoriais, esse conceito ainda apresenta debilidades no seu entendimento e operacionalização. De acordo com Cecílio (1997), a integralidade é um conceito fundamental no SUS e remete à continuidade e coordenação da assistência demandando a integração da rede. Do mesmo modo, a integralidade, apoiada no conceito ampliado de saúde almeja a articulação entre diferentes políticas.

Para Monnerat e Souza (2011) a integralidade é a diretriz do SUS que menos avançou e por isso a intra e a intersetorialidade ainda permanecem como desafios ao SUS. As autoras

complementam ainda que as estratégias traçadas para alcançar a integralidade se voltam mais para a articulação e organização interna do Sistema, fortalecendo os laços entre os níveis de atenção.

A propósito dessa realidade, os técnicos de VISAT apontam a existência de dificuldades importantes frente a não efetividade da Vigilância em Saúde do Trabalhador nos níveis de atenção a saúde; como apontam os resultados da Pesquisa que se seguem:

Tabela 7: Justificativas para não efetividade da VISAT a partir dos níveis de Atenção à Saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT – CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Não Efetividade da VISAT	n	%
Desarticulação organizacional da rede de serviços de saúde	15	38,5
Limitada compreensão da Atenção Integral a Saúde do Trabalhador	9	23,1
Fragilidade na gestão dos serviços de Saúde	8	20,5
Limitados recursos orçamentários para execução da PNSTT	7	17,9
Total	39*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

Impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que implicam, muitas vezes, em sua liberação sem que possam ser utilizados de forma adequada; desafios na formação de profissionais em Saúde do Trabalhador, visto ainda serem desordenados os esforços de formação desse tipo de profissional, apesar de seu crescimento nos últimos anos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação dos trabalhadores no controle social devido a constrangimentos diversos, como a perda de representação dos trabalhadores de base e precária democracia nos locais de trabalho, dificultam a participação até mesmo em inspeções rotineiras dos órgãos públicos (MACHADO; SANTANA, 2011).

Essas reflexões buscam entender as acentuadas mudanças no mundo do trabalho que ocorreram nas últimas décadas, sobretudo a partir dos anos 1970, e que provocaram discussões sobre suas consequências desiguais e combinadas, atingindo todos os trabalhadores, mas de maneira diversa nas diferentes regiões do mundo (ANTUNES, 2009).

No que concerne à viabilização das ações, torna-se decisivo o financiamento, considerado um dos grandes problemas que persistem desde o início do processo de institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS, cuja expressão mais marcante é o reduzido número de serviços de referência, bem como o sucateamento dos serviços públicos de saúde. Assim, a fragilidade da consolidação orçamentária para o pleno financiamento das ações, somadas às pressões externas e falta de priorização por parte dos gestores municipais em dar continuidade a essas políticas quando ocorre troca de governos, imprimem aos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) uma dinâmica descontínua de atuação.

Ao mesmo tempo deve-se considerar, complementando as afirmações acima, que a intra e a intersetorialidade para se efetivar, demanda a existência de uma política intersetorial abrangendo todo o município, o que parece ainda não constituir a realidade no municípios abrangentes dos CEREST Macrorregionais na Paraíba.

Somente a partir dessa consideração é que se torna possível superar o imediatismo e o isolamento das ações intersetoriais que por ficarem a cargo dos profissionais não se constituem como uma prática consolidada em todo o município. Esse esforço individual pode resultar em um desgaste das equipes e um descrédito por parte da população em tais ações (MONNERAT; SOUZA 2011).

Por isso, a necessidade da definição de instrumentos de gestão que orientem, organizem e impulsionem a articulação entre os diferentes setores, garantindo às equipes a flexibilidade necessária para adequação dessa articulação de acordo com as características do território e dos sujeitos envolvidos.

4.5 Controle Social e Vigilância em Saúde do Trabalhador

Sobre a participação e o protagonismo dos trabalhadores e suas representações nessas e noutras Políticas Sociais, especialmente em tempos de crise e aprofundamento da globalização, é preciso lembrar o que uma vez se apresentam com o movimento operário italiano: "saúde não se vende", "a defesa da saúde não se delega" (ODDONE, 1986). Esse princípio, caro à Saúde do Trabalhador, pois não há saúde dos trabalhadores sem os trabalhadores, sujeitos de sua história, deve ser tomado em sua radicalidade.

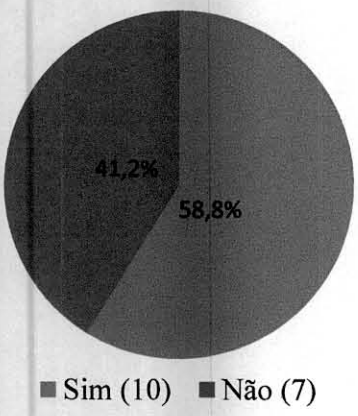
> A expressão controle social é aqui entendida como uma prática de participação implantada no bojo do processo de democratização do nosso país, na década de 1980. Essa prática foi desenvolvida por meio de instâncias colegiadas de caráter permanente que atuam na implantação, no monitoramento e na avaliação das políticas públicas institucionalizadas pela Constituição Federal e nas leis orgânicas que a seguiram (MINAYO-GOMEZ *et al*, 2009, p.18).

A Lei Nº 8.142/90 define diretriz constitucional de participação da comunidade e que tem ocupado papel relevante na busca de efetivação do SUS. Desse modo, através desse embasamento legal as centrais sindicais, os sindicatos de trabalhadores e de suas entidades apoiadoras, como o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) e Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), cumprem papel político e social importantíssimo, tanto na defesa de seus próprios interesses, quanto na perspectiva da inclusão e ampliação da participação de parcelas de trabalhadores e movimentos sociais historicamente excluídos.

> As Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), como instâncias de participação na área da saúde do trabalhador definidas pelo SUS, são vinculadas aos conselhos de saúde. Conforme já mencionamos anteriormente, para garantir a credibilidade dessas instâncias de controle social, são premissas fundamentais: a legitimidade da representação de seus membros e o respeito à paridade na sua constituição (MINAYO-GOMEZ *et al*, 2009, p.27).

Entretanto, conforme os dados a seguir, persistem a fragilidade no que tange ao funcionamento pleno das instâncias de participação do trabalhador na finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 9: Presença da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

A realização de ações de Saúde do Trabalhador é orientada pelo planejamento e execução das Políticas Públicas e devem fundamentar-se em pressupostos de universalidade e equidade que preconizam a garantia de acesso a todos os trabalhadores e trabalhadoras, rurais e urbanos, com carteira assinada ou não, desempregados ou aposentados, em todos os níveis de atenção à saúde; integralidade das ações, ou seja, imprimir uma concepção ampla de saúde, que transcenda o individual e o curativo.

Desse modo, as ações são pensadas no sentido de contemplar os aspectos coletivos, preventivos e de vigilância; direito à informação, em que todos os trabalhadores e trabalhadoras, urbanos e rurais, devem ser informados dos riscos a que estão expostos na sua relação com a organização e condições de trabalho, devem ter acesso aos resultados de pesquisas que estejam relacionadas com a prevenção e melhoria da qualidade de vida; controle social, em que haja a participação dos trabalhadores em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento, na definição de prioridades, controle dos recursos, vigilância e avaliação das ações.

> Há de se reforçar também a dimensão política deste campo, minado por interesses antagônicos da sociedade civil e, portanto, da direção política adotada e assumida pelos técnicos e pelo gestor. Assim, a sua efetividade perpassa o desenvolvimento da consciência crítica, a qual não está dependente apenas das vivências ou só do conhecimento teórico, é, pois, na

> intricada relação (orgânica) entre teoria e prática que se visualiza as bases para o seu real desenvolvimento. Portanto, esta Política não se efetiva sem a relação orgânica com a classe trabalhadora (LOURENÇO, 2013, p.31).

Em se tratando especificamente da VISAT, a mesma está intimamente relacionada às estratégias de operacionalização de uma determinada Política de Saúde, influenciada por condições sociais e econômicas, que envolvem aspectos legais e é permeada pelo controle social (os representantes do controle social são os membros de conselhos gestores, os sindicatos, os trabalhadores das empresas, os usuários dos serviços dos CEREST, as associações de bairro e a própria comunidade na qual esses sujeitos estão inseridos).

Trata-se de um conjunto complexo com diferentes frentes de trabalho e que incorpora conhecimentos de diversas instâncias que inserem componentes essenciais, como: a informação e suas diretrizes de ação; a intervenção em processos, condições e ambientes de trabalho; a educação, a comunicação e a promoção da saúde; a participação do controle social e dos diferentes atores comprometidos no processo.

Machado (2011), ao explicar os fundamentos da VISAT, aborda a importância da presença dos trabalhadores como base social das ações, já que são constantes nas ações de saúde dos trabalhadores, não só no momento da preparação até a execução, como também na avaliação e acompanhamento dessas ações, ou seja, "[...] não há vigilância em saúde do trabalhador sem a participação dos trabalhadores" (MACHADO, 2011, p. 74).

Ao proporem ações voltadas à saúde dos trabalhadores, é imprescindível que se esclareça qual a concepção de saúde que sustenta tal proposta. Para tanto, faz-se necessário submeter à crítica a concepção de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a qual saúde corresponde ao completo bem estar biopsicossocial.

> Na Portaria n. 2.437/GM, de 2005, ressalta-se que o fortalecimento do controle social, por intermédio da CIST, é componente essencial do processo de ampliação das ações que competem à Rede Nacional de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Na mesma Portaria, se estabelece que, no âmbito dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), o controle social deve se efetivar por meio da criação e implementação dos conselhos gestores desses serviços (MINAYO-GOMEZ *et al*, 2009, p.28).

Diante dessa perspectiva, entende-se como extremamente importante a legitimação do controle social e a participação popular nas diretrizes da saúde, à medida que sejam efetivamente ocupados os espaços de encontro entre os diversos segmentos que vêm

escrevendo essa história, com a revisão do poder que exercem e com a possibilidade de confrontos e cooperação.

Nesse contexto, a experiência da CIST (Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador) e do Conselho Municipal de Saúde, possibilita o exercício de cidadania plena, através do exercício do controle social realizado e constituindo uma força presente, demonstrando que é possível a construção de Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Daldon e Lancman (2013) há descontinuidade entre os conhecimentos acumulados acerca das ações de VISAT e os desdobramentos que o cotidiano dos processos de trabalho solicita dos responsáveis por executá-las. Esses autores afirmam, ainda, que os protagonistas da VISAT no Brasil precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superarem, no seu dia a dia, as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento de problemas identificados no âmago das organizações produtivas, no qual há o confronto entre interesses privados e direitos publicamente constituídos em nosso país.

4.6 A Vigilância em Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba: trilhando possibilidades e desafios da atuação profissional

O trabalho, além de ser parte expressiva do cotidiano e crucial na constituição da subjetividade e da identidade social dos indivíduos e das coletividades, é fundamental para a reprodução social da humanidade ao sustentar, entre outros aspectos, a produção econômica de uma sociedade. Estudos na área da Saúde do Trabalhador mostram que em relação à saúde, o trabalho pode ser destrutivo, benéfico, ou ambos, podendo operar de modo distinto, de acordo com o momento histórico e com a organização dos trabalhadores, e que é um importante determinante no processo saúde e doença.

A atenção dirigida à Saúde do Trabalhador tem antecedentes históricos que, segundo alguns autores, estudiosos dessa temática, podem remontar aos médicos incumbidos de visitar ambientes de trabalho insalubres no início da Revolução Industrial. Para o escopo deste trabalho, com um recorte muito mais definido, basta dizer que a Saúde do Trabalhador mantém relações de proveniência com a luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira com inspiração no Movimento Operário Italiano.

A descrição do processo de incorporação da Saúde do Trabalhador ao longo do desenvolvimento e consolidação do SUS, é o que se apresenta neste estudo, utilizando-se as dimensões de oferta, cobertura, utilização e impacto dos serviços de atenção à saúde específicos.

O processo de introdução das ações de VISAT no SUS carece de consolidação institucional, de reconhecimento social, mesmo entre os setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual e de definição da abrangência territorial de atuação. A VISAT deve transcender seu caráter meramente fiscalizador, mas sobretudo possuir um objetivo também educativo, sensibilizador e mobilizador de ações transformadoras que precisam ocorrer em parceria com os trabalhadores e em uma abordagem articulada intersetorialmente.

Assim a concepção de saúde que orienta as práticas em VISAT na atuação dos CEREST na Paraíba, ao passo que sofre influências do Movimento da Saúde Coletiva, da medicina social latino-americana e do Movimento Operário Italiano, rompe com a abordagem hegemônica que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de agentes existentes no ambiente de trabalho (DIAS, 1994).

As intervenções em Saúde do Trabalhador e, em particular, em VISAT se pautam na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, na direção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, mas também uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida.

Assim a Vigilância da Saúde do Trabalhador enfatiza o caráter de multideterminação do processo saúde/doença, que guarda relação com aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais que concebem o processo saúde/doença como socialmente determinado.

É inerente ao objeto das ações da VISAT a característica do conflito, porque ela é uma prática social que se insere numa sociedade específica, regida pela contradição entre capital e trabalho. As relações sociais de produção no capitalismo conformam duas classes antagônicas, com interesses distintos e inconciliáveis.

Nesse sentido, essa tensão existente na VISAT é estrutural e não conjuntural. No entanto, longe de ser neutra nesse conflito, a concepção brasileira insere o trabalhador como elemento central das ações de VISAT, tomando assim partido do lado dos trabalhadores.

> O objeto e o campo de ação da VISAT é, portanto um espaço particular onde se situa a gênese e a mediação de conflitos entre o capital e o trabalho, e ao mesmo tempo a VIST estabelece uma relação com as partes em conflito que não é neutra e que também é heterogênea, conflitante, contraditória e permeada por diversos conflitos inertes a sua própria natureza enquanto uma política de Estado (NEHMY, 2010, p. 52).

Conforme aludido anteriormente, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tem como uma de suas prioridades as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador como articulador das intervenções nas relações entre o processo de trabalho e a saúde. Torna-se absolutamente necessária a intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com outras instâncias governamentais, no controle dos riscos e na assistência integral à saúde desses trabalhadores. Desse modo o entendimento dos objetivos da VISAT no SUS perpassa as seguintes questões, conforme se comprova nos dados da Tabela seguinte:

Tabela 8: Objetivos da incorporação da VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Objetivos da VISAT	n	%
Intervenção nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora	12	34,3
Articulação com a Rede de Atenção à Saúde	9	25,7
Efetividade do princípio da Integralidade das ações	8	22,9
Estabelecer o conceito ampliado de Vigilância em Saúde	6	17,1
Total	35*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador começou a ser desenvolvida como uma estratégia de transformação das relações entre saúde, trabalho e ambiente e, assim, um espaço privilegiado de investigação e intervenção do campo da Saúde do Trabalhador. Também é importante salientar que a introdução da VISAT no âmbito do SUS expressou o desejo de desenvolver a capacidade de intervenção do Estado, numa perspectiva distinta da intervenção tradicional, levando em consideração os diversos determinantes sociais envolvidos com a

relação da saúde com o consumo, o trabalho, o meio ambiente e até mesmo sobre o desenvolvimento.

