

ESTRUTURA, EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS NACIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ana Paula Carneiro Carvalho¹, Aldo Pacheco Ferreira^{1,2}, Cyro Haddad Novello^{1,3}, Paula Raquel dos Santos⁴, Adriana Fernandes Martins⁵, Lindalva de Souza Goulart⁴

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a política nacional da Saúde do trabalhador, analisando os impactos dos ambientes e das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir dos processos de saúde e doença. Essa pesquisa teve caráter qualitativo e utilizou-se do método descritivo para avaliar do objeto de estudo. Igualmente foi empregada uma abordagem normativa e analítica para fundamentar a avaliação proposta, em bases de dados documental dos setores/órgãos que fazem parte da estrutura organizacional da saúde do trabalhador. Como resultado, ficou denotada a necessidade de uma política que assegure aos trabalhadores acesso à rede de serviços em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), com a transformação do grave quadro de mortes e doenças em que se encontram submetidos, desencadeando processos preventivos para o desenvolvimento de ações na Saúde do Trabalhador de forma descentralizada e hierarquizada, a partir da reestruturação dos processos produtivos e tendo os trabalhadores como condutores desta política.

Palavras-Chave: Políticas de Saúde; Trabalhador; Organização e Saúde

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the national policy of Occupational Health, examining the effects of environments and forms of organization and management of work on workers from the processes of health and disease. This research was qualitative and used the descriptive method to evaluate the object of study. Also was employed a normative and analytical approach to support the assessment proposed in document databases of the sectors / agencies that are part of the organizational structure of workers' health. As a result, was denoted the need for a policy guaranteeing workers access to network services at all levels of care from Unified Health System (SUDS), with transformation the frame of severe deaths and diseases that are submitted, triggering preventive processes for the development of actions in the Occupational Health in a manner decentralized and ranked, from the restructuring of production processes and with the workers as drivers of this policy.

Keywords: Health Policies; Workers; Organization and Health

1. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

2. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

E-mail: aldopachecoferreira@gmail.com

3. Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

4. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

5. Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A importância da saúde do trabalhador tem sido evidenciada tanto pelas pesquisas realizadas quanto pelas novas políticas de saúde formuladas ^{1,2}. A política nacional de Saúde do trabalhador expressa potenciais problemas, destacando-se questões como a subnotificação das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho; a competência das ações, a fragmentação de responsabilidades a partir da existência de diversas instituições e órgãos com atribuições de intervenção na área; as dificuldades na formação de recursos humanos, entre outras; o que denota uma situação frágil pelo que esta representa frente ao quadro dramático de morbimortalidade da classe trabalhadora brasileira ³.

Saúde do trabalhador busca identificar relações entre o ambiente, organização, condições de trabalho e os efeitos na saúde, diagnosticando e propondo soluções para os processos relativos à deterioração da qualidade de vida, saúde e ao surgimento de doenças relacionadas ao trabalho. A constatação dos efeitos adversos do ambiente de trabalho requer medidas de promoção e proteção da saúde do trabalhador, mediante desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes ^{4,5}. Ela surge no contexto brasileiro e mundial a partir da necessidade do Estado intervir nas relações capital-trabalho e regulamentar os ambientes de trabalho ⁶.

A vigilância em Saúde do trabalhador possui como característica o potencial integrador das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de serviços de atenção da saúde, e outras áreas do conhecimento como o meio ambiente ^{1,2}. Abarca um caráter transformador de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho. Tendo essas ações a intenção de garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social ⁶.

As diretrizes das ações de vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) foram consolidadas por meio da portaria nº 3.120 (1990) ⁷, que prevê: universalidade das ações, independentemente da existência de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, e a prevenção através de intervenções nos processos de trabalho; e a plurinstitucionalidade, através de ações

articuladas entre as instâncias de vigilância em Saúde do trabalhador, centros de atendimento e assistência, instituições e centros de pesquisa sobre saúde e ambiente.

