

4. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: A ESTRATÉGIA DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST)

Elizabeth Costa Dias | Thais Lacerda e Silva
Cláudia Vasques Chiavegatto | Juliana do Carmo Reis
Augusto de Souza Campos

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada pela portaria GM/MS n. 1.679, de 19 de setembro de 2002 (Brasil, 2002), é a principal estratégia adotada pela área técnica do Ministério da Saúde, atual Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, para implementar o cuidado aos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença.

A proposta da Renast surge em momento de grandes transformações no ‘mundo do trabalho’, no perfil produtivo e no perfil demográfico e epidemiológico dos trabalhadores, nas organizações sindicais e sociais, parceiros históricos do que se convencionou denominar ‘movimento da saúde do trabalhador’. Além disso, no âmbito do SUS, em 2006, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, reorientaram o cuidado à saúde no país (Brasil, 2006a).

Tantas mudanças dificultam a apreensão mais global da realidade e reforçam a necessidade da discussão sistemática e abrangente do tema. Com esse propósito, o Grupo de Trabalho (GT) de Saúde do Trabalhador da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) organizou, em 2007, o I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (Simbrast), favorecendo a análise de situação e a construção coletiva de alternativas para aperfeiçoamento do processo.

Este texto tem por objetivo contribuir para a reflexão sobre o processo de organização e desenvolvimento da Renast no Brasil, considerando os antece-

dentos, os avanços e as dificuldades a serem superadas, tendo como referência as diretrizes para o modelo de atenção expressas no Pacto pela Saúde de 2006. Inicialmente, traça breve retrospectiva da construção de ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde no país até a criação da Renast, em 2002. Em seguida, descreve o processo de implementação da estratégia, caracterizando a situação em 2010, e os principais ganhos ou aspectos positivos e as dificuldades enfrentadas. Finalizando, são sugeridos pontos de uma agenda para a garantia da atenção integral à saúde do trabalhador no SUS.

ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS DO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A implementação das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS é um processo sociopolítico e técnico em construção. Ele tem início, no Brasil, no final dos anos 80, na forma de ações isoladas, implementadas a partir de alianças solidárias entre as organizações e os sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde e de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, em alguns estados e municípios brasileiros, conformando os Programas de Saúde do Trabalhador (PST).

O intenso processo de mobilização e reorganização social que culminou com o fim da ditadura militar – expresso, na saúde, no movimento pela Reforma Sanitária – permitiu que, no processo constituinte, a responsabilidade pelo cuidado da saúde dos trabalhadores fosse atribuída ao SUS.

A atribuição constitucional, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, impôs novo entendimento e novas práticas para a atenção integral à saúde dos trabalhadores no país (Brasil, 1988, 1990). Desde então, as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde foram institucionalizadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal (Dias, 1994).

Considerando o princípio da universalidade de acesso, todos os trabalhadores, 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, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado, têm direito ao cuidado à saúde provido pelo SUS. Rompeu-se, assim, ainda que parcialmente, a tradição brasileira de que apenas trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, registrados e contribuintes da previdência social

dispunham de assistência médica, proteção trabalhista, traduzida na regulação e na inspeção das condições de trabalho e seguro de acidentes do trabalho, atribuições dos ministérios do Trabalho e da Previdência Social.

É importante ressaltar que a saúde do trabalhador nasce comprometida com a integralidade do cuidado da saúde, articulando as práticas de:

- Promoção da saúde: considera o trabalho como oportunidade de saúde, ‘empoderando’ os trabalhadores e desmistificando a visão de que o acidente e a doença são ‘inerentes’ ao seu desempenho.
- Vigilância à saúde: busca reconhecer as situações de risco e perigos gerados ou associados aos processos de trabalho para antecipar, prevenir, mudar.
- Assistência qualificada: reconhece o usuário como trabalhador inserido em uma situação particular de trabalho, para desenvolver ações integradas de promoção e proteção da saúde, de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Para a saúde do trabalhador, as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde são indissociáveis, não importando o arranjo organizacional ou a ‘caixinha’ em que estão inseridas.

Um novo posicionamento surge da compreensão de que as questões de saúde do trabalhador e saúde ambiental têm determinantes comuns nos mesmos processos produtivos, responsáveis tanto pela degradação ambiental, traduzida na poluição do ar, da água e do solo, quanto pelos danos à saúde dos trabalhadores e da população moradora no entorno das unidades de produção. Isto tem aproximado as duas áreas, não somente no plano da organização institucional, mas também nas práticas de saúde, particularmente nas ações de vigilância.

