



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

LAWANE CRISTINA DE OLIVEIRA AZEVEDO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE – SUS: DA MEDICINA DO TRABALHO À POLÍTICA NACIONAL DE  
SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – (PNSTT)

Rio de Janeiro  
2021

LAWANE CRISTINA DE OLIVEIRA AZEVEDO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: DA MEDICINA DO TRABALHO À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – (PNSTT)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>o</sup> Dra. Cecília Paiva Neto Cavalcanti

Rio de Janeiro  
2021

## DEDICATÓRIA

Dedico a minha amada filha Maitê Azevedo, por ser a minha luz e o motivo para continuar.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos;

A minha filha Maitê, por ser a minha luz e motivar a cada dia;

Aos meus pais, pelo amor, apoio e incentivos constantes;

A minha falecida avó que sempre foi um exemplo para mim;

A minha família, pela paciência, compreensão e palavras de apoio;

Aos amigos pela amizade, em especial as que a faculdade me proporcionou Eliza, Joyce, Lana, Mariana, Silvana, Thaísa e Taiza pelo carinho e apoio diário;

A minha psicóloga Anne Cláudia por todo suporte e orientação;

A minha orientadora Cecília Paiva, pela atenção, dedicação e ensinamentos passados;

Aos professores da Escola de Serviço Social da UFRJ que me proporcionaram aprendizado e conhecimento;

A todos que participaram direta ou indiretamente desta trajetória.

*“Sem Saúde não se trabalha, sem trabalho não se tem saúde.”*

*Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos*

## RESUMO

AZEVEDO, Lawane Cristina de Oliveira. **A Institucionalização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único De Saúde – SUS: da Medicina do Trabalho à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – (PNSTT)**. Rio de Janeiro, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Este trabalho tem como objeto a análise da estruturação das ações da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS que culminou na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – PNSTT. Utiliza-se, como método, a análise documental e bibliográfica do referente tema. O estudo de caráter qualitativo, foi desenvolvido através do levantamento bibliográfico e análise da política instituída no campo da saúde do trabalhador e trabalhadora. O paradigma da Saúde do Trabalhador é fruto de um longo percurso histórico de movimentos sociais e de lutas da classe trabalhadora em busca de melhores condições de trabalho. Como referencial teórico, busca-se percorrer sobre essa evolução que incorpora os determinantes do processo saúde-doença e idealiza o trabalhador e a trabalhadora com principais sujeitos transformadores no mundo do trabalho. Tendo como objetivos específicos: apresentar os paradigmas antecedentes à institucionalização da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, realizar a leitura da legislação vigente, analisar seu desenho e provocar uma discussão quanto os seus limites e possibilidades. Com isso faz necessário resgatar e fortalecer a força da participação da população e do exercício do controle social, que é diretamente responsável pela conquista histórica dos direitos sociais no Brasil.

Palavra chaves: Saúde do Trabalhador, PNSTT.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS – Atenção Primária à Saúde
- CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CF – Constituição Federal
- CRST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- CISAT – Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
- CIST – Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
- CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
- DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
- GTs – Grupos de Trabalho
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- MOI – Movimento Operário Italiano
- MS – Ministério da Saúde
- OIT – Organização Internacional do Trabalho
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização PanAmericana da Saúde
- PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
- PST – Programas de Saúde do Trabalhador
- SO – Saúde Ocupacional
- SEMST – Semana de Saúde do Trabalhador
- SES – Secretaria de Estado da Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- ST – Saúde do Trabalhador
- VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador
- VS – Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I - Resgate histórico da construção da Saúde do Trabalhador.....	11
1.1 A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional .....	11
1.2 A Construção do campo Saúde do Trabalhador no Brasil .....	19
CAPITULO II - A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT .....	31
2.1 Estrutura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT .....	31
2.2 Limites e Possibilidades da PNSTT.....	34
CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como temática a institucionalização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único De Saúde – SUS: Da Medicina do Trabalho à Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – (PNSTT).

Pretende-se resgatar os antecedentes históricos da incorporação da saúde do trabalhador no SUS até a sua institucionalização na PNSTT. A metodologia utilizada compreende a revisão bibliográfica sobre o tema e leitura da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – PNSTT.

O interesse pela área da saúde do trabalhador surgiu por ser um espaço que me identifiquei desde que realizei dois períodos de estágio curricular no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG no período de abril a dezembro de 2011. Como estagiária vivenciei as diversas rotinas na unidade, em especial as atividades vinculadas ao projeto de extensão “Atenção em Saúde do Trabalhador nas Instituições Públicas”

Ao longo da minha trajetória acadêmica participei como bolsista de extensão da UFRJ no Projeto “Atenção em Saúde do Trabalhador nas Instituições Públicas”. O mesmo é um projeto interinstitucional que foi coordenado pela Prof. Dr. Cecília Paiva Neto Cavalcanti, professora adjunta da Escola de Serviço Social da UFRJ. Este projeto objetivava implantar ações de promoção da saúde do trabalhador nas instituições públicas.

Em decorrência das experiências vividas no campo de estágio, me dediquei ao estudo da temática de saúde em especial a saúde do trabalhador em meu trabalho de conclusão de curso. O interesse também surgiu, através da minha inserção no mercado de trabalho desde o início da graduação que provocou inquietações ficadas quanto a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença. Fazendo-se estender pelo convívio com os assistentes sociais do Hospital Universitários Gaffrée e Guinle, no campo de estágio e no projeto de extensão “Atenção à Saúde do Trabalhador nas Instituições Públicas”.

Compreendo que a contribuição à minha categoria profissional tenha como foco a percepção do determinante social no processo-saúde doença da população trabalhadora e uma abordagem na Saúde do trabalhador e trabalhadora que corrobore com as políticas sociais, as lutas de classe e ações de vigilância.

Quanto à estrutura do trabalho, no primeiro capítulo serão abordados os paradigmas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador. Um resgate histórico do desenvolvimento da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, decorrendo pela Saúde Ocupacional. Desdobrando na construção do paradigma da Saúde do Trabalhador que se consolidou no bojo da reforma sanitária e nas conquistas significativas dos trabalhadores na Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo examina o desenho da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – PNSTT, e aponta as questões e impasses para sua materialização.

Diante do contexto apresentado o trabalho pretende levantar quais são os principais desafios e limites colocados atualmente para efetivar a PNSTT. E fornecer recomendações para o fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS.

