



<sup>1</sup>Doutorado em Desenvolvimento Regional na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Professora Assistente da Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, [lucianealves@unisc.br](mailto:lucianealves@unisc.br)

<sup>2</sup>Doutorado em Serviço Social pela PUC (RS), Professora Adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil, [skrug@unisc.br](mailto:skrug@unisc.br)

when efforts to create mechanisms for the implementation of health policies legally consolidated through the creation of the SUS were confronted with the neoliberal orientations in the conduction of governmental policies. In this context of changes, from the years 2000 onwards, the National Policy of Male and Female Workers' Health was instituted.

**Key Words:** Public Policy; Worker's health; Health Unic System

## Introdução

A criação do SUS, na década de 1980, tem uma importância muito significativa sob o ponto de vista da democratização da saúde no Brasil, mas, também, na construção de políticas públicas relacionadas à saúde dos trabalhadores. Se, por um lado, o SUS institucionalizou através da Constituição de 1988 uma concepção de saúde que pressupõe que a “saúde é um direito de todos e um dever de Estado”, por outro lado abriu possibilidades para que, a partir de então, as próprias lutas no interior do Estado fossem pautadas pelas novas orientações e novos princípios que sua criação consolidou (legalmente) no campo das políticas públicas de saúde no país.

Como é amplamente conhecido, a criação do SUS foi resultado de um amplo processo de lutas sociais e políticas, envolvendo diferentes classes sociais e diferentes instituições sociopolíticas que, desde a década de 1980, se mobilizaram contra a continuidade do regime autoritário instaurado em 1964 e em favor de uma democratização do Estado e da sociedade.

No que diz respeito especificamente à saúde dos trabalhadores, ainda na década de 1970 a produção acadêmica já revelava uma maior visibilidade da temática não somente na academia, mas, também, em diferentes setores da sociedade brasileira, em especial entre instituições e movimentos sociais vinculados às classes populares/trabalhadoras e às classes médias (TAMBELLINI; ALMEIDA; CAMARA, 2013). A partir daquele período, a saúde coletiva ganhou maior importância e a saúde do trabalhador passou a ser crescentemente evidenciada em sua dimensão integral, incluindo aspectos sociais, políticos, biológicos e pessoais.

O processo político de questionamento do regime autoritário durante a década de 1970 expressou uma já articulação de um movimento em favor da abertura democrática, ao mesmo tempo que construiu um contexto favorável a discussões e redefinições no campo da saúde dos trabalhadores. Naquela década, importante destacar, diferentes eventos foram organizados a partir da temática da saúde dos trabalhadores. Em 1979, por exemplo, ocorreu a primeira Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), organizada pela Comissão Intersindical de Saúde dos Trabalhadores (CISAT), precursora da DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho). A importância daquele evento, situado num contexto ainda de ditadura militar, é que ele foi uma das primeiras ações envolvendo o movimento sindical e profissionais de saúde, num momento em que o movimento sindical mostrava crescente preocupação com a “prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho” (SANTOS, 2012, p. 16).

Destaque-se que, no Brasil, desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, havia exigências legais sobre a garantia de Segurança e Medicina do Trabalho, tornando-as obrigatórias nas empresas de grande porte. Porém, efetivamente, durante todo o período que se estendeu ao longo da segunda metade do século XX, a adesão (e o controle social sobre) das empresas às exigências legais (inclusive no que diz às questões básicas, como, por exemplo, ter um médico na empresa, constituir Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA) era muito baixa (SANTANA; SILVA, 2009).

No início dos anos 1970, o Brasil foi considerado um “país campeão de acidentes de trabalho”, o que levou o Governo Federal a estabelecer a Portaria nº 3.237, tornando obrigatória a existência de serviços médicos e de higiene e segurança em todas as empresas onde trabalham 100 ou mais pessoas (MINAYO-GOMES; LACAZ, 1997). Nessa direção, inclusive, o Ministério do Trabalho formulou portarias para obter algum controle da força de trabalho dentro das empresas através do Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, que previam um trabalho interdisciplinar, conforme o grau de risco da empresa, com o desenvolvimento de ações de saúde e segurança no ambiente de trabalho (MIRANDA; DIAS, 2004).

A questão é que, ainda que a saúde dos trabalhadores fosse objeto de preocupação de diferentes setores da sociedade, bem como em diferentes esferas

da atuação governamental, não somente as ações eram fragmentadas como, também, as concepções que orientavam as ações estatais ainda se vinculavam à perspectiva da medicina do trabalho (SANTANA; SILVA, 2008, p. 181).