Conforme a Tabela 8, os dados revelam que com 34,3% um dos principais objetivos da VISAT no SUS configura-se na atuação sobre os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à Saúde do Trabalhador, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. Compreendendo, portanto, uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os agravos relacionados ao trabalho.

Embora persistam entendimentos variados, a VISAT tem por objetivos o processo de articulação de ações intra e intersetoriais de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à Saúde do Trabalhador, com seu objeto específico delimitado na investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde, na interseção de dois campos de atuação da Saúde Pública: a Vigilância em Saúde e a Saúde do Trabalhador. Assim, segundo informações coletadas na pesquisa, a articulação com a Rede de Atenção a Saúde (25,7%) apresenta-se imprescindível neste processo.

A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS enfatiza a necessidade de articulação para um desenvolvimento efetivo e eficaz da Vigilância em Saúde do Trabalhador que apresenta as seguintes características centrais:

> A universalidade das ações; a **integralidade**; a plurinstitucionalidade, através de ações articuladas entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador, centros de atendimento e assistência, instituições, universidades e centros de pesquisa sobre saúde e ambiente; instâncias de controle social, com a incorporação dos trabalhadores e de seus representantes, em todas as etapas da vigilância; as práticas de interdisciplinariedade, incorporando as diversas áreas de conhecimento técnico com o saber operário; a pesquisa-intervenção, em que esta subsidia e aprimora a ação; o caráter transformador das intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho (VILELA, 2011, p. 14) (grifos da autora).

O entendimento de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (22,9%) é sinalizado pelos técnicos entrevistados como um dos componentes para inclusão da Vigilância em Saúde do Trabalhador enquanto eixo inerente ao SUS, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes

em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde, que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas se articulam com as ações coletivas no âmbito da Vigilância, considerando que os agravos à Saúde do Trabalhador são absolutamente preveníveis.

A Saúde do Trabalhador ainda não conseguiu atingir de fato a Integralidade da Atenção. Dando início ao primeiro nó crítico, e aspecto fundamental, que é a questão do modelo assistencial. Tal modelo foi construído, principalmente, centrado na criação e funcionamento de Centros de Referência, ou unidades de referência, que tornaram-se quase "ilhas autônomas", marginais ao restante do SUS. Vários serviços enfrentaram dificuldades enormes para articularem-se com os demais níveis de atenção e instâncias do SUS, afim de incorporar a Saúde do Trabalhador e a concepção do processo saúde-doença.

Para Machado e Gomez (2011), entre a construção da ciência e os processos de Vigilância existe uma ação dialética, na qual a ciência busca a verdade do saber e a Vigilância busca o saber para agir, e nesse processo é gerado conhecimento através da articulação de saberes específicos, contruindo e fortalecendo o conceito ampliado de Vigilância em Saúde, que conforme o dado de 17,1% elucidadado na pesquisa, aferi-se a expansão da Vigilância em Saúde como um dos fatores primordiasis na inclusão da VISAT no SUS.

O desenvolvimento das ações de Vigilância representa a possibilidade da conexão entre diferentes instâncias executoras pela característica decorrente do objeto da VISAT, tanto dentro do próprio SUS, em uma perspectiva intrasetorial, quanto entre instituições além do sistema de saúde, configurando pontes intersetoriais.

A VISAT requer pela natureza de suas práticas uma compreensão transdisciplinar e uma ação transversal inter e intrasetorial. Assim, componentes básicos da abordagem interdisciplinar da Saúde do Trabalhador como os sociais, técnicos e epidemiológicos, se articulam de maneira que não predominem vieses tecnicistas, sociológicos ou sanitários, quantitativos ou qualitativos. Dentro dessa perspectiva da articulação de diferentes saberes, disciplinas e atores, a construção e o compartilhamento de informações torna-se essencial para o desenvolvimento das ações da VISAT. Segundo Machado (1997) a informação é elemento deflagrador e de avaliação dessas ações, sendo essencial à Vigilância. Para Vasconcellos e Machado (2009), ter a informação em saúde não necessariamente leva à ação, porém é o primeiro passo para que o Estado e a sociedade organizada, ao exemplo de que os sindicatos possam interromper situações que causam danos à classe trabalhadora.

O modelo brasileiro de Vigilância em Saúde do Trabalhador configura-se nessa polarização: de um lado, a perspectiva de ampliação da atuação institucional, aliada ao

movimento sindical relativo às condições de saúde e trabalho, implanta ações de Saúde do Trabalhador no ainda incipiente SUS; e de outro, a atuação institucional, restrita às ações das DRTs (Diretorias Regionais do Trabalho), aliada a um controle gerencial interno das empresas que estabelece, a partir de pressões e políticas industriais, os parâmetros de autovigilância que constituem um modelo patronal de intervenção ou que, simplesmente, demonstra ineficaz.

No estado da Paraíba, as análises empirícas revelam o conflito inerente ao objeto da VISAT ao lidar com as contradições capital-trabalho. Apesar dos CEREST buscarem uma articulação com os movimentos sindicais, fomentar institucionalmente uma problematização acerca da VISAT, há predominância da assistência em detrimento da vigilância, bem como uma completa dicotomia entre essas ações. Enquanto a ênfase for o atendimento à demanda espontânea que se apresenta aos CEREST será difícil a reorganização da atenção à saúde na perspectiva de atuar sobre os determinantes sociais, prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores.

Nessa conjuntura conformam-se na Atenção a Saúde do Trabalhador no SUS diversos entraves a sua plena funcionalidade, com destaque aos seguintes aspectos enunciados pelos técnicos entrevistados, como se atesta nos resultados da Tabela seguinte:

Tabela 9: Aspectos limitantes da Atenção à Saúde em relação ao trabalho segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Aspectos Limitantes	n	%
Foco assistencialista	17	30,9
Fragilidade da percepção do trabalho como determinante do processo de adoecimento	14	25,5
Hegemonia do modelo médico e hospitalocêntrico	13	23,6
Subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho	11	20,0
Total	55*	100

Fonte: Primária

(*) Nota: Respostas múltiplas.

O desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador vive uma situação paradoxal, pelo atraso na implantação de política efetiva, pois, embora em número crescente, muitos serviços funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros fatores. Além disso, observa-se a falta de iniciativas de

caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no próprio setor saúde e que possam ser implantadas tendo como referência as várias experiências inovadoras e exitosas que legitimam a importância da ação pública no campo (LACAZ, 2010).

Assim, os avanços obtidos na análise do trabalho em sua relação com o processo saúde-doença, são frutos da problematizações feitas pela Medicina Social ao conceito de saúde utilizado pela medicina dominante. Passa a ser apontada não somente a necessidade de estudar o processo saúde-doença como um processo biopsíquico, mas fundamentalmente como um processo social.

Mesmo a VISAT sendo definida legalmente como "[...] uma ação contínua, que implica conhecer, pesquisar e analisar os determinantes dos agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com vistas ao planejamento, execução e avaliação das intervenções sobre estes aspectos, com o objetivo de eliminá-los ou controlá-los" (Portaria 3.120/98 Brasil/MS), essa prática vem sendo alvo de polêmica e encontrando fortes obstáculos.

No sistema capitalista, as relações capital-trabalho ocupam um espaço crucial, central e determinante na organização da sociedade. Com relações de natureza intrinsicamente contraditórias e conflitivas, dinâmicas, de saber e de poder, e que estão distantes de se configurarem harmonicamente e complementares. É precisamente sobre a complexidade destas relações que a VISAT se propõe a atuar.

A fragilidade da percepção do trabalho como fator determinante do adoecimento do trabalhador é sinalizado pelos profissionais abordados nesta pesquisa sob o indicativo de 25,5%, pontuando que, embora a intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho conste nos instrumentos legais, persistem problemáticas inerentes à implantação de um Sistema de Vigilância que está no âmago do conflito capital-trabalho e é realizado por equipes com dificuldade de compreender a dimensão das relações sociais e econômicas abrangidas no campo de tensões da Saúde do Trabalhador.

Vasconcellos e Oliveira (2011) indicam que o fato da categoria trabalho não ser reconhecida e valorizada como um fator complexo de determinação social da saúde é uma das principais razões que contribuem para a marginalidade da área da Saúde do Trabalhador, bem como para a não integração do aspecto ocupacional nas ações de prevenção e promoção do Sistema de Saúde. Seja intencionalmente, por suas implicações com o poder econômico, ou não, o trabalho permanece invisível como determinante fundamental da relação saúde-doença.

> Mesmo as tentativas mais recentes de imprimir um novo desenho ao olhar da saúde coletiva sobre grandes questões de relevância social, tais como a violência (doméstica, do trânsito, urbana), a prostituição (infantil ou adulta), os fluxos migratórios e as ocupações desordenadas do espaço urbano, a diáspora das populações rurais devido ao modelo agrícola brasileiro, os danos ambientais, a bioética, enfim, encontram grandes dificuldades de estabelecer relações mais explícitas com a **área de saúde do trabalhador**, ou em última instância, com a categoria trabalho (OLIVEIRA, 2011, p. 12) (Grifos nossos).

Existe também a dificuldade em contextualizar a categoria trabalho e processo de trabalho para a configuração contemporânea do mundo laboral, marcada pela informalidade, precarização, desemprego estrutural, porque a elaboração de tais conceitos foi fundamentada principalmente no trabalho fabril.

O principal objetivo de reorganizar a Atenção à Saúde do Trabalhador é a mudança no modelo de atenção à saúde, pois as ideias e os valores oriundos do modelo médico hegemônico ainda são predominantes na sociedade. Através dos dados coletados na pesquisa, esse aspecto é sinalizado pelos profissionais de VISAT em 23,6% de suas respostas no que tange a persistente e limitante hegemonia do modelo médico e hospitalocêntrico de cuidado em saúde e consolidação do foco assistencialista (30,9%) que não rompe com as tradicionais intervenções. Sendo emergente a ruptura efetiva desta concepção uma vez que não responde a perspectiva do cuidado integral em saúde preconizado pelo SUS.

Para que esse processo de mudanças seja efetivo, há necessidade de que elas ocorram em múltiplas dimensões (macro e micro): mudanças políticas, ideológicas, jurídico-legais e organizacionais no nível macro, mas também nas práticas de saúde em nível micro. As práticas de saúde se dão num espaço relacional entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. As formas como as tecnologias e processos de trabalho estão organizadas configuram um determinado modelo de atenção.

A produção de informações, outro eixo estrutural da VISAT é a notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse sistema ainda não apresenta um crescimento significativo no número de notificações. Portanto, é um indicativo da necessidade de avançar qualitativo e quantitativo nas ações da RENAST, dos CEREST, da Rede Sentinela e dos serviços de Atenção Básica em Saúde, especialmente a Estratégia de Saúde da Família.

Os acidentes de trabalho têm expressiva morbimortalidade, constituindo-se em importante problema de Saúde Pública. Como sinalizado pelos técnicos de VISAT entrevistados, com um percentual de 20% as subnotificações dos agravos relacionados ao

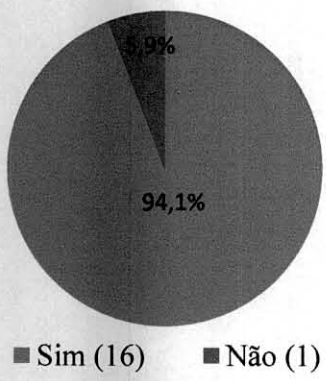
trabalho constituem-se um dos aspectos que limitam as intervenções no campo da Saúde do Trabalhador. O País apresenta sistemas de informação em saúde avançados, mas dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura, como de qualidade na análise das informações.

Contribuindo para agudizamento dos empecilhos ao pleno desenvolvimento da VISAT no SUS evidencia-se a programática neoliberal que preconiza a concepção de que "[...] o mercado é entronizado como instância societal mediadora por excelência no plano econômico e no plano político, sacralizando o Estado mínimo" (NETTO, 1994, p.75).

Essa programática, consubstanciada, portanto, no Estado mínimo e mercado máximo, é a expressão da reestruturação produtiva, delineada no processo que vincula economias nacionais e internacionais em um novo momento da mercadoria e da divisão social do trabalho.

Diante desse quadro, 94,1% dos técnicos entrevistados de analisam que a política neoliberal vem interferindo significativamente na consolidação da Política de Saúde do Trabalhador e consequentemente, no alcance efetivo das ações de vigilância, uma vez que há uma crescente elevação das cargas e os processos de trabalho insalubres e perigosos, os equipamentos e as tecnologias ultrapassadas, os ambientes de trabalho inóspitos, as novas formas de organização e divisão do trabalho, a flexibilidade nos contratos e a consequente perda de direitos de proteção ou garantias, entre outros vários fatores, aumentam o adoecimento, a invalidez e a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho.

Gráfico 10: Interferência da política econômica (neoliberal) na implementação da PNSTT segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Os protagonistas da VISAT (trabalhadores, técnicos, gestores), precisam elaborar estratégias para a execução das intervenções a fim de superar as investidas do sistema capitalista de produção, mediante as dificuldades impostas pelo inerente enfrentamento dos problemas identificados no interior das organizações produtivas, onde há o confronto entre os interesses privados e direitos historicamente constituídos em nosso país.

As decorrências desse processo favoreceram o método de flexibilização do trabalho que conduziu à desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas: reduzindo o quantitativo do operariado fabril; incrementando a terceirização e a subproletarização; estimulando o trabalho precário e parcial e ampliando o desemprego estrutural, entre outros danos trabalhistas.

No capitalismo as condições objetivas e subjetivas da classe trabalhadora e sua própria condição de classe são afetadas pelo caráter destrutivo do capital, em sua estrutura orgânica metabólica de relação dos homens entre si e com a natureza, em que a propriedade privada dos meios de produção, a superexploração da força de trabalho, e o Estado a serviço da ordem burguesa determinam um viver e morrer da classe trabalhadora.

Indagados sobre os impactos da política econômica no processo de implementação das ações de VISAT nos sistemas produtivos, os técnicos entrevistados sinalizam os seguintes impactos:

Tabela 10: Impactos da política econômica (neoliberal) segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Impactos da Política Econômica	n	%
Precarização das condições de trabalho	15	45,5
Flexibilização das relações trabalhistas	8	24,1
Restrição de profissionais na prestação dos serviços	5	15,2
Jornada de trabalho exaustiva	5	15,2
Total	33*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

Durante o processo de expansão do capitalismo, o Estado desenvolve Políticas Sociais e de Emprego afinadas com as exigências de produtividade e de lucratividade das empresas

sob controle do grande capital. Essa intervenção regulacionista, longe de ser universal, é voltada unilateralmente para a força de trabalho economicamente ativa e inserida no sistema produtivo.