## CAPÍTULO 1

### Resgate histórico da construção da Saúde do Trabalhador

A questão da Saúde do Trabalhador soa como contemporânea, entretanto, devemos entender que é fruto de um longo percurso histórico de movimentos sociais e de lutas da classe trabalhadora em busca de melhores condições de trabalho. Com isso, neste capítulo, pretende-se fazer o resgate sobre o desenvolvimento dos paradigmas da Medicina do trabalho, Saúde ocupacional e Saúde do trabalhador. Assim, busca-se também compreender a determinação social do processo saúde-doença oriundas nos processos de trabalho e em suas relações.

#### 1.1 A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional

É datada desde a Antiguidade a vinculação entre o trabalho e a saúde/doença, quando Hipócrates, em seus escritos, apresentava o estado de saúde de um trabalhador mineiro, sugerindo um quadro de intoxicação saturnina<sup>1</sup>. Entretanto, não houve uma atenção com a relação entre a patologia e o ambiente de trabalho. Afinal, não fazia parte das preocupações dos estudiosos da época investigar essa relação, já que a força produtiva era composta por pessoas advindas de nações subjugadas e escravizadas.

Já na idade média, marcada pelo valor atribuído aos metais preciosos, fomentou observações quanto ao estado de saúde das pessoas envolvidas na extração mineral. Esta importância atribuída aos metais prolonga-se por outros períodos históricos, perpetuando os riscos à saúde. Desta forma, na idade moderna encontramos os relatos de Georgius Agrícola (1556), que após o estudo de aspectos relacionados à extração e fundição de metais, dá destaque à “asma dos mineiros,

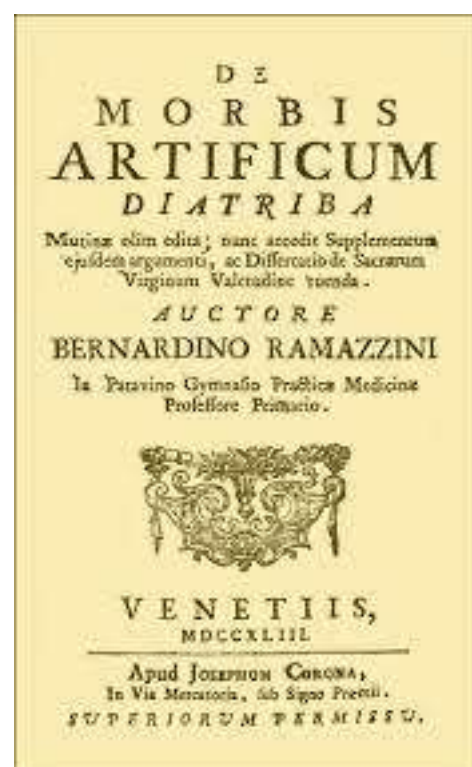
---

<sup>1</sup> O saturnismo consiste numa doença causada pela intoxicação por contato com o chumbo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

cuja descrição dos sintomas e a rápida evolução sugerem tratar-se de silicose, eventualmente acompanhada de câncer de pulmão”. (MENDES, 1995).



*De re metallica, 1556*



*De Morbis Artificum Diatriba, 1700*

É no ano de 1700, com o médico italiano Bernardino Ramazzini, em sua obra “De Morbis Artificum Diatriba”, que trata sobre as doenças dos trabalhadores, que se estabelece uma sistematização e relevância sobre a relação entre saúde/doença e ocupação. Ramazzini propõe que esta relação fosse considerada na anamnese, na qual o médico realiza uma entrevista com o paciente a fim de obter um diagnóstico, acrescentando a pergunta: “E que arte exerce? ”, sendo um mecanismo importante para a descoberta dos fatores que implicam na Saúde do Trabalhador. (MENDES, 1995).

Neste sentido, é correto afirmar que Ramazzini introduziu alguns conceitos da Medicina Social, posto que analisa as relações entre o estado de saúde de uma

determinada população e suas condições de vida, que estavam, segundo ele, na dependência da situação social que ocupam. (MENDES, 1995).

Com a chegada da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII, um novo cenário se configurou a partir da introdução das máquinas e novos processos de trabalho. No entanto, o consumo da força de trabalho, resultante de um processo acelerado de produção, acarretou na degradação das condições de trabalho e do modo de vida do operário, configurando altas taxas de mortalidade por doenças e acidentes de trabalho, tornando-se inviável a sobrevivência do trabalhador e a produção nas indústrias.

Este quadro ameaça os interesses da produção num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente e suscita movimentos sociais como a luta por melhores condições de trabalho.

As primeiras propostas de intervir nas empresas para minimizar os efeitos danosos do trabalho sobre as vidas humanas, expressaram-se numa sucessão de normatizações e legislações. A criação da Lei das Fábricas, em 1833, foi seu ponto mais relevante e constitui a origem dos serviços de Medicina do Trabalho (GÓMEZ & THEDIM, 1997; MENDES E DIAS, 1991).

O primeiro serviço médico de empresa foi criado em uma fábrica têxtil, quando um proprietário de uma fábrica inglesa, preocupado que seus operários não possuíam nenhum tipo de assistência médica, procurou o seu médico particular, a fim de que ele lhe indicasse a melhor forma de resolver essa situação. E obteve a seguinte resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre 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 a 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 unicamente é que deve ser responsabilizado. (MENDES e DIAS, 1991, p. 341).

As indústrias da época passaram a contratar médicos que trabalhassem em suas fábricas diretamente, com a condição de que eles fossem responsáveis

pelas consequências possíveis com relação à saúde de seus operários. Surgindo assim, na primeira metade do século XIX, o primeiro serviço de medicina do trabalho.

Mendes e Dias (1991: 342) despontam nesta iniciativa "os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades desses serviços". Estes deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário, que se dispusessem a defendê-lo, e centrados na figura do médico, sendo a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho uma tarefa eminentemente médica, para quem ficava transferida a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde.

A presença do médico no interior das fábricas representava, simultaneamente, "um esforço para detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador," objetivando seu rápido retorno à linha de produção. (GÓMEZ E THEDIM 1997: 22)

A preocupação em prover serviços médicos aos trabalhadores refletiu no cenário internacional constando na agenda da Organização Internacional do Trabalho ( OIT), criada em 1919. A Recomendação 112, aprovada em 1959 pela Conferência Internacional do Trabalho, foi o primeiro instrumento normativo de âmbito internacional que passou a servir como "referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais", inclusive, no Brasil a partir da década de 70. Entre outras atribuições, os Serviços de Medicina do Trabalho têm como tarefa "a adequação do trabalho ao trabalhador", no entanto, limitada à intervenção médica, restringe-se "à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho" (MENDES & DIAS, 1991: 342).

A Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, que transplantada para o âmbito do trabalho, reflete-se na propensão a isolar riscos específicos para atuar sobre suas consequências, "medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida" (GÓMEZ & THEDIM, 1997: 23).

A atuação da Medicina do Trabalho se foca restritamente nos agentes patogênicos sob o trabalhador no ambiente de trabalho e no tratamento de doenças,

sendo somente o especialista responsável pelas ações que abordam o indivíduo/diagnóstico/tratamento. A relação de trabalho entre a Medicina do Trabalho e a instituição, torna os médicos subordinados a um contrato, obrigando-os a cumpri-lo para servir a empresa e aos seus interesses. Atuava como elemento filtrante para manter o controle do capital sobre a força de trabalho, limitando a compreensão do processo e enfrentamento do adoecimento no trabalho “ cuja causalidade envolve a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores” (LACAZ,2007, p.5)

Vasconcellos e Pignati (2006) afirmam que o médico do trabalho não tem a missão de tratar do trabalhador, mas somente avaliar sua capacidade física de continuar ou não trabalhando, sendo permitido a ele autorizar apenas um afastamento temporário. Quando o problema de saúde encontra-se grave, a ponto de comprometer mais o trabalhador no processo produtivo.

O médico do trabalho avaliava a capacidade física do trabalhador de poder continuar ou não trabalhando, devolvendo-o às fontes determinantes de seu mal-estar original. Se não produzissem, eram descartados, por irem contra os interesses do processo produtivo, alegando que os trabalhadores eram os únicos culpados pelos danos sofridos (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

A transição da Medicina do Trabalho para a Saúde Ocupacional ocorreu devido a mesma mostrar ineficiência para intervir em questões de saúde relacionadas ao processo de produção, levando os trabalhadores a insatisfação e questionamentos. De acordo com Cavalcanti,

Na década de 1940, em decorrência dos efeitos da II Grande Guerra Mundial, a Medicina do Trabalho se revela impotente para lidar com os problemas de saúde causados pelos processos produtivos num contexto em que há uma queda na oferta de mão-de-obra, em função das baixas de guerra, e, os frequentes acidentes de trabalho, estavam onerando as seguradoras. Fazia-se necessário uma intervenção mais ampliada nos ambientes e processos de trabalho de forma a prevenir a saúde dos trabalhadores e, desse modo, a força de trabalho para o capital. (CAVALCANTI, 2011, p. 122)

Assim, a Saúde Ocupacional surge nesse contexto para atender a uma necessidade da produção e, diferentemente da Medicina do Trabalho, promove um deslocamento do olhar clínico para o epidemiológico passando a atuar,

inclusive, com a incorporação de profissionais de outras áreas do saber, nas condições que determinam e precedem a doença.

A Saúde Ocupacional, com ênfase na higiene industrial, teve sua intervenção a partir do controle de riscos ambientais nos locais de trabalho. Para Mendes e Dias (1991:343), a Saúde Ocupacional surge como resposta “racional e científica”, no setor industrial, aos conflitos sociais, políticos e econômicos decorrentes da II Guerra Mundial e da acelerada evolução tecnológica, que desvelam a “relativa impotência da Medicina do Trabalho” para intervir nos problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, aumentando a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores.

Além disso, trouxe um rompimento com a ideia da unicausalidade das doenças com a introdução da teoria da multicausalidade, posto que ao invés da atribuição do agravo a saúde a um único agente etiológico, uma série de fatores passa a ser considerada como atuante na produção da doença, sendo estes fatores analisados através da “clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito.” (MINAYO, 1997, p.23).

Neste paradigma a atuação médica direcionada ao trabalhador torna-se ampliada, passando a intervir sobre o ambiente com ênfase na higiene industrial e na formação de equipes multiprofissionais. Desta forma:

A Saúde Ocupacional surge, principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. (MENDES, 1991).

Porém, a Saúde Ocupacional acaba por atuar como uma medida curativa sobre o trabalhador doente e em ações pontuais sobre os locais de trabalho. Sua abordagem limita-se a uma ação individual sobre os riscos e a saúde dos trabalhadores e não coletiva. Permanece a prática dos trabalhadores ainda serem vistos como objetos, como meros espectadores das práticas que visam atuar diretamente na relação trabalho-saúde.

Diante das limitações apresentadas pelos modelos da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, suas eficácias começam a ser questionadas, e é neste contexto



que surge a chamada Saúde do Trabalhador. Assim, a configuração do campo Saúde do Trabalhador é explicada por Gómez (2011, p. 25):

O discurso da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, político e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e prática das concepções hegemônicas sobre a relação trabalho-saúde da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se a ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito de ambas as concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho.

O campo da Saúde do Trabalhador surge da crescente consciência dos trabalhadores, de que é necessário eliminar os riscos dos processos produtivos ou controlar a sua exposição. Por natureza, é um campo interdisciplinar, que considera a subjetividade do trabalhador como um componente fundamental para compreender o processo saúde-doença e intervir na construção de melhorias das condições de trabalho.

Nem a Medicina do Trabalho e nem a Saúde Ocupacional têm em sua concepção uma visão de proteção da saúde dos trabalhadores perante as complexas mudanças do mundo do trabalho. Para compreender a complexidade dos paradigmas apresento a seguir um quadro com as principais diferenças.

<b>Campo</b>	<b>Medicina do Trabalho</b>	<b>Saúde Ocupacional</b>	<b>Saúde do Trabalhador</b>
<b>Agente</b>	Médico	Especialista	Equipes multiprofissionais + Trabalhadores
<b>Objetos</b>	Trabalhadores	Grupos de risco	Classes Sociais Trabalhadores organizados
<b>Instrumentos e meios</b>	Técnica a serviço dos setores dominantes	Técnica “neutra”*	Técnica a serviço dos trabalhadores
<b>Resultados</b>	Informação deformada da realidade	Conhecimento ideologizado da realidade	Determinantes sob controle dos trabalhadores Conhecimento integrado da realidade

Fonte: Tambellini, 1988 apud Vasconcelos, 2011 p. 411 \* Com aspas no original.

