

ATIMISA VILASBOAS FOSCARINI

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BELO HORIZONTE - MG
2011

ATIMISA VILASBOAS FOSCARINI

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
a obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria.

BELO HORIZONTE - MG
2011

Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso em ___/___/___ ao curso de
Especialização em Saúde da Família.

Coordenador e Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria.

DEDICO ESTE TRABALHO

ao Felipe, meu marido, por entender minha ausência e pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por iluminar o meu caminho sempre.

À minha mãe pelas orações e torcida.

RESUMO

A saúde do trabalhador é um componente essencial da saúde pública, influenciando diretamente no desempenho profissional, prevenção de acidentes e garantia da integralidade, porém ela não se encontra plenamente inserida no SUS, tampouco na atenção primária à saúde, porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, que devido às suas especificidades, constitui um instrumento valioso de vínculo e acesso a significantes quantitativos de trabalhadores, principalmente, do setor informal. As diversas possibilidades de atuação da atenção primária na saúde do trabalhador são discutidas neste trabalho cuja base se encontra nos documentos disponíveis sobre Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública. Ao final é possível concluir que de acordo com a literatura existem barreiras de cunho político e técnico que dificultam a atuação da atenção primária na Saúde do Trabalhador. Sugere-se uma ampliação do diálogo com o movimento sindical, o desenvolvimento de leis mais claras, a requalificação das ações dos agentes comunitários de saúde no campo de saúde do trabalhador, a superação da dicotomia assistência/vigilância, dentre outras ações.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública.

ABSTRACT

Workers' health is an essential component of public health, directly influencing the work performance, prevention of accidents and ensuring the completeness, but it is not fully inserted in the SUS (Unique Health System), either in primary health care, gateway to the health system Brazil, which due to its specificities, is a valuable tool to link and access to a significant quantity of workers, mainly in the informal sector. The various possibilities of performance of primary health worker are discussed in this text which is based on documents available on Occupational Health, Primary Health Care and Public Health. At the end we conclude that according to the literature, there are barriers of a political and technical hindering the performance of primary care in Occupational Health. It is suggested a broadening of the dialogue with the trade union movement, the development of laws clearer, the upgrading of the actions of community health workers in the field of occupational health, overcoming the dichotomy assistance / supervision, among other actions.

Keywords: Occupational Health, Primary Health Care and Public Health.

Dicionário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 DESENVOLVIMENTO.....	15
6 CONCLUSÕES.....	35
REFERÊNCIAS.....	38

1-INTRODUÇÃO

As ações em Saúde do Trabalhador foram atribuídas ao SUS – Sistema Único de Saúde – desde a Constituição de 1988 e regulamentadas pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, mas na realidade elas estão sendo prestadas, em sua maioria, de forma desarticulada, com predomínio de ações assistenciais curativas em detrimento de ações preventivas e de vigilância à saúde. O SUS ainda não atua com integralidade diante dessa demanda e, com a atenção básica sendo a porta de entrada do sistema, é extremamente vantajoso aproveitar as facilidades de acesso, de informação e o vínculo que esta possui com uma grande parte da população brasileira, fazendo-se necessário repensar as ações em saúde do trabalhador no país e propor medidas para transpor os obstáculos políticos e técnicos presentes na atualidade.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa, em 1997, já afirmavam que especificamente para o setor público de saúde, do âmbito municipal ao federal, seria premente a necessidade de consolidar ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em seu sentido amplo. Porém, a limitada intervenção da Saúde Pública num campo que nunca foi objeto central de preocupação, agudizada pelos percalços da gestão financeira e de recursos humanos na implementação do Sistema Único de Saúde, tem se refletido na tendência de tratar como questão menor a atenção integrada, mas diferenciada, aos trabalhadores. Essa ausência de respostas efetivas serve de justificativa para que o setor privado se incumba gradativamente de determinadas tarefas que, em princípio, seriam um compromisso fundamental do Estado. Dessa forma, as iniciativas laudáveis de criação de programas ou centros de referência com essa finalidade resultaram, de modo geral, mais do empenho de alguns profissionais do que do necessário processo de institucionalização, fruto de uma política assumida.

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. Em 2005, a Portaria MS nº 2.437 reorientou a organização da RENAST, reforçando o papel dos Cerest e definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema. (Dias, 2009) Entretanto, a par dos avanços, também podem ser identificadas dificuldades, entre elas: o pequeno número e a distribuição desigual dos CRST nos Estados e municípios; a baixa cobertura das ações, que não alcançavam um número expressivo de trabalhadores; a desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde, permanecendo à margem das estruturas e políticas do SUS, além de uma fraca articulação intersetorial. Nesse cenário, a clientela atendida pelos CRST deixou de ser, predominantemente, encaminhada pelos sindicatos e pela Previdência Social passando a ser constituída maciçamente por trabalhadores provenientes do setor informal, precário ou por desempregados. A sustentação para a organização e gerenciamento dos CRST, propiciada pela participação dos sindicatos de trabalhadores, também ficou muito prejudicada. Os técnicos dos CRST têm encontrado dificuldades para lidar com essa nova realidade. Observa-se um descompasso entre as “novas” necessidades e demandas dos trabalhadores e as práticas de saúde construídas anteriormente. Nas ações de Vigilância dos ambientes e condições de trabalho pelas equipes dos CRST, por exemplo, aparece claramente a contradição entre as exigências técnicas de mudança dos processos de trabalho, que, em muitos casos, significam interdição e a luta dos trabalhadores pela manutenção do emprego. É grande também a dificuldade dos profissionais para lidar com os “novos” problemas de saúde - doença dos trabalhadores, entre eles, as manifestações de sofrimento psíquico, os efeitos à exposição a baixas dosagens de substâncias tóxicas e às novas formas de organização e gestão do trabalho. Estes são alguns exemplos das dificuldades enfrentadas na atenção à Saúde do Trabalhador no SUS. (Dias e Hoefel, 2005)

Um problema adicional é a própria relação Cerest/APS, sem a qual fica impossível se pensar na consolidação da Renast. Segundo Dias (2009) a articulação CEREST/APS, mediada pela qualificação das equipes, tem servido apenas para

ampliar a demanda do Cerest sem efetivamente incorporar a APS como porta de entrada do sistema.