Outra orientação importante para a atenção integral à saúde dos trabalhadores é a transversalidade das ações: intrassetoriais, no âmbito do próprio SUS, e interssetoriais, em articulação com outras instituições e aparelhos sociais que lidam com a questão, na esfera do Trabalho, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Educação, da Justiça do Trabalho, do Ministério Público, entre outros, em estreita parceria com as organizações dos trabalhadores.

Na perspectiva da articulação intrassetorial, o entendimento do trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade e o reconhecimento do usuário como trabalhador devem permear as ações em todos os pontos de atenção da rede de saúde, desde a atenção primária, considerada, na atualidade, como ordenadora da rede de cuidado; os serviços

especializados, incluindo a reabilitação; a atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência e hospitalar; a rede de laboratórios e de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica; os setores responsáveis pela promoção e vigilância da saúde, os sistemas de informação e gestão da saúde, incluindo o planejamento, o acompanhamento, a regulação, avaliação e a auditoria.

Também é essencial a articulação com as ações das vigilâncias em saúde, em especial da vigilância ambiental; da gestão do trabalho e da educação na saúde; de gestão participativa; de ciência, tecnologia e insumos estratégicos; além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Entre os fóruns estratégicos para a pactuação intrasetorial estão: o Conselho Nacional de Saúde (CNS); a Comissão Intersetorial 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 intersetorial tem como interlocutores privilegiados os ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e Meio Ambiente. Outros fóruns de articulação intersetorial são: o Fórum Permanente de Erradicação do Trabalho Infantil; a Comissão Nacional de Segurança Química (Conasq); o Conselho Nacional de Direitos Humanos; a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), por exemplo.

A participação dos trabalhadores é considerada essencial em todas as fases do desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no SUS, entre elas a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões sobre o processo saúde-doença, e para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença. O crescimento das relações informais e precárias de trabalho exige a criação ou identificação de novas modalidades de representação dos trabalhadores, além das organizações sindicais tradicionais (Nehmy & Dias, 2010; Silveira *et al.*, 2005).

No desafio de fazer cumprir a lei e inserir as ações de saúde do trabalhador no SUS, são identificados alguns avanços e muitas dificuldades, entre os quais se destaca o despreparo dos profissionais de saúde para cuidar da saúde dos trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, pela ausência da temática nos cursos de graduação e/ou nos processos de educação permanente em saúde. Outra dificuldade encontrada refere-se à superposição ou concorrência de algumas das atribuições mantidas no texto constitucional,

fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho.

É preciso reconhecer que, vinte anos após a regulamentação da atribuição constitucional de que o SUS deve prover atenção integral à saúde dos trabalhadores, este objetivo ainda não foi plenamente cumprido. Ou seja, o SUS não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o ‘trabalho’ ocupa 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; Nehmy & Dias, 2010).

O processo de reestruturação produtiva em curso no país, de forma mais evidente a partir dos anos 90, alterou substancialmente a configuração do trabalho e as relações de produção. 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 repercute 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 trabalho é executado. As relações de solidariedade e cooperação no cotidiano de trabalho, essenciais para a saúde e a segurança dos trabalhadores, são substituídas pela competição predatória, socialmente valorizada e estimulada pelos meios de comunicação.

Essas mudanças se refletem no perfil de adoecimento dos trabalhadores, traduzidas no aumento da prevalência das doenças relacionadas ao trabalho. Além das tradicionais, como a silicose e as intoxicações pelos metais e solventes, surgiram as ‘novas’ doenças, como as lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), por exemplo, que respondem por cerca de 80% dos casos atendidos nos serviços especializados, na atualidade, e outras formas de adoecimento mal caracterizadas, entre elas o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho (Brasil, 2004).

No final de 2002, oportunidade política surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, permitiu a criação da Renast. Apesar das críticas ao processo de elaboração da portaria n. 1.679/02, em particular à ênfase dada às ações assistenciais, os profissionais de saúde e o

movimento dos trabalhadores reconheceram na iniciativa a possibilidade de fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS, em especial pelos recursos extrateto aportados para o financiamento das ações, vinculado ao Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador.

Nos termos da portaria, a organização da Renast tinha como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), compreendidos como: “polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento”. Em 2003, a Renast foi adotada como a principal estratégia de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (Brasil, 2004).