A saúde dos trabalhadores ganhou maior visibilidade, portanto, no contexto das mobilizações políticas contra o regime militar e em favor da democratização ainda durante a década de 1970, se intensificou ao longo da década de 1980 (CONSOLINO; LEÃO, 2013). Sob o ponto de vista das concepções de saúde dos trabalhadores, já naquele período havia a compreensão de que a relação entre trabalho e saúde dos trabalhadores precisa ser enfrentada a partir de uma compreensão da própria dinâmica histórica de desenvolvimento do capitalismo, do que resultava a necessidade de um maior controle social sobre as relações capital e trabalho.

Como é conhecido, a mobilização participativa nas décadas de 1970 e 1980 culminou na institucionalidade de uma política pública de saúde, objetivada na criação do SUS, na Constituição de 1988, um Sistema de Saúde que se fundamentou, dentre outros princípios, na compreensão acerca da necessidade e da importância do controle social sobre as políticas e as ações no campo da saúde (BRASIL, 2006, p. 35). A inscrição do SUS na Carta Constitucional de 1988 seguiu as propostas da sociedade civil organizada, incorporando alterações no papel do Estado e no sistema jurídico institucional do país. A partir da criação do SUS, as políticas de saúde no Brasil passaram a ser organizadas a partir da maior integração entre diferentes esferas governamentais (municipal, estadual, federal), garantindo-se, nessas três esferas, espaços de participação social e política dos diferentes setores da sociedade.

De forma mais precisa, a partir da criação do SUS as políticas públicas de saúde no Brasil passaram a ser pensadas (e construídas) tendo como base os princípios: da *equidade*, perseguindo-se a diminuição das desigualdades e, ao mesmo tempo, afirmando as diferenças como questões centrais na organização dos serviços públicos de saúde; da *integralidade*, numa perspectiva de atendimento a todas as necessidades das pessoas (desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação); da *regionalização e hierarquização*, prevendo-se uma organização dos serviços em diferentes níveis de complexidade, mas, também, a partir das necessidades regionais, garantindo-se às regiões maior espaço político na organização dos mesmos; da *descentralização*, garantindo-se, assim, maior espaço político para as regiões e para os municípios; da *participação*

*popular*, através da criação e da institucionalização de canais de participação para a “sociedade” (BRASIL, 2017).

Com base nesse panorama, este artigo dedica-se à análise da trajetória histórica das políticas públicas de saúde dos trabalhadores no Brasil, considerando seus desafios e a atuação do Estado brasileiro a partir do processo de democratização, na década de 1980. Evidentemente esta análise não tem a pretensão de esgotar a discussão existente sobre este tema, limitando-se a apresentar algumas tendências.

### **Construindo uma nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no século XXI**

O contexto histórico sobre a implementação das políticas de saúde do trabalhador no Brasil mostra que não se pode trabalhar apenas com uma perspectiva normativa, em que o processo de institucionalização da política de saúde do trabalhador por si só consiga dar conta da complexidade que compreende o campo da saúde. O esforço para construir uma nova política de saúde do trabalhador e da trabalhadora se dá num contexto caracterizado por questionamentos dos direitos relacionados ao trabalho, com uma política de precarização, terceirização e privatização das políticas sociais.

A crise do mundo do trabalho neste início de século XXI está relacionada com um contexto histórico que iniciou com as consequências da crise do fordismo (início de 1970), desencadeando o processo de reestruturação do capitalismo. Mesmo com a recuperação do emprego formal, a partir de 2003, permaneceram os problemas da desestruturação e precarização das condições e relações de trabalho (MELO, 2011).

Percebe-se uma realidade desafiadora para os trabalhadores, expressa através da degradação física e mental decorrente da intensificação da jornada de trabalho, da precarização das relações, dos contratos de trabalho e da perda dos direitos sociais, entre outras questões que atingem a saúde dos trabalhadores. Mesmo adoecidos, os trabalhadores têm criado estratégias para não se afastar do emprego. O presenteísmo, definição utilizada para quem sofre deste mal (de não poder faltar ao trabalho), ocorre pelo medo do desemprego e do significado dado para

o absenteísmo, que os coloca numa situação de “trabalhador problema” (PEREIRA, 2014).