Com relação à possibilidade de que a RENAST e em particular os Cerest possam servir como referência técnica para ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental na atenção primária à saúde se faz necessário revisar o papel desses centros de referência.

Tendo em vista os aspectos acima mencionados, este estudo visa elucidar os nós críticos e buscar alternativas para incorporar, de fato, as ações de saúde do trabalhador de forma integral no SUS e, mais especificamente, na atenção primária à saúde, como uma forma de consolidar, efetivamente, uma rede de atenção à saúde do trabalhador. Na abordagem do tema, apresentamos inicialmente uma breve retrospectiva da origem da Saúde do Trabalhador e da sua inclusão no escopo das ações do SUS.

2- JUSTIFICATIVA

Necessidade de se repensar a atuação da atenção primária na saúde do trabalhador, isto entendido como valiosa alternativa para que se possa finalmente e efetivamente alcançar a integralidade nas ações em Saúde do Trabalhador.

3-OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral: Definir diretrizes gerais para a atuação da atenção primária na rede de atenção à saúde do trabalhador.

3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar na literatura elementos para a definição do papel da APS na ST.
- Identificar na literatura elementos para embasar a construção de uma proposta para a atuação da APS na ST.

4- METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura utilizando as bases de dados: SciELO, Lilacs e PubMed para o período de 1990 a 2010. Os seguintes termos foram utilizados para identificar artigos em português: “atenção à saúde do trabalhador”, “atenção primária à saúde e saúde do trabalhador”, “SUS e saúde do trabalhador”, “saúde do trabalhador” e “saúde pública”. Foram selecionados artigos sobre a atuação Saúde Pública na Saúde do Trabalhador, desafios para sua implementação e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. Também foram selecionados artigos sobre Vigilância em ST e Políticas em Saúde do Trabalhador.

5- DESENVOLVIMENTO

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. A solução veio quando Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, preocupado com o fato de que seus operários não dispunham de nenhum cuidado médico a não ser aquele propiciado por instituições filantrópicas, colocou no interior da sua fábrica o seu próprio médico, para servir de intermediário entre ele, os seus trabalhadores e o público, surgindo assim, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho. (Mendes e Dias,1991)

Entretanto, a tecnologia industrial evoluiu de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos, e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. Entre muitos outros desdobramentos deste processo, desvela-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores- ainda que apenas 'objeto' das ações - e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A resposta, racional, científica e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Nesse contexto surge a Saúde Ocupacional, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. (Mendes e Dias, 1991)

Posteriormente, nos países industrializados do mundo ocidental, têm início movimentos sociais que se espalharam pelo mundo e levaram à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Como resposta a esses movimentos, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador. À medida que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho que, segundo Mendes e Dias (1991) "atropelam" a Saúde Ocupacional que trabalhava, até então, na lógica "ambiental".

Nesse contexto, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade. (Mendes e Dias, 1991)

O que é conhecido hoje como Saúde do Trabalhador é a resposta a estes diversos movimentos sociais que, entre os anos 70 e os anos 90, contribuíram para que a Saúde do Trabalhador fizesse parte do direito universal à saúde, se tornando objeto de atenção da Saúde Pública. A execução das ações voltadas à saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do meio ambiente são atribuições do SUS, prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Antes da Constituição de 1988, o direito à Saúde não era um princípio universal. No que diz respeito à saúde dos trabalhadores, havia diferenças entre dois grandes blocos. O primeiro, dos setores mais progressistas, defendia que as ações em Saúde do Trabalhador fossem, sem restrições, objeto da ação do SUS. O segundo bloco, de grupos corporativistas, formados por técnicos da área e setores do empresariado, alegava que a exclusividade da fiscalização dos ambientes de trabalho deveria permanecer com o Ministério do Trabalho. (Navarro, 2006)

A partir do momento em que a saúde deixa de ser um benefício previdenciário para se tornar um direito de todo cidadão, garantido pelo princípio da

universalidade e pelas leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde, as políticas públicas em saúde do trabalhador tomam forma no âmbito do SUS, e suas diretrizes apontam para a vigilância e promoção da saúde no trabalho como forma de atender melhor os agravos decorrentes da relação produção/saúde.

De acordo com Alves (2003), o enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde são instrumentos poderosos para que a ST 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.

Segundo Porto e Freitas (1997), trabalhar integradamente as questões relacionadas à saúde do trabalhador e ao meio ambiente é um passo fundamental para se desenvolver novas abordagens teórico-metodológicas que possibilitem avançar nos processos de análise e intervenção sobre as situações e eventos de riscos que são colocados para trabalhadores, populações vizinhas às indústrias e o meio- ambiente como um todo.

As ações de fiscalização dos ambientes de trabalho devem ser realizadas numa perspectiva da prevenção, a partir do mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras formas de abordagem. Cabe ressaltar que as ações de vigilância sanitária são da alçada do SUS, não seguindo a lógica do modelo tradicional do MTPS, em que o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais. (Dias e Hoefel, 2005)

Porém, a entrada nas empresas para realização de investigações nos ambientes de trabalho é cercada de entraves relacionadas ao jogo de legitimação social do SUS como órgão fiscalizador dos locais de trabalho. Esse processo de introdução de ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS carece, no entanto, de consolidação institucional, de reconhecimento social mesmo entre os

setores diretamente envolvidos (saúde, trabalho e previdência social), de aprofundamento conceitual e da devida abrangência territorial de atuação.