Com base nas deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a portaria n. 2.437, de 5 de dezembro de 2005, ampliou a rede de Cerests e enfatizou a importância das ações de vigilância e o envolvimento da atenção básica de saúde. Além disto, propôs duas estratégias complementares: a rede de serviços de média e alta complexidades, denominada serviços-sentinela e municípios-sentinela em saúde do trabalhador (Brasil, 2005).

A organização da rede sentinela de notificação deveria cobrir os 5.230 municípios brasileiros. O termo ‘sentinela’ é empregado na portaria n. 2.437/05, de modo distinto daquele utilizado pela epidemiologia para designar um evento ou problema de saúde em uma população ou comunidade. Ele nomeia a rede de serviços assistenciais de retaguarda, de média e alta complexidades, 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 em razão da presença de fatores de risco para a saúde nos processos produtivos em um dado território, e por critérios epidemiológicos, previdenciários e socioeconômicos, além da presença efetiva do controle social, as ações de saúde do trabalhador poderiam ser organizadas, em nível local, em municípios-sentinela.

Uma questão chave para a saúde do trabalhador decorre da subnotificação ou mesmo da ausência de informação sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, nos sistemas de informação do SUS, que dificulta a visibilidade social dos problemas e a inclusão nas agendas técnica e política dos gestores e dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, alimentando o círculo vicioso (Lacaz & Santos, 2010).

A possibilidade de estabelecer a relação entre a exposição a fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho, nas ações de vigilância da saúde e/ou da relação entre o agravo ou doença com a atividade desenvolvida pelo trabalhador, na rede assistencial, em especial nas abordagens individuais e coletivas, como visitas domiciliares, consultas e grupos operativos desenvolvidos no âmbito da atenção primária à saúde (APS), devem desenhar o registro nos sistemas de informação de saúde, permitindo coletivizar os fenômenos da exposição e/ou do adoecimento e promover mudanças nas condições e ambientes de trabalho geradoras de doença.

O Pacto pela Saúde publicado na portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, em suas três dimensões (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) acarretaram mudanças significativas para a organização e a gestão da saúde no país. O Pacto Pela Vida estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base em prioridades; o componente em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos com vistas a consolidar o processo da Reforma Sanitária brasileira, e o de Gestão define responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS. Entre os desafios apresentados pelo pacto, destacam-se os ajustes no modelo de gestão capazes de superar a fragmentação das políticas e dos programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (Brasil, 2006a).

Em 2009, a portaria n. 2.728 modificou a organização da Renast, redefinindo o papel do Cerest, adequando-os às diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006. Considerando que a organização da atenção integral à saúde do trabalhador deve seguir a diretriz que coloca a APS como ordenadora do cuidado na rede de atenção, a nova portaria prescreve que o Cerest deve: “oferecer subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais” (Brasil, 2009a).

Entre 2002 e 2009 foram habilitados 198 Cerests, em todas as unidades da federação, como pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição geográfica dos Cerests estaduais, regionais e municipais. Brasil – 2009



Fonte: Galdino (2010).

Apesar da ausência de estudos de avaliação, de âmbito nacional, sobre o processo de implantação da Renast e de seus impactos sobre a situação de saúde dos trabalhadores, algumas pesquisas regionais e ou estaduais têm identificado avanços importantes e dificuldades a serem superadas (Dias *et al.*, 2010; Lacaz & Santos, 2010; Dias & Hoefel, 2005).

Entre os avanços registrados podem ser apontados: a ampliação da visibilidade da área, facilitando a interlocução com os gestores; o acúmulo de experiência e saberes; a capacitação de técnicos, gestores e participantes do controle social do SUS, difundindo noções básicas sobre o tema (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese dos principais avanços e desafios para a implantação da Renast no SUS

AVANÇOS
Propiciou um fluxo contínuo de financiamento para as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Cerests
Aumentou o número de Cerests, tendo sido implantados em todos os estados do Brasil e no Distrito Federal
Permitiu o acúmulo de experiências e conhecimento técnico
Permitiu o desenvolvimento de diversos processos de capacitação de técnicos, gestores e controle social
DESAFIOS
Acompanhamento sistemático dos problemas de execução financeira
Reforço das articulações intrassetoriais
Consolidação do papel do Cerest no apoio técnico e pedagógico para a atenção à saúde dos trabalhadores
Ruptura com a lógica do modelo da Renast, centrada na atuação dos Cerests
Inserção da temática saúde do trabalhador nos processos de educação permanente em saúde
Fomento da informação em saúde do trabalhador, tornando-a fidedigna e disponível em tempo real, para orientar o planejamento e gestão e o controle social
Estruturação da vigilância em saúde do trabalhador de modo articulado com as outras vigilâncias em saúde: epidemiológica, sanitária e ambiental

Fonte: Adaptado de Dias e Hoefel (2005), Lacaz e Santos (2010) e Dias *et al.* (2010).

