

O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST

The challenge of implementing Workers' Health actions in the Brazilian National Health System (SUS): The RENAST

Elizabeth Costa Dias ¹
Maria da Graça Hoefel ²

Abstract *This paper deals with the “model” of workers’ health care delivery based on the strategy of a National Network for Comprehensive Workers’ Health Care (RENAST), which is under construction within the National Health System (SUS) in Brazil. RENAST is a national network of information and health practices, developed with the main purpose of providing health care action, health surveillance and health promotion actions, at the primary health care level, medium and high complexity outpatient clinics and hospital level, under social control. According to this “model”, “Workers’ Health Reference Centers” play a role of technical support, and dissemination of a “culture” of the core role played by work in the health/disease process, and the “culture” of social production of disease. Also, these “Reference Centers” have to play a vital role in negotiations and political/institutional arrangements with other social actors, both within the Health Sector and with other institutional actors, within their geographic jurisdiction. This paper includes a brief summary of Workers’ Health inception and development in the National Health System (SUS) of Brazil; some crucial operational aspects of this development process; and, finally, some advancements, difficulties and perspectives for this new model, based on the RENAST.*

Key words *Workers’ health, Workers’ health care, Occupational health*

Resumo *A construção da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, para implementar as ações de uma atenção diferenciada para os trabalhadores na rede de serviços de saúde é a principal estratégia adotada pela área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT), a partir de janeiro de 2003. A RENAST está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde: ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas 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 do SUS. Na proposta da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, pólo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social das doenças, e locus de pactuação das ações de saúde, intra e intersectorialmente, no seu território de abrangência. Neste texto, são apresentados: uma breve retrospectiva do processo de instauração das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, a descrição dos aspectos organizacionais e operacionais da RENAST, nos Estados e municípios e identificados avanços, dificuldades e as perspectivas vislumbradas.*

Palavras-chave *Saúde do trabalhador, Atenção à saúde, Políticas de saúde do trabalhador*

¹ CESTE/Hiocruz.
Av. Leopoldo Bulhões 1480,
Manguinhos, 21041-210,
Rio de Janeiro/RJ.
bethdias@ensp.fiocruz.br
² Coordenação de Saúde
do Trabalhador
COSAT/DAPE/SAS,
Ministério da Saúde.

Introdução

A organização da atenção à saúde da população reflete o acúmulo técnico-científico e a correlação das forças sociais, que se expressam em uma dada política de saúde. Segundo Merhy, Cecílio e Nogueira (1992), a organização da produção de serviços de saúde se dá a partir do arranjo de saberes da área, bem como das estratégias políticas implementadas por um determinado grupo social. Dessa forma, o “modelo” tem uma dimensão assistencial e tecnológica e se expressa como projeto político articulado a determinadas forças sociais.

Este texto tem por objetivo descrever o “modelo” de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS), adotado na construção da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) nos serviços de saúde, envolvendo técnicos, trabalhadores e o movimento social organizado. O processo de preparação da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST) constitui uma oportunidade privilegiada de reflexão sobre a instituição do campo da Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e, em particular, para discussão da atenção integral aos trabalhadores, com base na estratégia da RENAST.

Na abordagem do tema, são apresentados: uma breve retrospectiva da instituição das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, em seus aspectos conceituais e políticos e identificados os avanços, as dificuldades enfrentadas, além de algumas perspectivas vislumbradas.

An tecedentes

A organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surge, no mundo ocidental, no século 18, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Pressionados pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho e pelas reivindicações dos trabalhadores por mudanças, industriais da época passaram a contratar médicos, atribuindo-lhes a responsabilidade de “cuidar” da saúde dos trabalhadores. A recomendação de Baker, médico inglês, reflete o espírito da prática nascente da medicina do trabalho, em 1883:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico que servirá de intermediário entre

o você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico é que deve ser responsabilizado (Men des & Dias, 1991).

Sob a égide da medicina do trabalho eram, e ainda são, desenvolvidas práticas assistenciais, de cunho biologicista, dirigidas essencialmente à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações centradas no ambiente e no posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objeto dessas ações.