Machado, 2003 *apud* Machado, 2005 afirma que:

“as ações de saúde do trabalhador passam por um processo de amadurecimento e difusão, derivado da configuração do SUS e de suas relações com o movimento sindical, com instâncias do Ministério da Previdência, do Trabalho e do Meio Ambiente, com setores empresariais, corporações técnicas, aparatos formadores técnico-científicos e agências de regulação envolvidas de forma mais próxima na interação da saúde com o trabalho”.

Apesar de ainda existirem obstáculos na atualidade, muitas conquistas já foram obtidas com relação ao reconhecimento do SUS como melhor alternativa para alcançar a resolutividade na Saúde do Trabalhador por, dentre outras coisas, por abranger um contingente significativo de trabalhadores. A APS, porta de entrada desse sistema, também merece atenção e deve ser vista como a solução para os entraves, por possuir no seu escopo de ações o acesso facilitado e o vínculo com esses trabalhadores, principalmente do setor informal.

Somavia, 1999 *apud* Wunsch Filho, 2002 destaca que:

“a tendência às economias e sociedades abertas como efeito da globalização traz, ao lado de novas oportunidades de negócios e benefícios para os consumidores, numerosos problemas para o trabalho, cuja regulamentação torna-se crescentemente precária. Os empregos informais, em geral, são menos seguros e incorporam menos vantagens sociais, aumentando a sensação de insegurança dos trabalhadores”.

Nesse contexto, o processo da reestruturação produtiva em curso, com o crescimento do desemprego e da precarização do trabalho, aumenta as responsabilidades do SUS – única alternativa para cuidados com a saúde de expressivo contingente de trabalhadores – e traz ao sistema de saúde o desafio de compreender e lidar com a complexa situação em que as doenças profissionais entrelaçam-se às doenças comuns agravadas pelo trabalho. (Dias, 2000 *apud* Silva, Barreto Junior e Sant’ana, 2003)

Diante da situação descrita cresce o papel estratégico do SUS, tendo em vista sua reconhecida capilaridade para promover a universalização da atenção à saúde, sua tradicional capacidade de criar mecanismos de atenção coletiva e específica e de convocar a participação e o controle dos trabalhadores. O protagonismo do setor saúde nessa área, criando alternativas aos modelos restritos e sendo capaz de oferecer uma atenção abrangente dos problemas reais da diversidade de trabalhadores e desempregados nos espaços socioculturais peculiares, pode fazer grande diferença e promover mudanças. (Gomez e Lacaz, 2005)

Os autores Silva, Barreto Jr. e Sant'ana, 2003, também enfatizam essa peculiaridade do SUS ao afirmarem que

“O SUS constitui um espaço público privilegiado que dispõe de atendimento universalizado (atinge o maior número de trabalhadores possível, com ou sem carteira assinada), recursos físicos, humanos, tecnologia e técnicas acumuladas e, portanto, é uma conquista social capaz de construir uma prática diferenciada sim, porém, inovadora e transformadora, sustentada no novo perfil epidemiológico da força de trabalho e no referencial da Promoção da Saúde.”

Sendo assim, é preciso considerar os diversos riscos ambientais aos quais os trabalhadores estão expostos em função de sua inserção nos processos de trabalho. Dessa forma, se torna necessário que as ações de saúde do trabalhador sejam incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde a fim de ampliar a assistência já ofertada aos trabalhadores, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com uma equipe capacitada e detentora de estreitas relações com a população adscrita.

Segundo Dias e Hoefel (2005):

“A Atenção Básica é a principal referência para o reordenamento da atenção à saúde na atualidade. Constitui a porta de entrada dos serviços de saúde e apresenta-se como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar equidade. Além de permitir a entrada no sistema, ela propicia atenção com resolutividade e não direcionada exclusivamente para a doença e coordena ou integra a referência a níveis mais complexos. É organizada a partir de uma base territorial e critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada

comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas. Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde “o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham”. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde - doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador, sob o controle social, são possibilidades concretas na atenção básica. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência.”

Dias, 2009, enfatiza a importância da APS na ST ao destacar duas características da atenção primária à saúde que favorecem a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador: o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferindo concretude às relações produção/trabalho/ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.

A proposta das redes de atenção à saúde, outro conceito de referência na APS, considera os lugares institucionais de oferta de serviços assistenciais como nós de rede, entre eles o domicílio, na atenção domiciliar terapêutica; as unidades básicas de saúde; as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial; as residências terapêuticas e os centros de especialidades, como, por exemplo, de odontologia, de saúde sexual e reprodutiva; de saúde do trabalhador, os lares abrigados, de convivência para idosos, de atenção paliativa. Nesse modelo,

a APS é considerada como centro de comunicação dessa rede horizontal, responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde; organizando os fluxos e contrafluxos das pessoas na rede e responsabilizando-se pela saúde dos cidadãos. (Dias, 2009) Segundo Mendes (2002), trata-se de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse modelo, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia.

Nesse sentido, segundo Dias (2009), é possível estabelecer diretrizes básicas para serem retrabalhadas no nível local, que se traduzam em práticas transformadoras. Um ponto de partida para pensar as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde são as normas e prescrições existentes. As principais referências para este exercício são: a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST) de 1998; as Instruções Normativas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) e de Saúde Ambiental (SINVSA) de 2005. Apesar do papel da atenção primária não estar explicitado nas competências municipais relativas ao SINVSA, estas podem ser adaptadas ao atual modelo de gestão. Esses instrumentos oferecem subsídios para a discussão e elaboração de diretrizes condizentes com as necessidades atuais. O Quadro 1 sintetiza essas prescrições e pode facilitar as discussões.

Quadro 1. Ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador na APS segundo normas vigentes em 2009.