Finalizando, pode-se dizer que a Renast não se consolidou como rede, permanecendo, na maioria das situações, restrita ao Cerest. Muitas vezes, a Renast é até mesmo considerada como sinônimo de Cerest, o que contribui de modo significativo para a confusão conceitual sobre o papel do Cerest e

suas atribuições na rede SUS. Observa-se também que os critérios utilizados para credenciamento desses centros nem sempre seguem o modelo de regionalização do SUS nos estados, além das dificuldades para utilização dos recursos financeiros em âmbito regional, que são transferidos para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) do município sede do Cerest.

PONTOS PARA UMA AGENDA DE TRABALHO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

Considerando que, na atualidade, o SUS é, de fato, a única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores, é fundamental redefinir as práticas de saúde e a construção de um ‘modelo’ de atenção que considere essas questões e permita que, de fato, o SUS como um todo esteja mobilizado para suprir as necessidades dos trabalhadores. A pressão para que o SUS assuma o cuidado de um contingente crescente de trabalhadores aumenta, apesar da rede de serviços inadequada, despreparada e sobrecarregada, sobretudo no que se refere à atenção primária, em especial à estratégia de Saúde da Família.

A implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS e a estratégia da Renast necessitam ser ajustadas às novas realidades do perfil produtivo e dos trabalhadores em seus aspectos demográficos e epidemiológicos.

Entre os desafios para o SUS, destaca-se o de desenvolver ações de saúde do trabalhador na APS, atual referência para o reordenamento da atenção à saúde. Ela constitui a porta de entrada nos serviços de saúde e deve assegurar atenção integral, com resolutividade e de modo coordenado com os níveis de maior incorporação tecnológica. A APS é apresentada como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades existentes entre os grupos populacionais, na direção da equidade. A organização das ações tem como referência 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 (Brasil, 2006b; Starfield, 2002). Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de saúde do trabalhador no SUS, na atualidade, está diretamente relacionada à sua assimilação pela APS e suas estratégias.

Além dos argumentos de natureza conceitual e gerencial no âmbito do SUS, a defesa de que as ações de saúde do trabalhador sejam desenvolvidas a partir da APS considera, também, as repercussões dos processos de reestruturação

produtiva sobre o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio. Neste caso, apenas a APS tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham.

São possibilidades concretas de ações de saúde do trabalhador desenvolvidas na APS: o mapeamento das atividades produtivas em um dado território; o acolhimento dos trabalhadores, reconhecendo sua inserção particular no processo produtivo; a assistência ao trabalhador que considera a contribuição do trabalho na determinação dos processos saúde-doença; avaliação e manejo das situações de risco e perigos para a saúde presentes no trabalho pelas ações de vigilância, incorporando o saber do trabalhador.

Entretanto, para que a APS assuma e coordene o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, 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 contrarreferência adequados.

Embora não se tenha um distanciamento temporal que permita analisar a implementação da Renast no país, e não se conte com estudos de acompanhamento e avaliação desse trabalho – necessários e urgentes, que devem ser realizados em nível local e nacional –, a observação empírica e os registros de reuniões da área permitem identificar algumas questões a serem respondidas de modo a contribuir para a reflexão sobre o processo e aperfeiçoar a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no país.

Apesar da baixa prioridade nas agendas dos governos, nas três esferas de gestão do SUS, é possível dizer que a Renast está implantada nas 27 unidades da federação (incluindo o Distrito Federal), com formatos e práticas diversas, dando continuidade ao processo de construção de uma atenção diferenciada aos trabalhadores brasileiros que contemple sua inserção nos processos produtivos iniciada nos anos 80.

A possibilidade de contar com recursos extrateto, repassados aos municípios e destinados a apoiar as ações dos Cerests habilitados, é apontada pelos coordenadores e equipes técnicas como fator facilitador da interlocução com os gestores de saúde, ampliando a visibilidade do campo. Entretanto, esses recursos não são suficientes para cobrir os custos das ações e devem ser complementados pelos estados e municípios, o que raramente se observa. Também têm sido observadas dificuldades para utilização dos recursos, assim como o desvio de sua destinação para cobrir outras necessidades no âmbito do SUS.