## 1.2 A Construção do campo Saúde do Trabalhador no Brasil

Segundo Vasconcellos (2011, p. 406), “[...] a Saúde do Trabalhador surgiu como fruto de uma crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional [...]”.

A Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar, que considera a subjetividade do trabalhador um componente fundamental para compreender o processo saúde-doença e conhecimento para construção de melhorias das condições de trabalho.

Nesse contexto crítico, relevantes iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho ocorreram na Itália, a partir dos anos 1960, com o surgimento do movimento operário italiano. Com isso, a configuração de um novo modelo de abordagem da relações saúde-trabalho foi sendo estruturada pela organização operária com a concorrência de intelectuais acadêmicos e atores políticos, resultando no denominado “Modelo Operário Italiano” (MOI). (VASCONCELLOS, 2011, p. 406) Esse modelo que surgiu na Itália, a partir dos anos 1960, deu suporte à luta do movimento operário italiano visando à melhoria das condições de trabalho e saúde. Trata-se de um instrumento prático de pesquisa-ação sobre riscos ambientais criado pelos próprios trabalhadores com a colaboração de intelectuais. (VASCONCELOS, 2011).

No Brasil, a constituição da Saúde do Trabalhador teve suas origens na experiência do Modelo Operário Italiano (MOI), concentrando seu olhar nos determinantes dos processos saúde-doença oriundos dos processos produtivos e suas consequências sobre os trabalhadores.

O conjunto de características advindas desse movimento e de seus princípios moldou o conceito de saúde do trabalhador, que se difundiu e passou a frequentar as reflexões sobre a construção de conhecimentos e políticas na dimensão das relações saúde-trabalho, em vários países do mundo, inclusive no Brasil. (VASCONCELOS, 2011).

A influência do movimento italiano chegou ao Brasil em meados da década de 1970, em um momento histórico marcado pela reorganização social, o fim da ditadura militar e a redemocratização do país. Com o apoio dos trabalhadores, especialmente dos sindicatos, de acordo com a premissa do movimento conhecido como Novo Sindicalismo e as formulações teóricas e conceituais criadas pela epidemiologia social, o programa de reforma sanitária do Brasil abrangeu as questões de Saúde do Trabalhador. (DIAS e HOEFEL, 2005)

Assim, a Saúde do Trabalhador, com a conotação de campo de conhecimentos vinculados a programas de saúde, surge no final dos anos 1970, no Brasil, especialmente após o início dos debates sobre a reforma sanitária brasileira. (VASCONCELOS e RIBEIRO, 2011. p. 424).

No caso brasileiro, nos anos 1970, concomitantemente ao acelerado crescimento do número de trabalhadores industriais, houve um forte incremento na organização dos trabalhadores em torno da reivindicação da regulamentação da jornada de trabalho e em busca de melhores salários. São também dessa década os primeiros movimentos em defesa da saúde pela melhoria das condições de trabalho (REBOUÇAS et al., 1989; RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Deste modo, o movimento da Saúde do Trabalhador adquire forma no Brasil, 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.

Em síntese, o campo da Saúde do Trabalhador engloba um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, políticas, humanas -, multiprofissionais e interinstitucionais no campo da saúde coletiva. Diversos atores, em diferentes localidades sociais e motivados por uma visão comum de produção em saúde, desenvolvem ações de promoção da saúde, sempre no âmbito das políticas públicas de saúde. (GÓMEZ, 2011).

No Brasil, a organização da Saúde do Trabalhador nasceu do papel dos trabalhadores da indústria, com o apoio de pesquisadores e profissionais da saúde,

dirigentes sindicais, em torno do conhecimento trazido das diversas áreas disciplinares, além da medicina. Esse conjunto de contribuições tem sido acompanhado por uma maior participação dos trabalhadores e seus sindicatos na discussão de suas questões.

Indo nesta direção foi criada, em 1979, a CISAT (Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador), que foi responsável pela organização das primeiras Semsat (Semana de Saúde do trabalhador), e em 1980, o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho). (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Por ocasião a 1º semana de saúde do trabalhador (Semsat), com o lema Saúde não se troca por dinheiro, discutiu-se a silicose e as doenças pulmonares causadas pela exposição à poeira. E levantou a importância das medidas preventivas no setor metalúrgico que denunciava a presença do pó de sílica nas operações.

Sobre o assunto Lacaz (2007) explica:

Ainda no início dos anos 1980, em São Paulo, setores do movimento sindical, como metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários, exigem dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho, fato contemporâneo à criação, por parte de dezenas de sindicatos de trabalhadores, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que terá importante papel na discussão sobre o rompimento com o assistencialismo médico existente dentro dos sindicatos, nefasta herança dos tempos do Estado Novo, numa perspectiva de superá-lo, propondo que tal atribuição seja da rede pública de saúde. A assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD teve relevante papel na superação do assistencialismo, contribuindo para que o sindicato propusesse, no ano de 1984, à Secretaria de Estado da Saúde (SES), o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, experiência pioneira com efetiva participação sindical em sua gestão. (LACAZ, 2007)

Foi pensando nisso que o movimento sindical criou o DIESAT, o qual desempenha um papel importante na organização do conceito e prática da Saúde do Trabalhador. E apoia o movimento dos trabalhadores com estudos e pesquisas sobre as questões relacionadas à saúde na luta por melhorias nas condições de trabalho. Suas atividades se concentraram, na elaboração de textos, documentos técnicos,

concretização de seminários, cursos e assessorias para organizações sindicais específicas. (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Essas iniciativas se espalharam pelo país, alimentando o 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 publicação “De que adoecem e morrem os trabalhadores” (RIBEIRO; LACAZ, 1984) foi marco importante dessa contribuição. Como foi também o apoio à greve conduzida com êxito pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABC em 1984, a primeira sucedida no país por questões relacionadas à insalubridade das condições de trabalho (LACAZ, 1996).

Os organismos internacionais também influenciaram na gênese da Saúde do Trabalhador, a saber: a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS) lançou o documento “Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores”, em 1983, e o Comitê misto OIT-OMS lançaram a Convenção 161 e a recomendação 171 (Serviços de Saúde no Trabalho). Sobre o movimento pela reformulação dos sistemas de saúde, no que refere as relações saúde-trabalho a OPAS, ainda em 1983:

Lança o Documento Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores (OPAS, 1983) com diretrizes para implementação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltados para aqueles que trabalham. (LACAZ, 1997, p. 9.)