A força de trabalho, considerada mercadoria básica no processo de produção capitalista, é requerida pelo mercado, mas lhe é exigido ter a saúde necessária para executar um processo de trabalho: "Para o capital, a saúde – entenda-se a saúde suficiente – é um simples e relativizado componente da mercadoria força de trabalho" (RIBEIRO, 2007, p.102). Portanto, saúde e capacidade técnica são elementos indissociáveis da capacidade de trabalho. A força de trabalho é para ser consumida e substituída na medida de seu desgaste, como qualquer outro componente do processo de produção. Consiste, portanto, um elemento analítico a ser considerado na compreensão da saúde é a relação da força de trabalho nas diferentes ocupações requeridas pela divisão sociotécnica do trabalho nos diferentes ramos da atividade econômica.

Os componentes que caracterizam o exercício de determinada ocupação são históricos e sociais, mutáveis no tempo e no espaço, com consequências diferenciadas entre essas doenças, embora, em dado processo produtivo, em certo espaço sociocupacional, possam ocorrer casos imediatos ou próximos de doenças recorrentes e acidentes do trabalho, mas a existência desses fenômenos não pode levar a uma neutralização do risco ou do dano, uma vez que ambos inserem-se em uma temporalidade sócio-histórica e cultural específica.

O trabalhador tem, por sua vez, consciência de sua capacidade técnica e sabe que, para exercitá-la, precisa ter saúde. A relação indissociável entre saúde e capacidade técnica, e o processo histórico de lutas da classe trabalhadora pela redução da jornada de trabalho e por melhores condições de vida, possibilita ampliar postos de trabalho bem como proteger esses dois componentes da capacidade produtiva.

A intensidade e o ritmo acelerado no trabalho e o número excessivo de horas na jornada são decisivos na precarização da Saúde do Trabalhador, podendo eliminá-lo, precocemente, do mercado. Nas condições de trabalho estão incluídas as atividades corporais e mentais dos trabalhadores, bem como os elementos materiais, físico-químicos, ambientais, temporais e também as relações de trabalho.

No âmbito das Políticas Públicas, a despeito de movimentos ambíguos e contraditórios, prevalecem medidas com o objetivo de desproteger e desregular a força de trabalho, colocando-a no mesmo patamar de outras mercadorias, à mercê das leis do mercado global (KREIN, 2009).

As transformações profundas ocorridas no ambiente da internacionalização do capital e do capitalismo em sua crise estrutural, com alterações significativas no processo produtivo e na esfera do Estado, vem destruindo conquistas sociais históricas da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e trabalho. Essa razão destrutiva aliena ainda mais o trabalho humano, apresentando um quadro de miséria e de destruição da própria vida. A relação saúde-doença é fortemente afetada nesse processo de barbarização da vida social pela investida do grande capital. O desafio posto para a classe trabalhadora é o de retomar seus instrumentos de luta.

Ao considerarem os limites às ações de Saúde do Trabalhador, Lacaz (2010) aponta o quadro político nacional e internacional nos anos 1990 como desfavorável para implementação de mudanças radicais nas Políticas Públicas do País, estando entre os fatores mais agravantes a política econômica em curso, o aumento do desemprego e da exclusão social e dificuldade de organização dos trabalhadores. Como decorrência desse quadro, para o autor, as práticas clássicas de Vigilância não foram alteradas estruturalmente, apesar de avanços pontuais, mantendo-se ilhadas nos setores costumeiros da Vigilância, especialmente a epidemiológica, a sanitária e a ambiental, cada uma com seus recortes específicos de objetos, controle e intervenção, os quais não dão conta dos processos trabalho-saúde-doença mais complexos que não se encaixam nos compartimentos setoriais das Vigilâncias.

Conforme explicitado na Tabela seguinte, os técnicos entrevistados classificam algumas implicações decorrentes da setorialização da vigilância em saúde e seu impacto negativo na construção da Saúde do Trabalhador no SUS:

Tabela 11: Implicações da setorialização da vigilância em saúde segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Implicações da Setorialização da Vigilância	n	%
Focalização das ações por segmento de vigilância	27	60,0
Fragmentação dos saberes	9	20,0
Não compreensão do SUS como estrutura sistêmica	9	20,0
Total	45*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

Inicialmente, vamos considerar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), mais do que uma nova Vigilância do SUS trata-se de uma Vigilância em Saúde que incide sobre uma especificidade – o trabalho. A partir deste entendimento, os dados dessa pesquisa sinalizam que 60% dos efeitos da setorialização da Vigilância em Saúde resultam na focalização das ações por segmento de Vigilância e consequentemente 20% revelam que neste cenário culmina a fragmentação dos saberes. Uma VISAT é uma vigilância epidemiológica, é uma vigilância sanitária, é uma vigilância ambiental, é também, ou deveria ser uma Vigilância da Situação de Saúde e uma Vigilância entendida como promoção da saúde.

A vigilância é exercida para garantir o direito à saúde, sendo de competência do Estado a sua formulação e a sua execução. Nessa concepção de vigilância, a Saúde do Trabalhador faz parte do foco de atuação da Vigilância em Saúde, uma vez que os fatores relacionados ao ambiente e processos de trabalho também são considerados determinantes no processo saúde-doença.

Devido às suas características complexas, o objeto da Vigilância deve ser vigiado a partir de uma profusão de concepções de diversas fontes e perspectivas. Essas concepções são distintas e devem ser interdisciplinares, intrassetoriais e intersetoriais e, possibilitam uma intervenção ampla e resolutiva (VASCONCELLOS; MACHADO, 2009).

Entretanto, a Vigilância em Saúde não se reduz ao simples ato de olhar, vigiar, mas principalmente sua natureza é intervir para transformar uma realidade danosa à população. E para garantir que a ação alcançará seu propósito é necessário articular múltiplas fontes, parceiros e saberes nesse processo.

Por isso, a necessidade de informações claras e fidedignas sobre os problemas de saúde da população ou de determinadas comunidades e territórios. Há, no cenário brasileiro, várias fontes de informações como as do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), dos Sistemas de Informações de Saúde como o da Atenção Básica (SIAB), Hospitalares (SIH), Ambulatorial (SIA), Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Acerca desses dados, precisa-se considerar fragilidade desses sistemas que, apesar da sua importância, nem sempre representa a realidade. A informação em saúde é considerada de extrema relevância para subsidiar e avaliar as ações desenvolvidas para os grupos mais necessitados, no entanto, não existe ainda efetivamente um sistema de informação que atenda a tal finalidade.

A intersetorialidade é uma das características da Vigilância em Saúde, pois para conseguir efetivar as ações é preciso contar com vários parceiros institucionais e em vários

âmbitos. Entre esses parceiros pode-se citar o Ministério Público do Trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social. Apesar de ser uma característica intrínseca da Vigilância em Saúde, a intersetorialidade ainda não é uma prática recorrente. Ainda nos dias atuais é um grande desafio articular as diversas áreas para enfrentamento dos problemas de saúde da população (VASCONCELLOS; MACHADO, 2009).

Como explicitado anteriormente, o objeto da Vigilância envolve vários fatores que podem ser sociais, técnicos, biológicos e emocionais e a sua abordagem prevê vários profissionais de diversas áreas e saberes para conhecê-lo e intervir sobre ele. Dessa forma, a articulação de saberes possibilita uma melhor e mais abrangente compreensão dos fatores que a cercam e, assim, sua capacidade interventora sobre o problema será mais consistente e menos sujeita a questionamentos (VASCONCELLOS; MACHADO, 2009).

Especificamente, na Vigilância em Saúde do Trabalhador, o saber técnico e científico não está sozinho. Nesse aspecto ressalta-se a participação e a inserção do saber operário, aquele que vem dos trabalhadores, considerado indispensável na realização das ações. Pode-se afirmar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um processo da Saúde Pública que articula saberes e práticas com objetivo de controlar e intervir nos problemas de saúde causados pelos processos e ambientes de trabalho.

Também se pode ampliar essa concepção ao adotá-la, como uma forma de promover a integração dos saberes, com ações conjuntas de Vigilância, articulando ações preventivas e curativas. Do mesmo modo, ao combinar a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica nas inspeções dos ambientes de trabalho propicia-se uma abordagem interdisciplinar que analisa mais apropriadamente o processo trabalho-saúde-doença. Evitando o aspecto sinalizado pelos técnicos de VISAT que demostra no percentual 20% a perspectiva da não compreensão do SUS como uma estrutura sistêmica, comprometendo, portanto, a obtenção de avanços nas ações relativas à Saúde do Trabalhador por meio da interação de vários atores sociais com envolvimento direto na questão (OLIVEIRA *et al*, 2012).

De acordo com Machado (2011), as ações da VISAT são desenvolvidas por diversas instâncias e atores sociais tanto do âmbito das empresas quanto externo a eles, permeado pelos vários interesses e conflitos dos trabalhadores e empresários. Institucionalmente, a VISAT integra dois tipos de atividade, a primeira pode ser entendida como a de produzir, analisar e difundir informações; a segunda, realizar intervenções com caráter preventivo.

Ao abordar os pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador, Machado afirma que:

> Uma intervenção interdisciplinar em vigilância tem um potencial de superação das restrições técnicas das abordagens disciplinares. Os componentes tecnológicos, epidemiológicos e sociais dessa ação interdisciplinar atuam como mediadores da relação entre processo de trabalho e saúde (MACHADO, 1997, p.37).

Portanto, a Saúde do Trabalhador no campo da Saúde Coletiva é uma área de conhecimento permeado por diversas disciplinas técnicas, sociais, políticas e humanas, multiprofissionais e interinstitucionais que buscam estudar o processo saúde e doença em sua relação com o trabalho. Na Vigilância em Saúde do Trabalhador, essas diversas práticas e saberes só se constituem interdisciplinares quando estão articuladas e não apenas se justapondo entre si (MACHADO, 2011).

São colocadas como fundamentos da VISAT a interdisciplinaridade, a transversalidade e as ações interinstitucionais. O conceito de trabalho é transversal e quando se pretende compreendê-lo e mesmo intervir nos seus efeitos, deve ser abordado sob o prisma da transversalidade, inter e transsetorialidade. Contudo, para a efetivação dessa prática, as ações não podem ser isoladas e devem estar articuladas entre si.

Como aludido, a VISAT, inserida no campo da vigilância em saúde, perpassa os outros componentes como a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Outros aspectos são colocados como integrantes dos fundamentos para a VISAT como a base epidemiológica, a articulação intrainstitucional, o caráter processual das ações, a relação com o território, com o processo de trabalho, prática multiprofissional e coletiva, heterogeneidade das ações, contextos e questões organizacionais.

Além disso, apontam que as formas clássicas de organização colocam entraves ao desenvolvimento da promoção e da prevenção tanto no que se refere às ações intra-setoriais como no que toca ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Configura-se, desse modo, um cenário em que se percebe claramente a necessidade de uma real institucionalização das ações em Saúde do Trabalhador.

A VISAT seria um locus privilegiado para a condução de uma Política de Vigilância em Saúde que contemple a relação saúde, trabalho e ambiente. Machado (1997) afirma que a Vigilância em Saúde do Trabalhador é um conceito articulador e integrador intra/intersetorialmente, e não deve ser equiparado às concepções restritas de vigilância, como por exemplo a vigilância médica.

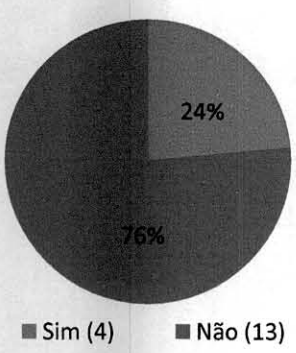
No âmbito da Saúde do Trabalhador e da VISAT existem questões importantes a serem consideradas, como a capacidade de implementar as políticas públicas, seus desdobramentos no campo das práticas e os conflitos de atribuições na esfera das instituições

públicas, além da necessidade de aprofundamento dos instrumentos normativos. Essa situação somada à dificuldade em estabelecer competências intersetoriais e integração das mesmas leva, por vezes, a longos processos fadados ao insucesso.

Apesar de todo o processo histórico e todo o aparato legal, baseados em teorias e enfoques metodológicos, a atuação da VISAT no setor saúde ainda é enfraquecida. São vários os motivos que levam a essa situação, como: a falta de capacitação técnica dos agentes públicos; carência de recursos materiais; problemas de fluxos e de indicadores de avaliação de impacto das ações; necessidade de integração dos níveis de gestão do SUS; necessidade de legislação municipal; reconhecimento por parte do empresariado que resiste à atuação; baixa consciência sanitária dos trabalhadores; dificuldades de parceria com sindicatos de trabalhadores; inexistência de organização sindical no local de trabalho; pouco envolvimento dos gestores municipais; falta de investimento específico (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011). Acrescenta-se, ainda, a visão tecnicista de análise do processo praticada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Evidencia-se através das afirmações dos técnicos entrevistados a questão da fragilidade da articulação entre os aportes legais e a materialidade dos mesmos nas estruturas organizacionais da gestão dos serviços de saúde. As respostas dos entrevistados que sinalizam e encontram-se apresentados no Gráfico seguinte.

Gráfico 11: Suficiência ou não dos aparatos legais para institucionalizar a VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regionais na Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

De acordo com a informação pesquisada, 76% dos profissionais asseveram que os aparatos legais no campo da Saúde do Trabalhador, com propósitos de institucionalizar a

VISAT no SUS caminha com dificuldades de reiterar o entendimento de que o SUS é plenamente competente para exercer as ações fiscais, do ponto de vista exato da legislação, porquanto vários dos documentos que subsidiam a presente discussão já o fazem em demasiado.

Consideramos, como ponto de partida nessas reflexões, que a análise da fragilidade institucional da VISAT no SUS se dá, sobretudo no expressado conflito de competências entre as esferas do Ministério do Trabalho e do SUS, no campo da fiscalização da Saúde do Trabalhador. Assim, necessita-se elencar algumas questões que extrapolam o stricto sensu do Direito e das regulações jurídicas entre Estado e Sociedade.

Nesta conjuntura, elencando alguns dos pontos de partida de nossas reflexões, podemos observar:

> O conflito de competências é suscitado com base numa aliança entre a tecnocracia estatal da área do trabalho e os setores econômicos hegemônicos das elites empresariais brasileiras; o conflito de competências tem sua raiz em motivações combinadas do corporativismo tecnocrático com uma postura claramente contrária à democratização das relações de trabalho, por parte desses setores empresariais, especialmente nas questões de saúde dos trabalhadores; o conflito de competências surge com a preocupação desses setores empresariais estarem sujeitos a novas formas de controle de seus riscos à saúde dos trabalhadores, potencialmente mais abrangentes que as tradicionalmente estabelecidas e por eles avalizadas; a possibilidade de ruptura de esquemas tradicionalmente estruturados em alianças de setores corruptos da fiscalização com setores empresariais; ou, até mesmo a preocupação com a necessidade de agregar novos mecanismos corruptores, com gastos financeiros adicionais; ou, ainda, a resistência em aceitar a intervenção de setores éticos do Estado, menos sujeitos à cooptação e ao controle de setores burocrático-institucionais aliados; a falta de entendimento do significado mais amplo de saúde, tanto da parte da tecnoburocracia, quanto dos setores empresariais; a distorção e a dificuldade de aceitação dos elementos reformistas presentes na Sociedade Brasileira, após a democratização do País e a nova ordem constitucional; o descompromisso dos níveis gerenciais do setor saúde com a formulação de políticas de saúde sintonizadas com a realidade social (VASCONCELLOS, 2006, p.34).