Outra característica das empresas atuais é a estratégia de oferecer aos trabalhadores flexibilidade nos horários de trabalho, o denominado “flexitempo”, em que as pessoas atuam de forma individualizada, não possuem turno fixo para realizar o seu trabalho e, muitas vezes, em função das redes de comunicação, podem realizá-lo em casa, tornando sua “rotina autodestrutiva”, pois se perde o controle sobre seus próprios esforços (SENNET, 2012, p. 41). Estas “formas de controle para regular os processos de trabalho dos empregados fora da empresa” praticamente não são percebidas pela sociedade, pois se banalizam os contatos telefônicos, por e-mails e controle intra rede para acompanhar o trabalho que está sendo desenvolvido, como uma forma de controle (SENNET, 2012, p. 68).

Essas condições e relações de trabalho intensificam as doenças do trabalho (LER, distúrbios mentais causados pelo estresse, lombalgias, perdas auditivas, entre outros) e os acidentes de trabalho. As causas desses agravos estão relacionadas aos baixos salários, aos equipamentos inadequados (especialmente nos setores de produção que utilizam a terceirização e a quarteirização), o descumprimento dos programas de prevenção e controle dos riscos, “a cultura do EPI e de mudanças de comportamento” (LARA, 2016, p. 348).

A lógica conservadora que paira em relação ao EPI julga que os acidentes resultam, sobretudo, de comportamentos “inadequados” dos acidentados, isto é, da prática do ato inseguro pelos trabalhadores, em especial pelo não uso do EPI. Essa concepção advoga que o EPI proporciona uma vida sem acidentes no trabalho. Mas, ao tratar o EPI como panaceia, desconsidera os outros fatores que envolvem a ST (LARA, 2016, p. 348).

É nesse contexto heterogêneo de interesses que vêm sendo institucionalizadas as políticas de saúde do trabalhador. No Brasil, recentemente, foram publicadas duas políticas: a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (Decreto N. 7602, de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) (Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho”. A responsabilidade para a implementação e execução desta política é dos Ministérios do Trabalho e

Emprego, da Saúde e da Previdência Social, sem prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012). A referida política tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser observadas nas esferas de gestão do SUS nacional, estadual e municipal, visando “o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, na promoção e na proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012). Além disso, inclui todos os trabalhadores, independente de sexo, de localização geográfica urbana ou rural, da forma de inserção no mercado de trabalho formal ou informal, do vínculo empregatício público ou privado, se empregado ou desempregado, garantindo “assistência e recuperação dos agravos”, promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, além “de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores” (BRASIL, 2012).

A PNSTT tem o objetivo de incorporar a categoria trabalho nos determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, assegurando que a identificação das condições de trabalho seja considerada nas ações dos serviços de saúde do SUS. Nesse sentido, muitos são os desafios para a sua implementação e, entre eles, está a efetivação das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica. No que diz respeito aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, estes são realizados de forma transversal, demandando relações horizontais entre os locais que compõem o sistema de saúde. Nesse contexto, a Atenção Básica é tida como centro de comunicação e centralização das necessidades de saúde (MENDES et al., 2016, p. 233).

O esforço para estruturar as ações em ST em todos os níveis de atenção da rede de serviços do SUS (Atenção Básica, CEREST e Serviços de Alta e Média Complexidade) surgiu no início do século XXI com a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). As alterações que ocorreram na RENAST em 2005 (segundo a Portaria GM MS nº2437/2005) e que foram ampliadas em 2009 (a Portaria GM MS nº 2728/2009) visavam integrar as ações de ST na Atenção Básica, estabelecer linhas de cuidado, entre outras estratégias que favorecessem a “integralidade”. Nesta perspectiva, foi sendo construído o trabalho em “rede” (com o objetivo de integração e harmonia),

oportunizando espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da saúde do trabalhador no SUS (LEÃO E VACONCELLOS, 2011).

A estruturação da RENAST no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe várias ações de ST junto a Atenção Básica em saúde. “Os CEREST ocupam papel fundamental na RENAST para a efetivação da PNSTT e, dentre suas responsabilidades, destaca-se o apoio matricial para a Atenção Básica de Saúde” (MENDES et al., 2016, p. 231).