Analisando o ano de 1984, Vasconcelos e Ribeiro (2011) destacam:

O surgimento dos programas de saúde dos trabalhadores e algumas mudanças de comportamento dos órgãos de fiscalização [...] são expressões das alterações que se vêm processando na relação capital/trabalho [...] são esclarecedores em demonstrar a falência do velho sistema (saúde e fiscalização) e o surgimento das novas ações. (apud Costa et al., 1989, p.28)

Assim, começaram a ser criados os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em vários estados brasileiros, principalmente nas capitais e interior dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul. Sobre a proposta do PST:

(...) Frise-se que eram organizados todos eles na perspectiva de acoplar ações de assistência à saúde às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, com ênfase na interlocução com o movimento social de trabalhadores e na atividade interinstitucional e multiprofissional, procurando sempre uma aproximação com a universidade. (SANTOS E LACAZ, 2011, p. 88)

A proposta desses Programas era que os Trabalhadores pudessem participar no controle, na avaliação e até gestão, vigilância, acesso à informação dos atendimentos, dentre outras ações que extrapolavam a abordagem da Saúde Ocupacional. (SANTOS E LACAZ, 2011).

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), eram unidades públicas de serviços específicos de saúde que promoviam a integração de ações de assistência, promoção e prevenção, com atuação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, engenheiros, psicólogos, sociólogos, etc.) e garantindo a participação dos sindicatos de trabalhadores na sua gestão, controle e avaliação. (LACAZ, 2009)

Essas integrações fortaleceram as ações da assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador, principalmente relacionadas aos ambientes e processos de trabalho, envolvendo atuações interinstitucionais. De modo geral, os saberes acumulados nos PSTs, com a intensa participação dos trabalhadores, orientaram a organização da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

Conforme Lacaz (1992; 1996) e Minayo-Gómez e Lacaz (2005), a prática acumulada nos PST – embasada na participação dos trabalhadores (em alguns casos, na sua gestão, controle e avaliação); na integralidade das ações de assistência e vigilância; e na universalidade de acesso –, orientou a forma de atenção à saúde dos trabalhadores como atribuição do Sistema de Saúde, mesmo antes de existir na atual configuração como SUS, cujos princípios são: universalidade, integralidade e controle social.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontecimento que marcou os princípios do SUS e confirmou para a sociedade brasileira a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em dezembro do mesmo ano, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que reuniu de modo inédito, sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e

comunidade em geral, marcando politicamente o movimento da instituição nesse campo.

A 1º CNST abordou como principais temas, o diagnóstico da situação de saúde de trabalhadores, com entendimento de que a Saúde do Trabalhador superava os limites da Saúde Ocupacional; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e a necessidade de uma política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores (BRASIL,1986).

É importante registrar que esses eventos e iniciativas surgem no contexto da Reforma Sanitária, na qual a Saúde do Trabalhador se difundiu com mais amplitude, desenvolvendo-se ainda mais a partir da publicação da nova Constituição do país em 1988 e com a implementação do SUS. (DIAS & HOEFEL, 2005).

Segundo Vasconcellos (2011), o movimento da reforma sanitária brasileira reforçou o entendimento de que as relações saúde-trabalho se enquadram no âmbito de ação da saúde pública e incorporou nas suas ideias essa perspectiva, na concepção ampliada de mudança no modelo sanitário do país.

Conforme Lacaz (2007) destaca, esse movimento contribuiu para elaboração dos princípios do SUS.

O movimento pela Reforma Sanitária contribuiu para formular o projeto do SUS, conforme prescreveu a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, cujo relatório final apontava que o trabalho em condições dignas, o conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho, é um pré-requisito central para o pleno exercício do acesso à saúde. A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador incorpora a proposta do SUS, que deve englobar ações e órgãos de Saúde do Trabalhador, na perspectiva da saúde como direito, conforme tendência internacional de universalização do direito. (LACAZ, 2007)

As discussões e debates acerca da Saúde do Trabalhador no Brasil, proporcionaram diretrizes para a formulação da Constituição Federal de 1988 e posteriormente a Lei Orgânica da Saúde.



A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foram acrescentadas as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciado do conceito ampliado de saúde, incluindo entre seus determinantes “as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego” e atribuindo ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações, elaborar normas técnicas e estabelecer as estratégias para promoção da saúde da classe trabalhadora no país.

Após dois anos foi regulamentada, em setembro de 1990, a Lei nº 8.080, que definiu os princípios e a formatação do Sistema Único de Saúde (SUS). Incluiu-se, assim, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador.

A execução das ações de Saúde do Trabalhador (ST), segundo a Constituição Federal, Art. 200 é competência do SUS devendo este:

Inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador;  
Inciso VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde de 1990, estabeleceu os princípios e as diretrizes do SUS, sua organização, níveis de atenção, gestão, funcionamento, financiamento e definiu as competências de cada ente federativo (Governo Federal, Estados e Municípios), tanto no investimento quanto na gestão e execução das políticas de saúde.

A LOS (Lei 8080/90) orienta a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador, no parágrafo 3º, do artigo 6º a define como:

Um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e a proteção da saúde do trabalhador, assim como visa a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

E enumera as ações:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

De acordo com Vasconcelos e Ribeiro (2011) a Constituição Federal de 1988, as Constituições estaduais de 1989 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990:

Ratificaram boa parte do discurso da mudança, contemplando algumas das grandes questões de saúde do trabalhador, especialmente a ação interventora de vigilância da saúde sobre os ambientes e processos de trabalho, o que se configurou como uma novidade normativa em matéria de saúde pública. Outras questões consideradas legalmente foram a incorporação do próprio conceito de saúde do trabalhador e as interfaces de sua abordagem com a sociedade, em especial com o movimento sindical, consignando o controle social nas práticas cotidianas dos serviços. (VASCONCELOS E RIBEIRO, 2011, p.435)

Em 1991, o Ministério da Saúde (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)<sup>2</sup>, como alternativa para potencializar os escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas. (DIAS & HOEFEL, 2005).

Com a consolidação do SUS e a incorporação da saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988 e na LOS, diversas forças sociais passaram a

---

<sup>2</sup> Os CRST representavam unidades especializadas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde (SANTOS E LACAZ, 2011).

pressionar o Estado para criar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (VASCONCELLOS E MACHADO, 2011).