Ações	Descrição	Prescrição/Norma
Assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ao acidentado do trabalho e ao trabalhador suspeito ou portador de doença relacionada ao trabalho, assegurando a orientação e acesso a serviços de referência para garantir atenção integral. 	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST)
Vigilância	<ol style="list-style-type: none"> a) Mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território para apoiar o planejamento de ações promoção da saúde (antecipação); vigilância sanitária e epidemiológica e adequação da assistência. b) Cadastramento da população adscrita no território considerando a ocupação exercida (preenchimento Ficha A). c) Participação na vigilância de ambientes e processos de trabalho, para identificação das situações de risco e definição de medidas de correção ou mitigação. d) Participação na vigilância da saúde de trabalhadores expostos a situação de risco e investigação epidemiológica. e) Orientação dos trabalhadores. 	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2005 Instrução Normativa de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)
Notificação	<ol style="list-style-type: none"> a) Notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, alimentando o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância e as bases de dados do SUS. b) Contribuição para a sistematização e análise dos dados sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho para orientar as ações de vigilância, a organização dos serviços e outras ações em saúde do trabalhador. 	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2005. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) Portaria GM/MS nº 1.172/2004
Planejamento e gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, execução e avaliação de ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e de saúde ambiental. • Participação nos processos de mobilização social pela Saúde. 	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa no1 - Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/2004

Fonte: Dias, 2009.

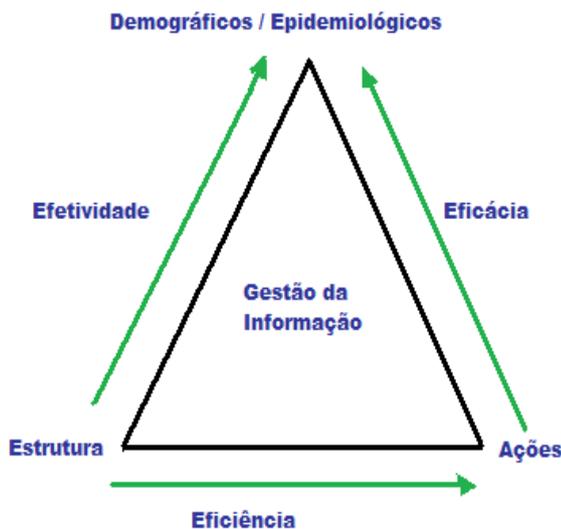
Machado, em 1997, já defendia a territorialização para ações em ST ao dizer que:

“a adoção de uma abordagem territorial está relacionada com a implantação e a integração do modelo assistencial previsto para o SUS e com questões objetivas de operação de atividades de vigilância, como o rastreamento de atividades informais de trabalho realizadas no espaço das ruas e, mesmo, clandestinamente. Devem coexistir mapeamentos de riscos e agravos específicos em níveis micro e macrorregionais e até por empresa, setor da empresa e mesmo de postos de trabalho e por atividades. A especificidade dessa forma de abordagem é a possibilidade de nos aproximarmos da totalidade dos determinantes e dos efeitos, ou seja, uma abordagem só limitada espacialmente e pelos métodos e critérios do mapeamento. É também uma estratégia local de superação do poder imperial de grandes empresas em relação ao poder público local, que as contextualizariam em uma ação geral, tendo por base a racionalidade regional. O território age ainda como fator determinante em si e não só como espaço aglutinador de situações de risco e efeitos, pois nas ações de vigilância estão presentes também os condicionantes espaciais institucionais, os de organização dos trabalhadores e os geográficos de várias qualidades, como o local de trabalho, os deslocamentos e a própria situação geofísica”.

No Brasil, a reorganização da atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF) prevê o trabalho de equipes de saúde em territórios definidos, com adscrição da clientela, de modo articulado com os agentes comunitários de saúde (ACS) que, com base em mapa de risco do território, irão organizar suas atividades. Este modelo prevê a utilização da epidemiologia para subsidiar as práticas de saúde, incorporando a perspectiva da vigilância em saúde. Uma vez que este território é o local de encontro de trabalhadores da saúde com a população trabalhadora, se torna necessário pensar em um sistema de informação em saúde do trabalhador articulado ao sistema de informação da atenção básica (SIAB) e ao sistema de informação ambulatorial (SIA), que monitore acidentes e agravos neste nível da atenção, com possibilidade de captar dados de trabalhadores vinculados

principalmente ao setor informal, aumentando assim a abrangência do SIST. (Ministério da Saúde, 2004 *apud* Facchini, 2005)

Como os sistemas de informação do SUS incluem os trabalhadores informais, o SIST conforma uma grande contribuição para a redução significativa da subnotificação de acidentes e agravos de saúde no trabalho. Há também uma ênfase na formação e capacitação de recursos humanos. (Brasil, 2005 *apud* Facchini, 2005) Porém, estas informações não têm sido bem aproveitadas. O que ocorre, atualmente, é uma falta de integração entre as informações relativas às ações de saúde, à estrutura dos serviços de saúde e o perfil demográfico e epidemiológico da população. As informações produzidas são fragmentadas e geralmente ficam restritas aos setores mais diretamente interessados – informações relativas às ações produzidas ficam mais restritas aos serviços de controle e avaliação, informações sobre aspectos demográficos e epidemiológicos ficam mais restritas ao setor de vigilância etc. Desta forma não se faz uma análise do conjunto das informações, dificultando o diagnóstico do sistema de saúde no que se refere à eficácia, eficiência e efetividade do mesmo. Este ponto de vista pode ser melhor visualizado na pirâmide a seguir:



A incorporação da saúde do trabalhador pelo SUS, segundo Lourenço e Bertoni (2007) reconhece, nos ambientes e processos de trabalho, as condições para os eventos agressivos à saúde “de quem trabalha” na perspectiva epidemiológica. 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.

Com relação ao nível municipal, algumas ações poderiam se sugeridas para serem executadas pelas prefeituras no que se refere à fiscalização de ambientes de trabalho como: a intervenção preventiva em ambientes com riscos de acidentes ou doenças profissionais, a oferta de atendimento especializado em saúde do trabalhador, a oferta de serviços de reabilitação física aos acidentados de trabalho e a realização de campanhas e/ou ações educativas de prevenção aos riscos de acidentes e doenças do trabalho.