A Atenção Básica passa a contribuir com o funcionamento das RAS como ordenadora dos itinerários em saúde, “abarca um conjunto de competências e responsabilidades, tornando-se estratégico e central na garantia dos direitos a saúde”. A articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é elemento importante para o reconhecimento das reais necessidades em saúde dos trabalhadores, considerando-se as particularidades regionais (MENDES et al., 2016).

Seguindo uma orientação presente na própria política nacional de saúde construída a partir da criação do SUS, passou-se a enfatizar a importância tanto da escala local quanto da escala regional na construção de agendas públicas de atuação visando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, da prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa aos trabalhadores. Assim, os trabalhadores são vistos por toda a rede de saúde, considerando a organização das redes de atenção e o papel de coordenação atribuído à Atenção Básica em saúde (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014); (BALISTA; SANTIAGO; CORREA FILHO, 2011). Este processo contribui com a atuação local, no que se refere às responsabilidades, desafios sociais, desenvolvimento de políticas e estratégias públicas, de forma a conduzir ações na direção da realização das reais expectativas de bem-estar dos trabalhadores, da comunidade e do território como um todo. Nessa perspectiva, o sistema busca redirecionar o modelo de atenção à saúde e sua relação com o trabalho, ampliando o entendimento das relações saúde-trabalho para a transversalidade da categoria trabalho, envolvendo a dimensão do processo produtivo, do desenvolvimento e de sua sustentabilidade (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014).

Para a PNSTT, a questão da regionalização é vista como um aspecto importante para a efetividade da implementação das ações de ST. Para viabilizar esta

proposta destaca-se a importância das atribuições do CEREST no âmbito da RENAST, desenvolvendo ações:

[...]desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012).

Para organizar a atenção à saúde do trabalhador, a RENAST também estabeleceu a necessidade de instituir Planos Estaduais de Saúde do Trabalhador, atribuindo essa responsabilidade às Coordenações Estaduais em conjunto com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, criando as unidades regionais de atendimento em saúde do trabalhador. Nesse sentido, as responsabilidades dos municípios foram ampliadas na atenção básica, ao mesmo tempo em que estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (DIAS; RIBEIRO, 2011). Para que se alcancem os objetivos desta política (a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho) seguem-se os princípios da universalidade, da integralidade, do diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação (BRASIL, 2011).

As ações de saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde incluem os três níveis de gestão do SUS, buscando garantir a integralidade do cuidado: a RENAST com os CEREST, ampliando a visibilidade das ações de saúde do trabalhador junto aos gestores e controle social; o Pacto pela Saúde, redefinindo a organização da saúde e atribuindo à atenção primária o papel de estruturador; e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que atribuiu à atenção primária o papel de centro de comunicação da rede (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

Diante da necessidade em fortalecer a relação entre Atenção Básica e CEREST para a efetivação da PNST no SUS, destaca-se um estudo realizado no Rio Grande do Sul, envolvendo as sete macrorregiões de saúde. Os resultados mostram

alguns desafios a serem enfrentados pelos CEREST, um se refere ao caráter regionalizado de estruturação do deste serviço.

Nesse aspecto, a abrangência acaba limitada não apenas pelos aspectos geográficos e territoriais, mas também pela ausência de fluxos e processos, pela falta de escopo das responsabilidades entre os municípios que compõem a regional e pela falta de compreensão do papel dos gestores municipais ao qual o CEREST encontra-se vinculado. Tal fato resulta na concepção de pertencimento restrito ao município – sede destituindo-o de sua abrangência intermunicipal e responsabilidade de articulação da rede de atenção regional (MENDES et al., 2016, p. 237).

Outro aspecto observado refere-se a cultura de que o CEREST, por ser um serviço especializado, deva substituir as responsabilidades do município, fragmentando o trabalho em rede. Ainda, a dificuldade ou ausência de reconhecer o usuário como trabalhador, não fazendo o nexo da queixa com o trabalho e o fato do CEREST ser compreendido como “porta de entrada” para os agravos relacionados ao trabalho, como se o serviço não fizesse parte da RAS.

Assim, constata-se uma tensão entre o papel atribuído na formação permanente em ST, lugar esse que traz importante contribuição para a Atenção Básica, e a construção da identidade destes serviços. Uma vez que esse processo, na maioria das vezes, é individualizado e estabelecido de acordo com o perfil dos profissionais que atuam na rede básica (MENDES et al., 2016, p. 238).