Ainda em 1991 foi instituída pela Resolução nº011 do Conselho Nacional de Saúde, de 31 de outubro de 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST. Com o objetivo de assessorar o CNS, fornecendo subsídios para deliberar sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde na área.

A realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994, com o tema “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”, foi um momento importante de mobilização técnica e política e palco de acirrada disputa de espaços de atuação entre os Ministérios do Trabalho e da Saúde. (MS, 2002).

Vasconcellos e Machado (2011) destacam isso, ao afirmar que

O momento da 2ª CNST foi o clímax de uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço suprassetorial de consolidar e provocar o desencadeamento de ações concretas no âmbito do SUS. (VASCONCELLOS E MACHADO, 2011, p. 38)

Dificuldades semelhantes observadas na 1º CNST, em dar forma a uma concepção mais completa de política de Estado, também ocorreram na 2º CNST. Seu mérito foi levantar questões sobre as relações entre desenvolvimento, meio ambiente e saúde e por estimular uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais no esforço conjunto para propor ações concretas no SUS. (VASCONCELOS; RIBEIRO 2011).

Segundo Dias e Hoefel (2005) a década de 1990 foi fértil para o fortalecimento do campo da saúde do trabalhador no país. Além das atividades desenvolvidas por diferentes atores sociais, a atuação 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 por melhores condições de vida e trabalho, e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado.

Nos anos seguintes, foram sendo construídos protocolos, normas e diretrizes específicas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, entre as quais, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS). (BRASIL,1998).

A referida norma instituída pela Portaria nº 3.908 de 30 de outubro de 1998, estabelecia as orientações das ações e serviços em Saúde do Trabalhador pelo SUS. Segundo essa norma, caberia aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios a operacionalização de ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1998).

Em 2002, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) – Portaria GM/MS n. 1.679 de 19 de setembro de 2002. Posteriormente ampliada e fortalecida através da Portaria nº 2.437.

Embora as 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. (DIAS; HOEFEL, 2005).

Ressalta-se que com a Renast, pela primeira vez, a Saúde do Trabalhador terá orçamento próprio para custear suas ações, relacionadas à implementação de um Plano de trabalho de Saúde do Trabalhador em nível estadual e municipal. (DIAS; HOEFEL, 2005)

De acordo com Santos e Lacaz (2011), a Renast é apontada como a principal estratégia do SUS para a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores. Com o objetivo de implementar ações de promoção, assistência e vigilância da saúde do trabalhador no SUS.

No entanto, está estruturada a partir de centros de referência, tendo adotado a nomenclatura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). São centros especializados compostos por equipes multidisciplinares que atuam, nas suas áreas de abrangência, na prevenção, promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em Saúde do Trabalhador.

Em novembro de 2005, realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que tinha como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”. O tema sobre a construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi novamente levantado, dando-se continuidade ao intenso debate acerca da construção e implementação de uma política nacional de Saúde do Trabalhador. No entanto, Vasconcellos e Machado (2011) evidenciam que nesse momento as recomendações não foram acolhidas pelo Ministério da Saúde.

No que se refere algumas resoluções decorridas da conferência, Lacaz (2007) destaca o retorno de propostas que “recuperam” as formulações da Saúde Ocupacional, de tal maneira desconsiderando o papel do SUS na saúde dos trabalhadores do setor público e o acúmulo desenvolvido em ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

Já no ano de 2008 foram retomadas as discussões com representações dos coordenadores estaduais de Saúde do Trabalhador. No ano seguinte, 2009, com a participação em grupos de trabalho formados os GTs, se realizaram diversas reuniões e oficinas de trabalho para tratar sobre o assunto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

A primeira versão da Política Nacional de Saúde do Trabalhador surgiu em 2010 confeccionado por Grupos de Trabalho e depois ocorreram as apresentações para o Conselho Nacional de Saúde e CIST e depois ao 4º Encontro Nacional da Renast.

Houve a discussão no colegiado da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e a apresentação no Grupo de Trabalho de Vigilância Pública. Em 2011, foi realizada uma consulta pública, e a proposta foi apresentada no 5º Encontro Nacional da Renast. No mesmo ano houve a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

Homologada em 23 de agosto de 2012 pela Portaria nº 1.823, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) constituiu um dos principais avanços para a efetivação do direito à Saúde do Trabalhador. Assim, a política surge com o objetivo de orientar e articular as ações que já estavam sendo

desenvolvidas para garantia desse direito, bem como as produções científicas da área (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

## **CAPÍTULO 2**

### **A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT**

A construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi campo de um intenso debate entre diferentes atores sociais do governo e sindicatos nos anos que antecederam a sua instituição. Para isso, considera-se relevante abordar neste capítulo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT , tendo como propósito analisar seu desenho e provocar uma discussão quanto os seus limites e possibilidades.

#### **2.1 Estrutura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT**

Como visto, em 2012, foi publicada a Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). A PNSTT define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal e estabelece as ações necessárias para a atenção integral à Saúde do Trabalhador e da trabalhadora.

Enfatiza a importância das ações de vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Na política fica estabelecido que a execução das ações em saúde do trabalhador são competência do SUS e reafirma o alinhamento entre esta Política e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída pelo Decreto nº 7.642/2011. Conforme pode ser visto na Portaria 1.823/2012:

Considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal;

Considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o alinhamento entre a política de saúde do trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011;( ...). (BRASIL, 2012)

É destinada a todos os trabalhadores, conforme sustenta a portaria 1.823/2012 :

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (BRASIL, 2012)

Os princípios e diretrizes da PNSTT, definidos no Art. 5º do Capítulo I, são:

- I - universalidade;
- II - integralidade;
- III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV - descentralização;
- V - hierarquização;
- VI - equidade; e
- VII - precaução. (BRASIL, 2012)

É importante destacar que, entre os princípios clássicos do SUS, foi incluído o da Precaução, trazido da área ambiental. Ele adquire importância crescente para a garantia da saúde dos trabalhadores no contexto das grandes mudanças que ocorrem nos processos de trabalho, na atualidade, baseadas na incorporação de novas tecnologias e novas formas de gestão do trabalho, cujos efeitos sobre a saúde humana e o ambiente não são bem conhecidos.

Para fins de implementação no SUS deve considerar articulação entre ações individuais de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção e prevenção entre as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; o conhecimento técnico e os saberes dos trabalhadores.