Vilela et al. (2001) *apud* Silva, Barreto Junior e Sant’ana (2003) destacam algumas atribuições que os municípios devem assumir:

- a) ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho;
- b) aplicação de procedimentos administrativos e investigação epidemiológica;
- c) emissão de laudos sobre incapacidade do trabalhador seqüelado;
- d) implantação de serviços especializados de referência com a capacidade para estabelecimento de nexos causais dos agravos e para tratamento, recuperação e reabilitação do trabalhador;
- e) instituição e manutenção de cadastro de empresas com a indicação dos fatores de risco.

A criação da RENAST, em 2002, apoiada pelos CRSTs abriu possibilidades de avanços. Em 2005, a Portaria MS nº 2.437 reorientou a organização da RENAST, reforçando o papel dos Cerest e definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema. (Dias, 2009)

De acordo com Dias e Hoefel (2005):

“A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os

CRSTs. Estes deixam de ser porta de entrada do Sistema e assumem o papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças, no SUS. Além disso, são o locus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra- e intersetorialmente, no seu território de abrangência, que pode ser a capital, áreas metropolitanas, municípios pólos de assistência das regiões e microrregiões de saúde”.

Os trabalhadores sempre foram usuários do sistema de saúde e a proposta da RENAST é qualificar essa atenção, fazendo com que o sistema, como um todo, entenda e funcione *na perspectiva da Saúde do Trabalhador*. Para o trabalhador, ainda que os procedimentos diagnósticos e o tratamento da doença que apresenta sejam os mesmos, independentemente, de o agravo estar ou não relacionado ao seu trabalho atual ou progresso, é importante que esta relação seja estabelecida e feitos os encaminhamentos trabalhistas e previdenciários pertinentes. Somente a partir do estabelecimento da relação entre o agravo ou doença com o trabalho e do registro no sistema de informação é possível coletivizar o fenômeno e desencadear procedimentos de vigilância que levem à mudança nas condições e ambientes de trabalho geradoras de doença. (Dias e Hoefel, 2005)

Como citado anteriormente, Dias, 2009, também destaca o papel dos CRSTs ao afirmar que deve ser considerada a possibilidade de que a RENAST e em particular os Cerest possam servir como referência técnica para ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental na atenção primária à saúde. Entretanto, de acordo com a autora, para que isto ocorra, é necessário revisar o papel desses centros de referência, uma vez que estudo recente de acompanhamento do desenvolvimento da RENAST, em Minas Gerais, mostrou que muitas vezes a articulação com a APS, mediada pela qualificação das equipes, tem servido apenas para ampliar a demanda do Cerest sem efetivamente incorporar a APS como porta de entrada do sistema.

Entre as tarefas a serem cumpridas pelos CRSTs estão:

- prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da saúde do Trabalhador;

- recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância,
- facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social. (Dias e Hoefel, 2005)

Lacaz, Machado e Porto (2002) *apud* Gomez e Lacaz (2005) afirmam que essas instâncias não se tornaram referência, uma vez que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde/doença relacionada ao trabalho e, por priorizarem a assistência, apresentam um impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde.

Minayo e Lacaz, 2005, também criticam a atuação do CRST quando afirmam que a articulação com a rede básica não se efetivou. Assim, a proposta dos CRST acabou por constituir-se num fim sem si mesma, trabalhando com uma demanda aberta e muito pouco integrada com a rede básica, inclusive no sentido de subsidiar e alimentar tal demanda. Os autores sugerem que a Renast caminhe para a superação da dicotomia entre assistência e vigilância e incorpore em seu modelo estratégias de prevenção a agravos e de promoção da saúde.

Muitos são os desafios a serem enfrentados para se obter a resolutividade em Saúde do Trabalhador. Nos processos de fiscalização das empresas, Wunsch Filho, 2002, menciona que os trabalhadores podem opor resistência aos "especialistas em saúde ocupacional", simplesmente porque avaliam que seguir suas orientações, em princípio favoráveis à sua saúde, em determinadas conjunturas de política nacional ou da própria empresa pode significar a perda do emprego fato que, com lucidez, julgam mais grave do que o risco de doenças ou acidentes enquanto evento competitivo para a sua sobrevivência e de sua família.

Gomez e Thedim-Costa, 1997, também abordam a questão ao afirmarem que a essa forma incoseqüente de lidar com a saúde e a vida, une-se a resistência dos indivíduos em aceitar a condição de doentes. O medo de perder o emprego – garantia imediata de sobrevivência – aliado aos mais variados constrangimentos que marcam a trajetória do trabalhador doente, “afastado” do trabalho, mascara, em

muitos casos, a percepção dos indícios de comprometimento da saúde ou deslocamentos para outras esferas da vida, inibindo ou protelando, freqüentemente, ações mais incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho.

Dias e Hoefel, 2005, também concordam quando dizem que nas ações de Vigilância dos ambientes e condições de trabalho pelas equipes dos CRSTs aparece claramente a contradição entre as exigências técnicas de mudança dos processos de trabalho, que, em muitos casos, significam interdição e a luta dos trabalhadores pela manutenção do emprego. É grande também a dificuldade dos profissionais para lidar com os “novos” problemas de saúde-doença dos trabalhadores, entre eles, as manifestações de sofrimento psíquico, os efeitos à exposição a baixas dosagens de substâncias tóxicas e às novas formas de organização e gestão do trabalho.

Também é importante rever o conceito operacional de território, de modo a contemplar questões como a contiguidade das exposições aos fatores de risco, a mobilidade das pessoas que circulam seja para trabalhar ou por outros motivos. Segundo Dias (2009) é mais fácil pensar a organização das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS considerando as atividades produtivas domiciliares, ou de “fundo de quintal”, mas ela se torna complexa quando se trata de propor o cuidado de trabalhadores que trabalham em locais distintos, por vezes em outro município, muitas vezes distantes, como no caso dos trabalhadores migrantes recrutados para o corte da cana, para colher laranja ou café. Apesar desta complexidade, muito ainda pode ser feito, ou seja, ao detectar o problema, a equipe de saúde entrará em contato com a equipe responsável pelo território distante e, através de uma referência e contra-referência bem executadas, o objetivo poderá ser alcançado.