A formação permanente para a vigilância em saúde é considerada, atualmente, um dos grandes desafios do SUS, em especial para a Atenção Básica, que necessita o apoio matricial dos CEREST. Em relação as notificações, este estudo também evidenciou que existem inúmeros protocolos e sistemas de informação diferenciados, o que dificulta ainda mais as notificações e ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), apontando para a necessidade de aprimoramento e melhor monitoramento dos agravos relacionados ao trabalho (MENDES et al., 2016).

Sobre o sistema de informação, existem quatro grandes sistemas de informação padronizados em todo o território nacional sobre os agravos relacionados ao trabalho, mas não estão organizados para formar um sistema nacional de monitoramento. O primeiro, gerenciado pelo Ministério da Previdência Social para registro de acidentes do trabalho (DATAPREV); o segundo e o terceiro, gerenciados pelo Ministério da Saúde, denominados Sistema de Informação de Mortalidade, para declarações de óbito, e Sistema de Informação Hospitalar, para registro das internações hospitalares; o quarto, gerenciado pelo Ministério do Trabalho e Emprego

com dados sobre contratos formais de trabalho, responsável pelo relatório anual de informações sociais.

Ainda, em relação as dificuldades para a implementação da PNSTT, Minayo-Gomez (2013) enfatiza que os gestores e os profissionais da área de saúde do trabalhador apresentam dificuldades no fortalecimento das ações de VISAT no seu território de abrangência. Segundo Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado (2014), esta atribuição vista como prioritária na PNSTT também consta na agenda do Ministério da Saúde, que prevê o fortalecimento da VISAT e a sua integração com as demais Vigilâncias em Saúde. Considerando as realidades heterogêneas dos CEREST, esta dificuldade está relacionada a falta de planejamento operacional a nível nacional, que não apresenta um modelo (diferente das outras políticas públicas de saúde que trazem protocolos definindo as ações de saúde e as atribuições dos profissionais); a instância regional não reconhece os problemas do território em que estão inseridos; as equipes de saúde não identificam as reais necessidades e a pouca participação dos trabalhadores nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), o que representa baixa efetividade do controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde.

As ações da VISAT sempre estiveram sob a responsabilidade dos CEREST e dos setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador dos estados e municípios. No entanto, percebe-se a crescente tendência de descentralização das ações e do importante papel da Atenção Básica em desenvolver as ações da VISAT, na medida em que se amplia a visibilidade da presença do trabalho e dos trabalhadores no território de abrangência. Algumas características da Atenção Básica favorecem as práticas de VISAT, como: a capilaridade da rede de atenção, presente em todos os municípios brasileiros; a forma como é organizado o trabalho das equipes de saúde a partir do território, fortalecendo o vínculo entre usuário e equipe (o que possibilita maior eficiência no planejamento e na execução das ações de saúde aos trabalhadores do mercado formal e informal de trabalho). As ações da VISAT podem ser definidas a partir da Atenção Básica, que tem informações concretas da realidade dos trabalhadores se considerar: o perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho; os riscos à saúde identificados a partir das atividades produtivas presentes

no território, especialmente as realizadas no domicílio (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014).

Na condição de trabalho flexível, muitos trabalhadores passaram a realizar sua atividade ocupacional no próprio domicílio, “muitas vezes envolvendo a família e incorporando crianças e idosos, grupos mais vulneráveis da população, em atividades perigosas e informais, descoberto de garantias trabalhistas e da proteção previdenciária” (DIAS et al., 2016, p.9). Outros trabalhadores não têm acesso aos serviços de saúde por viverem mais tempo no trabalho do que em suas residências, típicas nas regiões metropolitanas. Diante dessa realidade, começam a surgir propostas de incluir na população adscrita à Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família (ESF), além dos que residem, aqueles que trabalham no território. Esta proposta está de acordo com o documento de Alma Ata, instituído em 1978, que destaca a importância de “levar atenção à saúde de qualidade e resolutiva o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham”. Nesse cenário, aumenta a responsabilidade do SUS e, em especial, da Atenção Básica (DIAS et al., 2016, p. 18).