Quanto à Saúde do trabalhador ocorreram avanços significativos, como a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). No entanto, apesar dos avanços em saúde do trabalhador, há problemas em relação à clareza dos programas mencionados. A saúde do trabalhador não recebe a mesma notoriedade quanto os outros programas mais divulgados.

A política nacional de Promoção da saúde guarda relação direta entre as práticas de promoção da saúde e as condições/relações de trabalho, pois esse último é entendido como eixo temático no qual se deve intervir na busca por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania^{8,9}.

Na relação capital-trabalho é comum encontrar pessoas em atividades laborais precárias, que muitas vezes se submetem a trabalhos insalubres, de alta periculosidade, a ter que ficar sem emprego, alternativa que deveria ser impensável. Se fizermos uma pesquisa com o próprio trabalhador de saúde perguntando sobre os Programas da Saúde do trabalhador (PSTs) já implantados, teremos uma provável surpresa ao nos depararmos com um grande desconhecimento das ações e funções desse programa. Principalmente, no que diz respeito à estrutura, organização e implementação de políticas públicas.

Essa pesquisa tem como objeto de estudo a Saúde do trabalhador, discutindo as políticas organizacionais e, assim, poder contribuir para desenvolver e subsidiar ações de vigilância, bem como dar base para a implementação operacional destas pelos órgãos reguladores do setor, desencadeando medidas intervencionais que possam mitigar o quadro atualmente apresentado no país.

A Trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil

Os conceitos de Saúde e de Saúde do trabalhador são determinantes para o planejamento e implantação das políticas de saúde e de Saúde do trabalhador. A trajetória da Saúde do trabalhador no Brasil gradativamente se insere e explicita modificações significativas em tais conceitos pela importância crescente do meio

ambiente como agente importante no adoecimento do trabalhador. A Lei orgânica da Saúde do trabalhador (8080/90) ¹⁰ proporciona uma reflexão na prevenção de acidentes relacionados ao processo de trabalho e a promoção da saúde. E assim, sinaliza aspectos de base na Saúde do trabalhador com a perspectiva da integralidade, atribuindo ao órgão nacional do SUS, o Ministério da Saúde, a coordenação da política de Saúde do trabalhador, e aos estados e municípios o desenvolvimento de ações na saúde e na segurança do trabalhador.

As ações de Saúde do trabalhador incluem a promoção, a recuperação e a reabilitação, abrangendo: (i) a assistência ao trabalhador, formal ou informal, vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e relacionada ao trabalho; (ii) participação social no âmbito de competência do SUS, na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração e armazenamento, transporte distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; (iii) a avaliação do impacto que as inovações tecnológicas apresentem à saúde; (iv) a informação do trabalhador sobre os riscos de acidentes, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde realizados como rotina, na admissão e demissão; (v) a colaboração das entidades sindicais na revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas do processo de trabalho; e (vi) a garantia do sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquinas inapropriadas para uso, quando há exposição e risco iminente para a vida e saúde dos trabalhadores.

De acordo com VASCONCELLOS ¹¹ a Saúde do trabalhador se configura no campo do saber da saúde coletiva e está composta pelo tripé epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, somando-se a essas outras disciplinas auxiliares como demografia, estatística, antropologia, ecologia, toxicologia, geografia, ergonomia, engenharia de produção, entre muitas outras. Dentre esse processo de construção tivemos grandes influências na gênese social desse campo. Dentre elas, de acordo com GOMEZ et al. ¹² pode-se destacar o grande avanço da produção acadêmica nos setores de medicina preventiva e da saúde pública, que apoiada na medicina social Latino-Americana, ampliou o quadro demonstrativo de saúde doença incluindo a categoria trabalho como um dos determinantes sociais.

O movimento de reforma sanitária brasileira teve várias iniciativas sociais voltadas para a universalização e a promoção da saúde, dentre as quais também foi de grande importância a contribuição da experiência italiana, que valoriza o trabalhador como o sujeito para a transformação dos processos de trabalho, contribuindo significativamente para a institucionalização da Saúde do trabalhador^{12,13}.

O DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho) foi criado em 1980 pela iniciativa e necessidade de uma série de entidades sindicais em compreender a importância da luta pela Saúde dos trabalhadores. É nesse momento que essas entidades passam a incorporar em suas atividades de reivindicações, a organização do trabalho, a política previdenciária, o aprimoramento dos serviços de saúde, a prevenção de acidentes, doenças e mortes causadas pelas condições dos ambientes de trabalho.

Por ser o primeiro órgão intersindical brasileiro a se dedicar as questões relacionadas a Saúde do trabalhador, o DIESAT, contribui ativamente para a formação de novas ideologias dentro desta área. É hoje um importante assessor sobre as questões do meio ambiente, saúde e trabalho dentro dos movimentos sindicais. Esta união representa o fortalecimento na busca da concretização da cidadania nos locais de trabalho.

A I Conferência Nacional em Saúde do trabalhador¹⁴ (1986) contribuiu para o entendimento e a definição das competências do SUS em relação à saúde do trabalhador na Lei Orgânica de Saúde. Tal ação desdobrou-se na criação dos programas de Saúde do trabalhador e CERESTs com graus diversos de participação de representantes dos trabalhadores no desenvolvimento de ações, com o intuito de constituir de forma participativa dos serviços de saúde como política pública, em concordância com a Organização Internacional do Trabalho¹⁵.

Nos princípios e diretrizes do SUS declarados na Lei orgânica de Saúde (8080/90)⁹, artigo 7, apresentam-se desenvolvidas e elaboradas com base nas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (1988)¹⁶, as quais correlacionam-se com as ações desenvolvidas pelo programa de Saúde do trabalhador. Dentre esses princípios destaca-se a “Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

complexidade do sistema”, onde se enquadra a Saúde do trabalhador ¹⁷.

Política Nacional de Saúde do Trabalhador

A política nacional de Saúde do trabalhador para o SUS (Portaria GM nº 1125/2005) ¹⁸ tem 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”, através do desenvolvimento de ações pelo SUS; sendo estas organizadas em todos os níveis de atenção, com as seguintes diretrizes: (i) atenção integral da Saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional; (ii) articulação Intra e Intersetorial; (iii) estruturação de Rede de Informações em Saúde do trabalhador; (iv) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em Saúde do trabalhador; (v) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e (vi) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do trabalhador.

Para sua implementação no SUS, esta política teve como estratégia a criação da RENAST para atuar na articulação do Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Portaria GM nº1679/2005 e Portaria GM nº2728/2009) ^{19,20}. A RENAST integra a rede de serviços do SUS voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do trabalhador de forma descentralizada e hierarquizada, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação ⁸.

A RENAST foi implementada através da estruturação dos CERESTs com a inclusão das ações de Saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, pelo estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favorecem a integralidade; a implementação das ações de promoção e vigilância em Saúde do trabalhador; a instituição e indicação de serviços de Saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade (Rede de

Serviços Sentinela em Saúde do trabalhador) ^{12,13}.

O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Suas atividades só fazem sentido quando articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas. Visa, assim, que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada ^{2,6}.

Estrutura Organizacional da Divisão da Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro

A partir de abril de 2011 com a posse do atual diretor da Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, foi implantada a lógica da gestão participativa, que corresponde a um conjunto de princípios e processos que defendem e permitem o envolvimento regular e significativo dos colaboradores na tomada de decisão.

Este envolvimento manifesta-se, em geral, na participação dos colaboradores na definição de metas e objetivos, na resolução de problemas, no processo de tomada de decisão, no acesso à informação e no controle da execução. Ela pode assumir graus diferentes de poder e responsabilidade e afetar quer a organização no seu conjunto, quer cada colaborador e o seu posto de trabalho, embora esteja sempre orientada para a realização das finalidades da organização.

