

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DOUTORADO

ELISABETH MÔNICA HASSE BECKER NEIVERTH

**O PAPEL ESTRATÉGICO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR (CEREST) MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO
PARANÁ (2008-2016): DIFICULDADES E SUPERAÇÕES NA IMPLEMENTAÇÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À SAÚDE DO TRABALHADOR**

PONTA GROSSA
2017

ELISABETH MÔNICA HASSE BECKER NEIVERTH

**O PAPEL ESTRATÉGICO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
TRABALHADOR (CEREST) MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO
PARANÁ (2008-2016): DIFICULDADES E SUPERAÇÕES NA IMPLEMENTAÇÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELATIVAS À SAÚDE DO TRABALHADOR**

Tese apresentada para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas.

Orientadora: Professora Doutora Silvana Souza Netto Mandalozzo

Co-orientadora: Professora Doutora Jussara Ayres Bourguignon

PONTA GROSSA
2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

N417 Neiverth, Elisabeth Mônica Hasse Becker
O papel estratégico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional Campos Gerais do Paraná (2008-2016): dificuldades e superações na implementação de políticas públicas relativas à saúde do trabalhador/ Elisabeth Mônica Hasse Becker Neiverth. 174f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana S. N. Mandalozzo.
Coorientadora: Prof^a Dr^a Jussara A. Bourguignon.

1.Saúde do trabalhador. 2.Políticas públicas. 3.Vigilância em saúde do trabalhador. 4.Direitos dos trabalhadores. I.Mandalozzo, Silvana S. N.. II. Bourguignon, Jussara A.. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas. IV. T.

CDD: 361.6

TERMO DE APROVAÇÃO

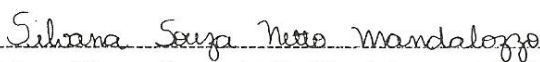
Elisabeth Mônica Hasse Becker Neiverth

O papel estratégico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional Campos Gerais do Paraná (2008-2016): dificuldades e superações na implementação de políticas públicas relativas à saúde do trabalhador.

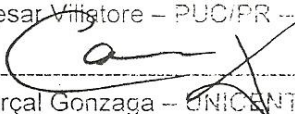
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

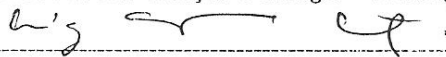
Ponta Grossa, 12 de junho de 2017.

Assinatura pelos Membros da Banca:

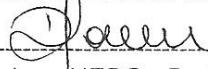

Prof.^a Dra. Silvana Souza Netto Mandalo - UEPG - Presidente


Prof. Dr. Marco Antônio Cesar Villagore - PUC/PR - Partic. Externo


Prof. Dr. Carlos Alberto Marçal Gonzaga - UNICENTRO - Partic. Externo


Prof. Dr. Luiz Eduardo Gunther - UNICURITIBA - Partic. Externo


Prof.^a Dra. Lenir Aparecida Mainardes da Silva - UEPG - Partic. Interno


Prof.^a Dra. Dirceia Moreira - UEPG - Partic. Interno

A meu pai Winfredo Gustavo Becker
(*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Senão Deus, quem me permite viver? A Ele minha gratidão!

Ao meu querido irmão Gustavo Eugênio Hasse Becker, pessoa generosa, competente e compreensiva, que embora distante fisicamente, acompanha de perto minhas batalhas, e nesta caminhada não poupou palavras e atitudes de incentivo, além da contribuição no debate acadêmico pelas suas experiências no meio.

Aos meus queridos filhos Wagner, Érika e Dâmaris, agora jovens adultos, pessoas de caráter e grandeza de espírito, que ao longo desta trajetória estiveram sempre solidários, apoiando e igualmente contribuindo para meu crescimento pessoal.

À professora Silvana Souza Netto Mandalozzo, minha orientadora, pela acolhida e atenção dispensada para a realização deste trabalho, cujos momentos de orientação transcenderam a formalidade do debate acadêmico para se tornarem descontraídos e revelarem uma pessoa generosa sempre disposta a abrir portas e mostrar caminhos para aqueles que traçam e perseguem com dedicação os seus objetivos.

À professora Jussara Ayres Bouguignon, minha co-orientadora, pela disponibilidade em contribuir com seus conhecimentos para a realização do trabalho.

Aos professores Solange Aparecida Barbosa de Moraes Barros, Lenir Aparecida Mainardes Silva, Marco Antônio César Villatore, Carlos Alberto Marçal Gonzaga, Dirceia Moreira e Luiz Eduardo Gunther que gentilmente aceitaram o convite para participar da Banca de modo a contribuir para o enriquecimento deste trabalho.

Ao professor José Augusto Leandro pela valiosa contribuição e incentivo para a realização deste trabalho.

Aos professores e à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela imensurável contribuição. Afirmo seguramente que finalizo os quatro anos fortalecida profissional e pessoalmente pela formação acadêmica recebida.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas e da Secretaria Geral dos Programas de Mestrado e Doutorado, pela presteza no atendimento, que foi essencial no desenrolar do curso, proporcionando ótima convivência.

À Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR), que permitiu a realização da pesquisa junto ao CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná.

À Coordenadora do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná, Patrícia Yumi Corrêa Machado, que com sua impecável colaboração proporcionou o acesso a documentos e promoveu minha interação com a equipe do CEREST e demais envolvidos, por ocasião de eventos e reuniões.

A todos que participaram da pesquisa contribuindo com seus relatos, dispondo de seu precioso tempo para fornecer subsídios para este trabalho.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa, ao Setor de Ciências Jurídicas e em especial ao Departamento de Direito das Relações Sociais, pelo suporte e apoio para a realização desta caminhada. A todos os colegas professores, pelas palavras de incentivo que tenho recebido e pela harmoniosa convivência.

Às demais pessoas que direta ou indiretamente deixaram sua parcela de contribuição.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser,
mas graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Martin Luther King)

RESUMO

O objeto desta investigação científica é a atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional Campos Gerais do Paraná, na vigilância em saúde do trabalhador, em razão das políticas públicas de saúde do trabalhador. O CEREST tem como atribuição precípua a disseminação da cultura especializada em saúde do trabalhador na sua área de abrangência. A completa implementação dessas políticas e o reflexo das mesmas na realidade do trabalhador, dependem do êxito de sua atuação. Determinados fatores e certos critérios na implementação das estratégias de ação podem significar entraves ou avanços na sua atuação. Assim, pelo presente estudo se procurou compreender a atuação do CEREST enquanto órgão executor de políticas públicas garantidoras do direito fundamental à saúde dos trabalhadores. Com abordagem qualitativa, sem, contudo, desprezar aspectos quantitativos, os procedimentos metodológicos adotados privilegiaram a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e de campo, com estudo exploratório-descritivo, utilizando como instrumentos e técnica de pesquisa a entrevista, o questionário e acompanhamentos em reuniões e eventos promovidos pelo CEREST. Os resultados demonstram a trajetória do CEREST, com retrocessos e avanços, apontando para a importância das práticas do CEREST na vigilância em saúde do trabalhador. Sua atuação ocorre em um contexto político e econômico em que ainda não se torna possível a completa implementação das políticas mencionadas. São evidenciadas as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, cuja superação depende de vontade política e da constante luta pelo direito fundamental à saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Políticas públicas. Vigilância em saúde do trabalhador. Direitos dos trabalhadores.

ABSTRACT

The objective of this scientific investigation is the work of the Reference Center on Occupational Health (CEREST) Macroregional Campos Gerais of Paraná, in the health surveillance of the worker, due to the public health policies of the worker. CEREST has as its main attribution the dissemination of the specialized culture in worker health in its area of coverage. The complete implementation of these policies and their reflection on the workers' reality depends on the success of their actions. Certain factors and certain criteria in the implementation of the strategies of action can mean obstacles or advances in their performance. Thus, the present study sought to understand the performance of CEREST as an executor of public policies that guarantee the fundamental right to workers' health. With a qualitative approach, without neglecting quantitative aspects, the methodological procedures adopted focused on bibliographic research, documentary and field research, with an exploratory-descriptive study, using as instruments and research technique the interview, the questionnaire and follow-ups at meetings and Events promoted by CEREST. The results demonstrate the trajectory of CEREST, with setbacks and advances, pointing to the importance of CEREST practices in the health surveillance of the worker. Its performance occurs in a political and economic context in which it is not yet possible to fully implement the aforementioned policies. The difficulties experienced by professionals are evident, whose overcoming depends on political will and the constant struggle for the fundamental right to workers' health.

Key words: Worker's health. Public policy. Worker health surveillance. Rights of workers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Localização da cidade de Irati no Estado do Paraná	101
Figura 2 -	Abrangência do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Responsabilidades dos Centros de Referência Macrorregionais de Saúde do Trabalhador segundo a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Paraná	95
Quadro 2	Atuação do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná 2014-2016	160
Quadro 3 -	Agravos de Notificação Compulsória - Definições	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População ocupada segundo as atividades econômicas.....	84
Tabela 2 -	Notificação dos agravos de saúde do trabalhador por tipo, Paraná 2007 a 2015	99
Tabela 3 -	Notificação dos agravos de saúde do trabalhador por tipo, CEREST Macro Campos Gerais do Paraná 2007 a 2015	128

LISTA DE SIGLAS

CEIOART	Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho
CEMAST	Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEST	Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
CIST	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COSAT/MS	Coordenação de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRTs	Delegacias Regionais do Trabalho
ESPP	Escola de Saúde Pública do PR
FIST	Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
FUNDACENTRO	Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GM/MS	Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
ISEP	Instituto de Saúde do Paraná
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Plano de Ação em Saúde do Trabalhador
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PEST	Política Estadual de Atenção Integral Saúde do Trabalhador do Paraná

PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PO	Plano Operativo
PSF	Programa Saúde da Família
PSTs	Programas de Saúde dos Trabalhadores
RENASAT	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RS	Regional de Saúde
SEMSAT	Semana de Saúde do Trabalhador
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISCAT	Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes de Trabalho
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRTE	Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (Sigla em inglês: <i>United Nations Children's Fund</i>)
UST do HT	Unidade de Saúde do Trabalhador do Hospital do Trabalhador
VIGIASUS	Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO.....	25
1.1 As nuances da categoria trabalho	25
1.2 Elementos e consequências das transformações no mundo do trabalho.....	28
1.3 A classe trabalhadora e os agravos à sua saúde.....	36
1.4 Do modelo denominado Saúde do Trabalhador à perspectiva de Qualidade de Vida no Trabalho	41
CAPÍTULO 2 - ARTICULAÇÕES EM PROL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	49
2.1 Concepções sobre o Estado	49
2.2 A interação entre o Estado e a sociedade revelada por meio de Políticas Públicas	53
2.3 A saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil	56
2.3.1 O surgimento do SUS e seus princípios norteadores	57
2.3.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no âmbito do SUS: a construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)	64
2.3.3 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): articuladores da rede e irradiadores da VISAT	69
CAPÍTULO 3 - A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO PARANÁ....	76
3.1 Perfil do Estado do Paraná	76
3.2 Breve histórico da economia paranaense	78
3.3 O processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná	85
3.4 A Política Estadual de Saúde do Trabalhador (PEST) e as responsabilidades dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	91
3.5 SINAN NET, uma ferramenta fundamental na VISAT	96
CAPÍTULO 4 - A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ	101
4.1 Contextualizando o CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná	101
4.1.1 A primeira fase do CEREST (2008 a 2010 inclusive)	103
4.1.2 A segunda fase do CEREST (2011 a 2013 inclusive)	107
4.1.3 A terceira fase do CEREST (2014 a 2016 inclusive)	109

4.2	Percepções acerca da realidade do CEREST	112
4.2.1	Valorização da atenção à saúde do trabalhador	112
4.2.2	Parceiros e antagonistas	117
4.2.3	Prevenindo e/ou remediando	124
4.2.4	Dificuldades e perspectivas	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS		134
REFERÊNCIAS		142
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA		156
APÊNDICES.....		159
ANEXOS.....		169

INTRODUÇÃO

Saúde do trabalhador é uma temática de importância para estudos acadêmicos que comporta abordagens variadas e interdisciplinares. Quando as Políticas Públicas para ela se voltam, visando garantir que o trabalho, tido como base da organização social e direito fundamental do homem, seja realizado com dignidade, sem prejuízo para a saúde e integridade física e mental do trabalhador, o tema torna-se instigante ao se problematizar a atuação das estruturas criadas para tal finalidade.

Como os direitos assegurados aos trabalhadores na atualidade são fruto de um longo processo de lutas e conquistas sociais, o estudo leva em conta a evolução histórica do olhar sobre a saúde do trabalhador, assim como a caminhada para construção de políticas públicas voltadas ao tema das quais emerge a estrutura em cujo cenário desenvolve-se a pesquisa.

A atenção à saúde do trabalhador remonta ao século XIX, quando foi introduzido nas fábricas o modelo Medicina do Trabalho, com perfil meramente curativo, nada preventivo, com o intuito de contornar os problemas relativos à saúde dos trabalhadores. No pós-guerra, o modelo Saúde Ocupacional passou a empreender a busca pelas causas dos acidentes e adoecimento dos trabalhadores.

Ao incorporar outras variáveis econômicas e sociais, a atenção à saúde dos trabalhadores se ampliou, na década de setenta, para o modelo chamado Saúde do Trabalhador, atualmente direcionado para a qualidade de vida no trabalho.

Foi com a reestruturação produtiva que o mundo do trabalho experimentou significativas mudanças, como a flexibilização e precarização do trabalho. Tais transformações afetaram também os sindicatos representantes dos trabalhadores na defesa de seus direitos e fizeram surgir uma classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada e complexificada.

A forma como o trabalho passou a se organizar, com o avanço da tecnologia e a exigência de um trabalhador polivalente, fez surgir novo perfil de agravos à saúde dos trabalhadores, como problemas mentais e físicos, oriundos do estresse psicológico e dos movimentos repetitivos no ambiente de trabalho.

O movimento social, encabeçado na década de sessenta, por trabalhadores em países industrializados do mundo ocidental (principalmente na Alemanha, França, Estados Unidos e Itália), buscou a garantia de ambientes de trabalho

seguros e saudáveis. Organismos internacionais como a Organização Internacional de Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) se mobilizaram, com a formulação de Programas, Declarações e Convenções voltados à saúde e melhoramento das condições de ambientes de trabalho. Tais providências orientaram no Brasil os avanços no campo da saúde do trabalhador, que foi amadurecendo com Programas de Saúde dos Trabalhadores, experimentados desde a década de oitenta.

Incorporada no texto constitucional de 1988, a proteção à saúde do trabalhador passou a ser amparada pela legislação infraconstitucional brasileira, harmonizando-se com as declarações internacionais. A atenção integral à saúde do trabalhador passou a ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) pela estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que por sua vez prevê a estruturação dos Centros Estaduais de Saúde do Trabalhador (CEST) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Instituíram-se políticas públicas específicas de saúde do trabalhador, a exemplo das que vigoram atualmente, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em nível nacional e a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PEST) no Paraná. Em ambas as Políticas estão pautadas as atribuições dos CEREST, cujas práticas visam a promoção, prevenção e vigilância à saúde dos trabalhadores.

Os CEREST são fruto do avanço da institucionalização das políticas públicas em saúde do trabalhador, que passaram a ser objeto da saúde pública e de práticas específicas. É o novo cenário do exercício do poder no qual o Estado age impulsionado pelas demandas sociais em interação com a sociedade civil organizada, na perspectiva de efetivação de direitos.

Neste contexto, foi habilitado em 2008 o CEREST objeto deste estudo, cuja abrangência é de quatro Secretarias Regionais de Saúde: Ponta Grossa (3ª Regional), Irati (4ª Regional), União da Vitória (6ª Regional) e Telêmaco Borba (21ª Regional) que atendem a 37 municípios em uma área territorial de 38.262 Km², com aproximadamente 1.088.595 habitantes (RENAST, 2017) e destes, 488.664 ocupados em atividades econômicas (IPARDES, 2017b). A média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) nos municípios da área de abrangência é de 0,71 (RENAST, 2017b). Em 81% dos municípios da área de abrangência do

CEREST, o maior número de estabelecimentos industriais é do ramo da madeira, seguido pelo ramo de produtos alimentícios e minerais (IPARDES, 2016a).

Há fatores que podem significar entraves ou avanços na atuação do CEREST, tais como: a política de saúde local; a estrutura organizacional; a qualificação dos profissionais; o envolvimento de outras organizações e a capacidade/possibilidade de articulação para estabelecer vínculos intra e intersetoriais.

Há também critérios a serem observados por ocasião da implementação das estratégias de ações de vigilância em saúde do trabalhador, como: questões priorizadas pelos movimentos sociais; intervenções a partir de situações de risco; delimitação de determinada área geográfica; ramos de atividades econômicas; abordagem por cadeias produtivas, além de prioridades institucionais e interação entre estratégias de ação.

Em sua trajetória, o CEREST experimentou um inicial período de crescimento, seguido por discreta presença que agora dá lugar a novas perspectivas de atuação. Essa oscilação em sua trajetória pode ter relação com os fatores acima enumerados, da mesma forma que a adoção de determinado critério para formulação das ações pode ter influenciado ou vir a influenciar negativamente na sua atuação.

O CEREST, enquanto centro executor da RENAST, tem como atribuição disseminar a cultura especializada de saúde do trabalhador em sua extensa área de abrangência e do êxito de sua atuação vai depender a completa implementação das políticas públicas de saúde do trabalhador, como a PNSTT e a PEST. É necessário que o CEREST seja um órgão atuante e fortalecido, capaz de desempenhar as atribuições que lhe são impostas, pois do contrário o avanço experimentado com a formulação de políticas públicas específicas de saúde do trabalhador não terá reflexo na realidade do trabalhador.

Diante deste cenário indaga-se: Como se dá a atuação do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná na vigilância em saúde do trabalhador na sua área de abrangência em razão das políticas públicas de saúde do trabalhador?

Tem-se por proposição para esta tese que o CEREST tem um papel estratégico na garantia do direito fundamental à saúde dos trabalhadores (artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CRFB/88: a saúde é um direito social) e é pela eficiente formulação e execução do seu conjunto de ações

que o mesmo desempenha sua tarefa desafiadora na operacionalização das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Desvelar as singularidades e especificidades do surgimento e atuação de uma estrutura CEREST Macrorregional, particularmente o CEREST objeto deste estudo, contribui para apreciação do próprio modelo RENAST no qual se encontra inserido.

A presente pesquisa traçou, como objetivo geral, compreender a atuação do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná na vigilância em saúde do trabalhador na sua área de abrangência, em razão das políticas públicas de saúde do trabalhador.

A fim de alcançar seu principal objetivo, perseguiu os seguintes objetivos específicos: a) refletir sobre as categorias trabalho, classe trabalhadora e saúde do trabalhador no contexto das transformações do mundo do trabalho; b) abordar as concepções sobre o Estado e sua interação com a sociedade por meio de políticas públicas, em especial as políticas voltadas à saúde do trabalhador; c) contextualizar a saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); d) conhecer o processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná; e) levantar os principais momentos e práticas da trajetória do CEREST.

No Brasil, assim como na região de abrangência do CEREST, coexistem múltiplas situações de trabalho, tanto no setor formal como informal da economia (ex. empregados assalariados, trabalhadores domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, micro-empresendedores, etc) que estão amparados pelo princípio da universalidade do acesso à atenção à saúde no SUS.

Esses trabalhadores estão sujeitos às situações desfavoráveis do processo de reestruturação produtiva que vem causando consequências negativas à sua saúde, configurando novo perfil patológico dessa população. O nexo de causalidade dos agravos à saúde dos trabalhadores com o trabalho já não é tão evidente como ocorria com doenças e acidentes classicamente relacionados ao trabalho.

Toma-se conhecimento da dimensão de tais agravos à saúde dos trabalhadores pelo Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho¹, do Ministério do Trabalho e Previdência Social (AEAT, 2014, p.15), que registrou no Brasil, o número de 713.984 acidentes e doenças do trabalho em 2012; 725.664 em 2013 e 704.136 em 2014, em relação a uma população economicamente ativa estimada em 100.441.546 pessoas (IPEA, 2016).

A Região Sul do Brasil figura em segundo lugar nas estatísticas brasileiras em número de acidentes e doenças do trabalho, com 150.580 registros em 2012, 159.272 em 2013 e 157.364 em 2014 (AEAT, 2014, p. 50).

O Paraná, com população estimada em 11.242.720 (IPARDES, 2017), sendo 5.307.831 de pessoas ocupadas em atividades econômicas, consta em segundo lugar na Região Sul em número de registros de acidentes e doenças do trabalho, a saber: 50.009 em 2012, 52.574 em 2013 e 52.478 em 2014 (AEAT, 2014, p. 225).

Nos municípios da área de abrangência do CEREST, os acidentes e doenças do trabalho ocorreram na ordem de, 4.216 em 2012, 4.243 em 2013 e 4.175 em 2014, segundo dados do AEAT 2014, em relação a uma população ocupada de 488.664 pessoas (IPARDES, 2017b).

Tanto os acidentes e doenças dos trabalhadores, constantes em números expressivos nas estatísticas oficiais, como aqueles que se tornam invisíveis em razão da subnotificação, precisam ser entendidos como um problema social e de saúde pública, daí a existência de políticas públicas voltadas para essa questão e a necessária implementação das mesmas por meio das estruturas por elas criadas e que devem merecer atenção do pesquisador.

Nota-se uma carência de investigações científicas desenvolvidas com foco nos órgãos CEREST, que hoje são 208 unidades em todo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.13).

Tomando-se por base dois eventos da área de saúde, um de âmbito estadual, o “3º Congresso Paranaense de Saúde Pública Coletiva e 2ª Mostra Paranaense de Projetos de Pesquisa para o SUS”, realizado em julho de 2016, na Universidade Federal do Paraná, Campus Litoral, e o “IX Seminário de Saúde do Trabalhador e VIII Seminário O Trabalho em Debate”, evento de âmbito nacional, realizado em setembro de 2015, na Universidade de São Paulo, Campus Franca, procedeu-se a

¹ Os dados constantes do AEAT dizem respeito somente à população com trabalho formal, cujas informações relacionam-se com os benefícios previdenciários.

busca em seus Anais, pelas palavras CEREST e RENAST. Com a palavra RENAST, nada foi encontrado, e com a palavra CEREST foi encontrado, nos Anais do primeiro evento mencionado, apenas 1 trabalho (da própria pesquisadora), dos 533 trabalhos apresentados, tanto em comunicações orais quanto em pôsteres; nos Anais do segundo evento, foram localizados 3 trabalhos, dos 255 apresentados (sendo 1 da própria pesquisadora).

A busca com as palavras CEREST e RENAST em algumas bases de dados de pesquisa científica, revela na base SCIELO apenas 4 artigos; na LILACS, igualmente 4 artigos, e no Portal de Periódicos CAPES, 18 artigos. Sobre o CEREST objeto desta pesquisa, nenhum estudo foi localizado, de modo que esta proposta de pesquisa é inédita, com significativa contribuição científica, organizacional e social.

A trajetória do CEREST, com suas particularidades de atuação em uma região de atividade econômica típica do ramo madeireiro e marcada por situações de manifestas ocorrências de prejuízo ao bem-estar do trabalhador, constitui-se em relevante cenário de estudo, o que propiciará contribuição também para debates futuros no campo da saúde do trabalhador e das políticas públicas como um todo.

Coube nesta pesquisa a abordagem qualitativa de dados coletados por meio de entrevistas e questionários, posteriormente analisados à luz do referencial teórico. É esta a interpretação apropriada para trabalhar com o universo de significados, atitudes, crenças, valores, que correspondem a um espaço das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1992).

Aspectos quantitativos não foram desprezados, tendo sido utilizados subsidiariamente dados de indicadores sociais e econômicos, assim como estatísticas de acidentes e doenças do trabalho, colhidos junto ao IPARDES, IPEA e Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

O universo da pesquisa foi o CEREST (cujos traços gerais já vieram a conhecimento na argumentação deste texto), pesquisado no recorte temporal de 2008, ano de sua habilitação, a dezembro de 2016.

Os procedimentos metodológicos adotados privilegiaram a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e de campo, com estudo exploratório-descritivo; foram utilizados como instrumentos e técnicas de pesquisa a entrevista, o questionário e acompanhamentos em reuniões e eventos promovidos pelo CEREST.

Distinguem-se na pesquisa quatro fases distintas, embora ocorridas nem sempre de forma sucessiva, por vezes concomitante. A primeira fase é a pesquisa bibliográfica, seguida da pesquisa documental, pesquisa de campo e análise dos dados.