Além da Atenção Básica, a PNSTT explicita responsabilidades e diretrizes a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho. Com foco na transversalidade, pretende superar a fragmentação e a superposição das ações institucionais estatais e reconhecer a importância do ambiente e da sustentabilidade (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014). A Previdência Social é responsável pela gestão de acesso aos benefícios de compensação, quando o trabalhador se torna incapacitado para o trabalho, podendo ser decorrente dos agravos à saúde no geral, quando recebem o benefício previdenciário, ou relacionados ao trabalho, quando recebem o benefício acidentário, financiados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT). Para o SAT há contribuição das empresas, segundo cálculo das alíquotas que ocorrem conforme o Nexo Técnico Epidemiológico de Prevenção (NTEP) e o Fator Acidentário de Prevenção (FAP)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Conforme resolução 1.389 de 25/4/2017, o FAP sofre alterações para 2018. Uma das alterações refere-se ao cálculo do fator - é a exclusão dos acidentes de trabalho sem concessão de benefícios, exceto acidentes que resultarem em óbito. A inclusão desse tipo de acidente implica em um cálculo do índice de frequência que não diferencia empresas que causam acidentes com maior gravidade daquelas que causam os de menor gravidade. A retirada dos acidentes de trajeto do cálculo do FAP também está entre as mudanças aprovadas, considerando que esse critério não deve bonificar ou sobretaxar a empresa, uma vez que o empregador não possui ingerência sobre os acidentes de trajeto. A partir de 2018, o bloqueio de bonificação por morte ou invalidez continuará valendo; no entanto, esse

Com esse controle, as empresas onde ocorre o agravo relacionado ao trabalho passam a ser penalizadas com o pagamento de alíquotas, o que favorece a subnotificação dos agravos. O MTE atua no campo da saúde do trabalhador como órgão normativo, elaborando NR e inspeções dos ambientes de trabalho. O Ministério Público do Trabalho (MPT) integra o Ministério Público da União (MPU) e tem como missão institucional a defesa, a democracia e a garantia dos direitos dos trabalhadores, incluindo os informais e os autônomos (SANTANA; DIAS; SILVA, 2014).

Diante da necessidade de tantas articulações, a RENAST enfrenta muitos desafios pela limitada importância desta área dentro da estrutura ministerial, que aliada aos interesses políticos impactam no efetivo desenvolvimento das ações e na autonomia dos CEREST. A Previdência Social, apesar de ter inserido o Nexo Técnico Epidemiológico, implementou outros mecanismos que restringem os beneficiados como a alta programada e a limitada possibilidade de reabilitação profissional, o que vem provocando aumento no número de pessoas doentes e, ainda, desamparados pelo estado em seus direitos (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Com a dificuldade de atuação do estado, o Ministério Público do Trabalho vem proporcionando maior equidade aos graves problemas individuais e coletivos enfrentados rotineiramente no crescente judicialização das questões relacionadas a ST. Diante disso, questionam-se os elevados custos envolvidos nesses processos judiciais, que provavelmente são superiores aos gastos com a vigilância e a assistência à saúde, tanto para o estado quanto para as empresas (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013).

Outras incoerências podem ser observadas: a PNSTT é resultante da pressão dos profissionais e representantes da sociedade civil desde a década de 1990, que cobra do estado maior consistência das ações públicas na área de Saúde do Trabalhador. Uma das incoerências do decreto está na omissão dos dados epidemiológicos referentes a concessão de benefícios da Previdência Social e, também, as ações de vigilância nos processos de trabalho que permanecem a cargo

---

bloqueio só valerá durante o ano em que ocorreu o acidente e os sindicatos não terão mais a prerrogativa de desbloquear a bonificação.

do MTE, deixando para o setor saúde apenas as ações educativas e orientativas (COSTA et al., 2013).

Exemplificando, o parágrafo 2, Art. 14 - estabelece que cabe aos CEREST realizar ações diretas de vigilância, somente em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade”. Esta redação exprime uma dubiedade que se reflete na fragilidade das ações de vigilância, na ausência de prioridades e programas articulados nos vários níveis do território. Sem autoridade sanitária, como infelizmente ocorre na maioria dos CEREST, como desenvolver a competência da própria equipe, que tem a função de ser referência para a rede? Ou seja, como ser referência sem o desenvolvimento da própria ação? Como tratar riscos que ultrapassam em muito as fronteiras do território municipal e mesmo estadual – como podemos exemplificar com a cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária, que apresenta atualmente uma das maiores taxas de mortalidade pelo trabalho no país? Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica, atualmente contando com quadro reduzido e focado no aspecto assistencial? (COSTA et al., 2013.p.18).