Outra dificuldade compartilhada com o conjunto do SUS, segundo Dias (2009) é o gargalo no acesso aos níveis mais complexos do sistema, a exames e clínicas especializados. Se não resolvido, acarreta o descrédito e invalida o esforço despendido na ponta para acolher e cuidar das pessoas.

A integralidade do cuidado também não está resolvida. Segundo Dias (2009):

“Apesar dos esforços, nos níveis federal e estadual do SUS, de descentralizar as ações de vigilância de modo a serem assumidas na capilaridade da rede, no mundo real da APS, predominam as ações assistenciais. Como efetivar a vigilância? Como lidar com os interesses econômicos poderosos da grande empresa que polui e degrada a saúde da população e o ambiente e simultaneamente com a fragilidade do despreparo técnico das equipes, a falta de suporte laboratorial e de referência dos níveis mais complexos do sistema e de suporte social? Como utilizar melhor os instrumentos existentes, por exemplo, a informação sobre a ocupação, preenchida pelo ACS na Ficha A da APS, para as ações de vigilância epidemiológica?”

Outro problema é relatado por Nobre, 2003, em estudo sobre o papel do SUS no trabalho infantil ao mencionar que exemplar é a fala de vários técnicos do Programa de Saúde da Família (PSF), que discutem o que fazer a partir da identificação de uma situação de trabalho infantil em uma família sob seus cuidados. Estão em jogo preocupações de ordem ética e de respeito às opções das famílias. A relação da equipe do PSF com a família e a comunidade pressupõe um pacto de confiança, que poderia ser quebrado com o encaminhamento de denúncia ou notificação de uma tal situação às autoridades e órgãos competentes, tais como vigilância sanitária, delegacias regionais do trabalho, conselhos tutelares etc. Por outro lado, a identificação dessa situação poderia ensejar o estabelecimento de orientações, de contatos com as escolas, de acesso ao programa de erradicação e recebimento de bolsa, na ótica, por exemplo, de um evento sentinela, a partir do qual providências deveriam ser tomadas. Em qualquer desses casos, segundo o autor, a família não é somente um grupamento de pessoas que vivem juntas, objetos dessas políticas, elas estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e culturas. Assim, as reflexões sobre a situação encontrada e a busca de soluções devem ser compartilhadas com a família, na busca de um agir participativo e de trocas de intersubjetividades.

Além dos desafios mencionados, observa-se também, segundo Porto e Almeida, 2002, que os conflitos intersetoriais decorrentes das ações do SUS com os ministérios do Trabalho e da Previdência Social, em especial no tocante às ações de vigilância em ambientes de trabalho, resultam da indefinição de políticas integradas.

Tal indefinição expressa o atual nível de conflito capital-trabalho no país, num quadro político ainda bastante conservador e cujas disputas corporativas freqüentemente dificultam maiores avanços institucionais.

Essa desintegração, de acordo com Gomez e Thedim-Costa (1997), expressa em ações fragmentadas, desarticuladas e superpostas de instituições com responsabilidade direta ou indireta na área – agravada por conflitos de concepções e práticas, bem como de interpretação sobre competências jurídico-institucionais –, revela a trajetória caótica do Estado em sua função de promover a saúde do cidadão que trabalha. Apenas o esforço isolado de profissionais que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância realmente efetivas abre um rastro de luz nesse universo sombrio. Mas sua atuação é marcada, repetidamente, pela descontinuidade, quer por pressões externas dos que se sentem ameaçados em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo, quer pela sucessão de novas administrações que não priorizam esses investimentos.

Dias e Hoefel, 2005, também comentam sobre essa desarticulação ao dizer que, embora a Saúde do Trabalhador tenha sido formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e também nos níveis estaduais e municipais do SUS, desde o início, houve uma compartimentalização das estruturas que vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador 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.

Sato, 1996, concorda ao afirmar que tradicionalmente, as atividades de conhecimento da situação de saúde têm sido separadas daquelas que visam a intervir para controlar e prevenir os agravos e as condições que os geram. Essa dicotomia encontra-se também presente nas ações dos serviços públicos dirigidas à saúde do trabalhador, o que tem merecido críticas de profissionais que atuam

nesses serviços, quer por motivos técnicos, quer por motivos políticos. Assim é que Lacaz (1992) *apud* Sato (1996) coloca-se:

“...não se pode conceber a dicotomia entre ações de vigilância epidemiológica e sanitária, como acontece no nível institucional, seja do Ministério da Saúde, seja das Secretarias Estaduais de Saúde, o que define limites que acabam atendendo interesses outros que não os da população trabalhadora, na medida em que delimita de um lado a atividade técnica e, de outro, a política, se formos pensar nas repercussões das atividades de vigilância sanitária sobre o processo de trabalho (as condições, ambientes e organização do trabalho), quando se choca com os interesses empresariais”.

No campo legislativo brasileiro, as ações são ainda tímidas por parte do poder público e sempre acompanhadas de debates inócuos e dos anúncios de efeitos catastróficos para a economia nacional com objetivos meramente protelatórios. O que não pode acontecer é que mais uma vez as políticas de Saúde Pública e sociais se curvem diante do determinismo econômico, político e mercadológico. (Castro, Giannasi e Novello, 2003)

Outro dilema diz respeito ao extenso território brasileiro e suas diversidades. Muitas das dificuldades para a efetivação de transferências de ações e serviços para os municípios têm origem nas próprias características dos municípios brasileiros. Para Mendes (1998) *apud* Silva, Barreto Junior e Sant´ana (2003):

“dado o modelo de federalismo brasileiro, no qual os municípios são entes federativos com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas, era natural que a descentralização do sistema de saúde reservasse, para eles, papel de protagonista. No entanto, o autor indica a complexidade que a questão assume quando se observam os altíssimos diferenciais de tamanho, população e desigualdades socioeconômicas entre os milhares de municípios brasileiros. Esses diferenciais, evidentemente, vão se refletir em distintos graus de competências administrativa e gerencial, bem como de capacidade instalada de serviços de saúde e de respostas às demandas de atenção à saúde da população”.