Precedendo a estas quatro fases, realizou-se o estudo exploratório, fase preparatória que se julga indispensável para a pesquisa, pois como esclarece Andrade (2005, p. 85), esse primeiro passo proporciona maiores informações sobre o assunto a ser pesquisado, facilitando a delimitação do tema, definição dos objetivos e descoberta de enfoque para o trabalho que se tem em mente. Neste intuito, as primeiras informações para esta pesquisa foram colhidas da página *online* da RENAST, que propiciou a coleta de dados em documentos oficiais, como as Portarias do Ministério da Saúde (MS), dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), além de informações necessárias para a efetivação de um contato direto com a Coordenação do CEREST, a qual prontamente promoveu um encontro desta pesquisadora com membros da equipe atual e da equipe da época da habilitação do mesmo. Esta aproximação cumpriu com a finalidade de obter informações preliminares para definir detalhes da pesquisa e agilizar a autorização para execução da mesma.

Iniciou-se então a pesquisa bibliográfica, cuja utilização explica-se pela sua essencialidade na construção do referencial teórico, pois estabelece o contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre o assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas ou gravadas (LAKATOS & MARCONI, 2007, p. 71). Do referencial teórico construído cabe destacar a contribuição de Karl Marx (2001 e 2006), Harry Braverman (1987), Christophe Dejours (1992), Ricardo Antunes (2000, 2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2015) Giovanni Alves (2005, 2007), René Mendes (1988, 1991), Elizabeth Costa Dias (1995, 2000) e Francisco Antonio de Castro Lacaz (1997, 2002, 2003).

A pesquisa documental foi o momento de consulta aos documentos do próprio CEREST, como Relatórios e Memórias de Reuniões, assim como a visita aos *sites* da RENAST, da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência, para consulta a documentos oficiais que fornecessem subsídios para a pesquisa.

De igual importância para a pesquisa é o estudo descritivo pelo qual se descrevem as características do fenômeno, se estabelece relações entre variáveis,

cuja característica significativa está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008, 42). Assim, na fase da pesquisa de campo, quando se buscou colher informações e conhecimentos, procedeu-se a alguns acompanhamentos em reuniões e eventos e utilizou-se também de questionário e entrevista para coleta de dados. Participaram deste momento onze sujeitos, sendo um pertencente à primeira equipe do CEREST, nove pertencentes à atual equipe do CEREST e um membro do Ministério Público do Trabalho (MPT). A eleição destes sujeitos se deu em razão de suas vivências profissionais que possibilitariam aos mesmos revelar pelos seus depoimentos a visão intrínseca das práticas do CEREST. Os instrumentos da pesquisa foram aplicados em momentos diferentes aos participantes, tendo sido colhida a assinatura dos mesmos no respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).²

A entrevista semi-estruturada e o questionário realizados com os sujeitos participantes permitiram a apreensão da realidade pela vivência profissional dos mesmos, estabelecendo-se uma conexão entre a parte e o todo. A recíproca conexão e mediação da parte e do todo significam, a um só tempo, que os fatos isolados adquirem verdade e concreticidade quando inseridos no todo, pois, em princípio, são abstrações artificialmente separadas do todo, que por sua vez pode se tornar abstrato e vazio se do mesmo não forem diferenciados e determinados os diversos momentos (KOSIK, 2002, p. 49).

Por fim, os conteúdos das comunicações foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, consoante as proposições de Bardin (2011), cujos procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens permitiram extrair o conhecimento nelas contido. É o meio apropriado para descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência adquiram significado para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010).

Na perspectiva de análise de conteúdo, o percurso do trabalho com os dados da pesquisa iniciou-se com a fase de pré-análise com organização do material, escolha dos documentos e transcrição das entrevistas. Em seguida ocorreu a fase de exploração do material, que foi a etapa mais longa e exaustiva, em que os dados originais foram transformados de forma organizada com recortes por tema. Por fim,

² Ver Apêndices B a E

procedeu-se ao tratamento dos resultados, remetendo atentamente aos marcos teóricos pertinentes à investigação, dando sentido à interpretação.

Para os fins a que se propôs, a tese está estruturada em quatro capítulos seguidos de considerações finais. Os capítulos foram construídos a partir do conhecimento científico relacionado ao tema e ao objeto da pesquisa e das percepções sobre a realidade do CEREST.

O primeiro capítulo faz uma reflexão sobre as categorias trabalho e classe trabalhadora e os agravos à sua saúde, no contexto das transformações ocorridas no mundo do trabalho no sistema de produção capitalista, além de resgatar os antecedentes históricos de cuidados com a saúde do trabalhador que evoluíram de ações meramente curativas para ações preventivas. Destacam-se o surgimento e desenvolvimento de movimentos, ações e serviços voltados à saúde dos trabalhadores, evidenciando que tal conjunto de iniciativas dá ensejo às políticas públicas de proteção à saúde do trabalhador.

O segundo capítulo inicia-se com abordagem sobre o surgimento do Estado Moderno e suas características, salientando a interação entre o Estado e a sociedade revelada por meio de políticas públicas. Segue resgatando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a inserção da proteção à saúde do trabalhador no mesmo. Finalizando, tece considerações sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a RENAST e os CEREST.

O terceiro capítulo apresenta, inicialmente, o perfil do Estado do Paraná e breve histórico de suas atividades econômicas. Segue resgatando o processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná, com ênfase na PEST, nos CEREST e no SINAN.

O quarto capítulo contextualiza o CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná demonstrando sua abrangência geográfica e localização de sua sede, além de percorrer de forma sucinta sobre sua trajetória e refletir sobre as percepções a respeito de sua atuação na atenção à saúde do trabalhador.

Nas Considerações Finais são elencados os principais resultados da pesquisa, apontadas contribuições e sugerida futuras possibilidades de pesquisas.

CAPÍTULO 1

TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

O presente capítulo faz uma reflexão sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho no sistema de produção capitalista que é pautado pelos princípios da propriedade privada, da livre competição e do lucro e que detém como elemento presente na sociedade, duas classes antagônicas vinculadas ao mecanismo do mercado, ou seja, uma classe possuidora dos meios de produção e outra classe, a dos trabalhadores. Privilegia-se o período histórico posterior à década de setenta, palco das mais significativas transformações, o que permitirá um melhor entendimento das questões atuais que permeiam o tema da presente pesquisa.

1.1 As nuances da categoria Trabalho

Embora ampla, a palavra trabalho tem uma inquestionável delimitação, pois, objetivando resultado útil, refere-se a dispêndio de energia pelo ser humano e não por seres irracionais ou pessoa jurídica (DELGADO, 2008, p. 286).

O século XVIII foi longe na concepção de trabalho, proporcionando os elementos estruturantes da sua nova natureza, modernamente entendido como emprego, ao caracterizar o trabalho como valor e fator de produção e riqueza. Sobretudo, o século XIX avança nesta concepção de trabalho, elevando-o à essência mesma do homem, terminando com a evidência de que o homem não mais se auto compreende sem a referência ao trabalho. Como o trabalho passa a ser, ao mesmo tempo, fator de sobrevivência, de humanização, de integração social, de auto-estima e de utilidade social, a realização do homem moderno depende grandemente da sua vinculação ao trabalho (LANGER, 2003, p. 22).

Por meio do trabalho, indispensável e necessário, o homem cria e se transforma, efetivando um intercâmbio com a natureza (MARX, 2006, p. 64-65). Neste processo de intercâmbio material do ser humano com a natureza, defronta-se com esta como uma de suas forças. E assim o ser humano

põe em movimento as forças naturais do seu corpo – braços, pernas, cabeça e mãos – , a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhe forma útil a vida humana. Atuando assim sobre a natureza

externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender a sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre a sua condição e a do homem primitivo com a sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana (MARX, 2006, p. 211).

Do ponto de vista capitalista, a base sobre a qual se efetua a ampliação do seu capital é a potencialidade multilateral dos seres humanos na sociedade. A força de trabalho humano se distingue da força animal, não pela sua capacidade de produzir um excedente, mas pelo seu caráter inteligente e proposital, dando-lhe infinita adaptabilidade e produzindo as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade, de modo que seu produto excedente pode ser continuamente ampliado (BRAVERMAN, 1987, p. 58).

O advento da Revolução Industrial operou mudanças nas relações de trabalho, emergindo neste momento histórico a classe capitalista, proprietária dos meios de produção e a classe trabalhadora que, em razão das novas relações de produção passou a ser obrigada a vender sua força de trabalho a outrem. Ocorreu a alienação progressiva dos processos de produção do trabalhador estando o controle sobre o processo de trabalho nas mãos do capitalista (BRAVERMAN, 1987, p. 59).

O trabalho, no capitalismo industrial, tornou-se mercadoria, pela contribuição de quatro fatores essenciais: primeiro, a possibilidade de calcular e prever o custo do trabalho com precisão; segundo, necessidade de tornar calculável o rendimento do trabalho para que pudesse ser tratado como uma magnitude material quantificável; terceiro: o trabalho deveria ganhar *status* de coisa independente, sendo necessário destacá-lo da figura do trabalhador, a fim de ser uma grandeza passível de medida; e por fim, o trabalhador deveria poder estar a serviço de fins alheios aos seus, despojando-se de sua personalidade, seus objetivos, seus desejos próprios, para entrar no processo de produção como simples força de trabalho (LANGER, 2003, 26). Assim, tendo se tornado mercadoria, o trabalho pode ser vendido e comprado por um determinado preço no mercado.

Contudo, entende Braverman (1987, p. 58) que é também essa qualidade distintiva e potencial da força de trabalho humanos, por sua própria indeterminação o maior desafio e problema que se coloca diante do capitalista. Ao comprar a força de trabalho que muito pode fazer, ele está ao mesmo tempo comprando uma

qualidade e quantidade indeterminadas. O que ele compra é infinito e limitado ao mesmo tempo influenciado por fatores como o estado subjetivo dos trabalhadores, sua história passada, suas condições sociais gerais sob as quais trabalham, e também condições próprias da empresa e condições técnicas do seu trabalho, além da organização do processo de produção e as formas de supervisão. Os aspectos técnicos são agora dominados pelos aspectos sociais que o capitalista introduziu, ou seja, as novas relações de produção, pois ao venderem sua força de trabalho os trabalhadores entregam seu interesse no trabalho que foi agora “alienado”.

Sobre o trabalho alienado, as ponderações de Marx em seus Manuscritos Econômicos Filosóficos (2001, p. 112-116) dão conta de que “o trabalhador se relaciona com o produto *do seu trabalho* como a um objeto estranho”; “o que se incorporou no objeto do seu trabalho já não é seu”; a alienação do trabalhador no seu produto “significa não só que o trabalho se transforma em objeto, assume uma existência *externa*, mas que existe independentemente, *fora dele* e a ele estranho, e se torna um poder autônomo em oposição a ele”. E mais, “a alienação não se expõe apenas no resultado, mas também no *processo da produção*, no seio da própria *atividade produtiva*”; sob este aspecto, “é a relação do trabalhador com a própria atividade assim como com alguma coisa estranha, que não lhe pertence ... é a *auto-alienação*, em contraposição à alienação da coisa”; o trabalho alienado transforma a atividade vital do homem, o seu ser, “em simples meio de sua *existência*”.

Na visão de Antunes e Alves (2004, p. 344), o modo capitalista de produção pressupõe, desde a sua origem, um envolvimento operário, formas de captura da subjetividade operária pelo capital, ou seja, sua subsunção à lógica do capital, entendendo-se o termo “subsunção” não meramente como “submissão” ou “subordinação”, mas algo que precisa ser reiteradamente afirmado.

Castel (2005, p. 514), ressalta que “no limiar do século XXI, o trabalho permanece como referência dominante não somente economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente, fato que se comprova pelas reações daqueles que não têm”. Seria a confirmação da máxima de que por meio dele se alcança dignidade, estabilidade econômica e bem-estar físico e emocional, afinal a pessoa sentir-se-ia realizada pelo fato de ter um trabalho.

A vida em sociedade gera necessidades sociais, sejam de satisfações indispensáveis à sobrevivência, sejam relacionadas à cultura deste meio no qual o indivíduo está inserido. É pelo trabalho que irá suprir suas necessidades. Neste

raciocínio Malvezzi (2004, p. 13-18) explica o trabalho como uma prática transformadora da realidade pela qual o ser humano viabiliza sua sobrevivência e se realiza. O autor entende que pelo trabalho em si e pelo seu produto o ser humano reconhece sua condição ontológica, percebe sua vida como um projeto, materializa e expressa sua dependência e poder sobre a natureza; produz os recursos culturais, materiais e institucionais que constituem seu ambiente, e desenvolve seu padrão de qualidade de vida. Empiricamente, consiste o trabalho na aplicação de conhecimentos e habilidades a se adequarem aos processos de produção em concordância com condições econômicas, tecnológicas, sociais, culturais e políticas. Contudo, essa aplicação de recursos pessoais é regulada por valores, relações de poder, significados e conhecimentos que constituem a base de sua institucionalização.

O capitalismo tem passado por reestruturação e inovações que influenciam a forma de organização e funcionamento das relações de produção e processos de trabalho. Castells (2001, p. 21-22) sintetiza:

O próprio capitalismo passa por um processo de profunda reestruturação caracterizado por maior flexibilidade de gerenciamento; descentralização das empresas e sua organização em redes tanto internamente quanto em suas relações com outras empresas; considerável fortalecimento do papel do capital vis-à-vis o trabalho, com o declínio concomitante da influência dos movimentos de trabalhadores; individualização e diversificação cada vez maior das relações de trabalho; incorporação maciça das mulheres na força de trabalho remunerada, geralmente em condições discriminatórias; intervenção estatal para desregular os mercados de forma seletiva e desfazer o estado de bem-estar social com diferentes intensidades e orientações, dependendo da natureza das forças e instituições políticas de cada sociedade; aumento da concorrência econômica global em um contexto de progressiva diferenciação dos cenários geográficos e culturais para a acumulação e a gestão do capital.

As mutações de ordens diferenciadas vivenciadas pelo mundo do trabalho acarretaram consequências que afetaram a classe trabalhadora. A análise, mesmo que generalizada de alguns elementos constitutivos de tais mudanças, possibilitam o entendimento deste cenário.

1.2 Elementos e consequências das transformações no mundo do trabalho

Após meados dos anos setenta, o mundo do trabalho vivenciou uma situação fortemente crítica que afetou a classe trabalhadora, tanto na sua forma de ser,

quanto na sua esfera subjetiva, política, ideológica, dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas. O entendimento dos elementos constitutivos desta crise é tarefa complexa, pois neste mesmo período ocorreram mutações intensas, de ordens diversas, que no todo acabaram acarretando conseqüências muito fortes no interior do movimento operário, e em particular, no âmbito do movimento sindical (ANTUNES, 2000, p. 39).

Para Mézaros (1989, p. 103), a intensidade da crise do capital o levou a desenvolver

práticas materiais da destrutiva auto-reprodução ampliada ao ponto em que fazem surgir o espectro da destruição global, em lugar de aceitar as requeridas restrições positivas no interior da produção, para satisfação das necessidades humanas.

Para o entendimento da crise que se operou no interior do movimento operário e sindical saliente-se como elemento inicial, que a partir especialmente do início dos anos setenta vivenciou-se um quadro de crise estrutural do capital que se abateu no conjunto das economias capitalistas, levando ao vastíssimo processo de reestruturação produtiva, com vistas à recuperação do ciclo de reprodução do capital. O segundo elemento para o entendimento do refluxo do movimento operário decorre do desmoronamento do Leste europeu (e da quase totalidade dos países que tentaram uma transição socialista com a União Soviética à frente), que propagou no interior do mundo do trabalho, a falsa ideia do fim do socialismo. (ANTUNES, 2000, p. 39).

O desmoronamento da esquerda tradicional da era stalinista é o terceiro elemento fundamental para o entendimento da crise no mundo do trabalho. O processo político e ideológico de socialdemocratização da esquerda e sua conseqüente atuação subordinada à ordem do capital atingiu a esquerda sindical e partidária, repercutindo na classe trabalhadora e no sindicalismo de esquerda (ANTUNES, 2000, p. 40).

Como quarto elemento central das mudanças no mundo do trabalho, acrescenta-se que, com a expansão do Neoliberalismo³ a partir de fins dos anos

³ Neoliberalismo é um conjunto de idéias políticas e econômicas que ganhou força e visibilidade com o Consenso de Washington em 1989 pelo qual os investimentos dos países nas áreas sociais deveriam ser direcionados para as empresas a fim de movimentar a economia (ANDERSON, 1995, p. 9-23).

setenta e a consequente crise do *Welfare State*⁴, a própria socialdemocracia regrediu e passou a atuar muito próxima da agenda neoliberal, pois

o Neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como Fundo Monetário Internacional (ANTUNES, 2000. p. 40).

O fenômeno da globalização, ou a mundialização do capital (provocadas pela circulação intensa do capital financeiro, pela ampliação dos mercados, pela integração produtiva em escala mundial), designa o quadro político e institucional com modo específico de funcionamento do capitalismo decorrente das políticas de liberalização e de desregulamentação das trocas, do trabalho e das finanças, adotadas pelos governos dos países industriais, encabeçadas pelos Estados Unidos e Grã-Bretanha (CHESNAIS, 1999, p. 77).

O complexo processo que findou por afetar o mundo do trabalho, em várias dimensões, pode ser resumido, segundo Antunes (2000, p. 40), da seguinte maneira: a) existência de uma crise estrutural do capital ou um efeito depressivo profundo que acentuam seus traços destrutivos; b) ocorreu o fim do Leste Europeu e como consequência parcelas importantes da esquerda se socialdemocratizaram; c) tal processo efetivou-se justamente quando a própria socialdemocracia sofria uma forte crise; e d) o projeto econômico, social e político neoliberal expandia-se fortemente.

No contexto internacional manifestava-se uma crise do capitalismo e nos países centrais desenvolvia-se um processo de profunda reestruturação produtiva, como estratégia do capital para fugir da crise que afetava a sua rentabilidade. Este momento é denominado por alguns autores de Terceira Revolução Industrial. Estes novos padrões flexíveis de produção estavam sendo inspirados no toyotismo (MEDEIROS, 2009, p. 63).

Para atender a uma necessidade restrita, combinada com alta tecnologia e um tipo de gerenciamento disposto a utilizar-se de menos recursos e menos

⁴ *Welfare State*, ou Estado de Bem Estar Social. Pode-se definir como “um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente” (GOMES 2006, p. 203).

trabalhadores, a Toyota, fábrica japonesa, implementou esta nova organização do trabalho chamada toyotismo que passou a ser parte integrante de um novo processo de organização do trabalho chamado reestruturação produtiva. Ao invés do trabalho desqualificado, o operário torna-se polivalente; integra-se em uma equipe ao invés de trabalhar em linha individualizada e ao invés de produzir veículos em massa para pessoas que não conhece, ele fabrica um elemento para a satisfação da equipe que está na sequência de sua linha (GOUNET, 1999, p. 65).

No toyotismo há uma rotatividade de tarefas, uma polivalência, maior valorização do trabalho em grupo e a inserção de novas formas de gerência chamadas *just in time*, *sistema kanban*⁵, *CCQs (Círculos de Controle de Qualidade)*, que objetivam o melhor aproveitamento possível do tempo de produção, rígido controle de reposição de peças e estoque, além de grupos de trabalhadores incentivados a discutir seu trabalho e desempenho com vistas a melhorar a produtividade (ANTUNES, 2008, p. 54).

Para Alves, 2005, p. 413,

O novo regime de acumulação flexível tendeu a satisfazer as exigências do capitalismo mundial, sendo adequado às novas condições de concorrência e de valorização do capital e ao novo patamar da luta de classes na produção. Foi o regime de acumulação flexível que constituiu um novo complexo de reestruturação produtiva cujo momento predominante passou a ser o toyotismo. Entre os múltiplos modelos produtivos disseminados a partir do modo de organização taylorista-fordista (modelo sueco, italiano e alemão), o modelo japonês conseguiu impor-se como o mais adequado àquela etapa de crise estrutural do capital.

Como bem observa Neves (2000, p. 171), as mudanças estruturais no paradigma industrial e tecnológico foram provocadas pelo novo padrão de acumulação do capital com base na produção flexível, ocorrendo, nesse contexto, a predominância do discurso neoliberal, sinalizando a reestruturação da matriz centrada no Estado como promotor de políticas públicas e como agente regulador da economia para o mercado como dinamizador do desenvolvimento socioeconômico.

O mundo do trabalho sofreu significativas conseqüências advindas desta forma flexibilizada de acumulação capitalista baseada na reestruturação produtiva. Aponta-se inicialmente para a redução do proletariado fabril estável que havia se desenvolvido na vigência do taylorismo/fordismo e que segue diminuindo com a

⁵ *Just in time*: no sentido do melhor aproveitamento possível do tempo, incluindo transporte, controle de qualidade e estoque; *kanban*: senha utilizada que alude à necessidade de reposição das peças/produtos (ANTUNES, 2008, p. 26).

reestruturação, flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo (característica da fase do toyotismo). Disseminou-se o que tem sido denominado mundialmente de trabalho precarizado, ou seja, os terceirizados, os subcontratados, trabalho a tempo parcial, e demais formas assemelhadas que se expandem por diversas partes do mundo – é o novo proletariado, subproletariado fabril e de serviços (ANTUNES, 2000, p. 42).

O aumento do trabalho feminino absorvido pelo capital no universo do trabalho precarizado e desregulamentado, bem como a inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, particularmente nos países asiáticos e latino-americanos de industrialização intermediária e subordinada, também são conseqüência desta nova forma de acumulação do capital, assim como o são, a exclusão dos jovens e dos idosos do mercado de trabalho dos países centrais e a expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado, onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. Conclui-se que aumentaram os níveis de exploração do trabalho (ANTUNES, 2000, p. 43).

O ajustamento do trabalhador a essas mudanças nas suas tarefas pressupõe uma flexibilidade interna, que diz respeito à polivalência do mesmo e uma flexibilidade externa presente na subcontratação; e como mais um dos elementos de degradação do mercado interno, tem-se a internacionalização do mercado de trabalho (CASTEL, 2005).

A flexibilização é apontada como uma das características centrais desta nova forma de capitalismo, e segundo Leite (2009, p. 69), pode apresentar-se de diversas formas:

[...] flexibilização das jornadas de trabalho; flexibilização na possibilidade de as empresas demitirem e admitirem força de trabalho; flexibilização nos processos de trabalho com a integração de diferentes parcelas do trabalho, outrora divididas pelo fordismo, e, sobretudo, flexibilização dos vínculos de emprego, o que tem levado a um enorme crescimento das formas de emprego outrora consideradas atípicas, como o trabalho por conta própria, em tempo parcial, por tempo determinado, não registrado, cooperativado.

Atrelado ao processo de flexibilização desenvolve-se o processo de precarização do trabalho, entendendo-se este quando um determinado tipo de trabalho se deteriora sob determinados aspectos como direitos trabalhistas,

rendimentos auferidos, estabilidade ou a própria característica do vínculo empregatício (LEITE, 2009, p. 73).

Segundo Alves (2007, p. 111), “o processo de precarização do trabalho e a constituição do precário mundo do trabalho são traços do novo sócio-metabolismo do capital nas condições de mundialização financeira”. Tanto países capitalistas centrais, quanto países periféricos, a exemplo do Brasil, são atingidos pela nova ordem de mundialização do capital, e entende o citado autor que o processo de precarização do trabalho no caso do capitalismo brasileiro assume dimensões complexas de ordem histórico-genéticas (originárias da nossa formação colonial) e histórico-sociais vinculadas à globalização, ambas devidamente articuladas.

Na análise deste mundo do trabalho transformado (flexível, fluido, difuso), “precarização” e “precariedade” são termos recorrentes que merecem distinção. O modo de produção e reprodução capitalista tem como uma de suas determinações estruturais a constituição sistêmica, a partir de processos de precarização do trabalho vivo, formas históricas de precariedade social, sendo a principal destas o sistema de trabalho assalariado predominante há séculos nas sociedades burguesas. As condições de precariedade social têm se ampliado com o capitalismo moderno em que muitas pessoas despossuídas da propriedade dos meios de produção da vida material obrigam-se a vender sua força de trabalho para sobreviver, e outras pessoas vencidas pela concorrência de mercado, perderam ofícios ou habilidades profissionais, tornando-se proletários. O capital expandiu-se, globalizou-se e aparece como um processo social contraditório caracterizando-se por um lado “pela constituição do processo de precarização como forma de desenvolvimento civilizatório e por outro lado, pela instauração da precariedade social como condição humana” (ALVES, 2007, p. 112).