Em geral as ações dos CEREST não são suficientes, pois necessitam apoio de outras instâncias para realizar as ações de vigilância, as quais não priorizam os agravos relacionados ao trabalho. São questões que vem mostrando “uma política de estado incoerente com as perspectivas de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores” (COSTA, 2013, p. 18). Na esfera do SUS, a ST enfrenta maiores desafios para a sua efetiva implantação, comparada a outros campos de atuação.

As razões situam-se na essência das relações sociais de produção, em que sobressaem os conflitos de classe e a hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas. A presente contradição de o SUS ser uma política de bem-estar social abrigada em um estado de ‘bem-estar do mercado’ coloca a ST no centro de um debate político -normativo e epistemológico, que se justifica pelo enorme impacto do adoecimento e morte no trabalho que a saúde pública ainda não dimensionou acuradamente e não enfrenta cotidianamente. (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017, p. 606).

Ainda, vale destacar nesta análise que o SUS carece de expandir suas ações para além dos serviços assistenciais e hospitalares, deve resgatar os conceitos ideológicos e políticos da saúde do trabalhador para discutir as persistentes visões técnicas e medicocêntricas e as resistências corporativas e institucionais de referenciar o trabalhador como sujeito da construção do campo (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011). A gestão do SUS está centrada na doença em detrimento das causas, seguindo o modelo de saúde pré-constitucional (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Um estudo sobre os desafios para a implementação da PNSTT no Estado do Piauí identificou como um dos pontos críticos na atuação do CEREST a prática assistencial fundamentada no modelo biomédico. Este comportamento assistencial favorece a desarticulação dos demais serviços da rede de saúde. “É necessária a articulação entre as ações de assistência, vigilância, educação e promoção da saúde em toda rede de forma que uma possa fornecer subsídios para as outras no intuito de promover a garantia da integralidade da atenção á ST” (ROSA; MONTE, 2016, p. 279).

Este tópico não tem a pretensão de trazer todos os aspectos que envolvem a implementação de políticas públicas de saúde do trabalhador no contexto do século XXI, mas de trazer algumas discussões que evidenciam desafios. Os resultados dos estudos aqui apresentados destacaram que o contexto de ST como política pública necessita de muitos ajustes, conforme conclui Mendes et al., (2016), quando discute os desafios dos CEREST na relação com a Atenção Básica no RS:

As ações no âmbito da ST ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para o diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros pontos importantes. Essa lacuna trata justamente de um conjunto de demandas e necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, expressões das configurações pelas quais o trabalho se manifesta na atualidade. Contexto esse acrescido de um processo sociopolítico e técnico de implementação das ações de ST, que vem favorecendo, por vezes, que esse trabalhador seja visto como um usuário do sistema, tornando invisível a sua condição de trabalhador (MENDES et al., 2016, p. 241).

Apesar dos desafios continuarem presentes, houveram avanços conceituais e de ampliação do campo de atuação da ST no SUS, especialmente para a Atenção Básica de Saúde, qualificando as ações para além da assistência, desenvolvendo prevenção, promoção e vigilância, favorecendo as condições de trabalho e norteando ações mais efetivas de saúde do trabalhador.

Importante destacar, ainda, que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora propõe o apoio matricial à Atenção Básica de Saúde para que as equipes de saúde possam construir uma linha de cuidado integral aos usuários-trabalhadores. A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, portanto, possui a função de ordenar as ações e “apresenta maior potencialidade para atender os agravos e o cuidado em saúde desses usuários/trabalhadores” (MENDES et al., 2016, p. 232). As ações para capacitação de recursos humanos previstas na PNSTT, das quais destaca-se:

VI - inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores;

- capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde;

- capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores (BRASIL, 2012)

Destaque-se, também, que o controle social de forma institucionalizada na saúde está previsto no SUS, conforme diretriz apresentada no art. 198, especificadamente, a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (que deverão ser movimentados sob o controle e fiscalização dos conselhos de saúde) (BRASIL, 2012). A própria organização do SUS, nesse sentido, delimita a atuação administrativa, econômica ou política nos seus espaços de atuação (município, distrito sanitário, micro área, área de abrangência da saúde e outros). Essa estrutura foi instituída pelo movimento da reforma sanitária e, desde sua aprovação, apresenta em suas diretrizes operacionais a “regionalização e a municipalização”. No contexto SUS, a regionalização compreende “a organização dos serviços com base na complexidade tecnológica, localizadas em áreas geográficas delimitadas e população definida”, organizada como um polo assistencial para dar suporte à vários municípios, tendo como norte o que cada um produzia para pensar em proteção e recuperação da saúde (GONDIM et al., 2008, p. 239).