A argumentação mais presente nos documentos desfavoráveis à competência de institucionalizar a VISAT nas prerrogativas do SUS, bem como mecanismo fiscalizador dos ambientes e processos de trabalho é calcada no enunciado do inciso XXIV do Art. 21 da Constituição Federal de 1988, onde se observa que a organização, a manutenção e a execução da inspeção do trabalho são de competência da União. A argumentação segue na linha de que, por se tratar de competência da União, a fiscalização das questões relacionadas à Saúde do Trabalhador é de competência do Ministério do Trabalho.

Todavia, a contra-argumentação de que não se trata de competência privativa (como de fato não é assinalado no caput do artigo) e, portanto, não sendo privativa da União, ao SUS também teria a expressada competência sobre as questões que perpassem a Saúde do Trabalhador.

Falta o entendimento, sem dúvida, do significado do SUS e de suas concepções que segundo o Art. 198 da Constituição, pauta-se que tanto as ações quanto os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, de modo que não cabe a dúvida de que o SUS é instância da União.

Salienta-se que 24% dos técnicos de VISAT entrevistados acreditam que as ações de Vigilância têm sido garantidas legalmente no âmbito do SUS, de modo que cabe destacar que o SUS possui uma rede de serviços de saúde presente em todas as regiões do País e, pode-se dizer, em praticamente todos os municípios brasileiros. Esta capilaridade institucional, peculiar ao SUS, confere-lhe uma capacidade potencial de atender a todos os trabalhadores. O Ministério do Trabalho nem a possui e, dadas as suas características estruturais, não a possuirá.

A partir de 2002, outros desafios foram apontados para o procedimento de implementação da VISAT através do processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no âmbito do SUS, e que se encontra expresso na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Essa Rede representa o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, por viabilizar uma estratégia de disseminação das ações em toda rede de serviços e garantindo aos estados habilitados uma política permanente de financiamento de ações de Saúde do Trabalhador, ao alocar recursos novos, fundo a fundo. No entanto, é importante destacar que essa habilitação não é automática, pois, envolve controle de uma série de critérios[30] a serem cumpridos.

Um dos nós citados acima que atrasam e dificultam a implementação da VISAT é a baixa participação de representantes de sindicatos e de movimentos sociais nas ações de vigilância. Segundo Facchini "[...] o movimento sindical não tem priorizado a saúde como uma estratégia de ação com a classe operária e no SUS, havendo um importante refluxo em comparação com a liderança e a participação observada nos anos 80 e 90 do século XX" (FACCHINI, 2006, p. 53).

---

[30] A esse respeito consultar a Portaria nº 1679/02 do Ministério da Saúde.

Esse autor acrescenta que, se o movimento sindical colocar como prioridade, a VISAT contribuirá para o avanço das ações e promoção e prevenção dos riscos e agravos. Também poderá contribuir para a definição de prioridades; estratégias de prevenção dos agravos; estabelecimento de diagnósticos precoces dos agravos; disseminação das informações aos trabalhadores; compromisso das empresas em modificar as condições de trabalho nocivas; facilidade de registro dos agravos subnotificação; autonomia dos médicos em relação aos empregadores e de valorização dos direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores (FACCHINI, 2006).

A possibilidade de efetivar essas novas práticas fica por conta, não só da aceitação de que o SUS tem a competência de pautar as questões relativas ao trabalho e a saúde, como também do entendimento de que somente a sua abrangência é capaz de viabilizá-las.

Diversas iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas Políticas Públicas de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o País em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2013).

Tabela 12: Justificativas da insuficiência dos aparatos legais na institucionalização da Vigilância em Saúde do Trabalhador segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Justificativas da Insuficiência dos Aparatos Legais	n	%
Ausência de educação permanente na rede de serviços de Saúde	11	35,5
Restrita participação dos trabalhadores	8	25,8
Restrita vinculação institucional com a estrutura da Vigilância em Saúde do Trabalhador	7	22,6
Fragilidade da Gestão no compromisso com a classe trabalhadora	5	16,1
Total	31*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

Ao chamar atenção para os aspectos históricos e políticos do processo de construção do modelo da Saúde Trabalhador no âmbito da Saúde Pública, Lacaz (2010) destaca o papel ativo da Saúde Pública na condução de um movimento político e ideológico, o que coloca em questão aspectos até então intocáveis segundo a perspectiva capitalista. Criam-se assim as condições para a emergência de serviços voltados à Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com a ocupação das instâncias de controle social colocando-se em condições de disputar os recursos públicos, tendência que não foi trilhada igualmente pelos outros setores. Tal capacidade organizativa, que é contra-hegemônica, posto que ancora-se no controle social, tornando mais difícil às instrumentalizações e descontinuidade das Políticas.

A implantação dos CEREST redesenha o mapa das desigualdades regionais na oferta de serviços em Saúde do Trabalhador, superando-a e atingindo uma distribuição adequada, com pequenas diferenças no sentido de um viés de maior oferta para o Nordeste, região tradicionalmente carente de serviços e com piores indicadores de saúde.

Não se dispõe de dados sobre a infraestrutura, capacidade instalada e pessoal dos CEREST e sobre as ações que estão sendo desenvolvidas, mas é sabido que diferem grandemente, o que limita as inferências sobre acesso, cobertura, resultados e adequação da oferta para as demandas regionais respectivas. Essas informações são requeridas pela sua importância para estimar desigualdades e programar a oferta de cuidados mais equânime e adequada. Estudos sobre a avaliação da implantação da RENAST, ou mais especificamente dos CEREST, sua cobertura, adequação da oferta e impacto, são necessários para dar conta dessas e outras questões.

O processo de reorientação da gestão do SUS, desenvolvido ao longo dos anos, pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, pontuado pela elaboração e implementação das Normas Operacionais Básicas. O movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93/MS) e especialmente a de 1996 (NOB 01/96/MS). Essas NOBs induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

Assim, um processo de (re)centralização estaria se iniciando no momento atual, com a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001/MS) ,que pretende estimular um fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de assumirem a coordenação de um processo de regionalização da assistência que implica na

organização de sistemas microrregionais de saúde, com os quais se busca superar uma "excessiva" descentralização da gestão.

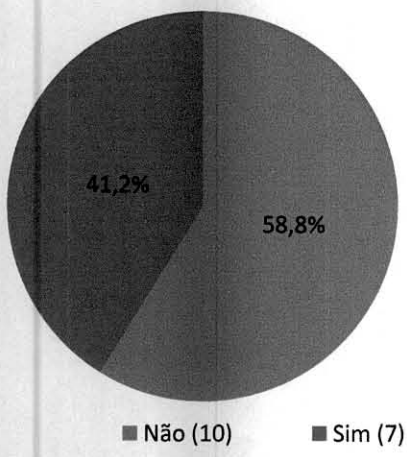
Percebe-se, nesse contexto, uma oposição entre a lógica do CEREST enquanto unidade regionalizada e o SUS que tem o foco das suas ações voltadas aos municípios, ou seja, embora seja um avanço a criação dessas unidades, não se torna eficaz, pois há uma sobrecarga do sistema, enquanto a Atenção Básica através das Unidades Básicas de Saúde que funcionam como porta de entrada não executam atividades efetivas referentes à saúde laboral.

Ao tratar de uma abordagem direcionada a uma população determinada, também incorpora nesse conceito, a noção de território preconizado pelo SUS.

Nesse sentido, aponta-se para o mapeamento das situações de risco ou estratégia de intervenção segundo uma associação espacial. O sistema de Saúde Pública brasileiro preconiza a organização da Atenção à Saúde segundo uma lógica territorial, portanto, em princípio, o desenvolvimento das ações de VISAT, projetadas no tempo e espaço, fortalece e é fortalecido na forma como o sistema de saúde se organiza, tendo a atenção primária como eixo estruturante e a abordagem das populações adscritas.

Sobre a regionalização do CEREST, 41,2% dos entrevistados afirmaram existir disparidades na delimitação geográfica do raio de abrangência dos CEREST, o que dificulta conseguir um melhor desenvolvimento de suas atividades. Entretanto, os dados do Gráfico seguinte apresentam a predominância (58,8%) dos entrevistados acerca da importância da regionalização do CEREST.

Gráfico 12: Regionalização do CEREST como eixo integrador de ações de VISAT segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Essa forma de organização dos CEREST não constitui plenamente uma aproximação das populações e consequentemente da abordagem do processo saúde/doença, preconizando uma apropriação do conhecimento e antecipação de tendências que devem ser consideradas para o direcionamento de medidas protetivas. Essa dimensão espacial e temporal é intrínseca às ações de VISAT que guardam relação com o compromisso da proteção à saúde, impondo um caráter processual às ações, que devem ser contínuas e sistemáticas. No entanto, garantir o aprofundamento e abrangências adequados a cada caso investigado é tarefa que pode dar racionalidade e visibilidade às intervenções que, em princípio, têm um caráter ilimitado.

O trabalho do CEREST contribuiu para uma atenção diferenciada, no entanto grandes dificuldades podem ser identificadas como o pequeno número de estabelecimentos e a distribuição desigual dos mesmos entre estados e municípios; baixa cobertura de ações que não alcançam um número expressivo de trabalhadores além do incipiente impacto. As ações permanecem à margem das estruturas políticas do SUS, sendo exclusa dentro do próprio sistema de saúde (VASCONCELLOS *et al.*, 2010). Ressalta-se ainda a necessidade da criação de dispositivos que contribuam na legitimação e institucionalização da VISAT e de desenvolvimento de estratégias de investigação, intervenção e formação em saúde.

Dar concretude às ações de VISAT significa viabilizar sua factibilidade no âmbito do setor público que tem recursos limitados, acima da sua capacidade de acolher e dar respostas efetivas às demandas. Esse cenário desafia as ações de VISAT a fomentar a capacidade dos governos de planejar, formular, programar políticas e cumprir funções estabelecidas, transformando a organização do trabalho também dentro do próprio SUS para efetivar uma abordagem com prioridade para ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, incorporando no seu cotidiano um movimento contra-hegemônico para consolidar relações intersetorias e uma dinâmica de gestão participativa.

Apesar dos avanços na construção teórica de um novo paradigma do modelo de Atenção à Saúde, o que se observa nas práticas dos serviços é a hegemonia do modelo médico centrado, com ênfase em ações curativas e de reabilitação. A mudança desse modelo constitui um grande desafio para a almejada prática em Saúde do Trabalhador na perspectiva de promoção e prevenção dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho.

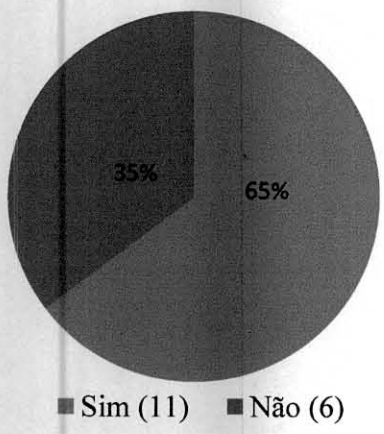
O próprio modelo de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, proposto, ou seja, de serviços de saúde direcionados para os trabalhadores, implementados a partir dos anos 1980 na rede pública de saúde, com a proposta de prestar atenção integral, de assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, possibilita a construção do conhecimento especializado na área da Saúde do Trabalhador e atividades educativas, com

participação dos trabalhadores (BRASIL, 1999). Esses serviços se tornaram porta de entrada dos trabalhadores com doenças ocupacionais ou acidentes do trabalho no SUS.

Os CEREST na Paraíba não fogem dessa regra, ou seja, não se tornaram apenas unidade de referência em Saúde do Trabalhador, de retaguarda técnica, para o manejo de problemas mais complexos e/ou especializados, mas sim um espaço que acolhe os trabalhadores que sofreram acidentes ou doenças ocupacionais, na rede do SUS.

De acordo com 65% dos técnicos entrevistados na VISAT das Macrorregionais na Paraíba, sinalizaram a predominância da assistência nos respectivos Centros de Referência:

Gráfico 13: Predominância do Caráter Assistencial do CEREST, segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Essa predominância se configura devido à Assistência à Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba, assim como em boa parte do País, não tem sido prestada em toda a rede de serviços de saúde. Muito pelo contrário, em alguns serviços não há qualquer questionamento acerca da atividade desempenhada pelo trabalhador. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde ainda não estão plenamente capacitadas para reconhecer a relação do problema de saúde com o trabalho, de modo a adequar os procedimentos de assistência e demais ações decorrentes, mediante a realização de orientações ao trabalhador, da comunicação à instância local de vigilância, articulação com a Previdência Social e demais atores sociais envolvidos.

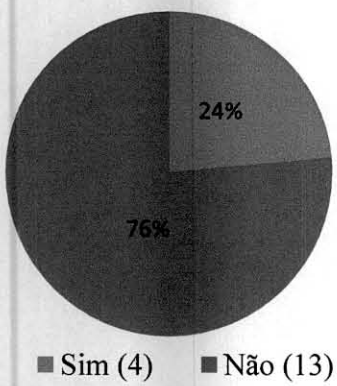
Os profissionais que atuam na VISAT desenvolvem ações em direção aos princípios do SUS, buscando concretizar um modelo que integre a assistência e a vigilância/intervenção.

A avaliação sistemática da articulação entre assistência e vigilância e a concreta implantação de um modelo que reforce essa integração, conforme é proposto pela RENAST, poderia levar a melhoria na qualidade das intervenções nela previstas, no entanto, ainda persiste uma forte predominância assistencial que coloca essa interlocução entre vigilância e assistência permeada de ligações tênues e estruturalmente frouxas.

Entretanto, os CEREST sofrem com a falta de recursos humanos em relação à grande demanda de trabalhadores atendidos e mesmo que não exista uma equipe especializada para cada vertente de trabalho do Centro (vertente educação, assistência e vigilância) a quase totalidade dos profissionais, trabalha na assistência ao trabalhador, no acolhimento socioassistencial e nas consultas individuais e coletivas. Dessa forma, a maior parte dos profissionais realizam atividades de cunho assistencial, refletindo no caso da VISAT em um número significativamente inferior de inspeções, em relação a outras atividades.

A atuação dos técnicos dos CEREST é concebida a partir do entendimento do princípio da integralidade, a contemplar ações de assistência, vigilância e educação em saúde do trabalhador, contando com equipe interdisciplinar. Todavia, evidencia-se nas atuações profissionais a contradição na efetiva articulação entre a assistência e a vigilância como demostra o Gráfico 14 a seguir:

Gráfico 14: Efetividade da integração das ações de Assistência e VISAT, segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Evidencia-se que 76% dos técnicos de VISAT afirmam não haver uma efetiva integração entre as ações de Vigilância e a assistência desenvolvidas. Acrescem-se as restrições na mensuração do alcance da atividade de Vigilância na melhoria do processo saúde/trabalho/doença.