Sintetizando, o mesmo autor (2007, p. 115) entende que

A precarização é um atributo modal da precariedade. É uma forma de ser sócio-histórica da condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. Enquanto existir precariedade haverá possibilidade objetiva de precarização que pode assumir dimensões objetivas e subjetivas. A precarização não apenas desvela uma condição ontológica da força de trabalho como mercadoria, mas explicita novos modos de alienação/estranhamento e fetichismo da mercadoria no mundo social do capital.

A precarização como processo social passa a atingir o conjunto dos assalariados e a consequente instabilidade conjuga a precarização econômica com a precarização da proteção social:

A primeira é constituída pela precarização da estrutura produtiva e da precarização salarial (desemprego em massa, subcontratação, mudanças de estatuto); a segunda, formada pela transformação da legislação do trabalho, redefinindo o direito do trabalho e das empresas e a transformação do sistema legislativo `fora do trabalho`. No interior dessa dupla precarização – e revelando a intersecção dessa institucionalização da instabilidade – situa-se a saúde do trabalho, considerada como espaço privilegiado que evidencia e denuncia a gravidade dessa forma de dominação” (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007, p. 36).

Esse processo chamado precarização possui uma dimensão histórica determinada pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho. A resistência do trabalho vivo à voracidade do capital é manifestada por sindicatos e partidos trabalhistas que saem em defesa do mundo do trabalho contra o poder das coisas (ALVES, 2007, p. 114).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho afetaram também os sindicatos representantes dos trabalhadores na defesa de seus direitos. Segundo Antunes (2015, p. 198, 199) “os sindicatos foram forçados a assumir uma ação cada vez mais *defensiva*, cada vez mais atada à *immediatez*, a *contingência*, regredindo sua já limitada ação de defesa de classe no universo do capital”; aos poucos foram abandonando seus traços anticapitalistas, preocupados em preservar a jornada de trabalho regulamentada e demais direitos sociais conquistados; enquanto a revolução técnica do capital avançava lutavam para manter o direito ao trabalho, ao emprego, o mais elementar e defensivo dos direitos da classe trabalhadora. Neste contexto desenvolve-se o sindicalismo de participação em substituição ao sindicalismo de classe; o importante era participar de tudo sem questionar a lógica do capital.

A experiência sindicalista veio para o Brasil com os imigrantes europeus no final do século XIX, cuja maneira de atuar tinha características de enfrentamento, revolucionárias. Nas décadas de 30 a 60, embora controlados pelo governo, os sindicatos no Brasil desenvolveram amplas lutas sociais e sindicais. No período de 1964 a 1980 com a expansão do capitalismo ampliou-se a classe trabalhadora e o sindicalismo foi tomando força, emergindo um “novo sindicalismo” o que fortaleceu a luta da classe trabalhadora pelos seus direitos, surgindo neste contexto as Centrais

Sindicais e segue gozando de autonomia perante o Estado, fruto da Constituição da República de 1988 (ANTUNES, 2007, p. 290).

A dúvida sobre a atuação eficiente ou não de um sindicato na defesa dos interesses dos trabalhadores é uma questão recorrente. Estanque (2009, p. 311), com propriedade orienta:

Se nos despirmos de juízos de valor e, sobretudo, se formos capazes de evitar a tendência de classificar os sindicatos entre os “bons” e os “maus” (uns com quem, supostamente, se pode dialogar e os outros, ditos conservadores ou “ao serviço de...”), seremos levados a perceber o papel social e transformador do sindicalismo (e tanto a contestação como a negociação são vias igualmente válidas no plano social) e talvez então se possa aceitar que o sindicalismo combativo e de movimento é aquele que maior contribuição deu e pode dar ao progresso social.

No momento atual, de globalização, de transnacionalização do capital, Estanque (2009, p. 321) sinaliza que o sindicalismo que o trabalhador precisa é de um movimento social global que terá de se estender para além da esfera laboral, orientado para a intervenção cidadã, passando das solidariedades nacionais para as transnacionais, dos países avançados para os países pobres. Um sindicalismo que se alargue à democracia participativa (nas empresas, escolas, cidades, comunidades, etc); que resista, por meio de um maior controle sobre o processo produtivo, investimentos, inovação tecnológica e políticas de qualificação e formação profissional, ao capitalismo destrutivo; “que pense os problemas laborais no quadro mais vasto da sociedade, da cultura ao consumo, do trabalho ao lazer, da empresa à família, do local ao global”.

Houve um enfraquecimento dos sindicatos, cujo declínio é atribuído a fatores como a reestruturação produtiva, a globalização, as mudanças na base social dos sindicatos e introdução de novas relações de trabalho. Contudo, os sindicatos não devem perder sua razão de ser, sua ação deve voltar-se contra todas as modalidades de destruição econômica, social e ambiental provenientes do sistema capitalista e centrar-se nos valores que os movimentos operários e o próprio sindicalismo defenderam, começando pela centralidade do trabalho (GIROLETTI, 2007, p. 311).

Ressalta-se a importância do papel dos sindicatos em tempos de flexibilização dos direitos trabalhistas (seja por adaptação a regras já existentes ou pela própria desregulamentação), fruto da reestruturação produtiva, pois tais

transformações na estrutura do trabalho afetaram a forma de ser da classe trabalhadora que conta com este sujeito social para a defesa de seus interesses.

1.3 A classe trabalhadora e os agravos à sua saúde

As transformações sociais ocorridas na contemporaneidade resultaram em uma nova composição da classe trabalhadora. Embora alguns pressupostos teóricos queiram apontar para a classe trabalhadora como um fenômeno em extinção, há de se reconhecer que a mesma permanece viva (ANTUNES, 2003).

A partir das novas formas de organização e funcionamento das relações de produção e processos de trabalho oriundos das inovações pelas quais tem passado o capitalismo, Antunes (2003, p. 104) faz uma reflexão teórico-analítica sobre a classe, apresentando a nova forma de ser da “classe-que-vive-do-trabalho”, deixando claro que não se trata de “nova expressão conceitual”, mas uma ampliação no foco de sua análise, esclarecendo:

Compreender contemporaneamente a classe-que-vive-do-trabalho desse modo ampliado, como sinônimo de classe trabalhadora, permite reconhecer que o mundo trabalho vem sofrendo mutações importantes.

Nesta proposição, inclui-se também na “classe-que-vive-do-trabalho” aqueles trabalhadores que não participam diretamente do processo de valorização do capital, ou seja, trabalhadores improdutivos, que segundo Antunes (2003, p. 102),

são aqueles em que, segundo Marx, o trabalho é consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca. O trabalho improdutivo abrange um amplo leque de assalariados, desde aqueles inseridos no setor de serviços, bancos, comércio, turismo, serviços públicos etc, até aqueles que realizam atividades nas fábricas, mas não criam diretamente valor.

Os trabalhadores desempregados que deixaram de fazer parte da produção em razão das inovações excludentes, e os trabalhadores rurais que vendem sua força de trabalho para as empresas rurais também são incluídos na “classe-que-vive-do-trabalho”, cuja delimitação se dá apontando quem “não” faz parte da mesma:

A classe trabalhadora hoje exclui, naturalmente, os gestores do capital, seus altos funcionários, que detêm papel de controle no processo de trabalho, de valorização e reprodução do capital no interior das empresas e que recebem rendimentos elevados ou ainda aqueles que, de posse de um capital acumulado, vivem da especulação e dos juros. Exclui, também, em

nosso entendimento, os pequenos empresários, a pequena burguesia urbana e rural proprietária (ANTUNES, 2003, p. 104).

As bases da classe são as ligações e oposições existentes no processo de produção; a experiência de subsunção real ao capital que os sujeitos vivenciam é o elemento que une os integrantes da “classe-que-vive-do-trabalho”. No entendimento de Wood (2003, p. 89):

As ligações e oposições contidas no processo de produção são a base da classe; mas a relação entre pessoas que ocupam posições semelhantes nas relações de produção não é dada diretamente pelo processo de produção e de apropriação (...) as pessoas nunca estão ‘reunidas’ em classes, a pressão determinante exercida por um modo de produção na formação das classes não pode ser expressa sem referência a alguma coisa semelhante a uma experiência comum – uma experiência vivida de relações de produção, as divisões entre produtores e apropriadores, e, mais particularmente, dos conflitos e das lutas inerentes às relações de produção.

As mutações ocorridas no modo de produção capitalista fizeram surgir uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexificada. Este conjunto é composto por trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, homens e mulheres, jovens e velhos, nacionais e imigrantes, estáveis e precários, brancos e negros etc, além de outras categorias provenientes de inserções diferenciadas dos países e seus trabalhadores na nova divisão internacional do trabalho (ANTUNES, 2000, p. 43).

Na prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, desregulamentação, flexibilização e terceirização são expressões desta realidade. Contudo, essa força humana de trabalho é imprescindível para a reprodução do capital, de modo que este pode diminuir o trabalho vivo, precarizá-lo, e mesmo desempregar grandes parcelas da população, mas não pode eliminá-lo, extingui-lo (ANTUNES, 2000, p. 44).

Tem-se hoje, de um lado o trabalhador polivalente, multifuncional da era informacional, apto a operar maquinário informatizado e de outro uma intensificação levada ao limite das formas de exploração do trabalho, presentes e em expansão no novo proletariado, no subproletariado industrial e de serviços. É crescente a massa de trabalhadores precarizados, de trabalhadores sem nenhuma qualificação os quais ocupam empregos temporários, a tempo parcial ou estão desempregados (ANTUNES, 2000, p. 43 e 44).

Essas novas condições de trabalho tendem a refletir negativamente na saúde dos trabalhadores, pois nem sempre contemplam características capazes de proporcionar a satisfação e o bem-estar que levariam ao padrão de qualidade de vida no trabalho.

Morin (2001, p. 10) enumera três características, segundo o modelo de Hackman e Oldham⁶, que contribuem para dar sentido ao trabalho:

1. A variedade das tarefas: a capacidade de um trabalho requerer uma variedade de tarefas que exijam uma variedade de competências. 2. A identidade do trabalho: a capacidade de um trabalho permitir a realização de algo do começo ao fim, com um resultado tangível, identificável. 3. O significado do trabalho: a capacidade de um trabalho ter um impacto significativo sobre o bem-estar ou sobre o trabalho de outras pessoas, seja na sua organização, seja no ambiente social.

A forma como o trabalho se organiza em tempos de reestruturação produtiva parece não contemplar estas três características propostas pelos pesquisadores. É possível que o trabalho deixe de ter o sentido que deveria ter e também deixe de proporcionar bem-estar ao trabalhador, pois nos dias atuais a execução do trabalho difere daquela de dois séculos atrás na medida em que há menos trabalho manual, braçal e maior desempenho das máquinas, tornando o trabalho humano repetitivo, sem criatividade. Ausentes, portanto, a variedade de tarefas a serem executadas pelo trabalhador visto que realiza tarefas repetitivas; a identidade do trabalho, pois o trabalhador participa da execução apenas de parte do produto final; e o significado do trabalho, uma vez que é questionável o bem-estar do trabalhador ao final do processo.

Não seria o trabalho em si a fonte de mal estar e adoecimento do homem, mas sim a forma como ele é organizado e condiciona o homem na sua execução. Se no período da Revolução Industrial os problemas relacionados à saúde e à segurança do trabalhador eram mutilações e doenças, hoje, com o avanço da tecnologia, surge um novo perfil de problemas, como os mentais e articulares, causados pelo estresse psicológico e repetições no ambiente de trabalho, respectivamente. Esse o entendimento de Cohn e Marsiglia (1994).

Prevalece o pensamento que relaciona os novos padrões de saúde-doença das populações com as crescentes transformações de ordem econômica, social,

⁶ Hackman e Oldham, (1976), psicólogos que investigaram a relação entre a qualidade de vida no trabalho e o sentido no trabalho; propuseram um modelo que tenta explicar como as interações, as características de um emprego e as diferenças individuais influenciam a motivação, a satisfação e a produtividade dos trabalhadores.

política e técnica (a forma como o trabalho está sendo realizado, as relações entre diferentes níveis hierárquicos e entre as profissões, novas formas de emprego que levam à precarização do trabalho e o próprio desemprego).

A *intensificação do trabalho*, como se refere Dias (2000, p. 5), é fruto da combinação das inovações tecnológicas e de novos métodos gerenciais e decorre do aumento de ritmo, responsabilidade e complexidades das tarefas. O reflexo na saúde do trabalhador vem por meio de manifestações de envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas a exemplo dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e um conjunto de sintomas psíquicos, como a síndrome da fadiga crônica, síndrome de *burn out*⁷ e outros inespecíficos como a morte súbita por excesso de trabalho.

A Modernidade impõe ao trabalhador uma mescla de situações e sentimentos que refletem na sua saúde. Afirmar Elias (1990, p. 270), que aos indivíduos é imposta, pelas tensões do mundo moderno, uma pressão de trabalho e uma insegurança profunda que nunca cessam; “tudo isso, as frustrações, a inquietação, a pressão do trabalho, não menos que a ameaça que nunca termina à vida inerente às tensões entre Estados, gera ansiedades e medos [...]”.

Indagava Dejours (1992, p. 9): “como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao seu *funcionamento* psíquico provocados pelo seu trabalho? O que fazem para não ficarem loucos?”. Em busca de respostas passou a desenvolver estudos, não sobre a loucura, mas sobre o *sofrimento* no trabalho, concluindo que a forma com que se reveste o sofrimento varia com o tipo de organização do trabalho; contra a insatisfação e a angústia do trabalho o trabalhador elabora uma estratégia defensiva da sua profissão (por exemplo: “síndrome de contaminação pelos comportamentos condicionados”, nas tarefas taylorizadas) de modo que o sofrimento não é imediatamente identificável; haverá sintomas próprios de cada profissão.

⁷ A síndrome de *burn out*, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico descrito em 1974 por Freudenberg, um médico americano. O transtorno está registrado no Grupo V da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocados por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes. A síndrome se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso (VARELLA, 2015, n.p).

Mas, o trabalho não seria somente causa de sofrimento e doença, pode também significar equilíbrio mental e saúde desde que haja uma boa adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental do operário. Esta adequação, este equilíbrio ocorre quando as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador de modo que o simples exercício da tarefa causa prazer e também quando o ritmo do trabalho pode ser determinado pelo próprio trabalhador. Tais condições contemplam apenas algumas atividades como artesãos e profissionais liberais nas quais o trabalho é livremente organizado, escolhido e conquistado (DEJOURS, 1992, p. 133-134).

Identificar a causa de adoecimento, de sofrimento do trabalhador possibilita trilhar um caminho para neutralizar e se possível eliminar efeitos nocivos à saúde do mesmo. Sintetizando suas ponderações, o mesmo autor (1992, p. 139) entende que é possível “examinar o que constitui um obstáculo coletivamente experimentado por cada grupo de trabalhadores, no acesso a um trabalho mais satisfatório” o que em outras palavras seria “compreender que as resistências individuais ao prazer acompanham resistências coletivas, no centro das quais se encontram, precisamente, as ideologias coletivas de profissão”.

Jacques e Codo (2002) chamam a atenção para o fato de que os chamados riscos psicossociais que incluem os fenômenos de ordem neurofisiológica, cognitiva, psicológica, social e organizacional são com menos frequência relacionados ao trabalho pelos estudiosos, diferentemente das doenças ocupacionais que são facilmente identificadas como efeito dos riscos decorrentes do ambiente laboral.

Considere-se também que com o avanço da automação e da tecnologia que passam a definir os níveis da produção a ser alcançada, houve clara sofisticação do disciplinamento, que veio acompanhado de um controle dissimulado, sob a ilusão da ideia da qualidade e da competitividade. Tais mudanças na organização do trabalho levam ao abandono relativo das ideias de tarefas e postos de trabalho, tão claras da organização taylorista/fordista, decorrendo daí os variados modos de polivalência, a articulação das atividades de operação, controle de qualidade e manutenção (SALERNO, 1994). Surge um trabalhador participativo, escolarizado e polivalente, porém, essa polivalência lhe acarreta aumento de responsabilidades, maior carga de trabalho e menor autonomia (MONTEIRO, 1995)

Nesse novo modo de produção a doença e o acidente de trabalho se entrelaçam com o próprio trabalho, acompanhando suas metamorfoses,

manifestando-se das mais diversas formas. Trabalhadores adoecem e morrem de formas variadas, decorrentes do contexto em que estão inseridos, e sendo diversas as atividades, diversas também sempre foram as necessidades dos trabalhadores para preservação de sua saúde. Ao longo dos tempos os cuidados com a saúde dos trabalhadores foi evoluindo em etapas. A primeira foi a etapa da Medicina do Trabalho, com início por volta de 1830, seguida pela etapa da Saúde Ocupacional, com início por volta de 1950; passou pela fase da Saúde do Trabalhador, em torno de 1970 e por fim a da Qualidade de Vida do Trabalhador a partir de 1985 (MENDES e DIAS, 1991).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho desencadearam movimentos sociais em busca de melhores condições de trabalho e preservação da saúde dos trabalhadores, direcionando as providências para um modelo organizado de forma a promover, prevenir e atuar na vigilância em saúde do trabalhador diferente dos modelos anteriores que não interferiam nos fatores causais da enfermidade e nos quais os trabalhadores eram vistos ainda individualmente e não como coletivo.

1.4 Do modelo denominado Saúde do Trabalhador à perspectiva de Qualidade de Vida no Trabalho

Na segunda metade da década de 60, um novo movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental, principalmente na Alemanha, França, Estados Unidos e Itália, mas que alcança muitos outros países. A marca deste movimento são questionamentos acerca do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração (MENDES e DIAS, 1991, p. 344). Esse novo período de protestos foi influenciado pelas transformações sociais e pelo panorama político da época, levando os trabalhadores a novas reivindicações.

Em busca de ambientes seguros e saudáveis, grupos de operários na Itália não aceitam a monetização do risco, pelo recebimento de adicionais e organizam-se em movimentos “cuja exigência já não é mais que se paguem os efeitos destruidores do trabalho, mas que o trabalho se organize, para ser uma atividade criadora e não destruidora” (LAURELL e NORIEGA, 1989, p. 90). No chamado modelo operário

italiano as experiências coletivas dos trabalhadores serviam de base para as reivindicações, partindo do efeito concreto, possibilitando uma visão geral do ambiente de trabalho e não somente do posto de trabalho do operário. Ressaltam Laurell e Noriega (1989, p. 89) que desta forma “ganham igual importância tanto os problemas quanto os ritmos e cargas de trabalho, repetitividade e monotonia, turnos e horários, quanto os ruídos, substâncias químicas, vapores, iluminação, etc”.

O “Estatuto dos Trabalhadores” como ficou conhecida a Lei 300, de 20 de maio de 1970, foi resultado do movimento dos trabalhadores na Itália, o qual incorporou princípios fundamentais da agenda do movimento, tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho (MENDES e DIAS, 1991, p. 345). A participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança no trabalho passou a ser uma exigência.

Atenta ao movimento de renovação da década de 70, a OIT, pela Conferência Internacional do Trabalho aprovou resolução instituindo o Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e do Meio Ambiente do Trabalho, a fim de assessorar trabalhadores, governos e empregadores. Mendes (1988, p. 15) evidencia as finalidades deste Programa criado pela OIT:

Este programa foi justificado como sendo o ponto de encontro entre duas importantes tendências: uma, dirigida ao melhoramento da qualidade geral de vida como uma aspiração básica para a humanidade de hoje, e que não pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica, segundo as palavras de um dos funcionários do programa; a outra, concernente a uma maior participação dos trabalhadores nas decisões que diretamente dizem respeito à sua vida profissional.

Segundo Oliveira (2002, p. 75), a Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 1977 reforçou o conceito de saúde do trabalhador, fixando a meta “Saúde para todos no ano 2000”. Em 1978, a Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, com a participação de representantes de 134 nações, realizada na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, patrocinada em conjunto entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)⁸, formulou a “Declaração de Alma-Ata”, cujo primeiro item reza:

⁸ UNICEF: do inglês *United Nations Children's Fund*.

A conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (OLIVEIRA, 2002, p. 75).

Tanto a meta de saúde para todos no ano 2000, quanto a Declaração de Alma-Ata, tiveram o respaldo formal da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1979 (OLIVEIRA, 2002, p. 75).

Registra-se que durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, em 1978, como estratégia de ampliação de cobertura e de participação social, surgem propostas dentro da OMS no sentido de voltar as atenções à saúde de grupos populacionais de trabalhadores, em especial os mineiros, os rurais e os migrantes. Nos anos 80, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que é um organismo da OMS, lançou o documento “Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores” (OPAS, 1983) que tinha por objetivo traçar diretrizes para implantação na rede pública de serviços sanitários de programações em saúde direcionadas aos trabalhadores (LACAZ, 1997, p. 9).

Também nos anos 80, no Brasil, a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), criada pela articulação de vários setores do movimento sindical, transforma-se no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), de caráter nacional, desempenhando posteriormente importante papel de “subsidiar os sindicatos na discussão sobre a superação da estrutura voltada ao assistencialismo, teimosa herança do Estado Novo, transformando-a nas assessorias sindicais em saúde e trabalho”, desempenhando importante papel como instrumento de luta pela saúde dos trabalhadores e na sua relação com o Estado (LACAZ, 1997, p. 8).

A saúde dos trabalhadores foi ganhando nova direção, orientada por Convenções da OIT. Em 1981, a Conferência Geral da OIT aprovou a Convenção 155 sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, cujos avanços versaram sobre: conceito amplo de saúde, obrigatoriedade da fixação de uma política nacional de saúde, adaptação dos processos de produção às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores, direito de interrupção por iniciativa do empregado de situação de trabalho envolvendo perigo iminente e grave para a sua vida, inserção dos temas segurança, higiene e meio ambiente de trabalho em todos os níveis de ensino, etc.

Na sequência, foi aprovada em 1985, pela OIT, a Convenção 161 e a Recomendação 171, ambas sobre os Serviços de Saúde no Trabalho, tendo como características o princípio da participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e a implementação por meio de políticas públicas (OLIVEIRA, 2002, p. 76).

Lacaz (1997, p. 9) ressalta o fato de que “tais manifestações dos órgãos internacionais reforçam a preocupação que vinha amadurecendo entre técnicos da área de Saúde Pública no Brasil” e a possibilidade de que a Saúde Pública assumisse papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs). Experiências com tais Programas se desenvolveram particularmente em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, e Rio Grande do Sul, tanto no meio urbano quanto no rural, a partir de 1984, e já vinha se delineando desde a posse dos novos governadores em 1983.

Começa a haver, nestas experiências dos Serviços de Saúde Pública, uma articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle de nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma ação interinstitucional entre órgãos da esfera federal como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs)⁹, a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), em nível dos Estados e as Universidades, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, a valorização do conhecimento dos trabalhadores a par de divulgar informações e dados sobre doença e morte dos mesmos (LACAZ, 1997, p. 9).

O desenvolvimento de uma luta duradoura contra a contaminação dos ambientes de trabalho e destes ao ambiente que os circunda depende de um enraizamento dos sindicatos nos locais de trabalho, o que é uma grande dificuldade a ser enfrentada, daí a necessidade de se unir o movimento de trabalhadores e dos ambientalistas (LACAZ, 1997, p. 10). Enfatiza o autor que esta pauta de questões contou com momentos privilegiados de enfrentamento como a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em dezembro do mesmo ano, assim como foi o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, que teve início nos anos anteriores.

⁹ Atualmente Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE).

Foram marcos históricos da luta pela defesa da saúde como direito e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com ampla participação e controle social, contudo, as dificuldades impostas pelas elites no sentido da democratização das relações nos ambientes e locais de trabalho ainda não foram superadas.

Dezenas de sindicatos também participaram da VIII Semana de Saúde do Trabalho, promovida em 1987 pelo DIESAT, em São Paulo, cujas propostas demonstraram claramente o ressurgimento da consciência do movimento sindical mais organizado na conquista do direito à saúde do trabalhador. Neste evento chegou-se à conclusão que:

A questão da eliminação do risco de acidentes e da insalubridade deve ser colocada de modo incisivo e ser objeto de posições firmes de toda a direção sindical e de suas Centrais quando das campanhas salariais e acordos coletivos de trabalho. Recomenda o plenário da VIII SEMSAT que as entidades representativas dos trabalhadores, em todos os seus níveis, incorporem a questão da saúde e da melhoria das condições de trabalho em suas campanhas salariais e acordos coletivos (...) dando-lhes a mesma importância que a questão salarial e econômica (OLIVEIRA, 2002, 78).