E é com essa base de pressupostos teóricos, metodológicos e históricos apresentados que se dá a construção de uma política de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras no Brasil.

### **Considerações finais**

Este artigo dedicou-se à análise da trajetória histórica das políticas públicas de saúde dos trabalhadores no Brasil, considerando seus desafios e a atuação do Estado brasileiro a partir do processo de democratização, na década de 1980. Num primeiro momento, analisando a construção das políticas da saúde do trabalhador no contexto

da criação do SUS. Apesar do SUS ter sido estabelecido formalmente a partir da Constituição de 1988, uma dinâmica política e social anterior embasou e impulsionou a construção daquela Constituição, incorporando mudanças na atuação do Estado e no arcabouço jurídico-institucional de um sistema público de saúde.

Os contraditórios anos 1990, quando os esforços no sentido de criar mecanismos de implementação das políticas de saúde consolidadas legalmente através da criação do SUS se defrontaram com as orientações neoliberais na condução das políticas governamentais. O processo de organização da Saúde do Trabalhador a partir da RENAST, foi instituída no início dos anos 2000, mais especificamente em 2002 e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, já situada essa no contexto das mudanças que se observaram na dinâmica das próprias políticas governamentais no país a partir dos anos 2000, mais especificamente a partir de 2003, quando se iniciou um período de governos nacionais liderados pelo Partido dos Trabalhadores.

## Referências

BRASIL. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 08 de novembro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm)>. Acesso em: 15 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, 14 de julho de 2017. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm)>. Acesso em: 20 nov 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/0Byg8dL3SJe6gfjFzaVN2Vk9hNzBMZ1VuV284TC1oQIVVQW1PVIk1aEE0WGNnczJYdUhyd2s>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/web\\_4cnst/docs/Portaria\\_1823\\_12\\_institui\\_politica.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf)>. Acesso em: 20 set 2015.

COSTA, D. et. al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11- 30, 2013.

CONSOLINO, A.M.G.A.V; LEO, M.A.B.G. As Políticas Sociais de Saúde do Trabalhador no Brasil. **REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS – UNITAU**. v. 6, n. 1, p. 44-55, jan.jun./2013. Taubaté-SP - Brasil. Acesso em julho 2016.

DIAS, E. C. et al. **Diretrizes para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/294234/>>. Acesso em: 25 jun 2017.

DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. E. N. (Coord.). **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

LARA, Ricardo. Saúde do Trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.

LEAO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.

MELO, Nildo Aparecido. Reestruturação capitalista e precarização do mundo do trabalho: os projetos de economia solidária em Presidente Prudente. **Revista de Geografia em Atos**, Presidente Prudente, v. 2, n. 11, p. 16-32, 2011.

MENDES, René; WAISSMANN, William – Bases históricas da Patologia do Trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do Trabalho**, v. 1, São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 3-48.

MENDES, J. M. R. et al. Os desafios dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul na relação com Atenção Básica em Saúde. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 231 – 246

MINAYO-GÓMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supp. 2, p. 4-5, 1997.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, 2004.

PEREIRA, Marina Coutinho de Carvalho. O trabalho no século XXI e sua relação com o agravo à saúde dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 160, 2014.

ROSA, L. C. S.; MONTE, M. I. S. Dez anos de implantação do Cerest de Referência em Saúde do Trabalhador de Teresin e os desafios para a implantação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Piauí. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Serviço Social: estudos da Relação Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 264 – 327

SANTANA, V. S.; DIAS, E. C.; SILVA, J. F. S. Prevenção, atenção e controle em saúde do trabalhador. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 513-540.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da ST no SUS: limites, avanços e desafios In: BRASIL. Ministério da Saúde (orgs.) **Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 175-204.

SANTOS, Adolfo Roberto Moreira. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistema de informação e indicadores**. 2ed. São Paulo: IPEA, 2012. p. 22-75

SENNETT, Richard. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

TAMBELLINI, A. T.; ALMEIDA, M. G.; CAMARA, V. M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador. Revista em pauta. **Revista da Faculdade de serviço social da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 21-37, 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F.; MINAYO-GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, dez. 2014.

VASCONCELLOS; L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, abr/jun. 2017.