

# ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

*Debora Lopes de Oliveira*

[...] a Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à *determinação social* do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua *vertente programática* e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em *processos produtivos* (BRASIL, 1999).

O surgimento do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) no Brasil é datado no final da década de 1970, Lacaz (2007) aporta que este processo é desencadeado com o esgotamento da Ditadura Cívico-Militar iniciada em 1964, e delimita os anos de 1978 e 1979 como o ápice das reivindicações por ações em STT, devido à retomada do cenário político pelo movimento sindical, reportando ao processo que se inicia no ABC paulista a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas e que se espalham por grande parte do território nacional.

Marco deste processo foi a criação em 1978 da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em São Paulo, responsável pelas primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) em 1979, dando origem em 1980 ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador (DIESAT), que irá difundir um importante papel de subsídio e assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado (LACAZ, 2007; VASCONCELLOS, 2011).

No âmbito da América Latina surgem significativos estudos sobre a relação trabalho-saúde, com destaque para as produções de Asa Cristina Laurel sobre o México em 1975, e de Anamaria Testa Tambellini, em relação ao Brasil em 1978. As produções denotam a emergência de uma nova formulação teórico-conceitual acerca da determinação social dos adoecimentos e mortes dos(as) trabalhadores(as), incorporando o marxismo através das formulações teóricas da Medicina Social Latino-americana e da Saúde Coletiva.

As primeiras experiências de inclusão de práticas de STT no âmbito da saúde pública brasileira ocorrem com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em São Paulo. Setores do movimento sindical em São Paulo (metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários) exigem dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho. Os PSTs se espraiam pelo estado de São Paulo e posteriormente para outros estados do país como: Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Incorporavam os seguintes pressupostos: 1 – a participação dos trabalhadores, em alguns casos na própria gestão, controle e avaliação; 2 – ir além do acesso às informações obtidas a partir do atendimento; possibilidade de desencadeamento de ações de vigilância nos locais de trabalho geradores de danos à saúde, com participação sindical; 3 – percepção do trabalhador como dono de um saber e como sujeito coletivo inserido no processo produtivo, agora visto não apenas como mero consumidor de serviços de saúde, de condutas, de prescrições; e 4 – a compreensão de que o processo de trabalho é danoso à saúde, ultrapassando o horizonte de visão da Saúde Ocupacional, o que aponta outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionados às relações sociais que se estabelecem no processo de trabalho (LACAZ, 2007).

No plano acadêmico há desdobramentos importantes para a constituição do campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora, como: 1 – a emergência do debate sobre a relação saúde-trabalho na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 2 – o engajamento de diversos intelectuais, trabalhadores e profissionais em várias frentes – sindicatos, órgãos de fiscalização do trabalho, serviços de saúde, faculdades de medicina, entre outras – moldaram as iniciativas na luta pela mudança do modelo; e 3 – a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), em 1985, vinculado à então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuiu para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, fato que agregou novos sujeitos institucionais à luta pela mudança do paradigma.

A institucionalização do campo da saúde do trabalhador enquanto política de saúde pública pode ser compreendida em três momentos diferenciados: o primeiro entre 1978 a 1986 enquanto parte do movimento pela Reforma Sanitária, compreende a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), que surge como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a marca deste período foi a inclusão da atenção à saúde do trabalhador como uma prática de saúde pública. O segundo compreendido entre 1987 e 1997, inclui a realização da 2ª CNS, bem como a institucionalização das ações na rede de assistência à saúde, em face de consolidação do marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS). E o terceiro momento, nos anos 2000, que se caracteriza pela criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em que estão compreendidas as realizações em 2005 da 3ª CNST e em 2014 da 4ª CNST (LACAZ, 2005; OLIVEIRA, 2022).

No final dos anos de 1980 ocorrem conquistas legais a partir da incorporação da STT na Constituição Federal de 1988, que são regulamentadas na década de 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e pelas Constituições Estaduais. Com o SUS são atribuídas as ações e serviços relacionados com a promoção, a proteção e a recuperação da saúde no duplo aspecto – preventivo e curativo –, visando à redução do risco de doenças e de outros agravos, em especial aqueles relacionados ao trabalho. Ao consagrar o direito universal à saúde, afirma-se que o Estado é responsável pela implementação de políticas públicas que assegurem à saúde, que evitem o risco de doenças e interfiram nas suas fontes causadoras. A saúde, como decorrência do direito à vida, é assegurada a qualquer indivíduo no exercício ou não da atividade laboral. Assim, é afirmado o direito aos trabalhadores(as) de não serem submetidos a riscos nos ambientes de trabalho, seja no mercado formal ou informal, independente do vínculo empregatício e se em ambiente urbano ou rural.

No Capítulo I, da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1993, que apresenta os objetivos e atribuições do SUS, observa-se que no artigo 6º a STT é incluída na atuação do SUS, sendo definida como um conjunto de atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, realizada através de ações de vigilância em saúde, sejam elas epidemiológicas ou sanitárias. A STT, de acordo com a esta normativa legal abrange: a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou doenças do trabalho ou profissionais; a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, dentre outros; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente, doenças profissionais e do trabalho, assim como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais, dentre outros; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador sejam instituições públicas ou privadas; revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e a garantia ao sindicato dos trabalhadores(as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina quando houver exposição a risco iminente para vida ou saúde dos trabalhadores(as).