A introdução da etapa da saúde do trabalhador no ordenamento jurídico brasileiro tem como marco a CRFB/88, quando a saúde foi considerada como direito social, garantindo-se aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Estabeleceu-se também que a saúde é direito de todos e dever do Estado, harmonizando-se com as declarações internacionais. Normas de amparo à saúde do trabalhador também foram contempladas na Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) e nas Leis previdenciárias (8.212 e 8.213, ambas de 1991). Em 1990 o Brasil ratificou a Convenção 161 da OIT sobre Serviços de Saúde do Trabalho e em 1992 ratificou a Convenção 155 da OIT sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores (OLIVEIRA, 2002, p. 78)

A saúde do trabalhador, em razão dessa nova organização, deixa de limitar-se ao assistencialismo e recuperação de agravos, mas emerge promovendo, prevenindo e atuando na vigilância em saúde do trabalhador. A CRFB/88 afirmou a integração da saúde do trabalhador nas ações do SUS, o que refletiu na já citada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990 – LOS), que por sua vez determinou em seu artigo 6º a vigilância em saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS, com a participação dos trabalhadores, a difusão de informações, a intersetorialidade, etc. O § 3º do artigo 6º da LOS define tais ações como:

um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à 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 (BRASIL, 1990).

Para concretizar o desenvolvimento da saúde do trabalhador no SUS, foi criada uma estrutura hierárquica entre as três esferas governamentais, União, Estados e Municípios. Em nível federal foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em nível estadual foram criados os Centros Estaduais de Saúde do Trabalhador (CEST) e nos municípios os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), porém, com abrangência macrorregional. A discussão sobre os moldes de intersetorialidade, a integralidade das ações do Estado e do controle social, eixos da nova matriz estabelecida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador para atenção aos agravos da saúde dos trabalhadores deu-se na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em final de 2005. (RENAST, 2015, n.p.)

A Portaria 1.679/2002/GM/MS (BRASIL, 2002) normatizou a habilitação e convênio entre os municípios, o Estado e o Ministério da Saúde para a implantação de CEREST em âmbito macrorregional.

Embora se constate avanços no campo da saúde do trabalhador por meio de diversas iniciativas, o ser humano não busca apenas saúde no sentido estrito, anseia por qualidade de vida e no exercício da sua profissão, não deseja somente um ambiente adequado, almeja qualidade de vida no trabalho.

Observa-se que desde a década de 70 a preocupação com a qualidade de vida no trabalho resultou em estudos relatando experiências de programas implementados em prol dos trabalhadores, em países como Estados Unidos, Canadá e Noruega. Na década de 80, na Argentina e em Portugal também aparecem obras acadêmicas e legislação abordando o tema qualidade de vida do trabalhador (OLIVEIRA, 2002, p. 79).

No Brasil, a preocupação com a qualidade de vida do trabalhador está inserta na CRFB/88, que contempla no artigo 225 o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado como essencial à sadia qualidade de vida, cujo destaque, no artigo 200, VIII, é a proteção ao meio ambiente nele compreendido o do trabalho. Também no ato das Disposições Transitórias, o artigo 79, com o

acréscimo da Emenda Constitucional 31 refere-se à instituição de programas de relevante interesse social voltados para a melhoria da qualidade de vida.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1992, em seu Relatório Final informa que na temática central a saúde foi enfocada como qualidade de vida, assim como a expressão “qualidade de vida do trabalhador” é usada no Relatório Final da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador apresentado em 1993. No mesmo sentido, a X Conferência Nacional de Saúde, em 1996 adotou no Relatório Final o título: “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” (OLIVEIRA, 2002, p. 80) No I Congresso Internacional para a Gestão de Riscos do Trabalho, realizado na Argentina, em 1999, o documento oficial enfatizava:

Também foi salientada a importância de se passar da abordagem tradicional da segurança, higiene e saúde ocupacional para o conceito de qualidade de vida laboral, entendendo que o mesmo não se limita ao local e horário de trabalho, e, sim, que se integra ao modo de vida do trabalhador e se insere em sua realidade social. Este conceito se refere às condições e meio ambiente de trabalho a partir de uma perspectiva mais generalizada e profunda, com papel mais ativo, integrado e transcendente dos profissionais de segurança, higiene e saúde ocupacional (VOLPI, 1999, p. 35).

Como bem esclarecem Quirino e Xavier (1987, p. 72), a qualidade de vida aplicada à situação do trabalho é uma abordagem recente; na literatura de organizações e recursos humanos, ela tem representado o aspecto globalizante do que antes era abordado através de estudos de motivação, de fatores ambientais, ergonômicos e de satisfação do trabalho.

As propostas de práticas empresariais incluem, atualmente, programas de qualidade total voltados aos seus colaboradores. Lacaz (2003, p. 413) ressalta que em algumas análises acadêmicas, a trajetória da definição de qualidade de vida no trabalho tem passado por enfoques que enfatizam tanto aspectos da reação individual do trabalhador às experiências do trabalho, quanto aspectos de melhoria das condições e ambientes de trabalho com vistas a maior satisfação e produtividade, sendo também a qualidade de vida no trabalho vista como um movimento, que adota termos como ‘gerenciamento participativo’ e ‘democracia industrial’, que por sua vez adquirem importância ‘globalizante’ para enfrentar as questões ligadas à produtividade e à qualidade.

A qualidade de vida no trabalho da forma como vem sendo posta, incentivando a prática de hábitos de vida saudáveis, é uma vertente individualista

que pouco interfere na organização do trabalho. Lacaz (2003, p. 415) deixa claro que não se coloca contra tais iniciativas, contudo, aponta que elas não atingem as relações e as organizações do processo de trabalho, categoria que entende central para explicar muitos dos problemas atuais de saúde do trabalhador. O autor dialoga com Laurell (1991), para quem, falar em qualidade de vida no trabalho é buscar a humanização do mesmo, um dos pressupostos do campo de práticas e saberes informado pelo encontro das formulações emanadas da saúde coletiva, da medicina social latino-americana, campo este denominado saúde do trabalhador.

Como observa Gorender (1996), configura-se hoje um novo perfil patológico na população trabalhadora, constituído pela maior prevalência de agravos à saúde dos trabalhadores caracterizados pelas doenças crônicas, cujo nexo de causalidade com o trabalho já não é tão evidente como acontecia com doenças e acidentes classicamente relacionados ao trabalho, os chamados ‘infortúnios’ do trabalho. São as doenças cardiocirculatórias, gastrocólicas, psicossomáticas, os cânceres, a morbidade músculo-esquelética expressa nas lesões por esforços repetitivos, somadas ao desgaste mental e físico patológicos e mesmo as mortes por excesso de trabalho e as doenças psicoafetivas, neurológicas ligadas ao estresse que proliferam entre os trabalhadores. Para Lacaz (2003, p. 425), seriam tais agravos os indicadores mais apropriados nos dias atuais para expressar o grau em que as condições, ambientes e organização do trabalho realmente estão enquadrados em padrões de qualidade do trabalho. Afirma o autor que a discussão sobre qualidade de vida no trabalho deve apoiar-se sobre uma base que leve em conta esta nova realidade vivida pelos trabalhadores na perspectiva de que indicadores sanitários mais adequados à análise desta nova realidade sejam pensados.

As ponderações de Lacaz (2003) são pertinentes e evidenciam a necessidade de se buscar a qualidade de vida do trabalhador mediante a soma de práticas individualistas (cujo sujeito se dedicará a hábitos de vida saudáveis) com práticas coletivas, com foco nas relações sociais de trabalho que se estabelecem no processo produtivo.

As lutas, movimentos, ações e serviços voltados à saúde dos trabalhadores concretizam-se hoje em Políticas Públicas de proteção à segurança e saúde dos mesmos, fruto da interação entre Estado e sociedade.

CAPÍTULO 2

ARTICULAÇÕES EM PROL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

As políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil surgem no contexto do Estado Moderno que tem como dever efetivar direitos e garantias a todos os cidadãos. Neste capítulo, a reflexão sobre o surgimento do Estado Moderno e suas características precede a abordagem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus princípios norteadores. Aborda a Vigilância em Saúde do Trabalhador que está inserida no SUS como um processo em permanente ampliação e que se estrutura pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e por seus centros executores, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

2.1 Concepções sobre o Estado

O Estado é uma sociedade necessária, possui supremacia sobre os outros tipos de sociedade, pois estas se organizam e se desenvolvem dentro deste que as regula e disciplina. Esclarece Menezes (2005, p. 45):

Com sua capacidade de mando e dominação, o Estado, diferindo das outras sociedades, das quais o homem pode retirar-se voluntariamente, até mesmo da família em que nasceu, visa a um elevado objetivo, resumindo no *bem público* em que se inclui a ordem e a felicidade sociais. Assim, forçosa e necessariamente o homem nele permanece, submisso ao seu poder coativo, a editar-se através de *atos estatais*, que são adotados por seus órgãos e obrigam a quantos se acham nos limites de validade de suas normas.

Existem diversas teorias sobre a origem e justificação do Estado. Sem necessidade de análise pormenorizada de cada uma delas, Menezes (2005, p. 77) utiliza-se da síntese elaborada por Pedro Calmon, a saber: a) o Estado é obra de Deus e, assim, de origem divina (doutrinas teológicas); b) o Estado é a criação do homem e, portanto, de origem humana (doutrinas do contrato e da violência); c) o Estado é produto social e, conseqüentemente, de origem histórica ou evolutiva (doutrinas familiar e natural).

Dentre estas principais teorias, prevalece a teoria contratualista, segundo a qual o Estado origina-se num acordo entre os homens, cujo poder justifica-se no mútuo consentimento de seus integrantes, aceitando a ideia de que os homens possuem direitos naturais anteriores àqueles concedidos pelo Estado (Direito Natural ou jusnaturalismo) e que devem ser respeitados de modo que o indivíduo e seus atributos estejam sempre em plano elevado.

Pode-se apontar como principais defensores da teoria contratualista, Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) e Jean Jacques Rousseau (1712-1778), que com suas obras contribuíram para a reflexão de como os homens contratam, pactuam e convencionam a sociedade política.

As principais concepções a respeito do Estado surgem com o desenvolvimento do capitalismo moderno quando se procura entender o que é realmente o Estado e como se dão suas relações com a economia e com a sociedade. O Estado Moderno caracterizou-se a partir das deficiências da sociedade política medieval, pois as ilimitadas exigências tributárias impostas pelos monarcas já não estavam mais sendo toleradas pelos senhores feudais, assim como não era do seu agrado o constante estado de guerra em que os países se encontravam e que causava prejuízo econômico e social (DALLARI, 2014).

Esta realidade fez surgir a consciência para a busca da unidade que se concretizaria com a afirmação de um poder soberano reconhecido dentro de uma precisa delimitação territorial. Testemunho dessa consciência são os tratados de paz de Westfália (região oeste da Alemanha), celebrados em 1648. Os dois tratados assinados neste ano nas cidades de Osnabrück e Münster puseram fim à chamada “guerra dos trinta anos”, uma série de conflitos armados que tinham por objetivo conquistas de território. Os limites territoriais foram reconhecidos pelos signatários dos acordos (Império Germânico, França, Províncias Unidas e Espanha) que se comprometeram a respeitá-los e a reconhecer a supremacia dos respectivos governos dentro daqueles limites (DALLARI, 2014, p. 78).

Segundo Dallari (2014, p. 78, 79), “os tratados de paz de Westfália tiveram o caráter de documentação da existência de um novo tipo de Estado, com a característica básica de unidade territorial dotada de um poder soberano”. As marcas fundamentais deste Estado Moderno foram se desenvolvendo espontaneamente e se tornando mais nítidas com o passar do tempo e à medida

que os teóricos as foram apontando, tiveram sua definição e preservação convertidas em objetivos do próprio Estado.

Em suas reflexões, Estanque (2013, p. 228) realça que autores clássicos das ciências sociais, como Max Weber, Émile Durkheim e Karl Marx, tiveram em comum, e que auxilia na compreensão dos problemas atuais, a percepção de que o Estado e a economia são dimensões inscritas na sociedade e na sua estrutura sócio-econômica, embora Weber e Durkheim tenham pensado o Estado Moderno como instância fundamental de racionalidade política e de organização da ordem social e moral da sociedade, enquanto para Marx o Estado capitalista era visto “sobretudo como aparelho de dominação associado à ordem econômica e ao poder do capital nas sociedades industriais”.

Em meio a diversas controvérsias e concepções acerca do Estado, assevera Estanque (2013, p. 229) que se identifica um traço decisivo para afirmação do Estado que é o equilíbrio entre a lei e a ordem de um lado, e a ação política dos cidadãos livres num dado território, do outro; no que respeita ao papel político do Estado, assiste razão a Samuel Huntington quando diz que, “na ausência total de conflito social as instituições políticas são desnecessárias, na ausência total de harmonia, são impossíveis”. No quadro democrático, o Estado deve ser por excelência o terreno da política, que só tem sentido enquanto espaço plural, de liberdade, de diálogo, de compromisso, de conflitualidade. A eficácia do Estado se mede mais pelo maior ou menor sucesso da relação que estabelece com a sua dimensão externa, que tanto pode ser a esfera que fica fora do seu sistema político-jurídico-administrativo, ou seja, a sociedade civil como a ação diplomática e da defesa perante inimigos externos, do que pelo seu funcionamento interno que diz respeito à esfera das suas próprias instituições, e ao território nacional.

Entre umas e outras definições do Estado, o ponto convergente aponta para o dever do Estado em buscar o bem comum e se constituir em meio para que os cidadãos alcancem os seus fins. Para Figueiredo (2007, p. 43-44),

O Estado é o poder institucionalizado que deve sempre garantir a liberdade do homem de acordo com seus desejos legítimos, mediante regras preestabelecidas pelo homem. É igualmente centro das decisões e de comportamentos e impulsos, visando à realização das finalidades humanas. Deve sobretudo ser controlado pelo homem e não o contrário. Em sua dinâmica deve procurar o equilíbrio entre o desenvolvimento e a paz, a tecnologia e o humanismo, sem prevalência da burocracia.

Dallari (2014, p. 122) considera como elementos essenciais ou notas características do Estado Moderno a soberania, o território o povo e a finalidade, conceituando o Estado como a “ordem jurídica soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território”.

O Estado Moderno ou também chamado Estado de Direito emerge a partir da ideia de liberdade e igualdade dos indivíduos que reunidos estabelecem um pacto. É uma estrutura em que o governo se sujeita a regras escritas ou consuetudinárias determinantes do seu funcionamento e que resguardam a não interferência do Poder Público junto às pessoas de direito privado. Para Costa (2006, p. 28), “as características centrais do Estado moderno podem ser identificadas na ideia de soberania do poder e na sua autonomia baseada no uso da razão, a legitimidade do contrato social e as distinções entre a esfera pública e a privada”.

O Estado de Direito veio sofrendo variações no que diz respeito às suas funções e objetivos. Surgiu como um Estado de Direito Liberal, passando a Estado de Direito Social, sendo chamado atualmente de Estado de Direito Neoliberal ou de Estado Regulador, fruto das reformas decorrentes das exigências da globalização, vez que transfere ao setor privado a prestação de serviços públicos e consequentemente os fiscaliza e regula.

A partir de regras preestabelecidas, o Estado tem o dever de garantir a liberdade do homem. O poder que os representantes do povo possuem não é absoluto, sua limitação aparece no próprio texto constitucional com a previsão de direitos e garantias individuais e coletivas em relação ao próprio Estado e aos demais cidadãos. Dallari (2014, p. 305), enfatiza que, quando o Estado é dotado de uma organização flexível, que assegure a permanente supremacia da vontade popular, buscando a preservação da igualdade de possibilidades, com liberdade, “a democracia deixa de ser um ideal utópico para se converter na expressão concreta de uma ordem social justa”.

Refletir sobre o Estado Moderno pressupõe compreender a construção democrática, assim como atentar para a busca pela efetividade da justiça e solução das questões sociais. Canotilho (1999, p. 26), rejeita qualquer abordagem do Estado de Direito, divorciada dos problemas da democracia, da justiça e da sociabilidade. Afirma que o Estado de Direito “ou é Estado de Direito democrático e social ou será um Estado de legalidade reduzido a um esqueleto constituído por princípios e regras

formais”, muito embora tais princípios formais sirvam para tornar seguro o caminho de outros ideais.

Ao Estado cabe tornar efetivos direitos e garantias a todos os cidadãos e diminuir a distância entre o povo e governo através de ações de acesso a toda população, com fins públicos – políticas públicas. O planejamento racional do Estado buscará atender às demandas da população na medida das suas necessidades, proporcionando melhores condições de vida aos cidadãos. A gestão estatal tem sido ampliada e democratizada através da criação de espaços públicos os quais permitem o debate sobre temas de interesse da população, no interior da sociedade civil. Esses espaços públicos se apresentam, por exemplo, sob a forma de conferências.

Nas questões afetas à saúde do trabalhador, saliente-se a importância das Conferências de Saúde, palco de discussões que conta com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde, com o objetivo de avaliar e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde no âmbito dos três níveis de gestão (nacional, estadual e municipal).

2.2 A interação entre o Estado e a sociedade revelada por meio de Políticas Públicas

O cidadão conta com políticas públicas que surgem revelando a interação entre o Estado e a sociedade, emergindo e se movimentando em um novo cenário de exercício do poder. O Estado age impulsionado por demandas sociais, interagindo com grupos, instituições e indivíduos na perspectiva de efetivação de direitos.

Di Giovanni (2009, p. 5), pensa a política pública “como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade”, entendida também em sentido amplo, incluindo as relações sociais travadas também no campo da economia. Acrescenta o autor que é justamente nessa interação que “se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal”, logo, política pública

não seria simplesmente uma intervenção do Estado numa situação social considerada problemática, sua conceituação iria mais além.

Essa conceituação, segundo Di Giovanni (2009, p. 6), depende da concretização histórica de alguns requisitos que configuram as modernas democracias, pressupondo: uma capacidade mínima de planificação consolidada nos aparelhos de Estado, tanto do ponto de vista técnico de gestão, quanto do ponto de vista político; coexistência e independência de poderes e vigência de direitos de cidadania; e o exercício pleno de cidadania com capacidade coletiva de formulação de agendas públicas, além de uma cultura política compatível. Tais requisitos constituíram-se desde o século XIX nas modernas sociedades capitalistas, nem sempre de modo uniforme, mas consolidaram-se principalmente depois da segunda guerra mundial.

Em todas as políticas públicas é possível captar configurações recorrentes, que Di Giovanni (2009, p. 7 e 20) chama de estruturas elementares, as quais dizem respeito a aspectos formais (teoria, práticas e resultados), materiais (financiamento, suportes, custos), substanciais (atores, interesses e regras) e simbólicos (valores, saberes e linguagens). O autor propõe analisar políticas públicas fazendo justaposição das informações relativas a cada uma das estruturas aliada às relações de mútuas interferências que se processam entre elas.

Políticas públicas é um termo que se encontra presente constantemente na pauta de agendas públicas e privadas, na mídia, em discursos de políticos, bem como nas falas do cidadão comum. No entendimento de Di Giovanni (2009, p. 12), pelo menos quatro fatores históricos marcantes seriam responsáveis pela importância dada ao tema. O primeiro seria um fator de natureza macro-econômica: houve mudanças nas políticas econômicas adotadas pelos estados capitalistas que estavam fundadas em preceitos do liberalismo econômico, pois após a segunda guerra mundial, generalizou-se por quase todo o mundo capitalista a constatação de que o livre jogo das forças de mercado não tinham levado ao bem-estar, à prosperidade e à paz. Ampliou-se a intervenção e a regulação pelo Estado com a adoção de políticas keynesianas¹⁰, tanto em aspectos econômicos (produção de

¹⁰ Oriundas do pensamento de John Mainardes Keynes (1883-1946), economista inglês. “A questão central de Keynes era ativar o investimento e, a partir disso, promover a elevação do nível de empregos, ativar a renda e o crescimento econômico. Para ele, o Estado deveria alocar os recursos dentro da economia, desenvolvendo a atividade do planejamento econômico” (COSTA, 2006, p. 65).

bens e serviços), quanto em aspectos sociais (institucionalização de sistemas de proteção social). Por várias décadas tais políticas perduraram, porém, questionadas na década de 80, passam a perder espaço para os preceitos do neoliberalismo, amplamente difundidos e aceitos.

O segundo fator seria de natureza geopolítica: ocorreu, no segundo pós-guerra uma forte tensão geopolítica entre socialistas e capitalistas, no momento em que nas políticas econômicas e sociais as idéias neoliberais tornaram-se praticamente dominantes. Vislumbrou-se a necessidade de que novos pactos e novos princípios fossem estabelecidos nas relações entre capital e trabalho em face do surgimento de partidos políticos de inspiração comunista, socialista ou trabalhista, particularmente nas sociedades capitalistas européias. Houve a crescente presença do Estado na área social, tendo se estabelecido a base para a constituição dos modernos sistemas de proteção social (DI GIOVANNI, 2009, p. 14).

De natureza política é o terceiro fator apontado por Di Giovanni (2009, p. 15): houve um processo de consolidação das democracias ocidentais (mesmo que com alguns momentos de retrocesso) no período que se seguiu ao segundo pós-guerra até os dias atuais. Os campos de representação política se ampliaram por meio da participação sindical e partidária e em movimentos sociais, além de novas formas de associação voluntária. O Estado passa a ser visto também como aquele que, além de incluir mecanismos clássicos de representação, também revela forte capacidade de resposta às demandas da sociedade. O crescimento da presença de políticas públicas na vida cotidiana dá-se tanto pela ampliação da ação do Estado, quanto pelas exigências que lhe são colocadas pela sociedade.

O quarto e último fator apontado por Di Giovanni (2009, p. 15-16) é de natureza cultural e sociológica. Os direitos de cidadania consolidaram-se em sua plenitude ao mesmo tempo em que passaram a ser entendidos e percebidos como algo que pertence legitimamente a alguém. Ocorreram processos impactantes nas sociedades ocidentais, particularmente após a Segunda Guerra Mundial, como a transformação demográfica, processos de urbanização, expansão de tecnologias e de sistemas educacionais, assim como mudanças no modo de vida das pessoas. Diversos grupos sociais, instituições ou mesmo indivíduos, cada vez mais conscientes das suas necessidades, passam a agir politicamente, a partir da idéia do binômio direito/demanda, que pressupõe, sempre, a ação do Estado. Além desses fatores, outros podem concorrer para modelar as intervenções do Estado por

uma pluralidade de atores, de origens e natureza diversa e com interesses específicos. Com o passar do tempo essas interações foram se institucionalizando, criando pautas de conduta política, regras e padrões, modificando os processos decisórios tradicionais, dando origem a essa forma nova, partilhada, contemporânea de exercício do poder.

As definições de políticas públicas demonstram a importância do todo, em uma visão abrangente:

Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores (SOUZA, 2006, p. 6).

Definir políticas públicas pressupõe voltar o olhar para os governos, lugar onde se desenvolvem os embates em torno de interesses, preferências e ideias. Souza (2006, p. 7) entende que se pode resumir política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação [...] e quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações [...]”. Para a autora, a formulação de políticas públicas “constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”; após desenhadas, as políticas públicas por meio de seus planos, programas, projetos, são postas em ação, exigindo acompanhamento e avaliação.

A sociedade civil vem desempenhando papel importante ao lado do Estado na formulação de políticas públicas em todos os níveis, na busca do bem comum. Para fins da presente pesquisa o olhar se volta para as políticas públicas de saúde do trabalhador.

2.3 A saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

A saúde do trabalhador pode ser entendida como um corpo de práticas teóricas interdisciplinares (técnicas, sociais e humanas) e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (GOMEZ; COSTA, 1997).

Com a proposta de contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores a partir da compreensão dos processos de trabalho/saúde/doença, surgiu o conceito de saúde do trabalhador como uma prática instituinte, em um momento histórico em que se desencadearam movimentos e eventos que resultaram no reconhecimento da relação do trabalho com a saúde como uma questão de saúde pública. Incluída na CRFB/88, a saúde do trabalhador passou a ser também responsabilidade do SUS integrando as ações de vigilância dos ambientes de trabalho e de atenção à saúde dos trabalhadores. Sendo a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) uma ação de saúde pública vinculada ao SUS, cabe inicialmente tecer considerações sobre o surgimento desta política pública de saúde, o SUS e suas bases principiológicas, para em seguida refletir sobre a VISAT.

2.3.1 O surgimento do SUS e seus princípios norteadores

A resposta social de uma organização como o Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, assim como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente, entende-se como política de saúde, e esta expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

A política nacional de saúde no Brasil é o SUS, entendido este como

o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios e diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (PAIM, 2015, p. 35).