Na primeira metade do século 20, mudanças nos processos produtivos decorrentes das duas grandes guerras mundiais e os esforços de reconstrução pós-guerra deram forma a novos problemas e necessidades de saúde relacionadas ao trabalho. Outros profissionais se juntaram à equipe médica, enfocando aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho, conformando a prática da Saúde Ocupacional. Apesar da abordagem multidisciplinar e da ampliação do foco das ações de saúde, estas permaneceram centradas no ambiente de trabalho, atreladas aos parâmetros dos “limites de tolerância” considerados “científicos e seguros”, permanecendo o trabalhador um objeto das ações.

Nos anos 50 do século passado, a melhoria das condições de vida das pessoas, sob a égide de políticas públicas desenhadas pelo *estado de bem-estar social* e a reorganização dos movimentos sociais, particularmente na Europa, permitiram a emergência de novos questionamentos sobre as condições de trabalho e reivindicações de mudanças capazes de garantir saúde e melhorar o ambiente e a qualidade de vida das pessoas.

Na Itália, o movimento pela Reforma Sanitária, que envolveu os trabalhadores organizados, técnicos de serviços de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, trouxe à cena política as condições de trabalho geradoras de doença e a necessidade de modificá-las. Os trabalhadores assumiram a condução da luta por melhores condições de trabalho e de vida, sob

o princípio da “não delegação” (Berlinguer, 1983; Oddone, 1986).

Ecos desse movimento chegaram ao Brasil em meados dos anos 70, em momento histórico marcado pelo processo de reorganização social, o fim da ditadura militar e redemocratização no país. Com o apoio dos trabalhadores, em particular dos sindicatos sintonizados com as premissas do “novo sindicalismo” e as formulações teórico-conceituais produzidas pela epidemiologia social, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira incluiu as questões de Saúde do Trabalhador.

Assim, o movimento da Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos 70, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Desde então, a implementação de ações de assistência e de vigilância da saúde para os trabalhadores, pela rede pública de serviços de saúde, vem contribuindo para a instituição da Saúde do Trabalhador no país (Dias, 1994).

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) desenvolvidos na rede pública de serviços de saúde, por sindicatos de trabalhadores e hospitais universitários, foram direcionados para 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 (Augusto, 1985; Mendes, 1988; Pimenta & Capistrano, 1988; Costa *et al.*, 1989). A incorporação dessas questões nas práticas cotidianas de sindicatos de trabalhadores mais organizados foi reforçada pelas assessorias de saúde e pela criação, em São Paulo, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) (Ribeiro & Lacaz, 1984). Essas iniciativas se espalharam pelo país, alimentando processo social de discussão e organização da luta pela melhoria das condições de vida e de trabalho digno e saudável, alicerces do movimento da Saúde do Trabalhador (Lacaz, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, contribuiu para reafirmar à sociedade brasileira a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la. Em dezembro do mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que marcou politicamente o movimento da insti-

tuição desse campo (Ministério da Saúde/Fiocruz, 1987).

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciado ampliado de Saúde, incluindo entre seus determinantes – *as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego* – e ao atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações no país. Essa atribuição foi regulamentada, em 1990, pela lei 8.080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. Consolidava-se assim, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador.

Entretanto, um árduo caminho se desenhava à frente para fazer cumprir a lei e inserir as ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Tradicionalmente, no Brasil, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho – a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica – era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Apesar das inovações, o texto constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho.

A Saúde do Trabalhador também foi formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e nos níveis estaduais e municipais do SUS. Entretanto, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Porém, essas dificuldades não impediram que houvesse avanços na inserção de ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Em 1991, o MS apresentou à sociedade, a primeira proposta de um Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS (MS, 1991). A estratégia definida à época privilegiava a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas. A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, foi um momento importante de mobilização técnica e política, e

palco de acirrada disputa quanto aos espaços de atuação dos Ministérios do Trabalho e da Saúde (MS, 2002).

Nos anos 90, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou esforços em um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o *Manual de Procedimentos* para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001.

Finalizando esta breve retrospectiva, pode-se dizer que os anos 90 foram férteis para a consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no país. Além das atividades desenvolvidas por distintos setores sociais, o trabalho dos CRST, na rede de serviços de saúde, contribuiu para a construção de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores no SUS, como expressão da luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado.