Como parte do processo de institucionalização da STT, conforme dito anteriormente, foram realizadas quatro conferências temáticas de STT no Brasil nos anos de 1986, 1994, 2005 e 2014. Vale ressaltar que, embora as conferências representem espaços importantes e ricos para a formulação de propostas, principalmente por parte do controle social, elas não têm alcançado este objetivo, pois suas proposições não são concretizadas, e consequentemente não impactam a configuração de uma política consistente e comprometida com as demandas e necessidades da população trabalhadora.

As CNSTT que ocorrem nos anos de 1986 e 1994 apresentam um percurso em direção à consolidação da área da STT no SUS. A 1ª CNSTT ocorre em 1986 como um desdobramento da 8ª CNS, apresenta como tônica a formulação de uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores voltada para toda a população trabalhadora, atrelada visceralmente a uma proposta mais abrangente de Política Nacional de Saúde (VASCONCELLOS, 2007).

As CNSTT realizadas nos anos 2000, figuram como uma inflexão dentro do campo da CSTT. A 3ª CNSTT ocorre em 2005, após um intervalo de mais de uma década, tendo como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”, diferente das duas edições anteriores, esta conferência foi convocada por um ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Se num primeiro momento, este ato pode apontar para a busca da superação das resistências ao processo de unificação das ações de Estado em Saúde do Trabalhador, é preciso ressaltar que, *se a unificação em tela não se pautar pelos princípios da universalidade, da integralidade e pelo controle-participação social nessa política, conforme advoga o SUS, estará fadada ao fracasso*. A expectativa externada era que a esta conferência pudesse ser um marco na busca da superação da fragmentação, da baixa eficácia e da duplicação desnecessária de ações, no entanto a questão da política nacional se tornou refratária e se perde em meio a uma fragmentação da estrutura temática organizada (LACAZ, 2005; OLIVEIRA, 2022).

A 4ª CNST ocorre em 2015, uma década após a 3ª CNS, tendo como tema central: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”, e por objetivo “propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST”. Foram organizados 4 (quatro) subeixos: I – O Desenvolvimento socioeconômico e seus Reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II – Fortalecer a Participação dos Trabalhadores e das Trabalhadoras, da Comunidade e do Controle Social nas Ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – Efetivação da Política Nacional de Saúde e do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e IV – Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, estados e União. Diferente da 3ª CNS a PNSTT (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora), será o escopo dos debates, e não a Política de Segurança e Saúde no Trabalho. Isso pode indicar uma retomada do eixo dos debates na área. No entanto é possível observar em várias das propostas aprovadas o viés da saúde ocupacional.

O desafio posto ao campo da STT após as conquistas da Constituição Federal de 1988 e da LOS, ao conformar a STT como atribuição e competência do SUS, foi a sua institucionalização a partir do estabelecimento de uma PNSTT capaz de ordenar as ações, ainda dispersas no âmbito dos estados e municípios. Observa-se que a institucionalização da área foi periférica e marginal, fruto principalmente das dificuldades de intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, seja pela disputa dos órgãos do trabalho e da previdência no não reconhecimento da competência da saúde para intervir na relação trabalho-doença-saúde, seja pela ausência de vontade política para subsidiar as ações de saúde do trabalhador no SUS. As tensões, os conflitos de interesse que perpassam os embates deste campo irão refletir na forma como a STT foi se incorporando no SUS.

Com o propósito de dar organicidade e estrutura à área no SUS emerge a ideia da formulação de uma rede, como afirmam Vasconcellos e Leão (2011). Tal proposta decorre de uma revisão crítica sobre a inserção e a dinâmica dos serviços constituídos entre as décadas de 1980 e 1990, os centros de referência e os programas de saúde do trabalhador, que centralizavam as ações de STT, marcados pelo isolamento e marginalidade, sem estabelecerem vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, pela ausência de mecanismos mais efetivos de comunicação e relação entre si, e embora considerados estratégicos para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS, esgotaram sua capacidade de contribuir para novos avanços.

A estruturação da RENAST no Brasil, em seu aspecto legal, se confirmará por meio de três portarias ministeriais. A primeira é a Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002; a segunda é a Portaria 2.437 de 7 de dezembro de 2005, e a terceira é a Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009. A primeira portaria que cria a RENAST, em 2002, foi resultado de “uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

A RENAST, enquanto estratégia para atenção à STT no SUS deveria integrar e articular 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. O eixo central das ações são os CERESTs. Nesta portaria é utilizada a sigla

CRST para denominá-los, e a mudança para CEREST se configurou a partir da segunda portaria da RENAST em 2005. Infere-se que na perspectiva da primeira portaria, eles deixariam de ser porta de entrada do sistema, para assumir 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. Sendo o lócus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra- e intersetorialmente, no seu território de abrangência [...]” (BRASIL, 2005).