A CRFB/88 reconheceu a saúde como direito social e reservou à mesma uma sessão específica com os artigos 196 a 200 dispondo que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo redução dos riscos e acesso universal igualitário aos serviços e ações da rede regionalizada e hierarquizada, a serem regulamentados, fiscalizados e controlados por meio de lei específica. Dentre as atribuições do SUS

elencadas no artigo 200 da CRFB/88, destaca-se para fins deste estudo os incisos II e VIII que contemplaram as ações em saúde do trabalhador.¹¹

O SUS é fruto de um processo de redemocratização no Brasil, especialmente da saúde, oriundo na segunda metade da década de 1970, quando se organizou um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, propondo a Reforma Sanitária no Brasil (RSB) e a implantação do SUS. Participaram deste movimento, que ficou conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais (PAIM, 2015, p. 24).

Cabe ressaltar que antes de 1988, somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições devidas à previdência social poderiam usufruir dos serviços médicos prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com a criação do SUS, o direito à saúde está ligado ao de cidadania, afastada a meritocracia, o assistencialismo, o aspecto filantrópico bem como o de poder aquisitivo. O SUS supõe uma sociedade solidária, sem privilégios ou discriminações, calcada na igualdade e equidade com base na concepção de seguridade social (PAIM, 2015, p. 28).

Quando o artigo 196 da CRFB/88¹² garante a todos o direito à saúde com acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, institui o SUS embasado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A universalidade rompe com a tradição previdenciária do sistema de saúde brasileiro, no qual somente trabalhadores formais, por meio de contribuição previdenciária teriam acesso aos serviços de saúde. Com o SUS, qualquer cidadão

¹¹ CRFB/88 - Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

...

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

...

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

¹² CRFB/88 – Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

brasileiro tem acesso aos serviços, independente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação (MATTA, 2009, n.p.). Como evidencia Paim (2015, p. 30), na universalidade inexistem barreiras, seja legal, econômica, física ou cultural. O acesso é para todos, ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual.

Ainda, no entendimento de Matta (2009, n.p.),

A universalidade não é apenas um elemento de atenção de um Estado assistencialista, mas um valor a ser fortalecido e defendido como um projeto emancipatório de sociedade. É nessa perspectiva que a idéia de uma construção social da universalidade permite a sua 'desnaturalização' e a valorização de suas dimensões histórica, política e cultural.

A temática da universalidade no âmbito das estratégias de sua construção social demonstra complexidade. Isso envolve elementos do registro macro e micro políticos, estes de ordem econômica, política e social, como limitação de recursos e formas tributárias de arrecadação, limites da intervenção e controle disciplinar do Estado sobre os indivíduos e a participação dos mesmos na formulação e controle social das políticas (MATTA, 2009, n.p.).

Por um instante pode parecer que a universalidade fique ameaçada ou que haja contradição quando a CRFB/88 no artigo 197¹³ dispõe que as ações e serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo Poder Público ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. No contexto político em que se discutiu e aprovou a criação do SUS, esse foi o resultado possível, como esclarece Paim (2015, p. 31),

Para muitos fica a impressão de que a Constituinte não definiu se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Na realidade essa ambigüidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte. Embora gerasse consequências problemáticas depois, esse foi o resultado possível, naquele momento aos deputados que defendiam a criação do SUS. [...] Assim, o SUS seria organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público.

¹³ CRFB/88 – Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Matta (2009, n.p.) alerta para o fato de que, embora assegurada constitucionalmente, a universalidade na saúde sofre oscilações entre ações abrangentes e integrais e ações focalizadas e verticais. Seria uma tensão própria do cenário de lutas pela democratização da saúde, oriunda dos ideais da reforma sanitária brasileira e dos grupos econômicos que lutam pela privatização da saúde e consequente mercadorização da mesma.

O princípio da universalidade significa que o SUS é para todos e o princípio da integralidade significa que é tudo para todos. Souza (2007, p. 767) salienta que tudo para todos é o grande desafio e ao mesmo tempo a grande riqueza do SUS, de modo que não se pode conceber a idéia de que o SUS seja somente para alguns, ou que seja parcial, deixando de garantir a integralidade.

A Lei Orgânica da Saúde no Brasil (LOS – Lei 8.080/1990) prevê a integralidade como um conjunto articulado de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, o acesso universal e igualitário às ações, quer sejam preventivas, quer sejam assistenciais, devem ser defendidos pelas políticas de saúde, considerando que um dos sentidos da integralidade reflete-se na articulação entre ações preventivas e assistenciais, buscando um atendimento integral com ênfase na prevenção sem descuidar da assistência (MATTOS; PINHEIRO, 2004).

Para Fontoura e Mayer (2006, p. 532), as políticas de saúde que são constituídas com base nos parâmetros da integralidade, permitem aos portadores de uma doença o acesso às ações de assistência que estão necessitando ao mesmo tempo em que permitem aos não portadores de doença que se beneficiem das ações preventivas. Afirmam as autoras, que o princípio da integralidade só é possível através de um olhar atento que levando em conta a contextualização possibilite apreender as necessidades das ações. Nesta perspectiva não se pode reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento, contudo buscar uma atenção voltada à idéia de totalidade do sujeito.

A integralidade pressupõe um sistema de saúde integral que na prática reconhece que

cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de

prestar assistência integral. Enfim: o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990c, p. 5).

Pelo princípio da equidade deverão ser asseguradas pelo SUS ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso até o limite que o sistema puder oferecer para todos, uma vez que todo cidadão é igual perante o SUS (BRASIL, 1990c, p. 6). Para Souza (2007, p. 766), a equidade, mais do que tratar todos iguais teria um valor de justiça onde se busca respeitar o direito de que todos são iguais, porém priorizando aquele que mais necessita.

A possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais dando prioridade aos que mais necessitam, alcançando desta forma a igualdade, torna-se possível a partir do entendimento da noção de equidade em saúde, pois em situações em que ocorrem grandes desigualdades, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades (PAIM, 2015, p. 30).

A propósito, as considerações de Fontes (1995, p. 32),

A rigor, somente uma reflexão calcada no princípio da igualdade permite pensar a variedade e a diferença [...] O princípio equitativo, no sentido da formulação de políticas diferentes para os desiguais, somente ganha todo o seu significado se pensado a partir da matriz simbólica da igualdade. Caso contrário, ele pode implicar num risco altíssimo: o de legitimar a exclusão [...].

No espaço público da cidadania, no qual deve prevalecer a igualdade, a equidade emerge dando visibilidade à diversidade. Para Sposati (1999, p. 128), “a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

Nesta perspectiva é compreensível que se tenha adotado para o SUS o princípio da equidade, em face das diferenças da população, provenientes de condições de renda, moradia, acesso à educação, à saúde etc.

Se os serviços do SUS fossem oferecidos para todas as pessoas, em todos os lugares, da mesma maneira, estaria provavelmente disponibilizando coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender as necessidades de outros, mantendo as desigualdades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Além desses princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade), o SUS é regido por princípios organizacionais ou operacionais que são: a

descentralização com a municipalização, a regionalização e a hierarquização de rede e a participação social.

Como princípio organizacional do SUS, entende-se por descentralização a redistribuição das responsabilidades em relação às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo sob a lógica de que haverá maior probabilidade de acerto na tomada de decisões quando estas acontecerem mais próximas do fato concreto. Os governos federal, estaduais e municipais assumem responsabilidades dentro das suas respectivas esferas, cabendo ao município a gestão da atenção básica à saúde. (BRASIL, 1990c, p. 5).

Com a descentralização ocorre a municipalização da saúde. Como esclarecem Souza e Costa (2010, p. 512), este processo de descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo do governo em suas três esferas e a execução de serviços por conta dos municípios.

As decisões sobre ações e serviços do SUS são tomadas em cada município, Estado e Distrito Federal por meio de suas Secretarias de Saúde. A coordenação do sistema no âmbito federal cabe ao Ministério da Saúde, o que permite a adequação do SUS às diversidades regionais (PAIM, 2015, p. 32).

A delimitação geográfica e a definição da população a ser atendida, dizem respeito à regionalização do SUS, princípio pelo qual os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente e de modo a serem oferecidos à população com o melhor grau de solução de seus problemas. O acesso aos serviços se dá pela chamada atenção primária que deve atender e resolver os principais problemas que demandem os serviços de saúde. Os demais são referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, serviços especializados que podem ser organizados de forma municipal ou regional dependendo do porte e da demanda do município (BRASIL, 1990c, p. 5).

A hierarquização associada ao princípio da regionalização tem como objetivo usar os recursos disponíveis de forma mais racional para atender melhor as pessoas. A hierarquização surge como uma estratégia regional de atendimento por meio de parceria entre município e Estado para atender graus de complexidade de diferentes serviços que são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, município-polo e região (PAIM, 2015, p. 39). Acrescenta o autor,

A hierarquização da rede não denota que o serviço seja mais importante ou mais poderoso que outro, com permissão para mandar nos demais. A

hierarquização não é entre os governos federal, estaduais e municipais: não há hierarquia entre União, estados e municípios. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde.

Ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade são favorecidas pela organização hierarquizada e regionalizada da rede de serviços que permite maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada (BRASIL, 1990c, p. 5).

A participação social, também chamada de participação popular, participação da comunidade ou controle social é tida como o terceiro princípio organizacional do SUS. A participação da comunidade na gestão do SUS é regulada pela Lei 8.142/1990, fruto de um processo de negociação entre representantes da sociedade, parlamentares, gestores e governo federal.

É garantida constitucionalmente à população a participação no processo de formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução, por meio de suas entidades representativas. A participação se dá nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. As Conferências de Saúde também são uma forma de participação social, nas quais são definidas prioridades e linhas de ação sobre a saúde. A informação e o conhecimento repassados à população sobre as questões que dizem respeito à saúde também fazem parte do processo participativo da sociedade, proporcionando à população a oportunidade de se posicionar sobre o assunto (BRASIL, 1990c, p. 6). “Esta forma de organização tem impactos nas políticas públicas, no sentido da ampliação da capacidade de articulação do Estado com atores sociais” (SILVA, *et al*, 2005, p. 381).

A participação social no interior das políticas sociais, em especial das políticas de saúde é resultado dos movimentos populares na busca pela ampliação da cidadania. Saliente-se que é um processo sempre em construção que aponta para possibilidades concretas de novas formas de mecanismos de interação entre o Estado e a sociedade em razão das demandas desta. Conselhos e parcerias no interior das políticas sociais surgem como resposta à democratização da sociedade “em face do processo decisório que permeia as políticas sociais e as demandas de

reorganização da intervenção do Estado em busca de maior igualdade, equidade ou eficiência” (SILVA, *et al*, 2005, p. 390, 402).

Pautado pelos princípios doutrinários e organizacionais acima abordados, o SUS caminha, desde a sua criação e implementação no final dos anos oitenta, enfrentando os desafios das desigualdades regionais brasileiras para que haja a melhoria das práticas de saúde para a população e a efetiva vigilância em saúde do trabalhador.

2.3.2 A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no âmbito do SUS: a construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) pressupõe a articulação de ações e setores bem específicos, uma vez que como campo de atuação, distingue-se da vigilância em saúde em geral assim como de outras disciplinas no campo das relações saúde e trabalho, pois seu objeto específico delimita-se na investigação e intervenção no processo saúde/trabalho/doença.

A vigilância em saúde

constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Por sua vez, a VISAT,

compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

A ação de vigilância tem como pressuposto “prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, alteração biológica, dano, desgaste, doença, lesão ou acidente” (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.619). Para os autores, a VISAT é ação típica de saúde pública intimamente vinculada ao SUS, e este é um sistema que em sua própria concepção constitucional articula políticas e

outras estruturas do Estado brasileiro. Assim, é necessário pensar a VISAT vinculada às estruturas necessárias do aparelho do Estado a fim de alcançar seu objetivo maior que é vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho que estejam favorecendo a perda de saúde dos trabalhadores.

A VISAT deve ser incorporada a estruturas formais do Estado, a exemplo da Vigilância Sanitária, que tem poder de intervenção, da Vigilância Epidemiológica e de Saúde Ambiental, que detêm o poder de sistematizar informações, além da Atenção Básica, com poder de geração de demandas (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.619).

A implantação e consolidação das ações de saúde do trabalhador no SUS vêm ocorrendo gradativamente desde os anos noventa por meio de iniciativas que culminam em instrumentos normativos com diretrizes a serem seguidas. Pode-se apontar como relevante documento elaborado no campo das políticas públicas em saúde do trabalhador no SUS, a Norma Operacional Básica em Saúde do Trabalhador no SUS (NOST-SUS – Portaria 3.908/1998/GM/MS) que trouxe em seu bojo um conjunto de atividades essenciais para a incorporação das ações de saúde do trabalhador no contexto das ações de atenção à saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios.

A NOST-SUS determina que as ações em saúde do trabalhador sejam norteadas por pressupostos básicos de universalidade e equidade; integralidade das ações; direito à informação sobre saúde; controle social; hierarquização e regionalização das ações; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e avaliação das ações; configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (BRASIL, 1998).

Referida Norma determina que os Municípios, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, realizem ações na Gestão Plena da Atenção Básica que contemplem: atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho; ações de vigilância nos ambientes e processos do trabalho com identificação de riscos e tomada de medidas para solução da situação e a investigação epidemiológica; notificação de agravos à saúde com alimentação do sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância; análise de dados relacionados ao processo saúde/doença/trabalho para orientar

intervenções de vigilância; utilizar dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador a fim de auxiliar na programação e avaliação das ações além de alimentar bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998).

Na Gestão Plena do Sistema Municipal, a NOST-SUS determina que haja: a emissão de laudos e relatórios sobre os agravos relacionados ao trabalho; instituição e operacionalização de um sistema de referência para atendimento e/ou encaminhamento ao trabalhador vítima de agravos à saúde; realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes de trabalho com inspeção sanitária, avaliação de risco, elaboração de relatórios, aplicação de procedimentos administrativos e investigação epidemiológica; cadastro das empresas com classificação de risco de acordo com a atividade econômica desenvolvida. Para execução das ações previstas tanto da Atenção Básica quanto do Sistema Municipal, o Município deve manter unidade especializada de referência em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

Os Estados, por sua vez, segundo a NOST-SUS, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, respeitadas as responsabilidades dos Municípios, assumem as seguintes ações: controle de qualidade das ações realizadas pelos Municípios, definição juntamente com os Municípios de mecanismos e medidas para assegurar o desenvolvimento das ações de assistência e vigilância; capacitação de recursos humanos; sistematização, processamento e análise de dados sobre saúde do trabalhador das bases de dados estaduais e municipais; elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado; cooperação técnica aos Municípios; cadastro das empresas do Estado, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados à população. Para execução de tais ações, o Estado deve criar unidades especializadas em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

Por fim, a NOST-SUS recomenda aos Estados e Municípios a revisão dos Códigos de Saúde a fim de contemplarem as ações em saúde do trabalhador, bem como a instituição de Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador subordinadas aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde a fim de assessorá-los no encaminhamento de prioridades para definição das políticas bem como no acompanhamento e avaliação das mesmas (BRASIL, 1998).

A julgar pelas ações e recomendações elencadas pela NOST-SUS, a VISAT pode ser compreendida, segundo Vasconcellos, *et al* (2014, p. 4.619), “como um

processo de construção em permanente busca de ampliação de seu espectro de influência nos condicionantes da saúde relacionados aos processos de trabalho”; é uma prática de fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde, permeada por interesses múltiplos e conflituosos.

Neste processo de construção e avanços na área da saúde do trabalhador, que permitiu discussões e ampliação de conceitos e objetivos, encaminhou-se a estruturação da área pela composição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), instituída pela Portaria 1.679/2002/GM/MS, com o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente de vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2002).

A RENAST surgiu no contexto da rede SUS com a missão de unir e criar interações entre os já existentes serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade responsáveis e engajados na questão da saúde dos trabalhadores (LEÃO; VASCONCELOS, 2011, p. 90).

A ideia de rede privilegia as interações e é uma maneira eficiente de atuação. Para Trevisan (2007, p. 265)

foi possível iniciar um processo de construção de estrutura alternativa à lógica hierarquizada marcada por decisões centralizadas, típicas do modelo INPS. A arma mais eficiente para enfrentar a extrema verticalização de estruturas decisórias é sempre a idéia de rede que privilegia interações organizacionais.

O desenvolvimento da RENAST, segundo a Portaria que a instituiu, dar-se-ia de maneira articulada entre as esferas do governo (Ministério da Saúde e secretarias de saúde estaduais e municipais) e a organização das ações em saúde do trabalhador seria articulada entre: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de saúde do trabalhador (em níveis estaduais e regionais); e rede assistencial de média e alta complexidade.

Em 2005 foi publicada a Portaria 2.437/GM/MS com a finalidade de ampliar e fortalecer a RENAST por meio de: organização de serviços e municípios-sentinela; implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; fortalecimento do controle social; e aumento do repasse financeiro. Nesta Portaria houve a recomendação de que todos os estados da Federação passassem a nominar os

centros de saúde do trabalhador como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), oficializando esta nomenclatura (BRASIL, 2005).

No ano de 2006 se firmou entre as três esferas de gestão dos entes federados (União, Estados e Municípios), o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS, cujo instrumento produziu mudanças nas normativas do SUS, comportando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este último visa qualificar a gestão pública do SUS para maior efetividade, eficiência e qualidade, levando à mudança na descentralização, regionalização, mecanismos de gestão regional e no financiamento do SUS. Uma das prioridades do Pacto pela Vida é a saúde do trabalhador. O Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em razão das necessidades de saúde da população e na busca de equidade social. (CNS, 2006).

A fim de se ajustar ao Pacto pela Vida, nova Portaria do Ministério da Saúde, 2.728/2009/GM/MS, volta a dispor sobre a RENAST reafirmando que a mesma deve ser implementada mediante:

Art. 1º (...)

§ 3º (...)

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009).

Referida Portaria mantém as diretrizes de inclusão, implementação e fomento da RENAST, previstas nas Portarias anteriores e inova ressaltando a exigência de pactuação para tomada de decisões, especialmente quanto a critérios de definição dos Municípios Sentinela e de alteração da área de abrangência dos CEREST regionais. A organização de Municípios Sentinela deve ser definida “a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios” (BRASIL, 2009). Tal organização propicia a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador e referida

pactuação deve ser feita nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT).¹⁴

A RENAST é, em síntese, uma rede nacional de informações e práticas de saúde. Sua organização objetiva implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde já exercida pelo SUS. Sua estrutura intenciona estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de forma articulada com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios-sentinelas, organizados em torno de dado território (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005, p. 63).

Para Vasconcellos *et al*, (2014, p. 4.619), o lugar de fala da VISAT é a RENAST, e por sua vez, esta se faz ouvir na realidade dos fatos pelos seus centros executores, os CEREST que devem desencadear a VISAT tanto na própria rede SUS como fora dela.

Pelos CEREST a vigilância em saúde do trabalhador será executada com ações voltadas às particularidades regionais e com a devida articulação dentro e fora da rede SUS.

2.3.3 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): articuladores da rede e irradiadores da VISAT

¹⁴ Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País. (RENAST, 2016).

Atuando na esfera da prevenção e da vigilância, os CEREST devem promover ações com vistas à melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida do trabalhador.

A Portaria 1.679/2002/GM/MS, que instituiu a RENAST, possibilitou a habilitação de CEREST em âmbito estadual, regional e municipal (definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, com atribuições distintas).

Os CEREST foram instituídos com a função de proporcionar suporte técnico e científico do campo de conhecimento saúde do trabalhador no âmbito de um determinado território para irradiar tal cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/ processo saúde/doença, articulando os demais serviços do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, para um atendimento de forma integral e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS, dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Esse suporte inclui a supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, tais como a vigilância e a formação de recursos humanos. Contudo, foi vedado ao CEREST atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção (BRASIL, 2002).

A Portaria 2.728/2009 GM/MS enfatiza a estruturação da rede de CEREST como um dos modos de implementação da RENAST, salientando a função dos mesmos em dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Reafirmando a possibilidade de implantação de CEREST de abrangência estadual, regional e municipal (este condicionado a uma população superior a quinhentos mil habitantes), esta normativa deixa clara a proibição aos mesmos em assumir funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quando do privado (BRASIL, 2009).

Referida Portaria também estabeleceu valores de incentivo à implementação de CEREST bem como regras para repasses mensais de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a serem aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, em ações desenvolvidas pelos CEREST constantes de Planos de Saúde e Programações Anuais (BRASIL, 2009).

Para desenvolvimento de suas ações em saúde do trabalhador no seu âmbito respectivo os CEREST devem contar com assessoria das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal, assim como devem pactuar com as Secretarias Municipais de Saúde, ações de capacitação de profissionais e equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, bem como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2009).

As atribuições dos CEREST no âmbito da RENAST são atualmente destacadas no artigo 14 da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria 1.823/2012/GM/MS que contemplou uma proposta almejada desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, por entidades representativas da sociedade civil e de profissionais de saúde. A PNSTT surgiu pela necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS assim como pela necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observadas em saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS, considerando o alinhamento entre a já existente Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto 7.602, de 7 de novembro de 2011, e a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Cabe aos CEREST o desafio da implementação da PNSTT no seu território de abrangência com o conseqüente fortalecimento da VISAT. Para Gomez (2013, p. 22), esse marco legal coloca um modelo ambicioso de ações a serem realizadas e o êxito de seu desenvolvimento depende de seguir as principais orientações para um autêntico planejamento estratégico que consistiria em realizar a análise do perfil produtivo e a situação dos trabalhadores; integrar a VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; promover o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial, do controle social e da participação dos trabalhadores, além de desenvolver e capacitar adequadamente os gestores e profissionais envolvidos.

Tais atribuições do CEREST elencadas na PNSTT consistem em:

- I – Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- II – Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e

de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

III – Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

As ações desenvolvidas pelos CEREST, em cumprimento às suas atribuições, são planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador, no âmbito das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, sob coordenação de gestores. Para ações definidas como de maior complexidade, ou aquelas em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais de realizar, a Secretaria Estadual de Saúde a executará diretamente, podendo fazê-lo em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST (BRASIL, 2012).

A saúde do trabalhador enquanto campo técnico e político está estabelecida no SUS, porém sua constituição compreende e depende de várias outras dimensões e áreas, articulando-se a outros campos de conhecimento e setores sociais; a saúde do trabalhador não se encerra na área da saúde (VASCONCELLOS, *et al*, 2011, p. 40), tanto que o apoio matricial previsto nas atribuições dos CEREST será proporcionado a partir de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares “com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador” (BRASIL, 2012).

A execução das ações de saúde do trabalhador no SUS, por meio das equipes técnicas, nas três esferas de gestão, com o apoio do CEREST, pressupõe a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores das respectivas áreas de abrangência, priorizando setores que demandam mais atenção em distintas regiões do país, em razão da complexidade do mundo do trabalho que implica na diversidade de processos produtivos. A organização de eventos temáticos direcionados para setores considerados prioritários para a vigilância ou que socializam experiências mostram-se proveitosos. Por exemplo, a questão do agrotóxico tem se mostrado prioridade nacional em diversos eventos que sugerem a implantação do modelo de vigilância de populações expostas a agrotóxicos como uma das estratégias direcionadas particularmente aos CEREST localizados em áreas rurais (GOMEZ, 2013, p. 23).

Os profissionais das equipes técnicas de saúde do trabalhador precisam estar capacitados para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que tais usuários estão inseridos (BRASIL, 2012). Aprimorar a formação dos profissionais é um desafio a ser enfrentado; “a tônica de um programa adequado deveria ser a de formação-ação, tendo como referências mais atuais as diretrizes de vigilância e as prioridades de diversos níveis” (GOMEZ, 2013, p. 23).

Podem participar da capacitação para ações da VISAT todos os que estiverem de alguma forma engajados no processo: os profissionais inseridos nos CEREST, inclusive os que atuam como apoio administrativo, os membros das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), os representantes sindicais e demais entidades de trabalhadores dos setores produtivos de interesse e relevância epidemiológica local e os inspetores das Vigilâncias Sanitárias da região de abrangência dos CEREST. Para enriquecer a abordagem intra e intersetorial é importante que participem da capacitação: profissionais das Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental, da atenção básica, da rede assistencial, membros do Ministério Público, professores e alunos de pós-graduação de áreas de interesse da VISAT e de outras instâncias (LACAZ, *et al*, 2002). Há Projetos de Capacitação de VISAT desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, por intermédio do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural, em parceria com outras instituições e financiados pelo Ministério da Saúde (MULTIPLICADORES, 2016).

A efetivação das ações em saúde do trabalhador envolve a discussão sobre a construção hegemônica do campo conceitual, que considere a centralidade do trabalho no processo de saúde doença, bem como as estratégias de articulação intersetorial com outras áreas do Estado. Isto implica na transversalidade da categoria trabalho, na transetorialidade entre as estruturas estatais e a transposição dos limites do SUS (VASCONCELLOS, *et al*, 2011, p. 41).