Entretanto, apesar dos avanços, também podem ser identificadas dificuldades, entre elas: o pequeno número e a distribuição desigual dos CRST nos Estados e municípios; a baixa cobertura das ações, que não alcançavam um número expressivo de trabalhadores; a desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde, permanecendo à margem das estruturas e políticas do SUS, conformando os “guetos da Saúde do Trabalhador”, além de uma fraca articulação intersectorial.

Assim, 15 anos após a regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde dos trabalhadores pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, pode-se dizer que *o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental*. Ou seja: o papel do “trabalho” na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades

produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem (Hoefel, Dias & Silva, 2005).

Apesar de não se ter, ainda, uma reflexão mais organizada sobre essas questões e sem minimizar as questões intestinas, próprias do SUS, é importante destacar, entre os fatores que têm dificultado a concretização desses objetivos, a emergência do processo de reestruturação produtiva. Um relativo distanciamento histórico já permite perceber que, nos anos 90, quando ainda “comemorávamos” as conquistas do movimento da Saúde do Trabalhador e se buscavam formas para efetivá-las, tomavam corpo, no Brasil, mudanças radicais na forma de organizar e gerenciar o trabalho e de reorientar as ações do Estado, na perspectiva do chamado “Estado mínimo”, em sintonia com um processo mais global.

Entre as consequências dessas mudanças, para o trabalho, o modo de vida e as condições de saúde da população, dos trabalhadores em particular, podem ser identificados: o desemprego estrutural; a *precarização* do trabalho e o crescimento do setor informal, com perda de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados pelos trabalhadores. O desemprego estrutural tem repercutido na organização dos sindicatos, obrigando-os a deslocar o foco de atuação para a preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o mesmo é executado. As relações de solidariedade e cooperação no cotidiano de trabalho, essenciais para a saúde e segurança dos trabalhadores, são substituídas pela competição predatória, socialmente valorizada e estimulada pelos meios de comunicação.

O perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores também reflete essas mudanças, traduzindo-se no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que respondem por cerca de 80% dos casos atendidos nos CRST, na atualidade e em formas de adoecimento mal caracterizadas, entre elas o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Como agravante, observa-se que essas “novas” formas de adoecimento convivem, no país, com as doenças profissionais clássicas como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras (MS, 2004).

Nesse cenário, a clientela atendida pelos CRST deixou de ser, predominantemente, encaminhada pelos sindicatos e pela Previdência Social passando a ser constituída maciçamente por trabalhadores provenientes do setor informal, precário ou por desempregados. A sustentação para a organização e gerenciamento dos CRST, propiciada pela participação dos sindicatos de trabalhadores, também ficou muito prejudicada. Os técnicos dos CRST têm encontrado dificuldades para lidar com essa nova realidade. Observa-se um descompasso entre as “novas” necessidades e demandas dos trabalhadores e as práticas de saúde construídas anteriormente. Nas ações de Vigilância dos ambientes e condições de trabalho pelas equipes dos CRST, por exemplo, aparece claramente a contradição entre as exigências técnicas de mudança dos processos de trabalho, que, em muitos casos, significam interdição e a luta dos trabalhadores pela manutenção do emprego. É grande também a dificuldade dos profissionais para lidar com os “novos” problemas de saúde-doença dos trabalhadores, entre eles, as manifestações de sofrimento psíquico, os efeitos à exposição a baixas dos agentes de substâncias tóxicas e às novas formas de organização e gestão do trabalho. Estes são alguns exemplos das dificuldades enfrentadas na atenção à Saúde do Trabalhador no SUS.

Apesar da escassez e inconsistência das informações sobre a situação de saúde dos trabalhadores, no Brasil, segundo o IBGE, a população economicamente ativa (PEA) é composta por aproximadamente 85 milhões de trabalhadores, dos quais apenas 23 milhões, cerca de um terço, são cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT). Estima-se que mais de um milhão de trabalhadores são atingidos, a cada ano, por acidente ou agravo relacionado ao trabalho (MS, 2004). Entre 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, com uma média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores do setor formal segurados pelo SAT. O coeficiente médio de mortalidade, no mesmo período foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, 2003).