Oliveira (2022) com base em Dias e Hoefel (2005), Minayo-Gomez e Lacaz (2005), Lacaz e Santos (2010), e Vasconcellos e Leão (2011) depreende a seguinte caracterização da RENAST: definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS; a proposta é qualificar a atenção à saúde, já exercida no SUS, fazendo com que o sistema, como um todo, funcione na perspectiva da saúde do trabalhador; se estrutura a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda e municípios-sentinelas, organizados em torno de um dado território; os serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade já instalados no SUS configuram a rede-sentinelas, com o objetivo de compor o fluxo de atendimento aos doentes e acidentados do trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental; prevê a organização de municípios-sentinelas, que devem ser definidos considerando dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios, objetivando a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador; avança no aspecto formativo de quadros caracterizado pela busca de cursos de formação na área.

A publicação da PNSTT, tardiamente em 2012, é resultado das lutas e mobilizações em torno da estruturação de uma ação concreta coordenada nacionalmente, demanda que se colocava no plano das reivindicações e proposições desde a I CNST. Como uma resposta à demanda histórica dos sujeitos engajados na STT, reflete o patrimônio reflexivo e as práticas logradas pela área, coadunada aos princípios do campo, propondo diretrizes, estratégias para as três esferas de gestão do SUS no desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção, a proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos no trabalho (MINAYO-GOMEZ, 2013).

A área da saúde do trabalhador passa por mudanças significativas no cenário contemporâneo devido às conquistas obtidas no plano jurídico-institucional, no entanto persistem entraves a sua efetivação, postos pelo contexto da política neoliberal de desmonte do Estado, a partir dos anos 1990. Destaca-se que a implementação da RENAST foi realizada por um Estado que teve a sua atuação marcada pela restrição de direitos dos trabalhadores, bem como pela diminuição dos investimentos sociais (DIAS; HOEFEL, 2005).

A proposição de uma rede nacional, voltada para a STT, foi fundamentada na ideia sistêmica do SUS, que corporifica a rede de saúde no Brasil, concebida como uma proposta divergente do modelo verticalizado, fragmentado e centralizado que caracterizou a assistência à saúde por um longo período, e que só a partir dos anos de 1990 pode ser modificada, dado o início da construção de uma estrutura alternativa a esta lógica. Neste sentido, a ideia de rede assume papel central no enfrentamento à verticalização de estruturas decisórias, pois favorece as inter-relações na esfera organizacional do sistema (VASCONCELLOS; LEÃO, 2011, p. 463; TREVISAN, 2007, p. 249).

No processo de implantação da RENAST foram identificados avanços e limites. Impõe-se a contínua reflexão para formulação de estratégias que ajudem na superação dos limites, na sua efetivação. Por conseguinte, pensar a RENAST criticamente não consiste na negação desta rede, e nem tampouco ignorar seus possíveis avanços, porém é uma ação necessária à revisão das estratégias e dos caminhos percorridos, para entender, como afirma Vasconcellos e Leão (2011) por que a “rede não enreda”, levando em consideração elementos que decorrem não apenas das práticas, da gestão direta das ações, mas também as questões estruturantes que estão relacionadas com a conjuntura dos retrocessos sociais, políticos e econômicos desencadeados através das contrarreformas, em particular na saúde.

A perceptível manutenção das dificuldades que são alvo de discussão e mobilização no ordenamento das ações desde o final dos anos de 1990, mesmo após a criação da RENAST, exhibe a relevância de repensar, avaliar e construir proposições que colaborem para a efetivação das mudanças necessárias na perspectiva da integralidade. O que deve incorporar todos os sujeitos políticos envolvidos com a STT, particularmente os(as) trabalhadores(as), de tal forma que os mecanismos utilizados oportunizem uma ampla participação social, onde as necessidades, demandas e percepções dos trabalhadores sejam reconhecidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Versão Preliminar para discussão (Mimeo), 1999.
- \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Coleção Saraiva de Legislação, 18ª edição, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Saraiva, 1998.
- \_\_\_\_\_. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS. Brasília: DF, 1990.
- \_\_\_\_\_. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília: DF, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações e saúde do trabalhador no SUS: A estratégia a RENAST. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, out./dez. de 2005.
- LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In Brasil. Ministério da Saúde. 3.ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3.ª CNSST:

- “trabalhar, sim! adoecer, não!”: coletânea de textos / Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade* [online], v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.
- \_\_\_\_\_; SANTOS, A. P. L. Saúde do trabalhador hoje: re-visitando atores sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2010, 20 (2 supl2): S5-S12.
- MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2013, v. 38, n. 127, pp. 21-25.
- \_\_\_\_\_; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, 2005.
- OLIVEIRA, D. L. O. Na cadência da Saúde do Trabalhador: compassos e descompassos da trajetória do CEREST Duque de Caxias / Rio de Janeiro. 2022. 327 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.
- TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 2, p. 237-254, 2007.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde. Trabalho e desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 2007, 421f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- \_\_\_\_\_; LEÃO, L. H. C. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura da rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar., 2011.