Na condução da VISAT é também estratégico que os CEREST promovam articulações intersetoriais estabelecendo vínculos que gerem tarefas conjuntas de setores estatais como os Ministérios Público Federal e Estadual, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, da Agricultura e Produção Agrícola, do Desenvolvimento Agrário, do Meio Ambiente, etc. Igualmente, articulações com setores do Parlamento municipal e estadual, por meio de suas comissões temáticas

são válidas a fim de obter aprimoramento legislativo no campo da saúde do trabalhador (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.623). A articulação com o Ministério Público do Trabalho (MPT) tem sido exitosa para formulação de demandas e adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas de saúde dos trabalhadores em diversos setores produtivos a exemplo das audiências públicas realizadas, Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) firmados com empresas e ações civis públicas encaminhadas (GOMEZ, 2013, p. 24).

Contudo, sindicatos e outras organizações representativas dos trabalhadores são parceiros indispensáveis na realização de ações da VISAT. No processo de vigilância a contribuição do conhecimento dos trabalhadores gerado pela experiência dos mesmos deve associar-se ao dos especialistas na discussão dos problemas e dos passos a serem dados para superá-los. É imprescindível que os CEREST estabeleçam alianças e laços de confiança com os movimentos sindicais e representativo dos trabalhadores, cuja estratégia de aproximação vai variar em função de conjunturas sociais, econômicas e políticas em cada nível local (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.622).

A intersetorialidade assim como a interdisciplinaridade envolvem diferentes perspectivas e espaços de poder de corporações e instituições, portanto há que se desenvolver uma nova linguagem integradora entre os campos profissionais envolvidos. Há também uma dificuldade que se refere às disputas de poder nas diferentes esferas de governo, que em função de mudanças na sua condução, tornam vulneráveis as instituições pela falta de continuidade das políticas institucionais/setoriais implantadas e tendem a propor ações identificadas com o gestor de plantão (MACHADO; PORTO, 2003, p. 129).

Para evitar tais situações de descontinuidade das ações, o ideal é a construção de instâncias formadas por ampla participação institucional e popular nos conselhos de saúde, comitês de saúde do trabalhador, conselhos estaduais e municipais de meio ambiente e desenvolvimento sustentável, que permitirão uma flexibilidade e durabilidade das redes que se constituem em torno dos problemas concretos de saúde dos trabalhadores (MACHADO; PORTO, 2003, p. 129).

Estão habilitados atualmente no Brasil, 208 (duzentos e oito) CEREST. (PORTAL BRASIL, 2016). No Paraná estão habilitados 10 (dez) CEREST, sendo 1 (um) estadual, 1 (um) municipal e 8 (oito) macrorregionais (SESA PR, 2016b), dentre os quais o CEREST Macrorregional Campos Gerais, objeto de estudo da presente

pesquisa. Sobre o processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná, seguem considerações no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO PARANÁ

O Paraná é um Estado com diversidades regionais que se consolidaram a partir da variedade étnica de sua população e das atividades econômicas que se desenvolveram especialmente nas últimas décadas. Os processos de produção, ao mesmo tempo em que proporcionam crescimento, ocasionam agravos à saúde dos trabalhadores, os quais necessitam de políticas públicas específicas para sua prevenção, promoção e proteção. Neste capítulo a abordagem inicia com o perfil do Estado do Paraná e breve histórico de suas atividades econômicas, recaindo em seguida sobre o processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná, a Política Estadual de Saúde do Trabalhador (PEST), os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

3.1 Perfil do Estado do Paraná

A história do Paraná acompanha a própria história do Brasil, pois na época de seu descobrimento, em 1500, os índios que viviam espalhados pelo território também ocupavam as terras que viriam a ser o Estado do Paraná. Os primeiros caminhos do Paraná, usados mais tarde pelos bandeirantes foram abertos pelos indígenas. Posteriormente, a procura de mão-de-obra para trabalhar na pecuária e especialmente na lavoura (após a proibição do tráfico de escravos) propiciou a maciça colonização do Estado que acolheu imigrantes de várias etnias (alemães, árabes, espanhóis, holandeses, italianos, japoneses, poloneses, ucranianos, etc) resultando em grande desenvolvimento da agricultura (PARANÁ, 2016b, n.p.). Contudo, atentando-se para as últimas décadas, constata-se que o Estado deixou de ser o grande celeiro nacional para tornar-se industrializado.

O Paraná é um dos 26 Estados do Brasil e está situado na Região Sul do País. Faz divisa com os Estados de Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e São Paulo, fronteira com o Paraguai e a Argentina e limite com o Oceano Atlântico. Ocupa uma área de 199.880 km². Sua capital é Curitiba, e outras importantes cidades são Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel,

Guarapuava e Paranaguá. O clima paranaense apresenta diferenças marcantes, dependendo da região – de tropical úmido ao norte a temperado úmido ao sul. A população é formada por descendentes de várias etnias e por imigrantes procedentes, em sua maioria, dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Minas Gerais (IPARDES, 2016b).

Segundo dados do último censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Paraná conta com população de 10.444.526 o que significa 5,5% de participação na população brasileira que é de 190.755.799. A população urbana do Paraná representa 85,3% e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.749 (IBGE, 2010). Neste mesmo ano registrou-se o número de 5.307.831 de pessoas ocupadas em atividades econômicas (IPARDES, 2017a).

A economia paranaense é a quarta maior do País; o Estado responde atualmente por 6,3% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, registrando uma renda *per capita* de R\$ 30,3 mil em 2013, acima do valor de R\$ 26,4 mil referente ao Brasil. Na composição do valor adicionado, as atividades de comércio e serviços representam 50,9%, a indústria, 26,2%, a atividade agropecuária, 10,4% e a administração pública 12,5% (IPARDES, IBGE, 2016).

O Paraná apresenta uma pauta agrícola diversificada com utilização de técnicas agronômicas avançadas. Os produtos que se destacam na estrutura produtiva da agricultura local é a cana-de-açúcar, milho, soja, mandioca, trigo e batata inglesa, paralelamente a outro segmento com forte avanço que é a fruticultura. Destaca-se também a avicultura, com 29,2% dos abates do País e nos segmentos de bovinos e suínos, a participação do Estado atinge 4,2%, e 19,1%, respectivamente (IPARDES, IBGE, 2016).

Na indústria paranaense os números apontam para a predominância dos segmentos de alimentos, veículos automotores e refino de petróleo, responsáveis por aproximadamente 55,4% do valor da transformação da indústria estadual que alcançou em 2013, R\$ 78 bilhões. Os setores estão distribuídos nas seguintes porcentagens: alimentos, 21,64%; veículos automotores, 20,99%; refino de petróleo e produção de álcool, 13,13%; máquinas e equipamentos, 5,01%; papel e celulose, 4,35%; produtos químicos, 4,25% e outros, 30,63% dentre os quais a indústria da madeira e do mobiliário, metalúrgica, mecânica (IPARDES, 2016).

O valor adicionado do setor de serviços do Paraná totalizou R\$ 146.070 bilhões em 2013, com grande participação dos ramos de comércio e atividades

imobiliárias. Em 2015 o Paraná ficou na quinta posição entre os Estados brasileiros em exportação, respondendo por 7,8% dos US\$ 191 bilhões das exportações nacionais, e nas importações os maiores fornecedores de bens ao Paraná foram Argentina, China, Alemanha e Estados Unidos, responsáveis por 5,4 bilhões em negócios (IPARDES, 2016).

Pelos dados acima se verifica que a atividade industrial no Paraná supera a atividade agropecuária tendo papel relevante na economia do Estado. Resgatando-se a trajetória das atividades econômicas desenvolvidas no Paraná identificam-se períodos distintos que vão desde a comercialização de índios escravizados, passando pela fase da exploração do ouro, depois a venda de animais na chamada fase do tropeirismo; seguiu-se nova fase de prosperidade, a da erva-mate, sucedida pela da madeira e do plantio de café, soja e trigo. Nas últimas décadas solidificou-se a atividade industrial de forma diversificada, com integração local e nacional. Sobre a evolução da economia paranaense, segue breve histórico com a contribuição de Magalhães Filho (1996), Trintin e Campos (2005, 2013) e Padis (2006).

3.2 Breve histórico da economia paranaense

A primeira atividade econômica praticada no Paraná no século XVII, segundo Magalhães Filho (1996, p.131), foi a comercialização de escravos índios que se desenvolveu pelo movimento dos bandeirantes que partiam de São Vicente e de São Paulo com o objetivo de capturar índios para a venda no mercado de escravos do litoral onde já havia expansão da colonização. Parte destes escravos era exportada para as capitanias açucareiras do Nordeste.

A atividade que se seguiu à comercialização dos escravos foi a exploração do ouro encontrado nas areias da baía de Paranaguá e no leito dos rios que nela desembocavam alcançando significado econômico em meados do século XVII. A atividade mineradora estimulou outras, de modo que surgiu uma pequena agricultura com a finalidade de abastecer os arraiais e vilas que se formavam em razão dela. Em poucas décadas o ouro se esgotou, mas a ocupação permaneceu com base na agricultura de subsistência, especialmente o trigo. Com a decadência da mineração, as bases do escravagismo estremeceram de modo que os escravos ainda eram mantidos apenas para o transporte de mercadorias entre o planalto e o litoral, mas o nível da economia de subsistência nem os exigia para as atividades produtivas, nem

tampouco permitia sua aquisição, tanto que a base desta economia era semifeudal, com escravos e agregados. Por quase meio século essa pequena economia de subsistência permaneceu concentrada no planalto, ligada ao litoral por três caminhos precários, Graciosa, Itupava e do Arraial, praticamente isolada e à margem da economia colonial (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Nos últimos anos do século XVII o ouro descoberto na região que hoje é o Estado de Minas Gerais, transformou o Brasil no maior produtor mundial de ouro e essa região sobressaiu-se em riqueza à região açucareira; a mineração passou a estimular outros setores, sendo o planalto paranaense muito beneficiado com isso. A produção da região aurífera era transportada no lombo de animais para chegar a seu destino, surgindo assim uma grande demanda por animais, principalmente muares, e coube ao extremo Sul responder a esta demanda. Com a abertura do chamado “Caminho de Viamão” que ligava através dos planaltos o estuário do Guaíba com Sorocaba, e atravessava os campos de Vacaria, Lajes e Curitiba, incrementou-se a comercialização de animais em feiras e os planaltos paranaenses serviam de internada para a recuperação dos animais na longa marcha do Sul até Sorocaba para onde eram levados (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Assim, a pecuária passou a ser a atividade produtiva predominante e surgiu a figura do tropeiro que era intermediário entre o criador de animais no Sul e o comprador na feira. Atividades vinculadas ao tropeirismo foram se desenvolvendo, desde as pousadas até a produção de alimentos que por vezes eram comercializados juntamente com as tropas. Essa rota dos tropeiros fez surgir vilarejos que se transformaram em vilas e depois em cidades, tais como Lapa, Jaguariaíva, Iapó (hoje Castro), Santa Cruz (hoje Ponta Grossa) e Palmeira. A economia paranaense se manteve em crescimento durante toda a fase de prosperidade aurífera e a concentração de renda na nova atividade alterou as bases do poder político local de modo que os grandes proprietários de terras e comerciantes de gado passaram a comandar politicamente a região (MAGALHÃES FILHO, 1996).

No final do século XVIII o tropeirismo entrou em recessão em razão da decadência da economia do ouro, quando a demanda caiu e o mercado se restringiu. Expandiu-se novamente o tropeirismo em meados do século XIX, mas o desenvolvimento do Centro-Sul do Brasil, com a construção de estradas de ferro que então transportavam as mercadorias, reduziu sensivelmente a demanda por mulas.

Mesmo durante a recessão seguinte à crise do ouro e o desaparecimento do tropeirismo, o elo entre o Centro-Sul e a economia paranaense não se desfez, pois à comercialização de animais somavam-se os excedentes agrícolas, os objetos de couro e de madeira que mantiveram aberta essa rota. Neste período, a agricultura de subsistência passara a ser novamente a principal atividade no Paraná, agora ocupando não apenas o primeiro planalto (Curitiba), mas também o segundo planalto (Ponta Grossa), expandindo-se no final do século XVIII em direção ao Oeste (Palmas e Guarapuava). Cabe ressaltar que o poder político na região se manteve durante todo esse tempo nas mãos dos grandes tropeiros e proprietários de invernadas e de campos de criação. Suas posições foram fortalecidas e consolidadas após a Independência do Brasil lhes permitindo obter a emancipação política pela separação de São Paulo, o que ocorreu em 1853 (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Nova fase da economia paranaense desenvolveu-se quando surgiu a possibilidade de exportar a erva-mate beneficiada para os mercados platinos e para o Chile, pois havia já um firme crescimento demográfico dessas áreas e o elevado preço da oferta paraguaia deste produto permitiu que se acelerasse esse mercado. As áreas diretamente envolvidas com a colheita e beneficiamento da erva-mate nativa foram se desenvolvendo com a introdução de novas tecnologias, assim como se desenvolveram as atividades de suporte, como a fabricação de barricas de madeira e a criação de animais para o transporte. Houve rápido crescimento da economia paranaense nas últimas décadas do século XIX, quando se multiplicaram os moinhos de beneficiamento do mate, que passou a ser exportado já industrializado. Os estímulos do comércio exterior desencadearam uma evolução das forças produtivas que romperam com a estrutura escravagista na qual se baseava o tropeirismo, fazendo surgir o capitalismo com uma classe composta por produtores e outra por mão de obra assalariada, necessária a esse novo modelo de produção, que emergia tanto do subemprego da agricultura de subsistência semifeudal, quanto da imigração européia estimulada desde então (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Concomitante à economia ervateira, ampliou-se ao final do século XIX o mercado da madeira para construções. As matas de araucária dos planaltos paranaenses já eram utilizadas desde o início da colonização para a produção de artigos de madeira destinados ao consumo local, porém a perspectiva de evolução

do mercado naquele momento era outra. Com a ligação ferroviária entre o mercado do Centro-Sul do Brasil e o Paraná e a conclusão da estrada de ferro entre Curitiba e Paranaguá, passaram a acontecer em escala significativa as exportações de madeira. O capital estrangeiro foi atraído pela perspectiva de desenvolvimento da economia madeireira, o que não ocorreu com a economia ervateira. De fato, houve investimentos estrangeiros com a introdução de técnicas mais modernas de secagem das tábuas, com a utilização de fornos, com o que a operação tornava-se mais rápida e aumentava a qualidade do produto (tábuas de pinho e imbuia, cascas, cabos de vassoura, toras de pinho para fósforos, aduelas para barricas e palhões para garrafas) (MAGALHÃES FILHO, 1996). Contudo, havia deficiência no sistema viário em todo o Estado. Apesar do relativo êxito da política imigratória desenvolvida pelos governos federal e estadual, o acanhamento do serviço de viação paranaense oferecia dificuldades ao seu desenvolvimento (PADIS, 2006, p. 119).

As condições geradas pela Primeira Guerra Mundial afetando o intercâmbio comercial para importação de madeira da Europa favoreceu para que o mercado da madeira paranaense conseguisse se firmar definitivamente, tanto no mercado interno quanto no platino. No final do século XX, o mate e a madeira consolidaram uma burguesia industrial razoavelmente diversificada em suas atividades, que passa a dominar politicamente o Paraná após a proclamação da República. A atividade predominante naquele período era o beneficiamento da erva-mate, seguida pelas serrarias a vapor, a fabricação de fósforos, a carpintaria, a fiação e a tecelagem. O Paraná ocupava o 5º lugar no Brasil quanto à produção industrial (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Os setores ervateiro e madeireiro prevaleciam na economia paranaense no período entre as duas guerras mundiais; o ervateiro entrou em estagnação, decorrente da perda de mercados importantes como por exemplo o da Argentina. A crise enfrentada pela economia ervateira coincidiu com a grande depressão mundial da década de 30 (MAGALHÃES FILHO, 1996). Durante as oito décadas que medearam entre a emancipação do Estado e a grande crise de 29, o comportamento da economia ervateira paranaense foi hegemônico, mas a partir de 1914 a atividade ervateira começa a perder importância como atividade condutora da economia, dando lugar a uma participação cada vez maior do café e da madeira (PADIS, 2006, p. 102).

A exploração dos pinheirais nativos era uma atividade de destaque, pois embora em proporções reduzidas, a exportação de madeiras era o segundo item da balança comercial do Estado (PADIS, 2006, p. 105). O setor madeireiro continuou se expandindo lentamente. No período em que as economias ervateira e madeireira se expandiam, houve também um rápido crescimento da população paranaense, concentrada principalmente no segundo planalto, formada pela imigração europeia, incentivada pelo governo e pelas concessionárias de estrada de ferro. A principal atividade destes imigrantes era a agricultura de subsistência da qual comercializavam pequenos excedentes; a produção era diversificada, tanto na agricultura (aveia, centeio, cevada, batata, trigo, etc), quanto na pecuária (criação de suínos e gado leiteiro) e artesanato, mas não modificava a estrutura da economia paranaense (MAGALHÃES FILHO, 1996).

Na década de 40, além do ramo madeira e mobiliário, composto principalmente por serrarias de pinho, e o ramo dos produtos alimentícios que incluíam o beneficiamento de cereais, panificação, fabricação de massas alimentícias e biscoitos, surgia a primeira fábrica de cimento e havia produção de minerais (chumbo, prata, ouro, calcário, mármore, talco, águas minerais e carvão). Desenvolviavam-se atividades bancárias e de seguros. Paralelamente à crise do mate e à expansão da madeira, a cafeicultura, que vinha se desenvolvendo desde 1906, consolidava-se no Paraná (MAGALHÃES FILHO, 1996).

A cafeicultura paranaense foi a maior responsável pela rápida transformação econômica registrada no Estado, contudo também foi motivo de limitações para o surgimento de outras atividades econômicas, pois os investimentos realizados favoreciam as atividades ligadas ou decorrentes da cafeicultura. Os cafeicultores expandiram sua produção em razão da rápida ascensão nos preços, a partir de 1949, porém não demorou que ocorresse a superprodução. No final dos anos cinquenta, a expansão cafeeira praticamente se encerrava e no final da década de sessenta começa a sofrer um processo de redução (PADIS, 2006, p. 260, 279 e 280). Tendo entrado em crise o setor cafeeiro, o estímulo à diversificação da agricultura e sua modernização fez com que no espaço de apenas uma década a agricultura do Paraná possuísse outra configuração, a saber, de maior produtor de café do país, o Estado passou a um dos maiores produtores de soja e trigo, além de outras culturas (TRINTIN, 2005, p. 8).

Políticas setoriais de modernização da agropecuária, implementadas a partir da década de oitenta, propiciaram os aumentos da produtividade da agricultura e consequentemente criaram condições para gerar uma dinâmica própria de desenvolvimento econômico que refletiu nos setores cuja participação era mais restrita na economia do Estado (STADUTO, *et al*, 2008, 119). Houve uma integração da produção agrícola à produção industrial por meio da agroindustrialização (RAGGIO, 1994). Nos anos 1990 o Paraná experimentou mudanças e transformações no setor produtivo cujas presenças marcantes foram os bens de consumo duráveis e de capital, além da modernização dos complexos agroalimentares. Ocorreram também intensos processos de fusões, aquisições e privatizações de serviços e infraestrutura, fluxos migratórios acentuados, revigoração do mercado de trabalho e das mudanças nas configurações regionais. Em face de tais mudanças, e igualmente por meio do processo de divisão territorial do trabalho, o Estado do Paraná passou a ser dimensionado em duas grandes regiões econômicas, formuladas a partir da centralidade da capital paranaense e em seu entorno (Região Metropolitana) frente o restante do Estado (Região Não Metropolitana) (STADUTO, *et al*, 2008, p. 119 e 120).

Na capital paranaense e Região Metropolitana predomina a produção de bens de capital e de consumo duráveis, enquanto no interior do Estado a produção industrial se concentra mais em bens de consumo não duráveis, predominantemente em produtos alimentares e na produção de bens intermediários, com destaque para as indústrias da madeira, papel e papelão, havendo um processo de especialização produtiva em certas regiões. No Norte Central e no Sudoeste do Paraná intensificase a produção de eletrônicos, eletrodomésticos, equipamentos e aparelhos elétricos, etc. evidenciando maior diversificação econômica (TRINTIN; CAMPOS, 2013, p. 172).

Eventos direcionados por políticas públicas, nos planos nacional e regional, moldaram a conformação econômica do Paraná de modo que o direcionamento dos contornos de subprocessos produtivos com características específicas ressaltaram as diferenças regionais existentes. (STADUTO *et al*, 2008, p. 137). O governo federal instituiu políticas de desenvolvimento regional e o governo estadual políticas de atração de investimentos, a exemplo da denominada “guerra fiscal”, quando houve concessão de incentivos fiscais e financeiros com vistas a atrair investimentos para o Estado, aproveitando-se do cenário nacional de entrada de capitais, o que

contribuiu para o processo de diversificação e desenvolvimento industrial do Paraná (TRINTIN; CAMPOS, 2013, p.167, 172).

Nesta diversidade de atividades econômicas, o Paraná conta com população ocupada na ordem de 5.307.831 (cinco milhões, trezentos e sete mil, oitocentos e trinta e uma) pessoas, distribuída conforme tabela a seguir:

TABELA 1 - POPULAÇÃO OCUPADA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS - 2010

ATIVIDADES ECONÔMICAS	Nº DE PESSOAS
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	788.365
Indústrias extrativas	13.117
Indústrias de transformação	774.734
Eletricidade e gás	17.836
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	37.863
Construção	390.768
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	919.155
Transporte, armazenagem e correio	230.947
Alojamento e alimentação	170.566
Informação e comunicação	69.093
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	72.936
Atividades imobiliárias	22.045
Atividades profissionais, científicas e técnicas	154.106
Atividades administrativas e serviços complementares	157.030
Administração pública, defesa e seguridade social	223.856
Educação	285.103
Saúde humana e serviços sociais	181.854
Artes, cultura, esporte e recreação	40.058
Outras atividades de serviços	139.655
Serviços domésticos	314.336
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	319
Atividades mal especificadas	304.103
TOTAL	5.307.831

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra (1) A classificação da atividade econômica é pela Classificação Nacional de Atividade Econômica. Posição em 12/11/2016

Há preponderância: no comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, 919.155 (novecentos e dezenove mil cento e cinquenta e cinco); agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, 788.365 (setecentos e

oitenta e oito mil trezentos e sessenta e cinco); e indústria de transformação, 774.734 (setecentos e setenta e quatro mil setecentos e trinta e quatro).

Inseridos em tais atividades econômicas, os trabalhadores estão sujeitos a agravos à sua saúde provenientes dos processos produtivos. Cabe ao poder público o planejamento e execução de políticas públicas de saúde do trabalhador que privilegiem a abordagem integrada das interrelações entre saúde do trabalhador e saúde ambiental, com foco também nas peculiaridades regionais.

3.3 O processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná

A saúde do trabalhador no Paraná começou a ser abordada antes mesmo de ser inserida no SUS pela CRFB/88. A partir de 1986 o tema saúde do trabalhador foi debatido por instituições e entidades participantes da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná que se realizou como preparatória para a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, do mesmo ano (PARANÁ, 2011, p. 19).

No âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA)¹⁵, iniciaram-se discussões sobre saúde do trabalhador no ano de 1989 as quais culminaram na elaboração, no período de 1990 a 1992, de um documento denominado Programa de Saúde do Trabalhador que tinha como objetivo subsidiar as equipes das Regionais de Saúde¹⁶ e das Secretarias Municipais de Saúde na execução das ações de saúde do trabalhador (PARANÁ, 2011, p. 19).

Esse foi um período de transição para adaptação ao novo modelo preconizado pela Atenção Primária à Saúde, com trabalho em equipe multiprofissional, com ações de promoção e prevenção e com áreas de abrangência definidas a partir de critérios de acesso da população aos serviços de saúde. Os anos que se seguiram foram de implantação do SUS e fortalecimento de seus princípios doutrinários, com muitos desafios a serem superados (POLÍTICAS DE SAÚDE, 2015, p. 53).

Em 1992 foi constituído o Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (FIST) que contou com a participação de diversas entidades com atuação em saúde

¹⁵ Ver Organograma da SESA no Anexo A.

¹⁶ Ver a distribuição das 22 Regionais de Saúde do Estado no Paraná no Anexo B.

do trabalhador; este deu origem à Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), de forma a assessorar os Conselhos Estaduais de Saúde no estabelecimento, desenvolvimento e proposição de políticas de Saúde do Trabalhador, cuja criação é orientada pela Lei Orgânica da Saúde, no capítulo da Organização, da Direção e da Gestão, artigo 13. Neste mesmo ano, o Estado implantou o Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes de Trabalho (SISCAT) (PARANÁ, 2011, p. 19).