Assim, paradoxalmente, o SUS assume um papel social diferenciado, ao se colocar, de fato, na atualidade, como a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando a busca da redefinição das práticas de saúde e a construção de um “novo modelo” de atenção.

No final do ano de 2002, uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002. Apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais, a portaria foi apoiada pelos profissionais e técnicos dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que reconheceram na iniciativa uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS. Pela primeira vez, seria possível contar com um financiamento extra-teto das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal.

A partir de 2003, a coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (MS, 2004). Para isto, foi organizado um suporte técnico regionalizado para assessorar o processo de implementação da RENAST, prioritariamente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também, buscou-se ampliar e consolidar a articulação intra-setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, em particular com a Atenção Básica; retomar o processo de discussão técnico-político de definição de uma Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter intersetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência. Outra frente de atuação envolve a implementação de um amplo processo de capacitação, nos Estados e municípios, de modo articulado com a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETES) e a participação dos pólos de educação permanente, de universidades e instituições de ensino. Nesse sentido, está sendo organizada uma rede de centros colaboradores em Saúde do Trabalhador no SUS, para apoiar essa capacitação, fornecer assessoria técnica e produzir conhecimentos e material de apoio necessários ao pleno desenvolvimento das atividades.

No capítulo dos instrumentos e normas, a portaria MS 777, de 28 de abril de 2004, dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, em rede sentinela específica do SUS.

Ela reitera a importância da articulação intrasetorial na saúde, em particular as interfaces com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, de modo a suprir a necessidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção e o perfil de adoecimento relacionado ao trabalho. A portaria define 11 grupos de agravos, considerados de notificação compulsória na rede de serviços sentinela, em sintonia com os fluxos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para facilitar a operacionalização dessa portaria, estão sendo preparados protocolos técnicos para cada um dos 11 grupos de agravos, com a colaboração de técnicos das universidades, dos CRST e instâncias do controle social. Essas informações são consideradas essenciais para subsidiar o controle social e orientar as ações de saúde e as mudanças nos ambientes e condições de trabalho.

Com base na experiência adquirida nesses dois anos e meio de implementação da RENAST, o texto da portaria 1.679 está sendo revisto. Entre as inovações propostas estão: a) a ampliação do número de CRST e de uma nova estrutura para a RENAST, que passa a ser organizada a partir da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador, dos CRST e da rede sentinela; b) mudanças no processo de habilitação dos CRST, cuja gestão passa a ser tanto municipal quanto estadual; c) definição mais clara dos mecanismos de controle social, dos critérios de habilitação e acompanhamento dos CRST e do sistema de informação do SIA/SUS.

A estratégia da RENAST para a atenção à Saúde do Trabalhador no SUS

Conceitualmente, a RENAST é 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, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRSTs. Estes

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

Entre as tarefas a serem cumpridas pelos CRST estão: prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social.

Considerando a importância da produção, sistematização, análise e disseminação da informação em Saúde do Trabalhador, a RENAST prevê a organização da *rede sentinela* de notificação, que deverá cobrir os 5.230 municípios brasileiros. O termo *sentinela* é empregado, aqui, de modo distinto daquele utilizado pela epidemiologia para designar um evento ou problema de saúde em uma população ou comunidade. É utilizado para nomear a rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidade, organizada de modo a garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância da saúde. Assim, o “serviço sentinela” é responsável pela notificação e informações que irão gerar as ações de prevenção, vigilância e de intervenção e mudanças, em Saúde do Trabalhador.

Em situações especiais, caracterizadas a partir da presença de fatores de risco para a saúde nos processos produtivos, em um dado território e por critérios epidemiológicos, previdenciários, socioeconômicos, além da presença efetiva do controle social, as ações de saúde do trabalhador poderão ser organizadas, no nível local, em *municípios sentinelas*. A utilização desse termo tem gerado confusão com o conceito de “município de alto risco”, empregado pela epidemiologia, estando em discussão, no processo de revisão da portaria.