Desta forma, para que pudesse materializar e, efetivamente, serem colocadas em prática as ações e políticas em Saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, implementou-se a seguinte estrutura organizacional: (i) núcleo de formação e capacitação em Saúde do trabalhador; (ii) núcleo de administração financeira e insumos; (iii) núcleo de comunicação em saúde; (iv) núcleo de pesquisas e projetos; (v) núcleo de vigilância em saúde do trabalhador; (vi) núcleo de planejamento, logística e apoio aos CERESTs; e (vii) núcleo de Controle Social.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Essa pesquisa teve caráter qualitativo e utilizou-se do método descritivo para avaliar o objeto de estudo. Igualmente foi empregada uma abordagem normativa e analítica para fundamentar a avaliação proposta, em bases de dados dos setores/órgãos que fazem parte da estrutura organizacional da saúde do trabalhador do Estado do Rio de Janeiro ^{21,22,23}.

O método qualitativo se propõe a explicar os eventos em um contexto real e não como foram conceituados nas teorias preexistentes. Fundamenta-se na realidade dos fatos. O método qualitativo se conforma adequadamente nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de relações e para análises de discursos e de documentos ²². O método qualitativo foi utilizado nessa pesquisa porque objetivou não só avaliar o programa da saúde do trabalhador do Estado do Rio de Janeiro, mas conhecer a relação, o desenho e o contexto social no qual o programa está estabelecido entre os trabalhadores.

Fases da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em três fases: em um primeiro momento (fase exploratória) ocorreu a delimitação do estudo, a revisão de literatura e construção do projeto; em segundo momento (fase do trabalho de campo) se deu a coleta de dados e por último (fase de análise) deu-se a avaliação dos dados coletados e a discussão dos resultados.

A consulta da fundamentação teórica inicial possibilitou a definição dos objetivos desse estudo, a partir do seu objeto, o lócus e os sujeitos envolvidos no estudo, assim como a construção de instrumentos de coleta de dados e a decisão dos mais adequados para a realização da pesquisa.

Fase Exploratória

A fase exploratória de um estudo é de singular importância, podendo até ser

considerada como uma pesquisa exploratória. Compreende o período que vai desde a edificação da pesquisa até o teste dos instrumentos de coleta de dados^{22,23}.

Na fase exploratória dessa pesquisa foi desenvolvido o projeto: definido o tema, em seguida foi delineado o objeto, os objetivos, seguiu-se à delimitação do problema e dos pressupostos.

Todo arcabouço teórico foi fundamentado em pesquisa bibliográfica com leitura de conteúdos que possibilitaram a realização desse estudo. A atualidade do tema é apresentada como uma das dificuldades devido a escassez do acervo bibliográfico.

Análise de Dados

Os dados foram buscados a partir de uma análise temática com uma leitura crítica em entorno dos dados obtidos. Na pré-análise foram escolhidos os documentos de acordo com os objetivos, onde foram analisados através de uma amostragem aleatória, para garantir a representatividade do universo estudado. Logo após, foi realizada uma leitura flutuante para impregnação do conteúdo. Na constituição do *corpus*, ao atingir a exaustividade, foram contemplados todos os aspectos do roteiro. Em seguida, foi realizada uma nova leitura dos materiais para a formulação de hipóteses.

Os dados coletados foram discutidos e codificados, atribuindo uma designação aos conceitos relevantes, e categorizados a fim de agrupá-los de acordo com a similitude que apresentam.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados e os dados obedecerão as fases identificadas nos procedimentos metodológicos. Foram analisados os dados relativos a estrutura e organização atual do programa de Saúde do trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Constatou-se que o setor da Divisão de Saúde do Trabalhador Estadual está no mesmo espaço físico do CEREST estadual, na Superintendência de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVEA), onde os técnicos que fazem parte do programa desenvolvem as funções de

realização de capacitação, apoio técnico e ações educativas aos técnicos dos CERESTS Regionais.