Outra questão importante se refere à falta de clareza do papel a ser desempenhado pelo Cerest. Uma explicação simples para essa dificuldade pode ser encontrada na história da conformação desses centros especializados e na fragmentação das ‘caixinhas’ que organizam o SUS nas três esferas de gestão, responsáveis pela dicotomia das ações de assistência e vigilância.

É importante lembrar que a indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde constitui pedra angular da saúde do trabalhador, nas suas dimensões técnicas, éticas e por exigência do movimento de trabalhadores. Porém, historicamente, os centros de referência foram organizados privilegiando, em alguns casos, as práticas assistenciais e, em outros, as ações de vigilância. No ‘mundo real’, poucos serviços desenvolvem de fato atenção integral. Apesar dos esforços e de avanços regionais, observa-se o privilegiamento da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações. Também as ações intersetoriais são pontuais.

A portaria que orienta a Renast retirou a ênfase nas ações assistenciais, mas contraditoriamente propôs uma equipe mínima de profissionais para os Cerests, sem explicitar claramente as ações e as responsabilidades de cada um. Esta falta da clareza do papel a ser cumprido dificulta a composição das equipes e os processos de capacitação dos profissionais. Além do despreparo dos profissionais, é reconhecida a insuficiência do saber técnico sobre os novos agravos à saúde gerados pela adoção de novas tecnologias e novas formas de gestão do trabalho.

Outro aspecto a ser destacado se refere à abrangência de atuação dos Cerests. A habilitação dos centros, que não considera os processos de regionalização de cada estado, gera conflitos e prejuízos para a garantia da integralidade da atenção. Apesar da organização regional da maioria dos Cerests, muitos deles acabam limitando sua atuação no município sede, colocando assim um desafio para a Renast na contribuição para os processos de pactuação dos procedimentos entre os municípios de abrangência dos Cerests (Dias *et al.*, 2010; Lacaz & Santos, 2010).

Outra dificuldade a ser superada não apenas pela Renast, mas pela área de saúde do trabalhador no seu conjunto, refere-se à participação do controle social. Apesar de ser um valor básico e histórico na construção da área, é nítida a desarticulação do movimento sindical e social na Renast, agravada pelas dificuldades de se incorporarem os trabalhadores do setor informal nas instâncias de controle social.

O controle social no SUS é a concretização do direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, a execução e a avaliação

da política nacional de saúde. Nessa perspectiva, é essencial o fortalecimento dos conselhos gestores de saúde do trabalhador de modo articulado com a Cist, que são câmaras técnicas assessoras dos conselhos estaduais e municipais de Saúde. Um grande esforço tem sido feito para a preparação dos participantes do controle social para cumprir adequadamente essa tarefa.

Entre as atividades de educação popular em saúde do trabalhador, destaca-se a criação da Rede Escola, que pretende qualificar o controle social para a atuação na construção de políticas públicas de saúde, trabalho e meio ambiente.

A Rede Escola Continental busca o fortalecimento e o 'empoderamento' da sociedade civil em articulação com os diversos setores públicos para permitir o exercício da defesa dos interesses dos trabalhadores, que variam em razão dos diversos contextos e momentos históricos e que se efetivam por ações concretas que ressignificam e reconstróem formas de participação social no processo da consolidação da saúde como direito.

Outra dificuldade para a implementação da Renast decorre da ausência de um sistema ágil de informação, em tempo real, que alimente os procedimentos de planejamento e gestão das ações de saúde e do controle social. As informações, quando existem, se encontram dispersas e pouco contribuem para o planejamento das ações de saúde e aplicação dos recursos. A melhoria da notificação dos agravos e doenças relacionados ao trabalho é um desafio assumido, nacionalmente, com o objetivo de dar visibilidade às questões da saúde do trabalhador, permitindo que sejam incorporadas nas agendas técnica e política do SUS. Neste sentido, um dos objetos de discussão tem sido a necessidade de mudanças nas estratégias e parâmetros adotados que restringem a notificação compulsória à rede de serviços-sentinelas (Santana & Silva, 2009).