Apesar da necessidade de se aclarar esses conceitos, a organização da Rede Sentinela e dos Municípios Sentinelas tem o propósito de desenvolver metodologias e organizar o fluxo de informação e atendimento aos doentes e acidentados do trabalho, em todos os níveis de atenção do SUS: na rede básica, média e alta

complexidade de modo articulado com as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental.

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em: I) a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra- e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (MS-PNST, 2004).

A construção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e a assistência integral à saúde caracterizam a atenção integral à saúde. Pressupõem a adequação e ampliação da capacidade institucional de modo a permitir que este conjunto de ações seja desenvolvido com competência e resolutividade pela rede de serviços de saúde, em ação coordenada de diversos setores do governo e da sociedade civil. A *articulação intra-setorial* envolve todas as instâncias do SUS. No Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador é o ponto focal dessa articulação e abrange, no campo da assistência, a Atenção Básica, a Média e Alta Complexidade e os programas e ações direcionadas a grupos populacionais específicos, entre eles: as mulheres, os idosos; criança e adolescente; portadores de necessidades especiais. Também é estratégica a articulação das ações das Secretarias de Vigilância em Saúde, em especial com a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM); de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; de Gestão Participativa; de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; além da Anvisa e Funasa. Entre os fóruns estratégicos para a *pactuação* intra-setorial estão: o Conselho Nacional de Saúde (CNS); a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador (CIST); o Colegiado de Secretários do Ministério da Saúde; a Comissão Permanente de Saúde, Ambiente, Produção e Desenvolvimento Sustentável (Copesa); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A *articulação inter-setorial* tem como interlocutores privilegiados os Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e Meio Ambiente e está sob a responsabilidade direta do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT). Outros fóruns de arti-

culação intersetorial são: o Fórum Permanente de Erradicação do Trabalho Infantil; Conselho Nacional de Segurança Química (Conasq); Conselho Nacional de Direitos Humanos; Comissão Nacional de Biossegurança (CTNBIO) e os Movimentos Sociais e Organizações Sindicais de trabalhadores. Considerando a importância da produção de conhecimento para o desenvolvimento da atenção à Saúde do Trabalhador, particularmente nesse cenário de mudanças assinalado anteriormente, ela deve estar orientada por critérios epidemiológicos, relevância social e capacidade das instituições de pesquisa e envolver todos os equipamentos da rede de serviços do SUS, em particular os CRST. A capacitação dos profissionais, outra prioridade para a implementação da RENAST, deve contemplar a diversidade e especificidades regionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multi-profissional e a experiência acumulada pelos Estados e municípios.

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença. Na atualidade, o crescimento das relações informais e precárias de trabalho exige a criação ou identificação de novas modalidades de representação dos trabalhadores, para além das organizações sindicais tradicionais (Silveira, Ribeiro & Lino, 2005).

Sobre a Informação em Saúde do Trabalhador, além dos aspectos já mencionados, a Política do Ministério da Saúde para a Informação e Informática estabelece o propósito de: *promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimentos e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços*. A criação do Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador, com o apoio da representação da OPAS no Brasil, visa facilitar a monitorização e análise da situação de saúde dos trabalhadores, tomando por base as recomendações do Comitê Temático Interdisciplinar da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), incorporado

ao Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan).

O financiamento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS é outra questão complexa e ainda não resolvida. A implementação da RENAST conta, nessa fase inicial, com recursos extra-teto, transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Estados e municípios. Esses recursos permitiram a habilitação inicial de 11 CRSTs em 2002, ampliados para 111, em agosto de 2005. Nesse período, foram liberados recursos da ordem de 30 milhões de reais, cifra sem precedentes para o financiamento da Saúde do Trabalhador no SUS.

Características do “modelo de atenção” da RENAST

Para Paim (1999) *modelos assistenciais são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde (...)*. O autor assinala que não são normas ou exemplos a serem seguidos, mas do uso de racionalidades diversas para a prática.

A rigor não se pode falar de um “modelo de atenção da RENAST”, uma vez que este é o próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção com equidade e controle social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da Atenção Básica de Saúde e o enfoque da Promoção da Saúde.