Diante dessa realidade, mesmo nos serviços de Saúde do Trabalhador, observa-se a predominância da assistência em detrimento da vigilância, bem como uma completa dicotomia entre essas ações. Enquanto a ênfase for o atendimento à demanda espontânea que se apresenta aos CEREST será difícil à reorganização da atenção à saúde na perspectiva de atuar sobre os determinantes sociais, prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores.

A saúde enquanto um direito humano, é necessário que seja efetivado na sua forma mais ampla, no sentido de que os riscos de acidentes sejam reduzidos à menor incidência possível, sem se perder de vista que a reparação dos danos ao trabalhador e a penalidade ás empresas é apenas um meio para cumprir a norma constitucional. Mas, não é a melhor, nem a adequada, na verdade, as Políticas Públicas preventivas contra riscos no ambiente laboral, abordando a proteção á saúde de maneira integral incluindo os aspectos organizacionais do trabalho bem como o componente psicossocial envolvido seriam muito mais eficazes, pois não basta a criação de normas e políticas é necessário a real execução das mesmas, visando não só reparar os danos causados mais principalmente evitar que eles ocorram.

Para que as ações de vigilância sejam priorizadas nos serviços de Saúde do Trabalhador, é necessário que os demais serviços do SUS incorporem as ações assistenciais. No entanto, a falta de capacitação e a não compreensão da categoria trabalho como determinante da saúde tem inviabilizado uma assistência integral e com qualidade nos serviços. Além disso, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, e a existência de uma rede específica de atenção à Saúde do Trabalhador, contribuiu para que os casos relacionados ao trabalho sejam encaminhados para esses serviços especializados.

É necessário então aos Programas de Saúde do Trabalhador, e mais especificamente aos CEREST, disseminar informações e capacitar os demais serviços de saúde para lidarem com os problemas decorrentes da relação trabalho e saúde, construindo uma rede de referência e contra-referência com esses serviços.

Outra problemática, é que as ações de VISAT em diversos lugares são marcadas por uma concepção empresarial. Isto é observável na definição das equipes de Vigilância, que muitas vezes são formadas apenas por engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, rompendo assim com o pressuposto básico da área da Saúde do Trabalhador de desenvolver ações interdisciplinares e intersetoriais. Juntamente com essa limitação da equipe está o uso

das Normas Regulamentadoras (NR) como base técnica operacional, seguindo assim o exemplo dos roteiros utilizados pelas Delegacias Regionais do Trabalho, tão criticados por sua visão reducionista sobre a relação entre processos de trabalho e processo saúde-doença.

O Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST (BRASIL, 2006, p. 37-38 e p. 77), reconhece a "[...] indissociabilidade das ações assistenciais e de Vigilância em Saúde como um dos pilares de sustentação da Saúde do Trabalhador". Mas, na realidade essas ações, estão a cada dia mais desintegradas, como mostram a realidade dos CEREST Macrorregionais na Paraíba. Vários serviços tendem a abordagens em Saúde do Trabalhador tradicionalmente voltadas para a assistência e a reabilitação, desvinculadas da VISAT e com pouco investimento em práticas de promoção, prevenção e outros se voltam quase que exclusivamente para a VISAT.

Nesse contexto, é mínimo o envolvimento dos programas de Atenção Básica por meio dos agentes comunitários de saúde e das redes locais de assistência, dos serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade, os quais teriam, entre outros, um papel fundamental na captação de casos referentes a acidentes e doenças profissionais (BRASIL, MS, 2006).

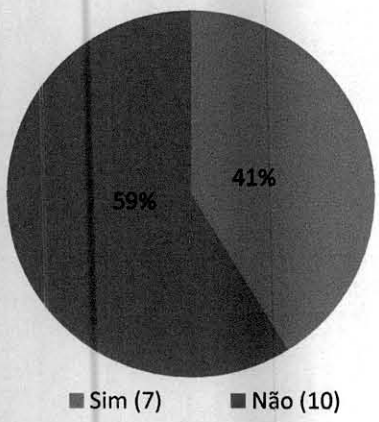
> Investir na Vigilância em Saúde do Trabalhador é aprofundar o conhecimento sobre o processo de sofrimento, adoecimento e morte dos trabalhadores brasileiros, de forma específica, e da população em geral. Traz a possibilidade de identificar e controlar os fatores de risco, diagnosticar precocemente, tratar, salvar vidas, reabilitar e especialmente promover saúde (CONASS, 2007, p. 220).

Acrescentando a problemática do foco assistência dos CEREST, ressalta-se o número insuficiente de técnicos de VISAT para atender as demandas de cada região, o que tem levado ao acúmulo de casos de acidentes de trabalho e processos de adoecimento que não estão sendo problematizados. A forma desordenada que vem sendo acolhida essa demanda compromete a qualidade e capacidade efetiva das ações de VISAT. As ações interventivas pontuais e fragmentadas são reflexos da volumosa demanda existente, que consequentemente não consegue ser sanada através da única atuação da equipe mínima dos CEREST.

Assim, cerca de 59% dos profissionais entrevistados afirmaram que o corpo técnico de VISAT encontra-se reduzido frente a imensa demanda que se apresenta no cotidiano das atividades econômicas desenvolvidas no estado da Paraíba, mas, deve-se considerar que uma parcela significativa dos entrevistados (41%) respondeu positivamente sobre a suficiência de técnicos de VISAT para atendimentos das demandas. Decerto, trata-se de uma contradição

das respostas dadas por esses entrevistados frente à realidade da crescente demanda sem resolutividade. Seguem-se os dados acerca dessa questão:

Gráfico 15: Suficiência dos técnicos de vigilância em saúde do trabalhador no atendimento das demandas segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.



Fonte: Primária

Diante disso, pode-se reconhecer que as dificuldades encontradas são análogas às identificadas em outras ações de Saúde do Trabalhador na RENAST, dado aos entraves existentes para a atuação em rede no interior do SUS. Assim, aponta-se como limitações: a ausência de uma concepção de integralidade; a ênfase desproporcional no assistencialismo; a falta de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; a heterogeneidade da inserção institucional dos Centros de Referência; a falta de reconhecimento de membros dos CEREST em relação a seu papel e, particularmente, a ausência de uma missão estruturante e os recursos humanos escassos (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Tabela 13: Alternativas para restrição no atendimento das demandas pelos técnicos de VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Restrição no Atendimento	n	%
Reduzido números de técnicos	16	76,1
Atendimento restrito às demandas dos trabalhadores	3	14,3

Acúmulo de funções/ tarefas	2	9,6
Total	21*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

Nessa conjuntura, considera-se que é preciso criar indicadores capazes de avaliar o impacto das ações de VISAT e a necessidade de realização de análises periódicas dos resultados e dos próprios indicadores utilizados. Emerge a necessidade de metodologias de análise dos processos de trabalho dos técnicos de VISAT tanto nas transformações das situações de trabalho, quanto na saúde dos trabalhadores, bem como de divulgação mais abrangente dos resultados, objetivando a promoção de ações mais eficazes para a classe trabalhadora. Assim, os técnicos de VISAT elencam alguns desafios por eles compreendidos como impulsionadores da consolidação da VISAT no SUS.

Tabela 14: Desafios para efetivação da VISAT no SUS segundo os técnicos entrevistados, vinculados à VISAT - CEREST Regional/Paraíba, 2014.

Desafios para VISAT	n	%
Integralidade das ações	29	58,0
Consolidação da PNSTT	12	24,0
Valorização do Saber Operário	9	18,0
Total	50*	100

Fonte: Primária
(*) Nota: Respostas múltiplas.

A crítica que se faz aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador é de não conseguirar concretizar a Atenção à Saúde do Trabalhador na sua integralidade, atuando de forma desarticulada ao SUS que, por sua vez, não incorporou plenamente as ações de Saúde do Trabalhador, priorizando ações assistenciais em detrimento da intervenção em ambientes laborais com potencial danoso à saúde. Os dados apontam que 58% das respostas dos profissionais de VISAT entrevistados, relegando a integralidade das ações como um dos desafios a serem superados no SUS.

Integralidade não é princípio mais importante do que outro, mas por sua natureza é capaz de atender a todos segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região. Trata-se

de conceito amplo, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado da saúde em diferentes níveis do sistema.

Embora os inúmeros desafios e obstáculos para uma consolidação efetiva da VISAT no SUS, teve-se ao longo desses anos experiências e significativos avanços que orientam a concretização da VISAT, como exemplo cita-se a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); remetida pelos profissionais entrevistados no percentual de 24% a sua relevância na prática junto ao SUS, paralelamente a Diretrizes para Implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Ambos os documentos que enfatizam a necessidade de compreensão da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença, e a valorização da temática da Saúde do Trabalhador em todos os serviços de saúde, contribuem assim para tirar o campo da marginalidade que essa temática se encontra dentro do sistema de saúde.

Os objetivos da PNSTT são: fortalecer a VISAT e a integração com as outras vigilâncias; promover ambientes e processos de trabalho saudáveis; inserir ações de saúde do trabalhador em toda a rede de atenção do SUS, garantindo a integralidade na atenção aos trabalhadores; ampliar a compreensão do caráter transversal das ações de saúde do trabalhador; garantir a incorporação da categoria trabalho nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção da saúde; assegurar que os serviços de saúde do SUS identifiquem em todas suas ações e intervenções a ocupação, a situação de trabalho e suas possíveis consequências para a saúde dos usuários atendidos; e por fim, assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador no SUS.

Para o alcance desses objetivos propostos, o documento (PNSTT) indica as estratégias e formas de operacionalização, principalmente no que tange à descentralização das ações, articulação intra e intersetoriais; a consolidação da RENAST; a participação dos trabalhadores em todo o processo; a capacitação dos recursos humanos; o desenvolvimento de estudos e pesquisas e informa de maneira clara quais são as atribuições dos gestores de cada esfera de governo bem como dos CEREST e das Equipes Técnicas, e a identificação situacional dos perfis produtivos nos estados e municípios e das suas cadeias produtivas.

> Além do mais, na atual configuração do mundo do trabalho, marcado pela globalização da economia e terceirização, os processos produtivos não se restringem ao ambiente da fábrica. Pelo contrário, são completamente fragmentados e espalhados em unidades que cuidam de etapas parciais de serviços, nas diversas regiões de um país ou de vários países. Tal realidade dificulta a ação dos agentes da vigilância em saúde do trabalhador e desafia toda a estrutura da saúde pública. Daí a importância de eleger a cadeia produtiva como foco das ações de vigilância e a construção de redes de

> vigilância em saúde, trabalho e ambiente com foco nas cadeias produtivas torna-se fundamental nesta configuração do mundo trabalho (LEÃO, 2011, p.27).

A instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), através da Portaria MS Nº 1.823/2012 possibilitou definir a participação do SUS no desenvolvimento integral da Saúde do Trabalhador com os princípios e diretrizes e enfatizam a Vigilância em Saúde do Trabalhador. No entanto, apesar dessa iniciativa a PNSTT recebe críticas, pois ainda se percebe uma timidez no que se refere às ações de VISAT.

Para exemplificar, Costa *et al* (2013) citam o artigo 14 do parágrafo 2º que trata das ações de vigilância que devem ser desenvolvidas pelos CEREST:

> Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST (COSTA *et al*, 2013, p. 18).

Segundo os autores, Isso reflete uma fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território.

A criação da RENAST tem como propósito agregar, articular e integrar os Programas de Saúde do Trabalhador existentes no Brasil que, de forma isolada e desarticulada, desenvolvem ações de saúde do trabalhador. Poderia, ao ser criada, estabelecer redes de formulações, informações, articulações, capacitações, estudos, pesquisas e projetos estratégicos, que possibilitariam o fortalecimento de ações, para otimizar os recursos, evitariam a duplicação de projetos e proporcionariam o intercâmbio técnico-científico (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Já as Diretrizes para Implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS apontam como principais ações de VISAT a vigilância da situação de Saúde dos Trabalhadores; a intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora; o monitoramento da intervenção; a divulgação sistemática de informações; e a educação em Saúde do Trabalhador.

Tem-se, por conseguinte, sinalizado pelos profissionais entrevistados a importância da potencializar o saber do trabalhador (18%), como elemento central para a compreensão das condições e modo de trabalho, e deve ser sistematizado através do registro dos depoimentos dos mesmos a respeito da organização do trabalho, e sobre sua percepção dos agravos e riscos relacionados à atividade. Todavia a RENAST não conseguiu superar a ausência da

participação dos trabalhadores nas ações desempenhadas pelo SUS, e o que se observa é a desarticulação do movimento sindical e social.

Em resumo, os dois documentos apresentados expressam de maneira completa a construção teórica a respeito da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Além de que, mostram a viabilidade de operacionalização das ações de VISAT com orientações claras. Obviamente, sua aplicabilidade depende invariavelmente da vontade política dos governos locais, especialmente no aspecto de reorganização e re-orientação da Atenção à Saúde. Ressalta-se mais uma vez, a urgente necessidade de se avaliar o papel da Atenção Primária, que nos últimos anos tem se tornado estratégia central para inúmeros programas, mas sem receber em contrapartida o apoio técnico, estrutural e humano condizente; criando assim uma sobrecarga de trabalho para os profissionais do setor, e consequentemente a inviabilidade na execução das ações de VISAT.

Desse modo, a VISAT, já consolidada do SUS e com um aparato legal que lhe dá o status de uma política de Estado, tem como desafio avançar na efetivação de seus pressupostos, superando entraves impostos ao próprio SUS. A complexidade prática e metodológica para o desenvolvimento das ações está relacionada à diversidade dos ambientes de trabalho e à diversidade de interesses sociais, econômicos e políticos, muitas vezes incompatíveis com os interesses das Políticas Públicas de Saúde em prol da proteção da saúde dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante as estratégias estabelecidas e efetivadas no âmbito da Saúde do Trabalhador, ainda se configura-se como tímida a proposição de fortalecimento das ações de Vigilância realizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, se atentarmos para o conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador já construído no âmbito do SUS e o que está proposto na PNSTT, verifica-se que esta não é exatamente uma posição "tímida". Ao contrário, se conseguirmos efetivar boa parte do que consta na PNSTT, será um significativo avanço.

Entretanto, hoje quando há na Lei uma gama enorme de atividades a serem desenvolvidas pelo SUS no campo da Saúde do Trabalhador, que além da assistência à saúde abarca pesquisas, avaliação e controle dos riscos no processo de trabalho, fiscalização e controle das condições de trabalho, assim como fornecer informações aos trabalhadores,

sindicatos e empresas sobre os riscos de adoecimento, questiona-se se o SUS efetivamente está (ou esteve) organizado para atender toda essa demanda.