Tem como objetivos, definidos no Art. 8º do Capítulo II:

- I. Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e promover sua integração com os demais componentes da vigilância em saúde.
- II. Promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis.
- III. Garantir a integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador.
- IV. Ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção.
- V. Incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde.
- VI. Assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde.
- VII. Assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (BRASIL,2012)

As estratégias da PNSTT, definidas no Art. 9º do capítulo III, são:

- I. Integração da vigilância em saúde do trabalhador com os demais componentes da vigilância em saúde e com a APS.
- II. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores.
- III. Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Fortalecimento e ampliação da articulação intersectorial.
- IV. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social.
- V. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.
- VI. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL,2012)

A garantia da integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores, ou seja, a articulação entre as ações individuais de assistência visando ao tratamento e à reabilitação dos agravos ou doenças apresentadas pelo trabalhador, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, é o grande desafio para a real implementação da PNSTT/SUS.

A Vigilância em Saúde (VS) envolve ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, que devem ser organizadas a partir da articulação das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador. Tem por objetivo:

a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009b).

A Visat é um dos componentes da Vigilância em Saúde e organiza-se em torno de dois pilares principais e complementares: a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho e a vigilância de ambientes e processos de trabalho.

Nesse sentido, as ações assistenciais devem ser integradas às de Visat e desenvolvidas de forma articulada com as demais áreas da vigilância em saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

O mapeamento do território e o conhecimento do perfil epidemiológico da população adstrita, dos riscos para a saúde e das situações de exposição decorrentes do trabalho, permitem que a equipe planeje e gerencie a atenção integral a saúde dos (as) trabalhadores(as).

Isso inclui as ações de vigilância em saúde, a pactuação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos com outros pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS) e organize os processos de apoio institucional, técnico e pedagógico e matriciamento, com ênfase na capacitação e na educação permanente.

Assim, o desenvolvimento das “ações de Saúde do Trabalhador”, ou seja, ações que considerem as relações produção-consumo-ambiente e saúde, em nível individual e coletivo, deve acontecer de modo articulado em todos os pontos de atenção do SUS: na Atenção Primária em Saúde ; na atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; na atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e na rede hospitalar; na rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; na assistência farmacêutica; nos sistemas de informação em saúde; nos sistemas de regulação do acesso; no sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e de auditoria; e na promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à Saúde do Trabalhador.

A política prevê a avaliação e o monitoramento das ações de saúde do trabalhador, enfoca as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador,

articulando-se às demais vigilâncias e busca garantir a integralidade das ações em Saúde do Trabalhador, visando implementar ações em toda a rede SUS.

Desta forma, temos uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (GÓMEZ,2013, p.22)

## **2.2 Limites e Possibilidades da PNSTT**

Neste item abordaremos os obstáculos, desafios e avanços que Gómez (2013) e Vasconcelos (2013) levantaram no debate sobre a implementação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora - PNSTT. A minha escolha por esses autores, se deve ao acúmulo teórico-conceitual relevante que detém no campo da Saúde do Trabalhador.

Gómez (2013), indica como um dos desafios para os profissionais e gestores dos Cerests<sup>3</sup>, seria desenvolverem ações que fortaleçam a vigilância em Saúde do Trabalhador devido ao seu território de abrangência. Visto que, o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no seu território de abrangência e um dos objetivos prioritários da PNSTT.

Com isso, o território apresenta uma variedade de funções e diversidades, o que dificulta o monitoramento das atividades realizadas. Isso se torna um grande desafio, pois no Brasil existe uma grande diversidade regional, com diferentes práticas econômicas e processos de trabalho/produção e diversas formas de adoecimento e morte entre os trabalhadores. Esses diferentes mapas de produção devem ser considerados na definição das prioridades locais/regionais para as ações no campo da Saúde do Trabalhador.

Outros desafios apontados pelo autor são: a mudança na cultura assistencial em analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a Visat

---

<sup>3</sup> Os Cerest encontram-se sob a responsabilidade das prefeituras municipais, apoiados pelas Secretarias Estaduais, Área Técnica da Saúde do Trabalhador, Secretaria de Ações de Saúde (SAS) e pelo Ministério da Saúde.

com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar adequadamente os profissionais e os gestores.

As equipes dos Cerests devem trabalhar conjuntamente às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) que atendem a população e promover o acompanhamento constante da situação de saúde, identificar as principais queixas relacionadas à saúde, as situações de adoecimento e morte e as possíveis relações com os ambientes e processos de trabalho.

Sobre o assunto destaque Vasconcelos (2013) quando sugere alguns passos possíveis:

urge ir bem além de implicar a atenção básica como ponto de partida [...], mas sim a rede como um todo e as demais estruturas afins de Estado, em uma abordagem por complexidade da ação, situando os Cerests como polos produtores de conhecimentos para a transformação da ST articulados especialmente com as instâncias de ensino e pesquisa, em cada nível local.

Cabe destacar as iniciativas possíveis para vigilância, como o projeto já realizado nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, através dos Multiplicadores do Visat<sup>4</sup>. Trata-se de mais uma tentativa de aprimorar a vigilância do gesto e encorpar a resistência que “faz alguma coisa”, enquanto lutamos por uma vigilância de ST como política de Estado. (VASCONCELOS, 2003).

Buscar junto dos trabalhadores, soluções para enfrentamento para os problemas identificados e articular com as diversas redes e níveis de atenção à saúde e outros setores, além da saúde.

A faltam de planos operacionais nos diversos níveis que considerem a heterogeneidade do Cerest, tanto em relação aos problemas do território em que estão inseridos, quanto a capacidade de respostas das equipes.

O autor indica que o aprimoramento na formação de profissionais seja uma alternativa, uma vez que muitos deles incorporados nos últimos anos não tenham prática de atuar dentro de uma lógica de complexidade das ações requerida pela Visat.

---

<sup>4</sup> Agentes de vigilância formados nos Cursos Básicos de Visat são selecionados para serem multiplicadores e instrutores de novos Cursos Básicos em todo o Brasil.

Isso significa que os profissionais estejam aptos para identificarem os agravos à saúde em decorrência do trabalho e sejam capacitados para adotar procedimentos necessários para uma intervenção que esteja pautada na lógica da integralidade. Também é importante que compreendam a importância da participação dos trabalhadores nessa Política.