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

de doença. Por outro lado, a identificação de situações ou de fatores de risco para a saúde nas situações de trabalho, originada nas ações de vigilância, permite o encaminhamento dos expostos e doentes à assistência adequada. Assim, as ações de Saúde do Trabalhador são desencadeadas a partir da identificação de um agravo à saúde ou de uma situação de risco, relacionados ao trabalho. A indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui uma pedra angular da Saúde do Trabalhador.

A Atenção Básica é a principal referência para o re-ordenamento da atenção à saúde na atualidade. Constitui a porta de entrada dos serviços de saúde e apresenta-se como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar equidade. Além de permitir a entrada no sistema, ela propicia atenção com resolutividade e não direcionada exclusivamente para a doença e coordena ou integra a referência a níveis mais complexos. É organizada a partir de uma base territorial e critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas. Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde *o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham*. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador, sob o controle social, são possibilidades concretas na atenção básica. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência.

O “modelo de atenção” da Saúde do Trabalhador, orientado pela Promoção da Saúde privilegia as ações sobre as condições de vida das pessoas e do coletivo, no território onde vivem e trabalham. A Política Nacional de Promoção

da Saúde focaliza a contribuição dos modos de viver, ou seja, *os modos como sujeitos e coletivos elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida, envolvendo forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território local, regional, nacional e/ou global* na produção do processo saúde-doença. (MS, 2005). Outra contribuição importante do enfoque da Promoção da Saúde se refere ao *empoderamento* dos trabalhadores para tomada de decisão e gerenciamento de suas condições de saúde. Isto pressupõe a garantia de informação e meios efetivos para esse gerenciamento, que coincide com a “participação e não delegação”, uma das “idéias força” da Saúde do Trabalhador.

Finalizando esta breve identificação dos pilares que orientam o desenho e a atuação da RENAST, é importante destacar a idéia-proposta ou conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável. Apesar das controvérsias que envolvem o termo e as formas como essa expressão tem sido apropriada por distintos setores sociais, a realidade tem apontado, de modo consistente, a necessidade de inclusão das questões relacionadas às relações Trabalho-Ambiente e Saúde, de modo especial a Saúde do Trabalhador, nas agendas de discussão do modelo de desenvolvimento a ser adotado no país (Rigotto, 2003). O que produzir? Como? Quem? Para que? Como repartir os ônus e as benesses do produto desse trabalho? São questões cruciais cujas respostas exigem o envolvimento de toda a sociedade.

Na atualidade, as políticas públicas setoriais que enfocam a produção e distribuição de bens oriundos da transformação da natureza e prestação de serviços, na agricultura, comércio, indústria, desenvolvimento e ciência e tecnologia não têm, via de regra, levado em consideração as conseqüências sobre as condições de vida e os perfis de adoecimento relacionados ao trabalho. A mesma fragmentação se reproduz nas políticas setoriais na esfera da Previdência Social, Meio Ambiente e Trabalho. Para a mudança desse quadro, é necessário que as políticas públicas privilegiem a construção de processos produtivos limpos e saudáveis, de modo a diminuir os riscos de adoecimento e a degradação do ambiente e garantir uma distribuição equitativa e justa dos benefícios e problemas gerados nos processos produtivos.