Foi identificada que a estruturação da RENAST no Estado se deu no período de 2002 a 2009, apresentando-se conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1. Divisão do Programa de Saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro (ano base – 2011)

REGIÕES	MUNICÍPIO PÓLO	MUNICÍPIOS
Rio de Janeiro - Nusat 1	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – Nusat 2	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Metropolitana I.1	Duque de Caxias	Magé, Queimados, São João de Meriti
Metropolitana I.2	Nova Iguaçu	Japeri, Belford Roxo, Mesquita, Nilópolis
Metropolitana II.1	Niterói	São Gonçalo
Metropolitana II.2	Maricá	Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Saquarema, São Pedro da Aldeia, Araruama, Iguaba Grande, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Armação de Búzios
Serrana 1	Nova Friburgo	Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Macuco, Duas Barras, Trajano de Moraes, Cordeiro, Cantagalo, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto
Serrana 2	Petrópolis	Guapimirim, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Carmo
Centro Sul	Três Rios	Sapucaia, Vassouras, Paraíba do Sul, Areal, Paty dos Alferes, Miguel Pereira, Paracambi, Engenheiro Paulo de Frontin, Comendador Levy Gasparian
Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis	Paraty, Mangaratiba
Médio Paraíba 1	Volta Redonda	Barra do Piraí, Pinheiral, Valença, Piraí, Rio das Flores
Médio Paraíba 2	Resende	Itatiaia, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Barra Mansa
Norte	Campos dos Goytacazes	Carapebus, Conceição de Macabu, São João da Barra, Quissamã, Macaé, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana
Noroeste	Itaperuna	Itaocara, Aperibé, Santo Antonio de Pádua, Laje do Muriaé, Cambuci, Italva, Varre-sai, Bom Jesus de Itabapoana, Miracema, São José de Ubá, Natividade, Cardoso Moreira, Porciúncula

Outro dado identificado consistiu numa ação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) redefinindo a Rede Sentinela para atendimento e notificação para o acidente do trabalho. A pactuação a partir de 2010 foi obtida onde os municípios definiram 1 Unidade sentinela, preferencialmente entre as unidades de urgência/emergência de maior volume de atendimento no município, para identificar, encaminhar o fluxo de atendimento do trabalhador e notificações de morbimortalidade, chegando-se a 63 unidades implantadas nos 92 municípios do Estado, conforme apresentado na Figura 1. Entretanto, ainda assim, há necessidades de crescimento desse quantitativo para fortalecer ao atendimento nos municípios que ainda apresentam quadro insuficiente e inadequado.

Constatou-se a importância da explanação das informações emitidas pelos coordenadores dos programas, o que indica que, muitas vezes, a coleta em mais de uma fonte de dados pode ser extremamente necessária para o controle das variáveis visando a fidedignidade dos resultados.