A base de um programa adequado deveria ser a de formação-ação, tendo como referências mais recente as diretrizes de vigilância e as prioridades de monitoramento em diferentes níveis.

Deve-se realizar conjuntamente as notificações e buscar, soluções para os problemas enfrentados, o que pode exigir articulação com diversas redes e níveis de atenção à saúde e também promover a intersetorialidade para além do setor saúde.

Cabe destacar a relevante contribuição dos diversos cursos de formação existentes sobre o a temática da Saúde do Trabalhador, do mestrado profissional de vigilância em Saúde do Trabalhador; da educação à distância de especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana; da especialização em epidemiologia de saúde do trabalhador e aperfeiçoamento de vigilância em Saúde do Trabalhador para agentes do controle social.

Esses diferentes cursos a nível de pós-graduação e formação continuada precisam estar dentro da proposta da implementação da PNSTT. No que concerne as necessidades operacionais das diretrizes da política, referente as diretrizes de vigilância e as categorias consideradas prioritárias.

A fragilidade da participação dos trabalhadores na representação das CIST, com baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em Saúde do Trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde.

Suporte da articulação intersetorial para formulação de demandas e adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas de saúde de trabalhadores em diversos setores produtivos.

O distanciamento entre a academia e serviços tanto na produção de conhecimentos, como de subsídios operacionais que contribuam para que a Renast

possa desempenhar com maiores fundamentos a sua missão. Projetos de estudo e pesquisa sobre temáticas consideradas prioritárias para subsidiar a implementação da PNSTT.

As limitações institucionais em todos os níveis da política de recurso humanos na Renast. Quadro qualificado, suficiente e estável de profissionais de carreira que garanta a institucionalidade de políticas e práticas, assim como as mudanças de diretrizes que se fizerem necessárias. Instabilidade de profissionais por conta de contratos precários e ausência de critérios técnicos na indicação dos gestores e pela predominância de motivações de cunho político partidário nas nomeações.

Em resumo, para efetivar implementação das diretrizes da política deve-se superar alguns obstáculos. Uma mobilização coletiva que demande um empenho de todos os atores e afirmação de pactos entre instituições públicas, centro acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

## Conclusão

O Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, afirma o seu compromisso com a classe trabalhadora. Sua capacitação e contribuição é destinada a busca dos direitos dos trabalhadores. Com isso, o assistente social é uma das profissões que operacionalizam o SUS, nas ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde dos trabalhadores.

Diante disso, a necessidade de promover a saúde dos trabalhadores pelo SUS implica na intervenção na organização, condições e nas relações estabelecidas pelo trabalho, através de propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de Saúde do Trabalhador.

Conforme apontado por Leão e Vasconcellos (2011) a atuação do assistente social no Cerest:

potencialmente, tanto pode contribuir para reforçar a alienação – no avesso do seu discurso humanista tradicional – como também para elucidar e desencadear mediações em relação a situações e processos sociais, no sentido do seu entendimento mais amplo – no local de trabalho e na sociedade – e na direção do enfrentamento das contradições, expressas na realidade cotidiana, posição que tenho nominado “avesso do avesso”. (apud Freire, 1998, p.673)

Com isso, os diversos trabalhadores do SUS, entre os demais membros dos Cerest, tem o compromisso com a Saúde do Trabalhador no SUS de possibilitar uma mudança na cultura e na continuidade das ações e dos serviços como um todo.

Existem muitos limites e avanços para efetuação da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, mas sobretudo incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença se faz necessário para que ocorra mudanças significativas nos equipamentos.

Tendo em vista os aspectos destacados neste trabalho, avalio que há necessidade de continuidade nas investigações sobre a temática a fim de contribuir para pautas dos trabalhadores em luta para melhores condições de trabalho e a missão de construir uma proposta que possibilite intervenções nos determinantes da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Para cumprir efetivamente as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT precisa-se superar alguns obstáculos, por meio da mobilização coletiva entre as instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil. Mudanças na cultura e continuidade das ações e dos serviços como um todo. E incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença.



## Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) . Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) . Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL .[Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm). Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 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: 28 abr. 2022.

BRASIL. Portaria Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2012. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html) . Acesso em: 28 abr. 2022.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. In: Revista Brasileira Saúde Ocupacional, 38 (127): 11-30, São Paulo: **Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO**, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/?format=pdf&lang=pt> . Acessado em: 28 abr. 2022.

DIAS, Elizabeth Costa; MENDES, René. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. In: Revista de Saúde Pública, 25 (5), São Paulo: Universidade de São Paulo, Out. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/?lang=pt> acessado em: 28 abr. 2022.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. v. 10, n. 4, p. 817-827, Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 8 set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10n4/817-827/>. Acesso em: 28 abr. 2022.

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, Sonia Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. In Caderno Saúde Pública, 13 (Supl. 2): 21-32, Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 01 mai. 2022.

GOMEZ, Carlos Minayo.; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. In: Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 797-806, Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xjHtsCsRdS3KF9hpHfxkrpF/?lang=pt> Acessado em: 28 abr. 2022.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO , Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva 23 (6), Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?lang=pt> acesso em: 28 abr. 2022.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. In: Controle Social na Saúde do Trabalhador. [S. l.]. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_107826829.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In: Caderno Saúde Pública, 23(4): 757-766. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, abril, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Dbjb9TcStGxFcbdZ3Fh3Mbg/?lang=pt> . Acesso em: 28 abr. 2022.

GÓMEZ, Carlos Minayo; Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional - Atenção

Integral em Saúde do Trabalhador: Desafios e Perspectivas de uma Política Pública, 38 (127): 11-30, 2013, São Paulo: **Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho** - Fundacentro, jun 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/csTHy4dmQcm7g4zt47kZR5y/?lang=pt> . Acesso em: 28 abr. 2022.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; PIGNATI, Wanderlei Antônio. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. In: **Ciência & Saúde Coletiva, Volume: 11, Número: 4, Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cMrKXXgzskJjdY4TjyKJp8N/?lang=pt> , Acesso em 28 abr. 2022.**

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Entre a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador: as coisas nos seus lugares. In. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. Pág. 401

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; e RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no SUS. In. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (Org.). Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. Pág. 423

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. In: Revista Brasileira Saúde Ocupacional, 38 (128): 179-198, São Paulo: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/F9KkXdfgXNdTpmRXGJR4L9s/?lang=pt>. Acessado em: 28 abr. 2022.