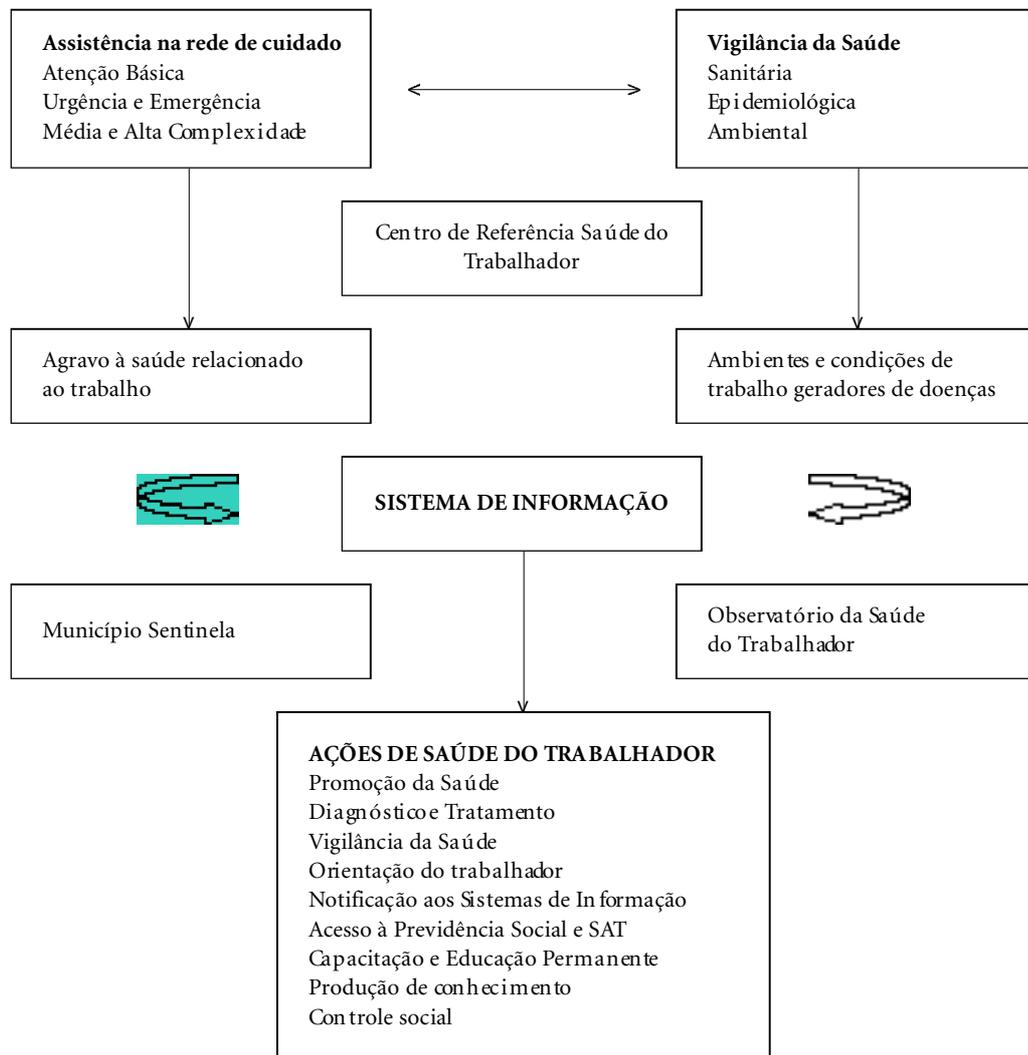
A figura 1 tenta resumir o “modelo de atenção” da RENAST.

Esquemáticamente, as ações de Saúde do Trabalhador compreendem a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (Vigilância Sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (Vigilância Epidemiológica) e da situação ambiental (Vigilância Ambiental). Estão incluídas, ainda, a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas, todas elas desenvolvidas sob o controle da sociedade organizada. A partir das ações assistenciais são identificados os “casos” ou situações de adoecimento relacionado ao trabalho, que são notificados ao Sistema de Informação. A partir dessa informação são desencadeados os procedimentos de vigilância da saúde. Na outra ponta, as ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, de vigilância epidemiológica de agravos e da vigilância ambiental também geram informação e identificam “casos de doentes ou de suspeitos” que são encaminhados à rede de serviços de assistência. Fecha-se, dessa forma, o ciclo de atenção integral à saúde dos trabalhadores, que inclui ainda, procedimentos de Promoção da Saúde definidos e implementados no âmbito do sistema de saúde e fora dele, pelo setor Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social.

Desafios e perspectivas para a RENAST

Apesar dos percalços, pode-se considerar que a estratégia da RENAST, para prover uma atenção diferenciada aos trabalhadores no SUS tem sido bem sucedida. Hoefel, Dias & Silva (2005) destacam, entre as dificuldades a serem superadas: a) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) falta de orientação clara quanto aos processos de *participação* dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez

Figura 1
Modelo de atenção da RENAST.



que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) o controle social está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal, que ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais; g) desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST

para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) apesar dos avanços regionais, ainda se observa o precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas.