Dias, 2009, concorda ao dizer que considerando que a gestão municipal é responsável pela operacionalização da APS, deve-se estar atento às especificidades das formas e estratégias assumidas nos mais de 5.500 municípios brasileiros. Desse

modo, segundo a autora, a diversidade das situações e arranjos institucionais é um dos principais desafios a ser enfrentado para a definição de um “modelo” de inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.

Uma solução para superar alguns desafios apresentados seria um aprofundamento em estudos sobre o assunto trabalho/saúde pública/ APS e uma maior ênfase na *Formação em Saúde do Trabalhador*. Porém, segundo Dias, 2009, estudo recente realizado para identificar ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pela ou junto à APS, a partir da consulta aos dirigentes da área, a registros na literatura técnico-científica e anais de congressos e reuniões técnicas da saúde pública/saúde coletiva e mostras da Saúde da Família, no período 2003-2008, revelou que ainda são incipientes, particularmente na literatura formal. Mais de 50% dos registros pertencem à chamada bibliografia informal, aparecendo como temas livres e apresentações nas reuniões técnicas da área. Esses resultados sugerem que, apesar das dificuldades, técnicos da rede de serviços de saúde têm desenvolvido experiências inovadoras nesse nível de atenção, em especial, atividades educativas com trabalhadores e capacitação das equipes técnicas e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de assistência; seguida da vigilância, incluindo a notificação e o mapeamento das atividades produtivas no território de atuação. Segundo Wünsch Filho, 2004 *apud* Gomez e Lacaz, 2005, estima-se que a produção brasileira represente menos de 1% dos artigos científicos divulgados anualmente com enfoque nas relações entre trabalho e saúde.

De forma resumida, os principais nós críticos no âmbito do SUS que impedem ou dificultam o alcance da resolutividade e integralidade das ações voltadas para a Saúde do Trabalhador são:

- 1) a invisibilidade do impacto do trabalho na saúde;
- 2) a desarticulação entre assistência e vigilância;
- 3) a concepção compartimentalizada de vigilância;
- 4) a prática maior do SUS e dos centros de referência com o trabalho formal do que com o trabalho informal, doméstico e ou precarizado;

- 5) as limitações relativas às capacidades e qualificações da equipe técnica;
- 6) a insuficiente produção de informações e conhecimento;
- 7) a falta de participação dos trabalhadores;
- 8) a política de ocultamento dos danos pelos empregadores;
- 9) a diversidade presente nos diversos municípios brasileiros.

Portanto, diante de tudo o que foi mencionado, é possível observar que são muitos os desafios à frente para que se alcance uma efetiva incorporação da APS no campo da Saúde do Trabalhador com ações integrais que privilegiem não só a assistência, mas também a vigilância da saúde do trabalhador e que inclua no processo todos os determinantes sociais, como: habitação, renda, educação, tendo como referência a base territorial. Essa mudança deve partir da ampla participação social, de movimentos sindicais e de conscientização dos próprios trabalhadores e empregadores, além, é claro, de políticas sociais que viabilizem as ações.

Nobre, 2003, sugere que as reflexões sobre a situação encontrada e a busca de soluções devem ser compartilhadas com a família, na busca de um agir participativo e de trocas de intersubjetividades. Além disso, a autora afirma que acima de tudo é necessário qualificar nossas práticas de ação intersectorial, desenvolver um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas que permita a produção de conhecimentos e práticas compatíveis com a resolução dos problemas.

De acordo com Wunsch Filho, 2002, a conquista da saúde nos locais de trabalho não se dará por meio de technicalidades impostas interna ou externamente. Para o autor, agir dentro das regras democráticas, ouvindo, orientando, esclarecendo e negociando com os trabalhadores é parte crucial do processo.

É necessário mencionar ainda, segundo Machado (2003) *apud* Machado (2005), que as ações de saúde do trabalhador passam por um processo de amadurecimento e difusão, derivado da configuração do SUS e de suas relações com o movimento sindical, com instâncias do Ministério da Previdência, do Trabalho

e do Meio Ambiente, com setores empresariais, corporações técnicas, aparatos formadores técnico-científicos e agências de regulação envolvidas de forma mais próxima na interação da saúde com o trabalho.

Portanto, é crucial que, no momento presente dediquemos tempo à avaliação das propostas anteriores de atenção e vigilância que não podem ser apenas incrementadas ou corrigidas. Essa inflexão exige ter em conta a radicalidade do processo de municipalização das ações de saúde na rede básica, o atendimento das necessidades de saúde da população trabalhadora e a definição de uma base territorial como referência. (Gomez e Lacaz, 2005)

6- CONCLUSÕES

A literatura mostra que existem barreiras de cunho político, ideológico e técnico que dificultam a atuação da atenção primária na Saúde do Trabalhador. Dentre as barreiras técnicas existentes nota-se: o despreparo dos profissionais de saúde; a carência de estudos sobre o assunto; as diferenças de tamanho, população e desigualdades socioeconômicas entre os milhares de municípios brasileiros (a diversidade das situações e arranjos institucionais); o predomínio de práticas assistenciais curativas na APS em detrimento de ações de vigilância à saúde; o medo de perder o emprego; o medo da ACS (agente comunitária de saúde) de perder o vínculo e a confiança da comunidade ao denunciar ou intervir em determinada situação. Com relação aos desafios de natureza política cita-se: faltam cursos com o tema; os empregadores, em sua maioria, adotam uma política de ocultamento de danos e a existência de disputas corporativas entre SUS/Ministério do Trabalho/Previdência Social leva a ausência de políticas integradas. (legislação/jurídico)

Segundo Hoefel, Dias & Silva (2005) as dificuldades a serem superadas seriam:

- 1) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização;
- 2) a frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal;
- 3) a confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência;
- 4) a falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde;

- 5) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados;
- 6) o controle social está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais;
- 7) o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde;
- 8) apesar dos avanços regionais, ainda se observa a precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações;
- 9) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas.