A integração intrassetorial na saúde é incipiente e descontínua. Alguns níveis de atenção, em particular a APS e os serviços de urgência, sempre atenderam trabalhadores; porém, não estão preparados para estabelecer a relação entre o agravo e o trabalho e adotar os procedimentos decorrentes adequados. Também não se observa, na grande maioria dos locais, a integração entre os procedimentos assistenciais e de vigilância da saúde, essencial para uma ação efetiva em saúde do trabalhador.

A portaria n. 3.252, de dezembro de 2009, acrescentou um novo desafio para a vigilância em saúde do trabalhador, ao incluí-la no conjunto de ações da vigilância em saúde (Brasil, 2009b). Assumir a portaria n. 3.252 como norteadora das ações de vigilância em saúde do trabalhador significa pensar e agir de modo articulado com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental,

qualquer que seja o recorte territorial onde essas ações serão desenvolvidas: do território de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – na atualidade a menor fração de território de trabalho no SUS – à área de abrangência da equipe de Saúde da Família, à unidade básica de saúde (UBS), ao município, à microrregião, à macro, ao nível estadual e nacional.

Os papéis das coordenações estaduais e municipais de saúde do trabalhador, no âmbito das secretarias estaduais e municipais de Saúde e dos Cerests, também necessitam ser mais bem definidos.

No plano nacional, apesar de avanços pontuais, como observado por ocasião da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2005, de modo compartilhado pelos ministérios da Previdência Social, Trabalho e Saúde, a articulação intersetorial, técnico-institucional e política entre os órgãos de governo responsáveis pelas ações de saúde do trabalhador é frágil e descontínua e necessita ser melhorada.

Cabe ainda reiterar a importância de se adotarem, de forma sistemática, processos de avaliação da implementação da Renast, bem como a necessidade de construir indicadores de impacto que permitam conhecer a organização e o funcionamento da rede. A avaliação sistemática em saúde tem crescido em importância no âmbito do SUS, com o propósito de contribuir para o planejamento e a gestão das ações de saúde.

Finalizando, são formuladas questões que necessitam ser respondidas, por meio de um debate aberto e participativo entre os atores da área de saúde do trabalhador, para o qual o GT da Abrasco deve dar sua contribuição:

- Como garantir a atenção integral à saúde do trabalhador no novo modelo de cuidado que se desenha para o SUS, tendo a APS como eixo orientador e conformado nas redes de atenção?
- Qual o papel dos Cerests para o provimento das ações de saúde do trabalhador no SUS, considerando esse novo modelo de cuidado?
- Quais devem ser a composição e as atribuições dos profissionais das equipes dos Cerests?
- Como consolidar de fato o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador nas práticas dos profissionais que atuam na APS? Quais seriam as atribuições desses profissionais no cuidado à saúde dos trabalhadores?
- Como conseguir o controle social qualificado, garantindo a participação e a presença da representação dos trabalhadores do setor informal?

- Como incorporar temas ambientais e a discussão dos impactos do modelo de desenvolvimento econômico sobre a saúde das populações, dos trabalhadores em particular, e sobre a degradação ambiental?

O movimento da saúde do trabalhador já tem uma história no SUS. Ele é marcado por avanços e recuos, mas principalmente pela defesa do direito que todos os trabalhadores têm de viver, produzir e partilhar da riqueza que constroem com seu trabalho. Para isto necessitam ter saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, evidenciada durante a sua implantação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 set. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?url=http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador-Renast no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 dez. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006. Disponível em: <www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=23/02/2006>.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 mar. 2006. Disponível em: <www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=29/03/2006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 nov. 2009. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?url=http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>.

BRASIL. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009b. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 dez. 2009. Disponível em: <www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=65&data=23/12/2009>.

DIAS, E. C. *Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?*, 1994. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

DIAS, E. C. *et al.* Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(Supl.2): S66-S75; 2010.

DIAS, E. C. & HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 817-828, 2005.

GALDINO, A. *Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as Notificações de Acidentes do Trabalho*, 2010. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C. & SILVA, J. M. *A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?url=http://www.saude.ba.gov.br/cesat/3aCNST/DOCA>>.

LACAZ, F. A. C. & SANTOS, A. P. L. do. Saúde do trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(Supl. 2): S5-S12, 2010.

NEHMY, R. M. Q. & DIAS, E.C. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(Supl. 2): S13-S23, 2010.

SANTANA, V. S. & SILVA, J. M. da. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, 2009.

SILVEIRA, A. M. *et al.* *O Controle Social no SUS e a Renast*. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (Textos de Apoio). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.