Este estudo, consequentemente, aponta para as dificuldades políticas e institucionais na implantação da RENAST, pois no caso dos CEREST Regionais no estado da Paraíba, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tipificados na RENAST, carecem de consolidação institucional, principalmente pela ênfase nas ações assistenciais em detrimento das ações de Vigilância. Portanto, a criação da RENAST não representa, necessariamente, uma mudança de paradigmas na configuração das ações em Saúde do Trabalhador, principalmente onde esses serviços estão praticamente circunscritos à assistência médica.

O fortalecimento da VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, primeiro objetivo explicitado na PNSTT, pressupõem uma série de ações, dentre elas: 1) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; intervenção nos processos e nos ambientes de trabalho; 2) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; 3) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e 4) participação dos trabalhadores e suas organizações. Se a esse elenco acrescermos as ações que compõem o segundo objetivo – promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, veremos que o desafio é, na verdade, imenso (RENAST, 2002).

A VISAT é, sem dúvida, das tarefas mais ricas e mais complexas a serem absorvidas pelo SUS (BRA-SIL, 1998). Também a mais "estranha" ao sistema, no sentido de que são capacidades, habilidades, competências, conhecimentos e práticas não aprendidos pelos profissionais em sua formação acadêmica. Necessitam ser criados, construídos e vivenciados. É o que ocorre, por exemplo, quando se depara com as dificuldades de intervenção nos ambientes de trabalho, com a necessidade de operacionalização dos princípios e conceitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

Os ambientes de trabalho são frequentemente vistos como locais em que se desenvolvem processos tecnológicos, desprovidos de relações sociais, de interesses e conflitos, passíveis de serem controlados unicamente por decisões técnico-operacionais, por aplicação e cumprimento de procedimentos (NOBRE; GALVÃO; CARDIM; MENDES, 2010).

Ainda não é predominante o entendimento da ação de VISAT como prática pedagógica, sistemática, intersetorial e que incorpora a participação, os saberes e a subjetividade dos trabalhadores, produtora de conhecimentos e práticas inter e

transdisciplinares. Sabe-se que as ricas experiências de VISAT desencadeadas por alguns Centros de Referência somente poderão ser ampliadas para outros municípios e estados mediante grande investimento e comprometimento de técnicos e gestores, bem como mediante esforços de integração intra e interinstitucional e articulação das ações em redes solidárias de compartilhamento de práticas e saberes (NOBRE; GALVÃO; CARDIM; MENDES, 2011; CORRÊA; PINHEIRO; MERLO, 2012).

Assim, parcerias com Ministérios que têm atuações afins, como o próprio Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ou da Previdência Social (MPS) podem potencializar as ações e recursos e evitando intervenções superpostas e/ ou pontuais. No entanto, é clara a dificuldade de articulação com instituições, como DRT e INSS, especialmente no estado do Paraíba, como já citamos anteriormente, fruto de uma política burocrata, onde as relações entre essas instituições são estabelecidas através de ofícios formais. Os CEREST Regionais/PB não apresentam desenvolvimento conjunto de estudos e projetos, sendo então fundamental maior aproximação com essa instituição no sentido de desenvolver trabalhos de capacitação, avaliação de ambientes, processos e condições de trabalho, assim como de normalização e a avaliação conjunta de medidas de intervenção.

Assumir o princípio ético-político da ação sanitária em Saúde do Trabalhador no SUS compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores. Para tanto, é fundamental avançar no equacionamento de outro grande desafio, também apontado nas reflexões analisadas, que é poder contar com profissionais qualificados, comprometidos com a Política de Saúde e com responsabilidade sanitária; que façam a diferença e aliem capacidade técnica e concepção política e ideológica na luta por melhores condições de saúde e trabalho, compromissado com a construção do SUS e com os trabalhadores (PAIM, 2009; SANTOS, 2009; FLEURY, 2009).

Entretanto, para melhor compreensão do tamanho dos desafios que se nos apresentam e de modo a completar as possibilidades de respostas aos questionamentos dos autores, cabe contextualizar o seguinte: os maiores entraves, limites e desafios da Saúde do Trabalhador no SUS são os próprios limites, nós críticos e desafios de todo o SUS.

As considerações teórico-conceituais de alguns estudiosos (PAIM, 2009; SANTOS, 2009; FLEURY, 2009) acerca das Políticas Sociais, das Políticas e práticas de Saúde, do caráter do Estado brasileiro e das contradições da sociedade contemporânea, em suas análises sobre a reforma sanitária brasileira, ajudam na compreensão dos nós críticos do SUS. Como um processo de reforma social concebida em um momento de crise de hegemonia e na defesa

da democratização do Estado e da sociedade, vai perdendo força e vigor, ao tempo em que vai se institucionalizando. Um Estado que desenvolve Políticas Sociais, tanto em atenção a necessidades sociais quanto em atendimento às demandas de reprodução do capital.

Além disso, os insuficientes recursos são desigualmente distribuídos, sendo aplicados majoritariamente em serviços hospitalares e procedimentos assistenciais de média e alta complexidade, pouco restando para a Atenção Básica ou Saúde da Família ou para ações de promoção da saúde e vigilância em saúde. É assim na atenção de uma forma geral e é assim na Saúde do Trabalhador.

Outro aspecto que deve ser enfatizado é que os CEREST Regionais/PB, assim como outros Centros de Saúde no País, tornaram porta de entrada da rede SUS dos trabalhadores adoecidos pelo trabalho. Sendo assim, houve uma centralização da assistência à saúde dos trabalhadores no SUS por esses Centros, o que somado à ausência de uma rede de referência e contra-referência exigiu desses Centros uma ênfase nos atendimentos médico-assistencial aos trabalhadores com doenças ocupacionais e emissões de CAT.

Nesse sentido, torna-se necessário um diagnóstico situacional da Saúde do Trabalhador no estado da Paraíba, não apenas para uma melhor racionalidade da gestão dos serviços, mas também para permitir a avaliação, cobertura, utilização e impacto, e também propiciar a transparência pública do uso dos recursos públicos e a divulgação dos resultados alcançados.

Outra característica de relevância é que não há uma padronização dos CEREST que apresentam grande diversidade, tanto de capacidade instalada quanto disponibilidade de pessoal qualificado, o que torna difícil a interpretação de dados de distribuição dessas unidades.

A PNSTT deixa claro que o financiamento das ações de Saúde do Trabalhador deve ser responsabilidade dos três entes da federação (União, estados e municípios) e que deve ser compartilhado entre os diversos blocos de financiamento hoje existentes no SUS, além de ser possível acionar outras fontes de financiamento. Será necessária muita pressão social e gestão para que o que está escrito materialize-se em ações na vida real, na Política real da Saúde do Trabalhador.

Nesse cenário, ainda permanecem grandes dificuldades na consolidação e legitimação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Por exemplo, são muitas as dificuldades dos gestores, em particular, de reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde/doença, ou a sua relevância para que se considerem as ações em Saúde do Trabalhador como prioridade de política. Há também um desconhecimento expressivo, por parte dos

diferentes profissionais de saúde, dos agentes de riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho, e da existência de estratégias viáveis de prevenção ou de promoção da saúde do trabalhador com mudanças nos ambientes de trabalho.

O movimento sindical tem se tornado mais frágil diante da elevada proporção de desempregados e da reestruturação produtiva que vêm impondo importantes mudanças no mundo do trabalho, com índices expressivos de trabalho informal.

Por fim, em que pese à existência de algumas experiências exitosas em vários municípios do País, no plano nacional, existe uma insuficiente articulação entre as instituições responsáveis pela saúde, segurança e proteção social do trabalhador, e também com a atenção primária em saúde, tanto com a Estratégia de Saúde da Família.

O cenário, todavia, acena perspectivas promissoras, a exemplo da passagem da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador – Ministério da Saúde (COSAT/MS) para a Secretaria de Vigilância a Saúde, que poderá moldar uma maior ênfase nas atividades de vigilância, promoção e prevenção, ao mesmo tempo, que superando o foco nas ações de assistência à saúde, não apenas de clínica médica, das ações dos CEREST.

Ademais, a RENAST vem permitindo maior facilidade de interlocução com os gestores de saúde, o que aumenta a viabilidade de sua consolidação, embora muitas das suas dificuldades atuais se concentrem na gestão. Apesar de já existir a recomendação de se preparar planos de trabalho, com a explicitação das aplicações dos recursos e prestação de contas, devidamente discutido e aprovado pelo Conselho de Saúde, a falta de mensuração das atividades realizadas limita a relevância e qualidade dos relatórios, assim como a demonstração dos resultados alcançados.

Com isto é precária a transparência dos gastos e não se permite a valorização do que vem sendo realizado. É possível que este quadro se reverta no curto prazo, com a participação do SUS na construção de informações universais sobre a Saúde do Trabalhador, superando a parcialidade dos dados oriundos da Previdência Social e de outros órgãos e instituições. Para tanto tem sido fundamental a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador no SINAN, ainda que sejam necessários vários ajustes na proposta atualmente em curso.

A formulação da Questão de Pesquisa deste trabalho fundamenta-se na premissa de que a Política de Saúde do Trabalhador no SUS é permeada por ações desintegradas e fragmentadas, uma vez que as demandas dos trabalhadores são relegadas à periferia do Sistema de Saúde, o que resulta em uma Política Pública historicamente ineficiente para o trabalhador.

Em torno dessa formulação, reafirmamos de acordo com as análises apresentadas neste trabalho que a implantação e a implementação da Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS, bem como o desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador não se efetiva plenamente na gestão e nas ações interventivas de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Desse modo, fragiliza-se a resposta social às necessidades da Saúde do Trabalhador na perspectiva da Política Pública, enquanto uma Política de Estado, que vise o rompimento de ações fragmentadas e ineficientes, tornando-a efetivamente resolutiva na perspectiva dos direitos sociais.

Todas essas dificuldades apontam lacunas no processo de estruturação de um sistema de VISAT capaz de promover efetivas mudanças no quadro de morbi-mortalidade dos trabalhadores. Diante desse quadro, o modelo dos CEREST Regionais/PB tal qual vem sendo delineado, representa uma limitação para a construção de um modelo de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, conforme previsto no SUS. Desse modo, avançar no processo de municipalização, investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema se mostram primordiais.

Referências

ALVES, Giovanni. A "captura" da subjetividade: nexo psicofísico e novo panoptismo. In: ALVES, Giovanni. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. 1ª São Paulo: Boitempo, 2011. p. 111-111.

_____. **O Novo (e Precário) Mundo do Trabalho**: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2010.

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo: In: **Perspec.**, v. 17, n. 1, p. 3-10, mar. 2003.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o estado democrático. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14934.pdf> Acesso em: 15 de Maio de 2014.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e o desenho multifacetado das ações coletivas. In: ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha:** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 47-57.

_____. **Adeus ao trabalho?:** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13ª ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Os Sentidos do Trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. 3ª ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

ALMEIDA, Gláucia E. S.; MELO, Ana I. S. C. e MATTOS, Ubirajara A.O. – Na Corda Bamba do Trabalho Precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores". In MOTA, Ana Elizabete (org) – **A Nova Fábrica de Consensos**. 3ª Edição, São Paulo: Cortez, 2006.

ALMEIDA, Rosângela da Silva. Determinismo versus Autonomia: a saúde dos trabalhadores como um campo de luta entre as classes sociais. In: **Textos e Contextos,** Revista Virtual, Nº 3, ano III, Porto Alegre, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. **Lei n. 8.080, de 19 set. 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. Brasília: Ministério da

Saúde, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 15 de Maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador:** construindo uma política de saúde do trabalhador. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relat_final.pdf >Acesso em: 20 de Maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009a.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html >Acesso em: 25 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.669/GM, de 03 de novembro de 2009b.** Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html>Acesso em: 25 de Agosto 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002a.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm> Acesso em: 15 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002b.** Dispõe sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html > Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – Nº 5 Saúde do Trabalhador.** Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf > Acesso em: 07 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento.** 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf> Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006b.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html >Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Gestão do Trabalho na Saúde. Brasília. CONASS 2007. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_5_gestao_do_trabalho_em_saude.pdf>Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006c**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. 2006c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.ht >Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.271 /GM, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html >Acesso em: 13 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.367 /GM, de 03 de julho de 2014**. Estabelece o remanejamento de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1367_03_07_2014.html >Acesso em: 13 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.378/GM, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html >Acesso em: 11 de setembro de 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Seção IV – Acidentes de Trabalho. 2013. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/ > Acesso em: 12 de Setembro de 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais**. Disponível em: < http://portal.mte.gov.br/rais/ > Acesso em: 12 de Setembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823 de 23 de Agosto de 2012a**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília/DF, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 18 de abril de 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/2012b.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html > Acesso em: 18 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.339/GM de 18 de novembro de 1999**. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html > Acesso em: 27 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998**. Estabelece a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000641_Portaria%20MS%20n%C2%BA%203908%201998%20NOST.pdf > Acesso em: 22 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 777/GM Em 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm > Acesso em: 05 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/ GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/mostra/EPS/Maria_Alice_Roskche.pdf > Acesso em: 05 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.125/GM, de 06 de julho de 2005a**. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm> Acesso em: 27 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.437/GM, de 07 de dezembro de 2005b**. Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm> Acesso em: 27 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.120/GM, de 1 de julho de 1998**. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: < http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf > Acesso em: 03 de setembro de 2013.

_____. Ministério do Trabalho, Secretaria de Inspeção do Trabalho e Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. **Nota Técnica Nº. 234 de 30 de outubro de 2007**. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2007.

_____. **Portaria Interministerial MTE/MS/MPAS Nº 7, de 25 de julho de 1997**. Instituir Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador- GEISAT. Disponível em: < http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mt-ms-mpas/1997/7.htm> Acesso em: 27 de maio de 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BRASIL, M.G.F; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde do Trabalhador no Polo Gesseiro de Pernambuco: Cenários de vulnerabilidades e situações de risco. In: Augusto LGS (Org.) **Saúde do Trabalhador e sustentabilidade do desenvolvimento humano local**: Ensaios em Pernambuco. Recife: Ed. Universitária da UEPE, 2009.

BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. Assédio laboral e as questões contemporâneas à saúde do trabalhador. In: NAVARRO, Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. (orgs.) **O avesso do trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, Ângela Maria Carvalho. **Reforma do Estado, emprego público e a precarização do mercado de trabalho**. Caderno CRH, Salvador, v. 17, n 47, p. 255 -268, mai/ago, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERNARDO, Márcia Hespanhol. **Flexibilização do discurso de gestão como estratégia para legitimar o poder empresarial na era do toyotismo:** uma discussão a partir da vivência de trabalhadores. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana Mara de Morais & MIOTO, Regina C. Tamaso. **Política Social no capitalismo:** Tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

CASTIEL, Luís. David; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o risco:** uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR. **Relatório das Ações de Saúde do Trabalhador**. Macrorregional I. João Pessoa/ Paraíba: CEREST 2010.