A 2ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador se realizou em 1995. Seu relatório final apresentou propostas e trouxe recomendações ao Estado para que elaborasse uma Política Estadual de Saúde do Trabalhador e consequentemente implantasse um Programa de Saúde do Trabalhador nos municípios paranaenses e nas Regionais de Saúde, a fim de dar efetividade à Política. Recomendou também a Criação de Centros Especializados que integrassem os setores que atuassem em saúde ocupacional, além de apontar para a necessidade do aperfeiçoamento do sistema de informações e notificações de acidentes e doenças, já existentes. Neste mesmo ano foi criada a Coordenação de Saúde do Trabalhador, ligada à Diretoria de Vigilância e Pesquisa. Essa Coordenação criou a estruturação de um Centro, cuja finalidade era dar apoio à saúde do trabalhador, principalmente no estabelecimento de nexos causais, na organização e sistematização da informação, na vigilância dos ambientes de trabalho e no auxílio à capacitação de profissionais para trabalhar na área (PARANÁ, 2011, p. 19).

No ano seguinte, 1996, foi criado o Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador (CEMAST) em parceria com a Prefeitura Municipal de Curitiba, sendo referência para 45 municípios. Sua abrangência era macrorregional (PARANÁ, 2011, p. 19).

A CIST, originada em 1992, foi oficializada como CIST do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, somente no ano de 1997, e por sua recomendação, a SESA publicou a Resolução 1.076/97/SESA proibindo o uso da areia nas atividades de jateamento, no Estado. Nesse mesmo ano foi implantado o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas ao Trabalho (CEIOART) e realizou-se a 3ª Conferência Estadual de Saúde, na qual foi destacada a necessidade de se implantar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e a criação dos CEREST em Pato Branco, Cascavel, Maringá, Londrina, Guarapuava,

Umuarama e demais Regionais de Saúde, buscando parceria dos Municípios e Universidades (PARANÁ, 2011, p. 19).

Com o objetivo de coordenar as ações de saúde do trabalhador no Estado (tendo o CESMAT sob sua coordenação), foi criada em 1999, a Divisão de Saúde no Trabalho, na estrutura do Centro de Saúde Ambiental. Realizou-se neste mesmo ano a 4ª Conferência Estadual de Saúde que reforçou a necessidade de desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador em todas as unidades de saúde do sistema SUS (PARANÁ, 2011, p. 20).

No ano 2000 foi criado o Comitê de Investigações de Óbitos e Amputações do Litoral do Paraná, assim como foi celebrado um convênio entre a SESA e a Coordenação de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde (COSAT/MS) com vistas à aquisição de equipamentos e capacitação de recursos humanos para futura implantação de CEREST. Este foi também o ano da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador que recomendou aos municípios a atribuição de elaborar diagnóstico em seus respectivos territórios, da situação de trabalho e saúde, incluindo informações sobre as empresas, grau de risco das mesmas, número e ocupação dos trabalhadores e ramos de atividade. Tal documento deveria ser elaborado em conjunto com os Centros de Referência e com as equipes das Regionais de Saúde, sob coordenação da SESA e do Instituto de Saúde do Paraná (ISEP). Todas as unidades de saúde em integração com os demais serviços do SUS deveriam incluir as ações de saúde do trabalhador na sua programação (PARANÁ, 2011, p. 20).

Atendendo aos objetivos da Portaria 1.679/2002 GM/MS, que dispunha sobre a estruturação da RENAST, em 2003 foi habilitado o CEREST Macrorregional Norte, em Londrina, com área de abrangência de 98 municípios. Embora de abrangência macrorregional, a gestão dos CEREST era municipal. Neste mesmo ano foi criado o Comitê Metropolitano de Investigação de Acidentes Graves de Londrina (PARANÁ, 2011, p. 20).

Em 2004 foram criados na capital paranaense, o Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST) e no Hospital do Trabalhador a Unidade de Saúde do Trabalhador (UST do HT), que disponibiliza 30% das consultas para a Região Metropolitana e Paranaguá, cujo agendamento é feito pela Central de Marcação de Consulta da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PARANÁ, 2011, p. 20).

A 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná realizou-se em 2005 e aprovou várias propostas visando, na atenção à saúde do trabalhador, a realização de diagnósticos das necessidades e dificuldades, elaboração de planos de ação, estruturação de serviços de vigilância em saúde, investimento e capacitação de pessoal. Destacam-se as propostas de criação de Conselhos Gestores nas Regionais de Saúde, prevendo mecanismos de avaliação periódicos quanto a qualidade das ações desenvolvidas, e a imediata criação dos CEREST nas diversas Macrorregionais do Estado, com garantia dos recursos humanos e materiais, necessários ao seu pleno funcionamento (PARANÁ, 2011, p. 21).

Em 2006 a equipe do CEMAST foi incorporada ao CEST e em 2007 foi criado o CEREST em Cascavel, com área de abrangência de 52 municípios (igualmente com gestão municipal, como o CEREST de Londrina) (PARANÁ, 2011, p. 21).

O sistema de gestão municipal revelou-se como um entrave ao desenvolvimento das ações do CEREST, uma vez que a verba recebida e gerida pelo município sede não poderia ser aplicada nos demais municípios da macrorregião, pois havia impedimento burocrático para tal. Por esta razão, e levando-se em conta a consolidada regionalização do Estado, propôs-se a estadualização da gestão da RENAST no Paraná, com a seguinte conformação: 1 (um) CEREST Estadual e 8 (oito) CEREST Macrorregionais, constituídos por 22 (vinte e dois) Núcleos Regionais, cobrindo todos os municípios do Estado, exceto Curitiba onde seria implantado um CEREST Municipal. Este formato de gestão estadual foi aprovado por deliberação da CIB e do Conselho Estadual de Saúde (CES) em 2008, de modo que os CEREST já existentes foram readequados ao novo modelo e mais 4 (quatro) CEREST foram habilitados neste mesmo ano e mais 1 (um) em 2009 (SESA PR, 2011a).

O Plano Estadual de Saúde 2008-2011 ao abordar o tema Condições de Saúde da População, no subeixo Vigilância Prevenção e Controle de Agravos relacionados ao Trabalho, apontou como prioridade aprovar e implantar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador no Paraná. Com o objetivo de estruturar e manter a RENAST no Paraná, o Plano traça várias estratégias visando: manutenção e aprimoramento dos CEREST já habilitados e dos que viessem a ser com capacitação de equipes, estímulo ao fortalecimento do Controle Social, implantação dos Conselhos Gestores de Saúde, estímulo para criação das CISTs, discussão e aprovação de planos de ação em saúde do trabalhador (municipais, regionais e

estaduais) nos respectivos conselhos de saúde, organização e aprimoramento da rede de informação em saúde do trabalhador para efetivação das notificações, acompanhamento das mesmas e seleção de prioridades, além da criação de banco de dados para cadastro de empresas dos ramos produtivos considerados prioritários à vigilância, bem como de empresas inspecionadas etc, (PARANÁ, 2008, p. 137-141).

Em 2010 foram realizados no Paraná 8 (oito) Ciclos de Debates Macrorregionais e 1 (um) Estadual e em 2011 realizaram-se 22 (vinte e dois) Debates em âmbito Regional e 1 (um) Estadual, todos com a participação do Controle Social, ou seja, com a participação da sociedade, objetivando elaborar e publicar a política paranaense de atenção à saúde do trabalhador. Foi habilitado neste mesmo ano mais 1 (um) CEREST (SESA, 2011a, p. 12).

Em 2011 foram habilitados mais 2 (dois) CEREST e também foi publicada, no mês de agosto, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Paraná (PEST) com o pressuposto de orientar a gestão estadual do SUS/PR na área de Saúde do Trabalhador. A PEST está baseada nos princípios do SUS e utiliza o modelo de vigilância à saúde, atuando sobre os determinantes dos agravos à saúde que decorrem dos modos de desenvolvimento e produção (PARANÁ, 2011, p 57). Tão logo publicada, a PEST foi incluída no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e é recepcionada em um momento em que “poucos municípios executam as ações de vigilância em saúde do trabalhador” (PARANÁ, 2013, p. 166) muito embora a Vigilância em Saúde esteja descentralizada no Estado do Paraná, “tendo os municípios assumido as ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, acerca (sic) de duas décadas” (PARANÁ, 2013, p. 166). Como meta para o período abrangido pelo Plano, esteve a ampliação das notificações de agravos e doenças em saúde do trabalhador em 10%, em conformidade com a Portaria 104/2011 GM/MS e a realização de inspeção em caráter complementar ou suplementar nos estabelecimentos de interesse à saúde, considerados de maior risco (PARANÁ, 2013, p. 208).

Em 2013 realizaram-se novamente os Ciclos Regionais de Debates para em 2014 realizar-se a 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná. As considerações sobre a Saúde do Trabalhador constantes do Relatório Final dessa Conferência revelam inquietações em relação a questões pontuais carentes de superação, como: a necessidade de fortalecer a

qualificação dos trabalhadores das equipes de vigilância sanitária municipais para intervir em processos produtivos de maior complexidade, garantindo aos mesmos as devidas condições de trabalho; eliminar a ingerência política nas ações fiscalizatórias, pois “uma cultura de proteção à saúde dos cidadãos precisa substituir a cultura vigente de utilizar-se de favorecimentos escusos ditados pelo poderio econômico que ainda são relevantes” (PARANÁ, 2014, p. 5); a importância do funcionamento da VISAT em rede com todos os níveis de assistência e com a Vigilância Epidemiológica, com intervenções de forma intersetorial com outros órgãos como o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho; diminuir as subnotificações; fortalecer o Controle Social com a participação de trabalhadores na CIST e nos Conselhos de Saúde (PARANÁ, 2014, p. 5-6).

O Relatório Final dessa 5ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná finaliza com propostas, dentre as quais vale destacar: a criação de um setor exclusivo de VISAT dentro da Vigilância em Saúde com equipe específica para o desempenho das funções, pois no sistema atual a mesma equipe da Vigilância em Saúde se desdobra para executar as tarefas da VISAT; a criação de 1 (um) CEREST para cada Regional de Saúde, bem como a possibilidade de habilitação de CEREST Municipal para bases populacionais de 200.000 (duzentos mil) habitantes; estabelecer parcerias com instituições de ensino para produção de pesquisas e projetos na área de higiene, saúde e segurança dos trabalhadores e incluir conteúdos relativos ao tema saúde do trabalhador na grade curricular de todos os níveis de ensino dos cursos propedêuticos, técnicos, profissionalizantes e universitários; e ampliar a desvinculação da medicina do trabalho do domínio dos empregadores (PARANÁ, 2014, p. 22-24).

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019, no tocante à saúde do trabalhador, estabelece como meta para o período, atingir pelo menos 95% dos municípios notificando os casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, e atingir no mínimo 80% das ações pactuadas no Programa Estadual de Qualificação da Vigilância em Saúde (VIGIASUS) no Estado do Paraná, por meio de monitoramento semestral de tais ações e da capacitação das equipes regionais e municipais (PARANÁ, 2016, p. 177). O elenco norteador de ações a serem monitoradas compreende: elaboração do Diagnóstico de Situação do Trabalhador no município; notificação ao SINAN de agravos à saúde dos trabalhadores de acordo com a Lista de Agravos publicada por Portaria ministerial; investigação de todas as ocorrências

de acidentes graves e fatais; acionamento da rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador adolescente; oferecimento de condições necessárias para capacitação da equipe em saúde do trabalhador; a realização de vigilância dos ambientes e processos de trabalho nos estabelecimentos de interesse à saúde e das indústrias formuladoras e de síntese de agrotóxicos; e o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador em atividades de construção civil, rurais e em frigoríficos (SESA, 2016, p. 14 e 15).

O VIGIASUS, instituído em 2013, é um programa que tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde no Paraná, dentre elas a VISAT, com repasse de incentivos financeiros para os 399 municípios para aplicação em capital (tais como veículos e equipamentos) e custeio (tais como manutenção das ações de Vigilância em Saúde); o Programa também visa a educação permanente voltada para os municípios e Regionais de Saúde, além da estruturação dos serviços próprios de Vigilância na SESA (PARANÁ, 2016, p. 139).

A saúde do trabalhador no Paraná conta com ações e políticas próprias inseridas no SUS/PR. O Plano Estadual de Saúde, elaborado a cada triênio, contempla e detalha ações em saúde do trabalhador para efetivação da PNSTT e da PEST. Além de políticas específicas, o trabalhador paranaense, no exercício de sua cidadania tem acesso a todo o sistema das Redes de Atenção à Saúde (Rede Mãe Paranaense, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde Mental e Rede da Pessoa com Deficiência) com ações sistematizadas na atenção primária (Unidades da Saúde da Família), nos serviços especializados (exames e consultas especializados) e hospitalares, implantadas pela SESA conforme o Mapa Estratégico da Saúde no Paraná¹⁷.

3.4 A Política Estadual de Saúde do Trabalhador (PEST) e as responsabilidades dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

A gestão estadual do SUS/PR, na área de Saúde do Trabalhador é orientada pela PEST que se baseia nos princípios do SUS de promover a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e utiliza o modelo de Vigilância à Saúde, atuando sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores decorrentes dos diversos

¹⁷ Ver Mapa Estratégico da SESA no Anexo C.

ramos da atividade produtiva, e para sua execução conta com a participação da sociedade (PARANÁ, 2011, p. 57).

A PEST objetiva: promover e proteger a saúde dos trabalhadores para reduzir a sua morbimortalidade por meio de ações intra e intersetoriais de vigilância sanitária, epidemiológica e de assistência à saúde; colaborar para que no âmbito da assistência do SUS, os agravos relacionados ao trabalho sejam contemplados mediante diagnóstico, tratamento e reabilitação; organizar, juntamente com a Escola de Saúde Pública do PR (ESPP)¹⁸ a formação de pessoal em saúde do trabalhador, com desenvolvimento de estudos e pesquisas na área, levando em conta a política de educação permanente; implementar a informação e comunicação em saúde do trabalhador, garantindo a participação social na formulação, controle e avaliação das políticas, mediante a articulação intersetorial na realização das ações em saúde do trabalhador (PARANÁ, 2011, p. 57).

Para o planejamento de ações que promovam o ambiente e processos de trabalho saudáveis, a PEST recomenda a adoção de alguns critérios como: magnitude das cargas e nocividade dos processos de trabalho; a quantidade de trabalhadores expostos; grupos de alto risco (como trabalho de crianças e adolescentes) e grupos desprotegidos; e a existência de demanda organizada. Alguns fatos, ambientes e processos de trabalho foram eleitos pela PEST como prioritários para as ações de vigilância, a saber: investigação de todos os acidentes graves e fatais; trabalho infantil; empresas de fundição de chumbo, fabricação e recuperação de baterias automotivas; empresas dos ramos químico-petroquímico e petróleo; postos de combustíveis; indústrias do setor alimentício; trabalho rural; cadeia produtiva da cana-de-açúcar; cadeia produtiva do fumo; setor público; setor metalúrgico; construção civil; setor madeireiro; papel e celulose; cal e calcário; serviços de saúde pública e privados; e indústria farmacêutica (PARANÁ, 2011, p. 60).

Segundo determina a PEST, cada município deverá priorizar ações a partir do diagnóstico da situação da saúde do trabalhador, conhecida pelo perfil epidemiológico e produtivo do município. O desencadeamento das ações considerará critérios como: a base sindical de determinada categoria; o ramo produtivo, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos; o

¹⁸ Ver posição da ESPP no Organograma da SESA no Anexo A.

território com área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial, etc); epidemiológico, dirigindo-se à maior ou maiores empresas considerando os aspectos de frequência ou gravidade de eventos prejudiciais à saúde do trabalhador; e a atuação conjunta e sistemática com órgãos públicos como o Ministério Público Federal do Trabalho, o Ministério Público Estadual e a Superintendência Regional do Trabalho (PARANÁ, 2011, p. 61).

Quando o trabalhador é atendido na Rede de Atenção à Saúde do SUS, a determinação da PEST é de que os profissionais da área de saúde estejam capacitados para estabelecer as associações entre saúde/doença/trabalho, de modo a adequar os procedimentos, sejam de assistência, de orientação ao trabalhador, ou de comunicação à Previdência Social, CEREST ou Vigilância em Saúde do município, para que a equipe atue nos ambientes de trabalho (PARANÁ, 2011, p. 61-65).

O Sistema de Informação Epidemiológica em Saúde do Trabalhador previsto pela PEST aponta como Unidades Notificadoras todas as que estão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que estão capacitadas para a notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador, cuja lista consta em Portarias do MS, periodicamente atualizadas¹⁹. A notificação compulsória é a informação obrigatória que os médicos, demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, devem prestar ao dar assistência a algum paciente que tenha sofrido acidente de trabalho ou cuja patologia se enquadra na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho constante em Portarias do MS (é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região). As notificações alimentam o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do MS, cujas informações contribuem para o conhecimento da realidade epidemiológica de determinada região e permitem a realização do diagnóstico da ocorrência de um evento na população. É um instrumento que se torna aliado no planejamento em saúde, na definição de prioridades de intervenção, além de permitir a avaliação do impacto das intervenções (SINAN, 2016a).

¹⁹ Estão atualmente em vigor as Portarias 204 e 205/2016 GM/MS que atualizaram as listas de notificação compulsória constantes das Portarias revogadas: 1.271/2014/GM/MS, 104/2011GM/MS, 2.472/2010/GM/MS e 777/2004/GM/MS.

A gestão e desenvolvimento de recursos humanos prevista pela PEST devem compreender tanto os profissionais vinculados ao SUS, das funções das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, a área de assistência, quanto os setores de planejamento, direção e gestão, assessoria técnico científica, ensino e pesquisa no campo de saúde do trabalhador. Quanto a segmentos organizados da sociedade e instituições de ensino, a PEST enfatiza o incentivo à integração, cooperação e desenvolvimento de ações conjuntas e o fomento a iniciativas de mudanças nos currículos de graduação e oferta de cursos de pós-graduação com foco nas demandas existentes. O enfrentamento dos problemas no contexto da saúde do trabalhador poderá ser pela articulação com instituições de pesquisa, universidades e serviços de saúde (PARANÁ, 2011, p. 67-69).

A educação popular em saúde, bem como a divulgação de informações em saúde do trabalhador deve ser disponibilizada por meios que alcancem os trabalhadores, que por sua vez participarão do Controle Social. Essa participação dos trabalhadores deve congrega tanto as organizações sindicais quanto setores da economia informal, de produção agrícola, de autônomos e outros. Nesta participação social devem estar o conjunto de representantes da sociedade civil, dos empregadores, grupos de movimentos ambientalistas e outros, com vistas à proposta de soluções e compromissos que objetivem promover e proteger a saúde dos trabalhadores (PARANÁ, 2011, p. 69 e 70).

Com o propósito de colher informações sobre as atividades, características e resultados das práticas em saúde do trabalhador, permitindo a tomada de decisões e planejamentos, a PEST prevê avaliação dos CEREST por meio de alguns indicadores pelos quais serão classificados. O instrumento de avaliação já aplicado em 2010 nos CEREST do Paraná foi adaptado do instrumento elaborado e aplicado pelo Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT) da Bahia. A classificação se dá pelos seguintes critérios: muito fraco, insuficiente, com pontuação < ou = a 100; fraco, incipiente, com 101 a 200 pontos; regular, com 201 a 300 pontos; bom, consolidado, com 301 a 400 pontos; e muito bom, avançado, com 401 a 500 pontos (PARANÁ, 2011, p. 71 e 72).

Na operacionalização da PEST, as responsabilidades se distribuem entre a SESA, Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e CEREST.

As responsabilidades atribuídas pela PEST aos CEREST Macrorregionais constam de uma relação de vinte e seis itens conforme quadro a seguir:

QUADRO 1 - RESPONSABILIDADES DOS CENTROS DE REFÊNCIA MACRORREGIONAIS SAÚDE DO TRABALHADOR SEGUNDO A POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DO TRABALHADOR DO PARANÁ

RESPONSABILIDADES DOS CENTROS DE REFÊNCIA MACRORREGIONAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR	
1	Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de saúde do trabalhador
2	Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em saúde do trabalhador em nível local e regional
3	Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST estadual
4	Dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a saúde do trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária
5	Propor e assessorar a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambiente
6	Realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST para que estes se tomem agentes multiplicadores
7	Subsidiar a formulação de políticas públicas e assessorar o planejamento de ações junto aos Municípios
8	Assessorar o Poder Legislativo em questões de interesse público
9	Contribuir no planejamento e na execução da proposta de formação profissional da rede do SUS e nos polos de capacitação
10	Facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros
11	Contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais
12	Fomentar as relações interinstitucionais
13	Articular a vigilância em saúde do trabalhador com ações de promoção como proposta de municípios saudáveis
14	Apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória
15	Prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência
16	Participar do Polo Regional de Educação Permanente de forma a propor e pactuar as capacitações em saúde do trabalhador consideradas prioritárias
17	Estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em saúde do trabalhador na região de sua abrangência
18	Subsidiar a pactuação da inclusão de ações em saúde do trabalhador na PPI da vigilância, em sua área de abrangência
19	Participar do estabelecimento dos fluxos de referência e contrarreferência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada
20	Desenvolver práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em saúde do trabalhador, visando à consolidação das referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho
21	Fornecer subsídios para a pactuação das ações em saúde do trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na Programação Pactuada e Integrada (PPI) em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação
22	Prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde
23	Prover suporte técnico às ações de vigilância de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual
24	Prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência
25	Desenvolver ações de promoção à saúde do trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social, Ministério Público, entre outros
26	Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção

Fonte: Elaborado pela autora de conformidade com a PEST (2011, p. 74-77).

A gama de responsabilidades atribuídas pela PEST aos CEREST contempla uma atuação que apoia, assessora, subsidia, fomenta, contribui, organiza,

desenvolve, participa e realiza ações voltadas à saúde do trabalhador, em sua área de abrangência.

Pela PEST, os CEREST Macrorregionais são orientados a atuar com equipe de, no mínimo, 10 (dez) profissionais, dos quais, 4 (quatro) profissionais de nível médio²⁰, sendo ao menos 2 (dois) auxiliares de enfermagem; e 6 (seis) profissionais de nível superior²¹, sendo ao menos 2 (dois) médicos (vinte horas semanais) e 1 (um) enfermeiro (quarenta horas semanais) (PARANÁ, 2011, p. 77).

O contexto em que o CEREST está inserido determinará as estratégias a serem adotadas para o cumprimento de suas responsabilidades. O perfil dos municípios e os dados estatísticos da sua área de abrangência servem como indicativo para a eleição de prioridades de ações em saúde do trabalhador.

3.5 SINAN NET, uma ferramenta fundamental na VISAT

O SINAN NET foi implantado oficialmente no Paraná em 2006. Constitui-se em uma nova plataforma do SINAN do MS para obtenção das informações sobre a situação da saúde dos trabalhadores atendidos na rede de saúde, por meio dos registros dos agravos que acometem sua saúde no exercício do trabalho formal e informal (SESA, 2015a, n.p.).

O principal objetivo do SINAN NET é gerar informações de morbimortalidade do trabalhador, permitindo elaboração de atuação estratégica de intervenção sobre suas causas e determinantes, com ações de promoção, prevenção, controle e enfrentamento dos problemas de saúde coletiva relacionados com o trabalho. Tais informações permitem desenvolver diagnósticos para subsidiar e orientar políticas públicas para a saúde dos trabalhadores, elegendo prioridades e integrando serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância (SESA, 2015b, n.p.).

A compulsoriedade de notificações de agravos à saúde do trabalhador no SINAN NET surgiu da necessidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados

²⁰ Profissional de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros (PARANÁ, 2011, p. 77).

²¹ Profissional de nível superior com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros (PARANÁ, 2011, p. 77)

ao trabalho e pela constatação de que essas informações estariam dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis no âmbito do SUS, pois eram escassas, com estimativas de dados da Previdência Social, por meio da CAT, abrangendo apenas trabalhadores formais, vinculados ao mercado de trabalho (SESA, 2015a, n.p.). Com a notificação compulsória realizada por médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde ao prestarem assistência a algum paciente que sofreu acidente de trabalho ou cuja patologia se enquadra na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, constante de Portaria do MS, a informação abrange todo trabalhador, independente da sua condição formal ou informal no mercado de trabalho.

O princípio do SUS de universalidade do acesso à atenção vem expresso no conceito ampliado e abrangente de trabalhador, utilizado para fins de políticas públicas em saúde do trabalhador. São considerados trabalhadores,

todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos neste grupo, todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham, como: empregados assalariados, trabalhadores domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviço, dentre outros. Também são considerados trabalhadores, aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz, o estagiário e aqueles que temporária ou definitivamente encontram-se afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (PARANÁ, 2011, p. 13).