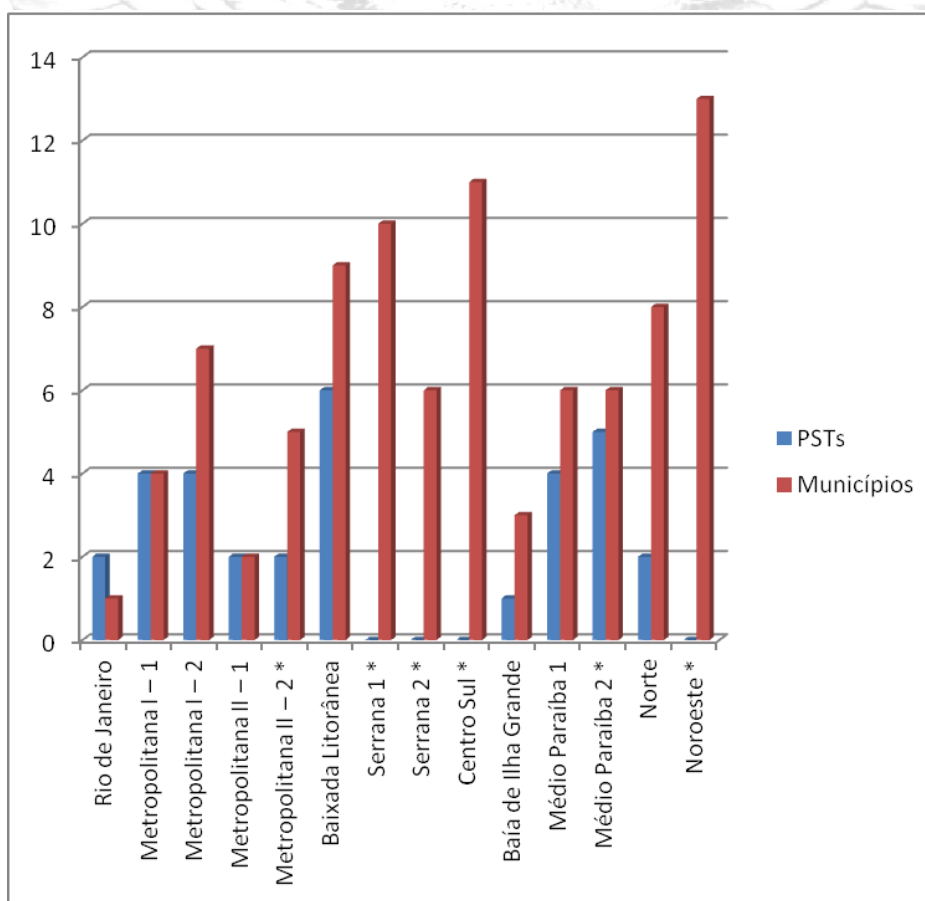


Figura 1. Demonstrativo dos Programas de Saúde do Trabalhador por CERESTs Regionais, como meta pactuada a partir de 2010

Em 2009, o Programa de Saúde do Trabalhador foi renomeado para Divisão de Saúde do Trabalhador, em virtude de mudanças em toda a estrutura da Secretaria. Em 2011, ficou assim definido o organograma, conforme Figura 2, englobando melhor atendimento para as condições de trabalho/ adoecimento e acidentes de trabalho, carga/ riscos ocupacionais, organização tecnológica do trabalho/ turnos/ absenteísmo, promoção da saúde/ programas preventivos, trabalho docente de enfermagem, e o processo saúde-trabalho-doeninfantil/ adolescente.

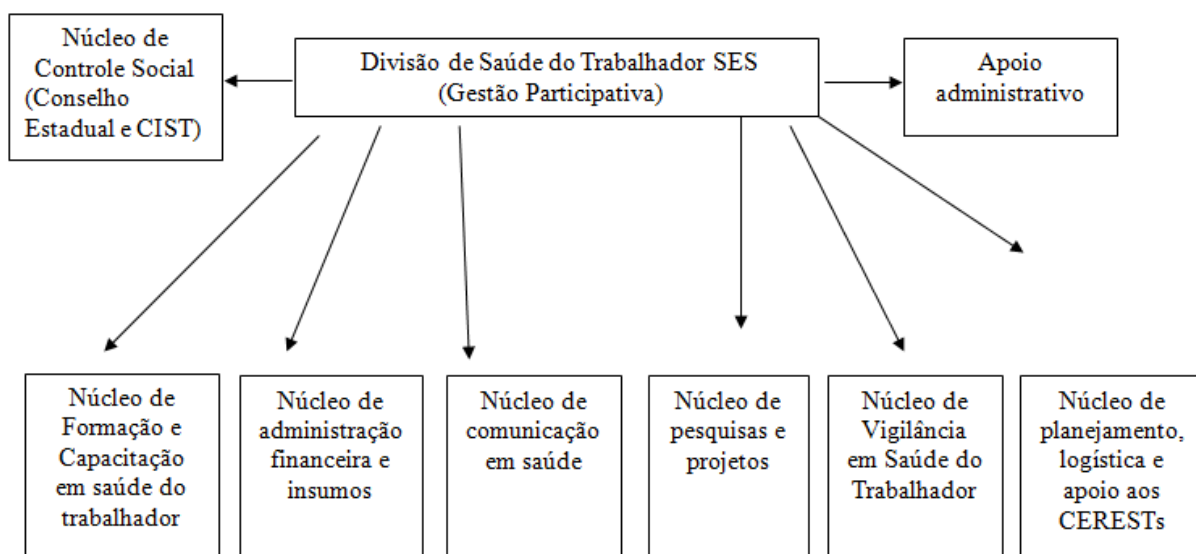


Figura 2. Estrutura organizacional da Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos é possível perceber que a saúde do trabalhador evoluiu em termos de fragmentação de setores, normas, leis etc. Foram implantados um total de quinze CERESTS no período 2002 a 2009. Cada CEREST abrange cerca de até doze municípios, sendo a região geográfica utilizada como critério para a instalação do CEREST Regional.