_____. **Relatório das Ações de Saúde do Trabalhador**. Macrorregional I. João Pessoa/ Paraíba, 2012.

_____. **Relatório das Ações de Saúde do Trabalhador**. Macrorregional I. João Pessoa/ Paraíba, 2013.

_____. **Relatório das Ações de Saúde do Trabalhador**. Macrorregional II. Campina Grande/ Paraíba, 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1997. p. 469-478.

CORREA, Maria Juliana Moura; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

CORAZZA, Rossana Icassatti. **Tecnologia e meio ambiente no debate sobre os limites do crescimento:** notas a luz de contribuições selecionadas de Georgescu-Roegen. Economia – Revista do Ampec, v.6, nº2, p.431-461, 2005.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Vigilância em Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, Vol 6, Tomo 1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Brasília: Conass, 2007.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. **Vigilância em Saúde do Trabalhador:** rumos e incertezas. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, 38 (127): 92-106, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a12.pdf> Acesso em: 30 de Setembro de 2014.

DIAS Elisabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS**: a estratégia da RENAST. In: Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

DIAS, Elizabeth Costa. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, F C M / Unicamp Campinas: 1994. Disponível em: < http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=19942133003017023P6> Acesso em: 30 de Maio de 2014.

DIAS Elisabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e. **Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).** Rev. bras. Saúde Ocupacional, São Paulo, 38 (127): 31-43, 2013.

DIAS, Elisabeth Costa; LACERDA E SILA, Thais; ALMEIDA, Magda Helena Cota de. **Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde**. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012. Disponível em: < http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/maestria_2012/Art%C3%ADculo%204.pdf > Acesso em: 30 de Maio de 2014.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental:** uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Porto Alegre, 2007. 292 f. Tese de doutorado – PUCRS.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Trabalho da Política:** saúde e segurança dos trabalhadores. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros – O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador Diante da Reestruturação Produtiva nas Empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (org) **A Nova Fábrica de Consensos**. 3ª Edição, Editora Cortez, São Paulo, 2006.

_____. **O serviço social na reestruturação produtiva:** espaços, programas, direções e processos de trabalho profissional. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. **Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, jan. 2012.

GIL, Antônio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. **Regionalização da Saúde e Consciência Regional**. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - ISSN: 1980-1726, 2006. Disponível em: < http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16852/9277> Acesso em: 30 de Maio de 2014.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador:** novas-velhas questões. In: Ciência e Saúde Coletiva. v. 10, n. 4, out./dez. 2005. p. 797-807.

GOMEZ, Carlos Minayo. Campo da Saúde do Trabalhador: Trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-33.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

KREIN, José Dari. **Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil**. Campinas, 2009.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo – SP, Loyola, 2010.

HOLANDA, Maria Norma Alcântara Brandão de. "**O trabalho em sentido ontológico para Marx e Lukács**: algumas considerações sobre trabalho e serviço social". In Revista Serviço Social e Sociedade, nº 69, Cortez Editora, 2002.

HUNT, James; OSBORN, Richard. **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Bookman, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 33 ed., São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 2°ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Octavio. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

JÚNIOR, Antônio Thomaz. Emergências teóricas do movimento despercebido/negado da plasticidade do trabalho. In: NAVARRO,Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. (orgs.) **O avesso do trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo da Saúde do Trabalhador: epistemologia, desafios e lacunas. In: NAVARRO,Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. (orgs.) **O avesso do trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

_____. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. et al. (Org.).**O avesso do trabalho II**: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

_____. **Saúde do trabalhador:** cenários e perspectivas numa conjuntura privatista. Montevideo: UITA, 2000. Disponível em: <http://www6.rel-uita.org/old/home/ler/informes/saude_do_trabalhador.htm>. Acesso em: 23 de Setembro de 2014.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PORTO; Marcelo Firpo de Souza. Relatório Final do Projeto. **Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. OPAS/ Abrasco, 2002. Disponível em: <http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Estudo%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Tend%C3%AAncias%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 12 de Agosto de 2014.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Alienação e agravos à saúde dos trabalhadores no setor sucroenergético. In: NAVARRO,Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. (orgs.) **O avesso do trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

LOURENÇO, E. et al. (Org.).**Trabalho, Saúde e Serviço Social**. Curitiba: CRV, 2010.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács**. 3. Edição. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

_____. **A centralidade ontológica do trabalho em Lukács**. Revista Serviço Social e Sociedade, n° 52, Ano XVIII, Cortez, 1996.

LEÃO, Luís Henrique da Costa. **Nas trilhas das cadeias produtivas:** subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

LEÃO, Luíz Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, Luís Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. (Org.) **Saúde, Trabalho e Direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: educam, 2011.p. 257 – 356.

_____. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST):** reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiologia em Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar., 2011.

LÖWY, Michael. **Ideologia e Ciência Social**. Elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 1998.

LUKÁCS, Gyorgy. **Para uma ontologia do ser social I**. São Paulo: Ed. BoiTempo, 2012.

MARCONSIN, Cleier; SANTOS, Cleusa. O Retrocesso em Debate: Fundamentos para Luta de Resistência: Direitos Trabalhistas e Previdência Social: A Experiência Brasileira de Flexibilização e Desmonte. In: MARCONSIN, Cleier; MARQUES, Maria Celeste Simões. **Trabalho e direitos sociais:** Conquistas e Retrocessos em Debate. 1ª Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. Cap. 2, p. 119-134.

MARX, Karl, ENGELS, F. **A ideologia Alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. - 3. ed. - São Paulo: Abril Cultural, (Os economistas). Livro I, v. I, 1983.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT et al. **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 81-257.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador.** Cad. Saúde Pública 1997; 13(Supl. 2): 33-45.

_____. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. S33-S45, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1362.pdf> Acesso em: 12 de Agosto de 2014.

_____. Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C, MACHADO J. M. H, PENA P. G. L (Org). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011, cap. 2, p. 67-85.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; GOMEZ, Carlos Minayo. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, Maria de Souza. **Os muitos brasis:** saúde e população na década de 80. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, p. 117-142.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; et al. **Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador:** reflexões e perspectivas. Caderno de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 399-406, 2011.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; SANTANA, Vilma. (Orgs.). **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009:** Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em < http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/invent%C3%A1rio_renast_2009.pdf >. Acesso em: 28 jun. 2014.

MATTOS, Ubirajara A. de O; FREITAS, Nilton Benedito B. Mapa de Risco no Brasil: As Limitações da Aplicabilidade de um modelo Operário. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (2): 251-258, abr/jun, 1994. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n2/v10n2a12 > Acesso em: 12 de Agosto de 2014.

MELO, Raimundo Simão de. **Direito Ambiental do Trabalho e a Saúde do Trabalhador**. 5ª ed. São Paulo: LTr, 2013.

MELLO, Alex Fiuza de. **Da Manufatura à Grande Indústria**. In: Marx e a Globalização. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista Saúde Pública. v. 25. São Paulo, 1991. p. 341-149.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Distrito Sanitário**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1994.

MENDES, Jussara Maria Rosa Mendes; OLIVEIRA, Paulo Antônio B; ALMEIDA, Rosângela da Silva Almeida; SANTOS, Fabiane K. **Política de Saúde do Trabalhador e as Transformações no Mundo do Trabalho**. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Jussara_Paulo_Rosangela_Fabiane296.pdf> Acesso em: 06 de Abril de 2014.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. **Saúde do trabalhador e proteção social**: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. Revista da Rede de Estudos do Trabalho, p 164 – 175. Ano V, Nº9, 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/10revistaRET9.pdf> Acesso em: 18 de Julho de 2014.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Debate on the paper by Naomar Almeida Filho **"For a General Theory of Health:** Preliminary Epistemological and Anthropological Notes". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 776-778, 2001.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do Trabalhador:** novas-velhos questões. Ciência & Saúde Coletiva. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a02v10n4.pdf > Acesso em: 18 de Julho de 2014.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Cad. Saúde Pública, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

UFPB BIBLIOTECA CENTRAL

MINAYO-GOMEZ, Carlos (org.). **Controle Social na Saúde do Trabalhador**. /organizado por Carlos Minayo Gomez e Luiz Carlos Fadel Vasconcellos. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota; Maria Inês de S. Bravo; Roberta Uchoa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira (Orgs). Ed. Cortez, 2007.

_____. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Da Seguridade Social à intersetorialidade:** reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. In: Revista katálysis. Vol.14, no.1, jan-jun, 2011.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. In: Cattani AD, organizador. **Trabalho e tecnologia; dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 219-224.

NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. **Os caminhos da saúde do Trabalhador**: para onde apontam os sinais? Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 13- 23, 2010.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política:** uma introdução crítica. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo, Expressão Popular, 2011.

NETTO, Nilson Berenchtein. Suicídio e Trabalho: breves considerações acerca da relação entre sofrimento e alienação. In: NAVARRO,Vera Lúcia; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. (orgs.) **O avesso do trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa; GALVÃO, A. M. F.; CARDIM, A.; MENDES, T. T. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: práticas e desafios. In: NOBRE, L.; PENA, G. L. P.; BAPTISTA, R. (Org.) **A Saúde do Trabalhador na Bahia**: História, conquistas e desafios. Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011. p. 275-314.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa et al. Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: práticas e desafios. In: NOBRE, L. C. C. (Org.). **A saúde do trabalhador na Bahia:** história, conquistas e desafios. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 277-311.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa **Relações entre produção, trabalho, ambiente e saúde:** a contribuição do Sistema Único de Saúde para a conquista do Trabalho Decente. Bahia Análise e Dados, Salvador, v. 20, n. 2/3:339-348; jul-set 2010.

ODDONE, Ivar. **Ambiente de Trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, S. S. et. al. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: MACHADO, Jorge Mesquita Huet e ASSUNÇÃO, A. A. (Org). **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. **O Campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social**. In: Serviço Social & Sociedade: Serviço Social e Saúde: múltiplas dimensões, São Paulo, n. 102, p.114-138, jun. 2010. Trimestral.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf >. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba**. João Pessoa, 2008. Disponível em: http: < www.saude.pb.gov.br/ >. Acesso em: 15 de Dezembro de 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do Estado nos anos 90:** lógica e mecanismos de controle. Brasília: Cadernos MARE da reforma do Estado, 1997. v.1. p.7-7.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. Expressão Popular. São Paulo, 2010.

PIRES, D. **Novas forma de organização do trabalho em saúde**. Revista Baiana Enfermagem, 2009.

PORTO, Marcelo Firpo; FINAMORE, Renan. **Riscos, saúde e justiça ambiental:** o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1493-1501, 2012.

RIBEIRO, H.P. **A violência do trabalho no capitalismo:** o caso dos membros superiores pelo esforço repetitivo em trabalhadores bancários. Tese (Doutorado) – USP, São Paulo, 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: tendências e desafios após 20 anos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, A. P. L. **Tecendo redes:** superando desafios, estudos de casos exitosos em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. 2010.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. **Território e territorialização:** incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 104. São Paulo: Cortez, Out/Dez. 2010.

SOUZA, Reivan Marinho de. **Controle capitalista e reestruturação produtiva**: o programa brasileiro de qualidade e produtividade. Maceió: EDUFAL, 2011.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. **As Novas Configurações do Trabalho em Saúde:** os indicativos do processo de desregulamentação. In: Revista Textos e Contextos, Porto Alegre, v.9, n.2. p.334, ago/dez. 2010. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7340/5793> Acesso em: 27 de Maio de 2014.

SWEEZY, Paul Marlor. **Teoria do Desenvolvimento Capitalista:** princípios de economia política marxista.- 2ª ed. –São Paulo, Nova Cultural, 1986.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social no Brasil:** (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. **Acidente de Trabalho:** responsabilidade objetiva do Empregador. 2ª ed. São Paulo: LTr, 2013.

TAVARES, Maria Augusta. Acumulação, trabalho e desigualdades sociais In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Sistema de Proteção Social Brasileiro na Contemporaneidade:** "novas" relações entre Estado e Sociedade? Revista FSA, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **Promoção e vigilância da saúde.** Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde/Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

TONET, Ivo; LESSA, Sergio. **Proletariado e Sujeito Revolucionário**. São Paulo: Instituto Lukács. 2012.

TOLDRA, R. C. et al. **Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho:** a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 35, p. 10-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/03.pdf> Acesso em: 27 de Maio de 2014.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Minayo-Gomez Carlos, VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de;, organizadores. **Controle social na saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p.87-116.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Saúde, trabalho e direito:** uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável:** apontamentos para uma política de Estado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (Tese de Doutorado)–

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf > Acesso em: 20 de Maio de 2014.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Reflexões sobre a competência do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, 2006.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; PIGNATI, Wanderlei Antônio. **Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica**. Ciênc. saúde coletiva vol.11 nº.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32346.pdf > Acesso em: 20 de Maio de 2014.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GAZE, Rosangela. **Integralidade e doenças dos trabalhadores - O método de Bernardino Ramazzini** - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Itaipava / RJ, 01 a 05/06/2009. Disponível em: < http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/integral-fadel.pdf > Acesso em: 27 de Maio de 2014.

VILELA, Rodolfo Andrade de Golveia. **Vigilância em Saúde do Trabalhador e produção acadêmica**: uma produção indispensável. Ciência e saúde coletiva, vol.16, n.8. Rio de Janeiro, 2011.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde/ Comissão Organizadora. 1986.

ZINET, Caio. **Condições pioram, acidentes aumentam:** número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. Caros Amigos, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA – MACRORREGIONAL I – JOÃO PESSOA

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 14 de março de 2014

Processo Nº: **03.794/2014**

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto "**A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: os desafios para a efetivação no Sistema Único de Saúde**", a ser desenvolvida pela pesquisadora **ANA PAULA BARBOSA XAVIER,** da **Instituição de Ensino UFPB,** sob orientação da **Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa **Rede de Serviços.**

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do **CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Cristiane M. Poletto
Gerente da Educação na Saúde
Mat.: 66941-1

Cristiane Mélo Poletto
Gerente da Educação na Saúde

Av. Júlia Freire, s/n – Torre – CEP 58040-000. Fones: (083) 3211-6737 – Fax: (083) 3214-7949

APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA – MACRORREGIONAL II – CAMPINA GRANDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CEREST/CG

CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) Campina Grande/Paraíba, está **ciente e concorda** com a execução da pesquisa intitulada **"A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: os desafios para a efetivação no Sistema Único de Saúde"**, que será desenvolvida pela mestranda ANA PAULA BARBOSA XAVIER, regularmente matriculada nº 2013104454 no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. A referida mestranda encontra-se sob a orientação da Professora Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida, vinculada ao Departamento de Serviço Social da UFPB.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima referida, e que serão assegurados os requisitos abaixo elencados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, condicionando a autorização para realização à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e ao cumprimento dos itens supracitados, caso contrário, tenho a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Campina Grande, 26 de Março de 2014.