De acordo com Dias, 2009, apesar dos avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como locus 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 solução para se transpor essas barreiras estaria na ampliação do diálogo com o movimento social; na luta sindical por melhorias nas condições de vida e saúde como um todo, buscando elucidar onde terminam os interesses dos empregadores e onde começa o interesse do trabalhador, desfazendo mitos e orientando-os adequadamente; na luta política pelo desenvolvimento de leis mais claras que discriminem exatamente as funções a serem desempenhadas pelo SUS e pela APS com relação à Saúde do Trabalhador visando à sua real incorporação. Enfim, é necessário abrir “mentes e corações” para conseguir visualizar uma saída que possibilite a superação dos vários desafios existentes na atualidade.

Portanto, segundo Gomez e Lacaz (2005):

“é crucial que, no momento presente dediquemos tempo à avaliação das propostas anteriores de atenção e vigilância que não podem ser apenas incrementadas ou corrigidas. Essa inflexão exige ter em conta a radicalidade do processo de municipalização das ações de saúde na rede básica, o atendimento das necessidades de saúde da população trabalhadora e a definição de uma base territorial como referência.”

REFERÊNCIAS¹

A propósito da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 Sep 12] ; 10(4): 794-796. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400001&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000400001.

Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2010 Sep 12] ; 19(1): 319-322. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100036&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2003000100036.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 20 set. 1990; Seção 1:18055-9.

Brasil. Constituição Federal de 1988 – Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200, da Saúde.

Brito J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1997 [cited 2010 Sep 12]; 13(2): 141-144. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600013&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600013.

Castro H, Giannasi F, Novello C. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2003 [cited 2010 Sep 12] ; 8(4): 903-911. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400013&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232003000400013.

Costa DF, P PGL. Persistem estratégias políticas ultraliberais para a saúde do trabalhador: uma contribuição ao debate. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the internet]. 2005 [cited 2010-09-12]; 10(4): 812-814 . Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400005&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000400005.

Dias EC, et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the internet]. 2009 [cited 2010-09-12]; 14(6): 2061-2070 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000600013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232009000600013.

Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the internet]. 2005 [cited 2010-09-12], 10(4): 817-827 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000400007.

Dias EC. Debate sobre o artigo de Leny Sato. *Cad. Saúde Pública* [serial on the internet]. 2002 [cited 2010-09-12]; 18(5): 1160-1161 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500005.

Facchini LA, Nobre LCC, Faria NMX, et al . Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 Sep 12] ; 10(4): 857-867. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400010&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000400010.

Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 Sep 12] ; 10(4): 797-807. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000400002.

Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad. Saúde Pública* [serial on the internet]. 1997 [cited 2010-09-12]; 13(2): 07-19 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600002.

Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the internet]. 2005 [cited 2010-09-12]; 10(4): 987-992 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400021&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000400021.

Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública* [serial on the internet]. 1997 [cited 2010-09-12]; 13(2): 33-45 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600004.

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1991 Oct [cited 2010 Sep 12] ; 25(5): 341-349. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en. doi: 0.1590/S0034-89101991000500003.

Moreira JC. et al. Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola de Nova Friburgo, RJ. Ciênc. saúde coletiva [serial on the internet]. 2002 [cited 2010-09-12]; 7(2): 299-311. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232002000200010.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 [cited 2010 Sep 12]; 13(2): 21-32. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600003.

Navarro VL. Saúde do trabalhador no SUS: aprender como o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. Cad. Saúde Pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2010-09-12]; 22(11): 2450-2452. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100029&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100029.

Nobre LCC. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2003 [cited 2010 Sep 12] ; 8(4): 963-971. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400018&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232003000400018.

Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1992 June [cited 2010 Sep 12] ; 8(2): 150-156. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1992000200006.

Oliveira MHB, Oliveira LSB, Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 Sep [cited 2010 Sep 12] ; 13(3):

425-433. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300018&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000300018.

Oliveira S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 Oct [cited 2010 Sep 12] ; 13(4): 625-634. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000400006.

Porto MFS, Almeida GES. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2002 [cited 2010 Sep 12] ; 7(2): 335-347. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200013&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232002000200013.

Porto MFS, Freitas CM. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 [cited 2010 Sep 12]; 13(2): 59-72. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600006.

Romero LC, Camargo HT, Passos EL, Otero BS, Magalhães HI, Paula AP, et al . Atividades do Senado Federal brasileiro na área de saúde pública, 1995 e 1996. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2000 Feb [cited 2010 Sep 12] ; 7(2): 69-78. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000200001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892000000200001.

Sato L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2002 Oct [cited 2010 Sep 12] ; 18(5): 1147-1157. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500002&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500002.

Sato L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1996 Dec [cited 2010 Sep 12] ; 12(4): 489-495. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000400007&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1996000400007.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo. Processo de implantação da saúde do trabalhador no SUS/SP. Rev. Saúde Pública [serial on the internet]. 2004 [cited 2010-09-12]; 38(3): 471-474 . Available from:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300021&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102004000300021.

Silva ZP; Barreto Júnior IF; Sant'ana MC. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. São Paulo Perspec. [serial on the internet]. 2003 mar. [cited 2010 Sep 04]; 17(1). Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100006&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0102-88392003000100006.

Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1997 Apr [cited 2010 Sep 12] ; 13(2): 269-275. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X1997000200016.

Wunsch Filho, V. Saúde do trabalhador como liberdade. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2002 [cited 2010-09-12]; 18(5): 1157-1158 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500003.

¹ De acordo com artigo disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> baseado no estilo Vancouver de 2009, e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o Index Medicus.