A Organização da Rede sentinela nos Municípios teve como propósito o desenvolvimento de tecnologias e organização do fluxo de informações, além do atendimento aos doentes acidentados em todos os níveis de atenção do SUS, como rede básica, média e alta complexidade, articulada com o sistema de Vigilância na Saúde do trabalhador^{15,24}. Porém, apesar de ser uma pactuação vital para se

promover a consolidação dessa vigilância, verifica-se que ainda não se chegou a plenitude de instalação das redes sentinelas em todos os Municípios, trazendo, como consequência, a preocupação por esta lacuna.

Os programas voltados a saúde do trabalhador desenvolvidos na rede pública de saúde, na década de 80, por sindicatos de trabalhadores e hospitais universitários, eram direcionados a desvelar o adoecimento relacionado ao trabalho e incorporar a participação dos trabalhadores, valorizando seus relatos sobre as condições de trabalho, considerando-os sujeitos das ações de saúde e dando visibilidade ao problema na sociedade^{17,25,26}. Dessa forma contribuiu para a luta de melhoria das condições de vida e de trabalho digno e saudável.

Essa pesquisa possibilitou a verificação de que os programas implantados até 2011, apesar do longo tempo de criação desse modelo de “sindicalismo”, ainda são insuficientes. Encontramos regiões que possuem CERETS implantados desde 2009, que abrangem uma grande quantidade de municípios que ainda não possuem programa de saúde do trabalhador, tais como: o CEREST de Petrópolis (com 06 Municípios), Três Rios (com 11 Municípios), Nova Friburgo (com 10 Municípios) e Itaperuna (com 13 Municípios).

O que de fato, acontece ao longo da história de criação e implantação dos CERESTs nos moldes atuais, que se emprega desde sua gênese, é que a habilitação e criação dos mesmos não garantem seu efetivo funcionamento e toda a potencialidade que estes são capazes de criar no que tange a promoção da saúde. Estes, mesmo com toda participação efetiva e apoio dado pelo Ministério da Saúde através das políticas da RENAST, esbarram na burocracia e na letargia histórica do setor saúde, que acabam por minar as tentativas de melhores e maiores ações e políticas voltadas a Saúde do trabalhador. Sendo assim, o trabalhador, em todo este processo da relação capital x trabalho, são diretamente afetados, com o aumento de acidentes, doenças e mortes.

A maioria dos programas em Saúde do trabalhador, bem como os CERESTs no Brasil, acaba por restringir suas ações na contabilidade de mortes e, praticamente, na vigilância “póstuma” em saúde do trabalhador, tendo dificultada uma postura de promoção de saúde e vigilância reais. Assim, na marginalidade em que se encontram os Programas de Saúde do Trabalhador e dos Centros Regionais e Estaduais nas Secretarias de Saúde no Brasil, sem a devida visibilidade, na

impossibilidade de utilizarem suas verbas próprias e com o pouco apoio político, os trabalhadores continuarão a pagar com sua saúde e com a perda de sua vida os anseios desenvolvimentos do grande capital.

A implantação dos CERESTs contribuiu para a expansão do processo de territorialização como propostas de redes de atenção à saúde do trabalhador, porém esse processo ainda não se consolidou, pois o foco principal que é promover a vigilância alterando os processos de trabalho não condiz com a prática.

Permanece um importante problema a ser equacionado destacando-se como principais desafios o aumento do número de novos programas na Saúde do trabalhador nos municípios que não foram contemplados, a realização de novas pactuações para a instalação de novas unidades sentinelas de acordo com a meta estipulada pela Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), mais a participação do Controle Social, através da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST).

De acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que, desde 2003, adotou 28 de abril como Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho, ocorrem anualmente 270 milhões de acidentes de trabalho em todo o mundo. Aproximadamente 2,2 milhões deles resultam em mortes. No Brasil, segundo o relatório da OIT, são 1,3 milhão de casos, que têm como principais causas o descumprimento de normas básicas de proteção aos trabalhadores e más condições nos ambientes e processos de trabalho.

O Programa de Saúde do trabalhador que almejamos compreende um conjunto de ações que vai do registro e da notificação às ações de prevenção, de promoção de saúde e do controle dos agravos²⁷. Para a efetivação deste modelo é necessária a existência de um fluxo de informações fidedigno, capaz de tirar o acidente e as doenças do trabalho da obscuridade, possibilitando nortear novas ações e indicar qual o melhor caminho a seguir²⁸.

CONCLUSÃO

Registra-se, perante o quadro apresentado, a necessidade de incremento na investigação científica e de estímulo das instituições de fomento públicas e privadas a reconhecer a necessidade de financiamento das pesquisas e de qualificação dos

pesquisadores, a fim de ampliar a produção do conhecimento na área da Saúde do trabalhador, contribuindo para a consolidação das diretivas.

Entretanto, fica evidente, no âmbito nacional, que existem diferentes mecanismos políticos e jurídicos a serem utilizados para a efetivação das políticas públicas em Saúde do trabalhador, com o intuito de favorecer o trabalho digno e um ambiente saudável para todos os trabalhadores do nosso país, bastando a vontade de ultrapassar velhos paradigmas.

No planejamento, há de se conhecer antes, como todo o sistema funciona, mas, principalmente, sob qual ótica política este exerce suas atividades. Conhecer e entender as normas de funcionamento pormenorizadamente, para que todos possam conhecer e cumprir as atribuições, permitindo ao trabalhador usufruir dos direitos que lhes são pertinentes, em todos os lugares e momentos.

Frente a todo este alarmante panorama, necessitamos de reestruturação nas políticas públicas na área de Saúde do trabalhador, para que efetivamente consigamos colocar em prática todo o arcabouço jurídico e teórico que detemos hoje. E, acima de tudo, que as ações na área deixem de ser atos de militantes e técnicos comprometidos com a promoção e atenção a Saúde do trabalhador, deixem de ser políticas de governo descontinuadas e se revertam em políticas de Estado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. Cadernos de Saúde Pública 1992; 8(2): 150-156.
2. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(Supl. 2):21-32.
3. Braga Jr D. Elementos para implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores. Brasília: Editora Mimeo, 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.
6. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5(1): 151-161.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1o de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p.36, Seção 1, 1998.

8. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(3):745-749.
9. Cavalcante CAA, Nóbrega JAB, Enders BC, Medeiros SM. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2008;10(1):241-248.
10. Brasil. Lei nº 8080 de 19/09/1990. Disponível na Internet: disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
11. Vasconcellos LCF. Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável, apontamentos para uma Política de Estado. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.
12. Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. 1ª ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.
13. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(4): 757-766.
14. Brasil. I Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador. Brasília, 1986.
15. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde* 2005; 10(4):817-828.
16. Brasil, Constituição. Constituição Federal Brasileira , 1988.
17. Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(1):319-322.
18. Brasil. Portaria Nº 1.125/GM de 6 de Julho de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>
19. Brasil. Portaria GM nº1679/2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador
20. Brasil. Portaria GM nº2728/2009. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-do-trabalhador/saude-do-trabalhador
21. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9(3): 237-248.
22. Köche JC. Fundamentos da metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa; 14ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
23. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
24. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência e Assistência Social, 2005.

25. Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante, Chiattella M, RE A. A luta dos trabalhadores pela saúde. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/São Paulo: Editora Hucitec, 1986.
26. Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004.
27. Bertolozzi MR, Fracoli LA. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. Mundo Saúde 2004; 28(1):14-20.
28. Marx K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: Marx K, organizador. O capital: crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do Capital. Editora Civilização Brasileira, 1980.