ANNA KARLA SOUTO MAIOR
Coordenadora Geral do CEREST/CG

Rua: Maestro Alcides Leão, 595 – Santa Cruz; CEP: 58417-160 | Campina Grande–PB
Fones: (83) 3310.6123|3335.7254 | e-mail: cerestcgrande@gmail.com

APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA – MACRORREGIONAL III – PATOS

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Patos/Paraíba

CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) Patos/Paraíba está **ciente e concorda** com a execução da pesquisa intitulada **"A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: os desafios para a efetivação no Sistema Único de Saúde"**, que será desenvolvida pela mestranda ANA PAULA BARBOSA XAVIER, regularmente matriculada nº 2013104454 no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. A referida mestranda encontra-se sob a orientação da Profª Drª Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida, vinculada ao Departamento de Serviço Social da UFPB.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima referida, e de que serão assegurados os requisitos abaixo elencados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,

Concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, condicionando a autorização para realização à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e ao cumprimento dos itens supracitados, caso contrário, tenho a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Patos, 25 de março de 2014.

CEREST - Centro de Referência
em Saúde do Trabalhador
Patos-PB

Assinatura e carimbo do Gestor (ou seu substituto) da instituição

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a Senhor/a,

Solicito sua participação nesta pesquisa, cujo título é **"A Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba"**, que será desenvolvida no Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) nas cidades de João Pessoa, Campina Grande e Patos, no Estado da Paraíba pela mestranda Ana Paula Barbosa Xavier do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, matrícula Nº 2013104454.

Ressaltamos que no desenvolvimento desta pesquisa serão respeitados todos os princípios éticos que estão previstos na nova Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. A participação na pesquisa dar-se-á mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido aos sujeitos pesquisados total anonimato, primando-se ainda pelo livre acesso aos resultados da pesquisa, conforme estabelece a supracitada Resolução.

Este estudo tem por finalidade analisar a atual conjuntura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado da Paraíba a partir dos modelos de Vigilância em Saúde postos como estratégia de atuação dos serviços referenciais na Rede de Serviços de Saúde do SUS.

Para realizar esse trabalho necessitarei traçar o perfil profissional dos técnicos executores da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que atuam no âmbito da

Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no Sistema Único de Saúde; bem como analisar os rebatimentos da relação contraditória capital- trabalho e Estado na promoção da Saúde do Trabalhador diante de um modelo econômico clássico, privativa, excludente versus modelo democrático e universalista de saúde proposto a partir do SUS.

Portanto, faz-se necessário o preenchimento de um questionário de pesquisa, bem como da utilização do recurso de áudio no ato da coleta de dados. Terá ainda garantia do acesso aos benefícios vindos do estudo, cujos resultados da pesquisa serão utilizados para alcançar os objetivos propostos:

- Analisar o processo de implantação e implementação da Política de Saúde do Trabalhador nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba a partir da perspectiva da sua efetivação no Sistema Único de Saúde;
- Investigar os processos de gestão da Política de Saúde do Trabalhador nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba na interpretação dos técnicos que atuam nessa Política;
- Avaliar as percepções dos técnicos executores da Política de Saúde do Trabalhador acerca da efetividade (ou não) das estratégias no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.
- Analisar os rebatimentos da relação contraditória capital- trabalho e Estado na promoção da Saúde do Trabalhador diante a um modelo econômico clássico, privativa, excludente versus modelo democrático e universalista de saúde proposto a partir do SUS.

Incluídos neste processo a construção da dissertação e publicações em artigos científicos. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o/a profissional não é obrigado/a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos possíveis riscos decorrentes da apresentação dos processos de trabalho dos técnicos pesquisados e da minha participação neste estudo, de modo que dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

_____

Assinatura do Profissional Entrevistado

Contato da Pesquisadora Responsável: Ana Paula Barbosa Xavier
Endereço: Rua Funcionário José Viega Mindelo, Nº 105 José Américo
– CEP: 58074-161 João Pessoa/PB
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, pede-se ligar para a pesquisadora (83) 8739-5489/ 9934-5228
E-mail: anapaulabxavier@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB.
Endereço: Universitário S/N - Castelo Branco
– CEP: 58.051-900 Joao Pessoa/PB
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791
E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

Atenciosamente,

_____

Ana Paula Barbosa Xavier
Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE E – MODELO DE QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA[31]

Projeto: A Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da atuação dos Centros de Referência na Paraíba.

Pesquisadora: Ana Paula Barbosa Xavier **Matrícula Nº** 2013104454.

Questionário Nº---------

QUESTIONÁRIO DO TÉCNICO

NOME DA INSTITUIÇÃO:

_____

NOME DO SETOR:

_____

Ano de Ingresso na Instituição:_____

I – **DADOS PESSOAIS**

1 – Sexo:
( ) Feminino [1]
( ) Masculino [2]

2 – Idade:
( ) 20-29 anos[1]
( ) 30-39 anos [2]
( ) 40-49 anos [3]
( ) 50-59 anos [4]

[31] Questionário embasado no Protocolo de Pesquisa do Setor de Estudos e Pesquisas em Análises de Conjuntura, Políticas Sociais e Serviço Social (SEPACOPS) da Universidade Federal da Paraíba.

( ) + de 60 anos [5]

3 – Naturalidade:
( ) Paraibana [1]
( ) Outra [2] Especificar: _____

II - DADOS PROFISSIONAIS

1 – Formação Profissional:
( ) Médico/a [1]
( ) Fisioterapeuta [2]
( ) Assistente Social [3]
( ) Psicólogo/a [4]
( ) Enfermeiro/a[5]
( ) Engenheiro/a[6]
( ) Outra [7] Especificar: _____

2 – Curso de capacitação (Lato e Stricto sensu):
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

3 – Em caso de capacitação, especificar o nível:
( ) Especialização [1]
( ) Mestrado Acadêmico [2]
( ) Mestrado Profissional[3]
( ) Doutorado [4]
( ) Outro [5] Especificar: _____

4 – Área da capacitação:
( ) Saúde [1]
( ) Social [2]
( ) Educação [3]
( ) Gestão [4]
( ) Outra [5] Especificar:_____

III - DADOS FUNCIONAIS

1 - Função:
( ) Executor de Políticas Públicas / técnico [1]
( ) Supervisor[2]
( ) Perito [3]
( ) Assessor [4]
( ) Consultor [5]
( ) Coordenador [6]
( ) Outra [7] Especificar: _____

2 – Forma de ingresso na instituição:
( ) Concurso público [1]
( ) Indicação [2]
( ) Contrato temporário [3]
( ) Voluntário [4]
( ) Outra [5] Especificar:_____

3 – Condição de trabalho na instituição:
( ) Satisfatória [1]
( ) Pouco satisfatória [2]
( ) Não Satisfatória [3]
( ) Outra [4] Especificar: _____

4 – Tipo de vínculo:
( ) Estatutário [1]
( ) Celetista [2]
( ) Regime Único [3]
( ) Terceirizado [4]
( ) Outro [5] Especificar: _____

5– Carga horária na instituição (pesquisada):
( ) Integral/40 horas [1]
( ) Parcial/30 horas [2]
( ) Parcial/20 horas [3]]
( ) Outro [4] Especificar:_____

6-Trabalho em outra instituição:
( ) Sim [1]
( ) Não[2]

7 – Em caso afirmativo, outra instituição:
( ) Pública [1]
( ) Privada [2]
( ) ONG [3]
( ) Outra [4]. Especificar: _____

8 – Função na outra instituição:
( ) Executor de Políticas Públicas [1]
( ) Supervisor [2]
( ) Perito [3]
( ) Assessor [4]
( ) Consultor [5]
( ) Coordenador [6]
( ) Outra [7] Especificar: _____

9 – Tipo de vínculo na outra instituição:
( ) Estatutário [1]
( ) Celetista [2]
( ) Regime Único [3]
( ) Terceirizado [4]
( ) Outro [5] Especificar: _____

10 - Carga horária na outra instituição:
( ) Integral/40 horas [1]
( ) Parcial/30 horas [2]
( ) Parcial/20 horas [3]]

( ) Outro [4] Especificar:_____

11 – Faixa salarial individual mensal (soma dos vínculos):
( ) 1 a 1 ½ SM [1]
( ) 2 a 5 SM [2]
( ) 6 a 9 SM [3]
( ) 10 até 15 SM [4]
( ) 16 até 20 SM [5]
( ) Mais de 20 SM [6]

12 – Renda atende necessidades do entrevistado (e necessidades familiares):
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

IV- DADOS EXPECÍFICOS DO OBJETO DE ESTUDO

1 - Qual o objetivo da incorporação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS?
( ) Intervenção nos fatores determinantes de agravos a saúde da população trabalhadora [1]
( ) Articulação com a rede de atenção a saúde [2]
( ) Efetividade do princípio da Integralidade das ações [3]
( ) Estabelecer o conceito ampliado de vigilância em saúde [4]
( ) Outra [5]. (Especificar) _____

2– Aspectos limitantes da atenção à saúde em relação ao trabalho.
( ) Foco assistencialista [1]
( )Fragilidade da percepção do trabalho como determinante do processo de adoecimento [2]
( ) Hegemonia do modelo médico e hospitalocêntrico [3]
( ) Subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho [4]
( ) Outra [5]. (Especificar) _____

3 - O modelo de atenção à saúde do trabalhador se efetiva a partir dos níveis de atenção à saúde (Atenção Primária; Atenção Especializada; Alta complexidade com serviços de Urgência e Emergência Hospitalar)?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

4- Em caso negativo, quais as alternativas?
( ) Desarticulação organizacional da rede de serviços de saúde[1]
( ) Limitada compreensão da atenção Integral a Saúde do Trabalhador[2]
( ) Fragilidade na gestão dos serviços de saúde [3]
( ) Limitados recursos orçamentários para execução da PNSTT [4]
( ) Outra [5]. (Especificar) _____

5 – A implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador é afetada pela a atual política econômica (neoliberal) do Estado brasileiro?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

6- Em caso afirmativo, quais as alternativas?
( ) Precarização das condições de trabalho [1]
( ) Flexibilização das relações trabalhistas [2]
( ) Restrição de profissionais na prestação dos serviços [3]
( ) Jornada de trabalho exaustiva [4]
( ) Outra [5]. (Especificar) _____

7 – Há dificuldades nas articulações intra e intersetorias para viabilização dos direitos sociais dos trabalhadores?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

8- Em caso afirmativo, quais as alternativas?
( ) Dificuldades na organização dos serviços de saúde [1]
( ) Limitada compreensão do princípio da Integralidade [2]
( ) Restrita visibilidade da Política [3]
( ) Dificuldades de acesso aos serviços [4]
( ) Não reconhecimento do trabalho como determinante do processo de adoecimento [5]
( ) Outra [6] Especificar: _____

9 – Existe Capacitação da equipe técnica do CEREST para realizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

10 – Há Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST)?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

11 – Apesar dos avanços na saúde coletiva brasileira, por que ainda persistem a setorialização da Vigilância em Saúde?
( ) Focalização das ações por segmento de vigilância [1]
( ) Fragmentação dos saberes [2]
( )Ausência de ênfase nos determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença [3]
( ) Não compreensão do SUS como estrutura sistêmica [4]
( ) Outra [5] Especificar: _____

12 – Os aparatos legais existentes no campo da Saúde do Trabalhador são suficientes para institucionalizar efetivamente a vigilância nesta área inserida no âmbito do SUS?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

13 - Em caso negativo, quais as alternativas?
( ) Ausência de educação permanente na rede de serviços de saúde [1]
( ) Restrita vinculação institucional com a estrutura da vigilância em ST [2]
( ) Restrita participação dos trabalhadores [3]
( ) Fragilidade da Gestão no compromisso com a classe trabalhadora [4]
( ) Outra [5] Especificar: _____

14 - Quais desafios são postos para o cumprimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS?
( ) Consolidação da PNSTT [1]
( ) Integralidade das ações [2]
( ) Valorização do Saber Operário [3]
( ) Inclusão dos municípios como instância de desenvolvimento das ações [4]
( ) Outra [5] Especificar: _____

15 - A regionalização dos CEREST constitui-se plenamente como eixo integrador de ações no campo da Saúde do Trabalhador?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

16- Há uma predominância do caráter assistencial do CEREST em detrimento das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

17- Efetividade da integração das ações de Assistência e Vigilância?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

18 – Como avalia as condições de trabalho no CEREST?
( ) Satisfatória [1]
( ) Pouco Satisfatória [2]
( ) Não Satisfatória [3]
( ) Outra [4] Especificar: _____

19 - Em caso da avaliação insatisfatória, quais as alternativas?
( ) Dificuldades de acesso aos serviços [1]
( ) Ampla demanda social [2]
( ) Atendimento precário às necessidades dos usuários [3]
( ) Despreparo do pessoal técnico [4]
( ) Limitações técnicas (gerenciamento, operacionalidade, avaliação) [5]
( ) Outra [6] Especificar:_____

20 – O corpo técnico no campo da vigilância em Saúde do Trabalhador do CEREST Regional atende satisfatoriamente a demanda?
( ) Sim [1]
( ) Não [2]

21 - Em caso de não atendimento, quais as alternativas?
( ) Atendimento restrito das demandas dos trabalhadores [1]
( ) Reduzido números de técnicos [2]
( ) Acúmulo de funções/ tarefas [3]
( ) Outra [4] Especificar: _____

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES: (Identificar a questão)

_____

Local:_____, ____/____/_____

_____

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:
os desafios para a efetivação no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: ANA PAULA BARBOSA XAVIER
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 26220113.7.0000.5188
Instituição Proponente:
Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 634.664
Data da Relatoria: 24/04/2014

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do Programa de pós graduação em Serviço Social - Nível Mestrado Acadêmico, do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, da aluna ANA PAULA BARBOSA XAVIER, sob a orientação da profa. Dra. BERNADETE DE LOURDES FIGUEIREDO DE ALMEIDA.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
- Analisar o processo de implantação e implementação da Política de Saúde do/a Trabalhador/a nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba a partir da perspectiva da sua efetivação no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Secundários:
- Investigar os processos de gestão da Política de Saúde do(a) Trabalhador(a) nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba na interpretação dos(as) técnicos(as) que atuam nessa Política;
- Avaliar as percepções dos(as) técnicos(as) executores(as) da Política de Saúde do(a) Trabalhador(a) acerca da efetividade (ou não) das estratégias no âmbito da Vigilância em Saúde do(a)Trabalhador(a) desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Analisar os rebatimentos da relação contraditória capital- trabalho e Estado na promoção da Saude do(a) trabalhador(a) diante a um modelo econômico clássico, privativa, excludente versus modelo democrático e universalista de saúde proposto a partir do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

- No estabelecimento desta pesquisa, esclarecemos dos possíveis riscos decorrentes da apresentação dos processos de trabalho dos técnicos pesquisados que atuam no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

BENEFÍCIOS:

- Fomento da Pesquisa Científica no campo da Saúde do Trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca analisar o processo de implantação e implementação da Política de Saúde do(a) trabalhador(a) nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado da Paraíba a partir da perspectiva da sua efetivação no Sistema Único de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados ao presente protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Não existem recomendações a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista ao atendimento de todas as pendências elencadas no parecer anterior, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A APROVAÇÃO DO PRESENTE PROJETO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 634.664

JOAO PESSOA, 05 de Maio de 2014

Assinador por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com