O momento histórico e o processo de criação da RENAST permitem identificá-la como uma política compensatória, lamentavelmente, focalizada e desvinculada de outras políticas de seguridade social. Foi implementada por um Estado cuja atuação esteve marcada pela restri-

ção de direitos dos trabalhadores e outras mudanças estruturais destinadas a diminuir os gastos públicos para gerar *superávit destinado* ao pagamento da dívida externa.

Entretanto, a RENAST também é uma política transformadora e de inclusão, pois tem possibilitado dar visibilidade às questões de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde; facilitado o diálogo com os gestores e o planejamento de ações, financiadas por recursos extra-teto. O processo de mobilização social expresso na realização de cerca de 500 conferências municipais e estaduais de Saúde do Trabalhador, na etapa

preparatória da 3ª CNST, prevista para novembro deste ano, também pode ser creditado ao trabalho da RENAST. Assim, é importante reafirmar os ganhos e as possibilidades da RENAST e, sem ufanismo, enfrentar as dificuldades e solucionar, na medida do possível, os impasses e as lacunas observadas.

O movimento da Saúde do Trabalhador em nosso país está próximo de completar 30 anos. Nesse período, enfrentou inúmeras adversidades, mas persiste apoiado nos sonhos e no trabalho de muitos que acreditam que o Trabalho é meio de Vida.

Colaboradores

EC Dias e MG Hoefel, em conjunto, conceberam e planejaram o artigo, realizaram a discussão e aprimoramento do texto. EC Dias redigiu o trabalho e ambas as autoras realizaram sua revisão final.

Referências bibliográficas

- Augusto LGS 1985. Benzolismo em uma siderúrgica. *Rev. SOS* 10:153-87.
- Berlinguer G 1983. *A saúde nas fábricas*. CEBES-Hucitec-Oboré, São Paulo.
- Costa DF *et al.* 1989. *Programa de Saúde dos Trabalhadores – a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. Oboré, São Paulo.
- Dias EC 1994. *Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp Campinas.
- Hoefel MG, Dias EC & Silva JM 2005. *A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em <3cnst@saude.gov.br>
- Lacaz FAC 1996. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formulações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-Unicamp. Campinas.
- Mendes R 1988. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional* 64(16):7-21.

- Mendes R & Dias EC 1991. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev. Saúde Públ.* 25(5):341-349.
- Merhy E, Cecílio LCO & Nogueira RC 1992. *Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as Conferências de Saúde.* Ministério da Saúde, Brasília. (Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, v. 1).
- Ministério da Previdência Social. *Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.* Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005, dos ministros de Estado da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. DOU. Número 85 de 05/05/2005. Disponível em <www.previdenciasocial.gov.br>
- Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz 1987. *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.* Brasília, Ministério da Saúde/Fiocruz-ENSP-CESTEH.
- Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária 1991. *Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação para o SUS.* Brasília (mimeo).
- Ministério da Saúde 2002. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 2. Brasília, DF 1994. *Anais.* Brasília. Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências).
- Ministério da Saúde 2004. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.* Brasília (mimeo).
- Ministério da Saúde 2005. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* MS, Brasília. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acessado em 20 de julho de 2005.
- Od done I et al. 1986. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.* Hucitec, São Paulo.
- Paim JS 1999. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde, pp. 489-503. In Z Rouquayrol & N Almeida. *Epidemiologia e saúde.* 5ª ed. Medsi, Rio de Janeiro
- Pimenta AL & Capistrano Filho D (orgs.) 1988. *Saúde do Trabalhador.* Hucitec, São Paulo.
- Ribeiro HP & Lacaz FAC (orgs.) 1984. *De que adoece e morrem os trabalhadores.* DIESAT, São Paulo.
- Rigotto RM 2003. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 4(6): 388-404.
- Silveira AM, Ribeiro FSN & Lino AFPF 2005. O controle social no SUS e a RENAST. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. 3ª CNST: Trabalhar sim! Adoeceer não! Coletânea de Texto.* Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília. Ministério da Saúde.

Artigo apresentado em 10/08/2005

Aprovado em 31/08/2005

Versão final apresentada em 8/09/2005