Os dados que alimentam o SINAN são coletados por ocasião do atendimento do paciente acidentado ou com doença relacionada ao trabalho e anotados na Ficha Individual de Notificação (FIN). Tal ficha é encaminhada pela Unidade de Saúde para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que por sua vez deve repassar semanalmente para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio magnético. Quinzenalmente tais dados são enviados para a esfera federal do SUS (SINAN, 2016b, n.p.).

Unidades de saúde de maior complexidade e especialidades instaladas, consideradas estratégicas, são identificadas pelas RS como porta de entrada para os atendimentos a acidentes graves. São chamadas de Unidades Sentinela. Dispondo de pessoal capacitado, tais Unidades podem realizar o registro das ocorrências (tanto de acidentes como de doenças relacionadas ao trabalho)

diretamente no SINAN NET; do contrário podem encaminhar a FIN para a SMS para lançamento dos dados (SINAN, 2016b, n.p.).

São de notificação compulsória, no campo ocupacional, os acidentes do trabalho com exposição a material biológico e acidentes do trabalho graves (com treze critérios objetivos dispostos em manual técnico para tal classificação), fatais e em crianças e adolescentes; a notificação deve realizar-se em até sete dias no primeiro caso (material biológico) e imediatamente, em até vinte e quatro horas, na segunda situação, de acordo com a Portaria 204/2016 GM/MS. Estados e municípios também podem, por meio de resoluções ou portarias das Secretarias de Saúde, estabelecer listas próprias a serem observadas além da lista nacional. A Portaria 205/2016 GM/MS define a lista de agravos à saúde do trabalhador a serem monitoradas e notificadas compulsoriamente em unidades sentinelas: câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho; pneumoconioses relacionadas ao trabalho; e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Mesmo que não haja ocorrência de acidentes ou suspeita de doença ocupacional, as Unidades de Saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa e entregá-los nos mesmos prazos das demais notificações. Essa estratégia tem o objetivo de evitar a subnotificação, uma vez que os profissionais estarão alertas para a existência ou não de eventos a serem notificados. Pode haver punição ao município, com suspensão de recursos do Piso de Assistência Básica, caso o banco de dados do SINAN não seja alimentado por dois meses consecutivos (SINAN, 2016b, n.p.).

De acordo com informações contidas no Plano Estadual de Saúde do Paraná triênio 2016 a 2019, é grande o número de mortes e adoecimentos relacionados ao trabalho, relativamente a uma população ocupada de 5.307.831; “nos últimos nove anos (2007 a 2015)²², de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 3.237 trabalhadores perderam a vida, revelando uma média de 360 óbitos ao ano, praticamente um óbito por dia” (PARANÁ, 2016a, p. 81).

Em relação às notificações compulsórias relacionadas ao trabalho, cujos dados seguem na tabela a seguir, no período de 2007 a 2015, foram registrados

²² Foi a partir do ano de 2007 que o Paraná iniciou o lançamento de dados no SINAN.

75.499 casos, sendo que destes, 47% das notificações foram Acidente de Trabalho Grave, seguidos dos Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, com 41% das notificações e em terceiro lugar, com 8% as Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho. No mesmo período, as doenças relacionadas ao trabalho representaram apenas 2,9% do total de notificações do SINAN, evidenciando a subnotificação das mesmas (PARANÁ, 2016a, p. 82).²³

TABELA 2 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO, PARANÁ, 2007 A 2015

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de trabalho grave	786	876	839	1969	3995	5825	6916	6697	7598	35501
	Acidente de Trabalho com material biológico	1622	2691	2807	3116	3334	4372	4474	4563	4063	31042
	Intoxicações Exógenas	745	638	606	634	713	659	873	1014	864	6746
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/DORT	34	107	44	49	48	226	263	332	398	1501
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	2	53	81	72	208
	Transtorno Mental	1	1	3	12	35	29	23	53	25	182
	Dermatoses Ocupacionais	1	2	2	6	35	41	31	29	29	176
	PAIR	3	1	9	6	4	23	5	9	15	75
	Pneumoconiose	1	1	0	3	20	15	6	10	12	68
Total		3193	4317	4310	5795	8184	11192	12644	12788	13076	75499
ÓBITOS DO SIM		351	373	326	405	288	380	421	363	330	3237

FONTE: SESA/SVS/SIM/SINAN. Atualizado em 02 fev. 2016. In. Plano Estadual de Saúde 2016-2019, pág. 82.

Ainda, de acordo com o Plano Estadual de Saúde do Paraná triênio 2016 a 2019, os trabalhadores que sofreram Acidente de Trabalho Grave (ATG) nos últimos nove anos, inclusive os que vieram a óbito, eram na maioria do sexo masculino (84,5%), entre 20 a 34 anos (42,2%), nas ocupações de pedreiro, alimentador de linha de produção, trabalhador agropecuário em geral, motorista de caminhão e servente de obras (PARANÁ, 2016a, p. 82).

A subnotificação de agravos à saúde do trabalhador é uma realidade que deixa na invisibilidade o sofrimento do trabalhador e afeta negativamente o planejamento de ações. As causas da subnotificação podem variar, desde o empregador que se nega a emitir CAT, passando pelo despreparo do profissional de

²³ Ver no Apêndice F o Quadro 3 com a lista de agravos de notificação compulsória e suas respectivas definições.

saúde que examina o paciente trabalhador e não estabelece o nexo causal entre a doença e o trabalho, até a carência de um funcionário treinado para lançar a notificação no Sistema.

Como argumenta Lourenço (2011, p. 22, 23), a comprovação de que a patologia desenvolveu-se em razão do trabalho depende do profissional médico que faz o diagnóstico e que muitas vezes não quer se envolver por medo de se expor ou por falta de compromisso com o trabalhador. É o caso das LER/DORT e da doença mental relacionada ao trabalho, cujas causas são mais difusas e se interrelacionam as várias situações e circunstâncias vivenciadas no trabalho, de modo que o nexo causal não é presumido. Sem reconhecimento do nexo causal, a patologia é tratada independente da sua possível relação com o trabalho.

Há uma contradição entre a realidade dos serviços de saúde superlotados de pessoas em busca de atendimento e o registro de doenças relacionadas ao trabalho no banco de dados do SINAN. Para Lourenço (2009, p. 221),

A invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho é um título paradoxal, pois quer expressar que cotidianamente os serviços de saúde se defrontam com os agravos à saúde dos trabalhadores, mas que subsumidos pela demanda crescente por assistência à saúde e pela crise do sistema, mantém esses problemas, decorrentes do trabalho, como uma problemática geral de saúde ávida por assistência, o que traz graves consequências para as possibilidades de Atenção à Saúde.

Uma das responsabilidades do CEREST é prover suporte técnico e especializado para a rede de serviços do SUS para que os casos de trabalhadores atendidos sejam devidamente registrados e notificados, além de constar de relatórios. O encaminhamento de tais informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde é essencial. Os dados no SINAN servem de subsídio para o planejamento das ações, razão da importância desta ferramenta cujas informações precisam estar próximas à realidade para que de fato as ações contribuam para a prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO 4

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ

Após contextualizar o CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná, demonstrando sua abrangência geográfica e localização da sua sede, o presente capítulo segue percorrendo de forma sucinta as fases da trajetória do CEREST, desde sua habilitação em 2008 até final de 2016, além de apresentar, analisar e discutir detalhes sobre sua atuação na atenção à saúde do trabalhador.

4.1 Contextualizando o CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná

O CEREST Macrorregional Campos Gerais está sediado em Irati, PR (ao qual o texto adiante se referirá apenas como CEREST), à rua Munhoz da Rocha, 244, na estrutura organizacional da 4ª Secretaria Regional de Saúde do Paraná.

A cidade de Irati, sede do CEREST, situa-se no centro-sul do Estado, distante 150 Km da capital e tem área de 995.289 Km². A população é estimada em 59.339 habitantes, cuja População Economicamente Ativa e Ocupada correspondem a 29.788 e 28.287 pessoas, respectivamente (IPARDES, 2016).



Figura 1 – Localização da cidade de Irati no Estado do Paraná.
Fonte: IPARDES, 2016

O CEREST abrange quatro Secretarias Regionais de Saúde: Ponta Grossa (3ª Regional), Irati (4ª Regional), União da Vitória (6ª Regional), e Telêmaco Borba (21ª Regional), totalizando uma área de 38.262 Km² e população aproximada de 1.088.595 habitantes distribuídos por trinta e sete municípios, a saber: Antonio

Olinto, Arapoti, Bituruna, Carambeí, Castro, Cruz Machado, Curiúva, Fernandes Pinheiro, General Carneiro, Guamiranga, Imbaú, Imbituva, Inácio Martins, Ipiranga, Irati, Ivaí, Jaguariaíva, Marechal Mallet, Ortigueira, Palmeira, Paula Freitas, Paulo Frontin, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, Porto Vitória, Rebouças, Reserva, Rio Azul, São João do Triunfo, São Mateus do Sul, Sengés, Teixeira Soares, Telêmaco Borba, Tibagi, União da Vitória e Ventania²⁴

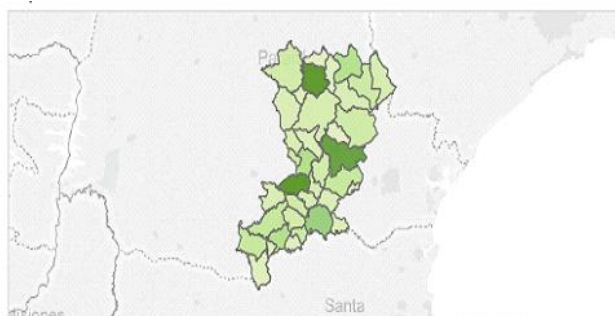


Figura 2 – Abrangência do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná.
Fonte: RENAST, 2015.

A atual equipe do CEREST é formada por uma Coordenadora que é Técnica em Segurança do Trabalho, um Técnico em Vigilância Sanitária e um Inspetor de Saneamento, alocados na sede em Irati, além de técnicos, médicos e enfermeiros alocados nas demais Regionais de Saúde da área de abrangência, totalizando dez profissionais, composição mínima recomendada pela PEST.

A habilitação do CEREST deu-se por meio da Deliberação 045/2008 da CIB, considerando as Portarias GM/MS 1.679/2002 e 2.437/2005, a primeira que instituiu e a segunda que ampliou a RENAST no âmbito do SUS, assim como a definição para o Paraná da implantação de 1 CEST e 10 CEREST, a par da aprovação pela CIB/PR da divisão macrorregional com o respectivo número de CEREST e o parecer favorável do CEST/PR ao Projeto para implementação do mesmo. A Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador que havia sido criada em 2006, no âmbito da 4ª Regional de Saúde, deu lugar ao CEREST ora habilitado.

Com base nos dados coletados, verifica-se que o CEREST experimentou diferentes fases ao longo de sua trajetória. A primeira fase ocorreu desde a sua

²⁴ Ver distribuição das Regionais de Saúde do Paraná no Anexo B.

habilitação em 2008 até final do ano de 2010, período este de desenvolvimento e consolidação; a segunda fase foi o período de 2011 a 2013 com discreta atuação; a terceira e atual fase, de 2014 até o presente momento revela uma atuação estratégica com ações pontuais em busca do cumprimento das responsabilidades impostas pelas Políticas de Saúde do Trabalhador.

As informações que permitiram conhecer detalhes sobre as fases da trajetória do CEREST e que seguem a seguir, foram obtidas por meio de entrevistas e questionários, Memórias de reuniões, Boletins Informativos, Relatório de Avaliação do CEREST e Relatórios de Atividades do mesmo. Cada instrumento de coleta de dados, após seu preenchimento (questionário) e transcrição (entrevista) recebeu identificação por numeração precedida da palavra “sujeito” pela qual é feita a referência.

4.1.1 A primeira fase do CEREST (2008 a 2010 inclusive)

A sustentabilidade política, social e comunitária do CEREST foi garantida pela existência de Plano de Ação em Saúde do Trabalhador (PA), aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, o qual expressa as ações em saúde do trabalhador, estabelecendo diretrizes, ações e metas a serem executadas no âmbito local e regional (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

As primeiras atividades do CEREST foram realizadas sob a coordenação de um técnico em vigilância sanitária que contava inicialmente com uma equipe de apenas mais quatro técnicos que posteriormente se ampliou para dez técnicos. A equipe não era exclusiva para as atividades do CEREST. Os técnicos atuavam também nas respectivas Regionais de Saúde nos municípios de abrangência, compondo outras equipes, a saber: na Regional de Telêmaco Borba, compunham a equipe de Recursos Humanos e SINAN; na Regional de Ponta Grossa, compunham também o Comitê de Mortalidade, a Vigilância Ambiental, a Vigilância Sanitária e o SINAN; na Regional de União da Vitória, compunham também as equipes do Programa do Leite e do Programa da Água. Somente na Regional de Irati, a equipe era exclusivamente de saúde do trabalhador. Destes profissionais, nove eram concursados e um contratado (coordenador). Nesta primeira fase de atuação do CEREST houve rotatividade de metade da equipe (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

Em um primeiro momento a prioridade das ações do CEREST foi a investigação dos acidentes de trabalho e sua notificação, o que era feito com o apoio das equipes da Vigilância Sanitária dos Municípios da área de abrangência. Os recursos financeiros disponibilizados pela RENAST ao Fundo Estadual de Saúde, que serviriam para a compra de equipamentos, viaturas, capacitação de técnicos, etc, por razões burocráticas não foi liberado imediatamente, de modo que o deslocamento da equipe do CEREST era feita de ônibus até referidos Municípios para então se utilizarem dos veículos das Regionais de Saúde para as visitas de inspeção. (Sujeito 1).

O modo de gestão dos recursos financeiros tornava-se um entrave ao desenvolvimento das ações. Segundo o Relatório de Avaliação dos CEREST (2010), não havia autonomia da coordenação do CEREST para realizar despesas relacionadas à saúde do trabalhador na utilização de recursos da RENAST e sim dependência aos órgãos executivos das Regionais de Saúde e da Secretaria de Comunicação do Estado (no caso de material de divulgação) gerando dificuldade no transporte, agendamento de viagens, na aquisição de materiais didáticos e informativos, liberação de recursos para deslocamento e diárias dos técnicos para participação em eventos. Desta forma, com o documento transitando pelas chefias para discussão e definição, a tramitação tornava-se demorada inviabilizando a liberação a tempo das datas previstas para realização das ações/eventos. Quanto à liberação de recursos para material permanente, a mesma era esporádica.

Ainda segundo informações contidas no Relatório de Avaliação (2010) a elaboração do PA contava com apoio e participação coletiva da equipe do CEREST e do Conselho de Saúde Municipal, tendo por base o perfil produtivo regional e a capacidade técnico-operacional do CEREST, associado ao Plano Operativo (PO) anual elaborado com a participação da equipe técnica e com apoio do CEST. Reuniões mensais da equipe do CEREST tinham a finalidade de análises regulares e sistemáticas das ações do PA, para realinhamento e reprogramação, se necessário. Nesta fase do CEREST a CIST já atuante nas Regionais de Irati e Telêmaco Borba encarregava-se do monitoramento do PA. Na Regional de União da Vitória inexistia qualquer mobilização em relação à composição da CIST e na Regional de Ponta Grossa havia encaminhamento para a composição da mesma.

A CIST, composta por representantes de órgãos governamentais e entidades civis relacionadas ao trabalho, encarregava-se também da análise da prestação de

contas, feitas semestralmente pelo CEREST, da utilização de recursos da RENAST (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

As práticas de atenção e vigilância à saúde do trabalhador estiveram subsidiadas por dados relacionados a perfil de morbidade, população economicamente ativa, SINAN e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), além de utilizarem como fonte de informação banco de dados de órgãos públicos como o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a fim de reconhecer e acompanhar as empresas em atividade no município (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

Nesta fase do CEREST a integração com órgãos da sociedade civil como Sindicatos, INSS, SRTE e Ministério Público do Trabalho (MPT) permitiu a realização de ações conjuntas. O envolvimento dos Sindicatos, principalmente o da madeira que é o maior ramo produtivo na região sede do CEREST, foi essencial para levantamento feito nos municípios da área de abrangência, junto às madeireiras, que levou o nome de Inventário da Madeira, para verificação das condições de trabalho e dos trabalhadores. A adequação das condições de trabalho deste setor produtivo mostrava-se urgente ante a realidade de uma região com vários registros de amputação de mãos por acidente de trabalho (Sujeito 1). As amputações ocorriam em máquinas para serrar, cortar, ranhurar, talhar, prensar, forjar e planejar, assim como em ferramentas manuais motorizadas e não motorizadas usadas no setor madeireiro. Acidentes desta natureza também ocorriam em máquinas agrícolas (PARANÁ, 2011). Tal levantamento propiciou a aceleração pela fiscalização a cargo da Vigilância Sanitária, que com base nas irregularidades nele pontuadas, passou a exigir das empresas a adequação das condições de trabalho (Sujeito 3).

Estabelecimentos que manuseavam o chumbo de forma inadequada, com prejuízo à saúde do trabalhador, foram identificados por ações do CEREST, o que acarretou interdição de alguns e impedimento de continuidade de atividades em outros (Sujeito 1).

Neste período de atuação houve intenção do CEREST de realizar no setor da construção civil, ação semelhante à realizada no setor madeireiro, contudo houve resistência e o órgão não logrou êxito em intervenções (Sujeito 1).

A articulação com instituições de ensino como o Colégio Florestal de Irati e a Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO propiciou o oferecimento de

convênios para realização de estágio pelos alunos (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

As Regionais de Ponta Grossa e Irati realizaram mapeamento de risco em empresas, com o objetivo de levantar informações sobre o processo produtivo, de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores, através de uma ou mais inspeções, a fim de disponibilizar relatório de inspeção com as devidas recomendações de adequação às normas de segurança e saúde do trabalhador, com posterior acompanhamento para verificação do cumprimento das condições recomendadas no relatório. Nas Regionais de União da Vitória e Telêmaco Borba o mapeamento deixou de ser realizado pela ausência de equipe de vigilância sanitária com capacitação para respectiva tarefa (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

No âmbito das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho, manteve-se o fluxo de informações entre as unidades notificadoras (sendo três no município sede do CEREST e ao menos uma unidade em cada município da área de abrangência do CEREST), SMS e CEREST, com responsabilidades para todos os serviços/unidades implantadas, informando regularmente o SINAN (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

Houve empenho especial do CEREST no incentivo às notificações, pois embora compulsórias, deixavam de ser feitas gerando a subnotificação, cuja consequência é a falsa imagem de ausência de acidentes e doenças e o descuido na execução de ações preventivas. “Os pronto-socorros foram pressionados para notificar. As empresas sempre tentavam não notificar. Nos livros da CIPA não constava nada, usavam termos técnicos, culpa sempre do trabalhador. Normas não eram observadas” (Sujeito 1). A resposta veio com o aumento do número de notificações²⁵.

Por iniciativa do CEREST, realizaram-se atividades de formação, com carga horária mínima de 8 h (oito horas) voltadas à capacitação dos profissionais, versando sobre execução e/ou aprimoramento das atividades do CEREST, envolvendo inclusive as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF), das unidades notificadoras e do controle social que é composto pelo Conselho Gestor e Conselho Municipal de Saúde (as Regionais de União da Vitória e Ponta Grossa não realizaram atividades

²⁵ Ver a série histórica das notificações dos agravos relacionados ao trabalho do CEREST Macrorregional Campos Gerais do período de 2007 a 2015 no Anexo E.

para representantes do controle social). No processo de formação permanente oferecido pelo CEST, houve 100% (cem por cento) de participação dos técnicos do CEREST (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010).

Embora enfrentando dificuldades acarretadas pela forma de liberação dos recursos e carência de pessoal exclusivo para ações em saúde do trabalhador, o CEREST se fez presente com ações de VISAT. Submetido à avaliação pela SESA, em 2010, alcançou 327,5 (trezentos e vinte e sete vírgula cinco) pontos (do total de quinhentos pontos), classificando-se como Bom/Consolidado (RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, 2010)

Nesta primeira fase do CEREST já estava em discussão a implantação do ambulatório em saúde do trabalhador no Hospital Regional de Ponta Grossa.

4.1.2 A segunda fase do CEREST (2011 a 2013 inclusive)

Das atividades do CEREST neste período, os registros documentais são escassos. Houve mudança na composição da equipe de profissionais, inclusive Coordenação.

O lançamento da PEST em 2011 veio acompanhado da promessa do governo do Paraná de dar incentivo financeiro para que os municípios melhorassem a notificação dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, cujo valor destinado a cada SMS seria definido por critérios populacionais e metas a serem cumpridas pelos municípios, a exemplo da implantação de ações de promoção e vigilância da saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde.

As notificações ao SINAN, dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, cuja prática foi incentivada pelas ações do CEREST em sua primeira fase de atuação, seguiram progressivamente nos anos de 2011 a 2013.

A atuação do CEREST nesta segunda fase foi voltada à participação em eventos interinstitucionais e intersetoriais com foco na prevenção dos agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Em agosto de 2012, o CEIOART em parceria com o CEST realizaram em Irati, sede do CEREST, oficina com o objetivo de planejar ações como, capacitação de técnicos para realização de ações de vigilância nas madeireiras, criação de Comitês Regionais e organização de fluxo de notificação de acidentes de trabalho graves. O evento ocorreu na 4ª Regional de Saúde (Irati) por ter sido esta a Regional

com maior número de acidentes de trabalho no ramo da madeira (49 acidentes) entre 2006 e 2011 (SESA, 2012a).

Os profissionais responsáveis pela área da saúde do trabalhador participaram no mês de setembro de 2012, de capacitação presencial e videoconferências promovidas pela SESA. Esta se propôs a intensificar as fiscalizações em postos de combustíveis a fim de avaliar as condições sanitárias e de saúde dos trabalhadores que se expõem à contaminação pelo benzeno nestes locais de trabalho (SESA, 2012b).

A Primeira Semana Estadual de Saúde e Segurança no Trabalho convocada pelo Conselho Estadual do Trabalho, realizada no período de 22 a 26 de outubro de 2012, contou com a presença dos profissionais da área da saúde do trabalhador vinculados ao CEREST. Foi um evento interinstitucional com participação de representantes do CEST, Superintendente do MTE, Auditor Fiscal do MTE, representantes de trabalhadores e de empregadores. Os estudos estiveram voltados às políticas de prevenção de acidentes e promoção da segurança e saúde do trabalhador, considerando os temas peculiares de cada região, a exemplo de agrotóxicos, acidentes com moto taxistas e trabalho em altura (SESA, 2012c).

O CEREST se fez presente no encontro intersetorial realizado em março de 2013 promovido pela 4ª Regional de Saúde (Irati) em que participaram profissionais da Vigilância Sanitária, da Atenção Primária em Saúde, de técnicos do Núcleo Regional de Educação, das Secretarias Municipais de Saúde, do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO. O foco desse encontro foi a discussão sobre a ocorrência, na área de abrangência, de diversas formas de violência, das quais se constatava subnotificação, além da necessidade de organização das redes de assistência nos municípios e o preenchimento correto das fichas epidemiológicas (SESA, 2013a).

As rotinas, notas técnicas e normas regulamentadoras para inspeção em hospitais e serviços de interesse em saúde foi tema da videoconferência realizada também em março de 2013, pela Seção de Vigilância Sanitária Ambiental e Saúde do Trabalhador da 4ª Regional de Saúde (Irati), com a participação da equipe do CEREST e representantes de seis municípios da sua área de abrangência (SESA, 2013a).

No decorrer do ano de 2013, as Regionais de Saúde da área de abrangência do CEREST em parceria com Prefeituras Municipais e Sindicatos Rurais promoveram eventos abordando temas como, os riscos dos agrotóxicos na produção de alimentos e para a população em geral; tabagismo; inspeções sanitárias; atuação do Programa VIGIASUS e processo administrativo sanitário (SESA, 2013b).

Em 2013 foi publicado pela SESA o Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos, fruto de projeto de pesquisa que uniu profissionais do CEST, professores universitários, Regionais de Saúde, Municípios e os CEREST, dentre os quais o Macrorregional Campos Gerais. Tal documento “é uma contribuição para os profissionais de saúde no direcionamento do atendimento, diagnóstico e vigilância dos casos de intoxicações crônicas por agrotóxicos” (SESA, 2013b).

Encerrou-se um período de discreta atuação do CEREST que deu lugar a uma fase em que é retomada a união da macrorregional, com planejamento e execução de ações pontuais em saúde do trabalhador.

4.1.3 A terceira fase do CEREST (2014 a 2016 inclusive)

Os Relatórios de Atividades do CEREST, dos anos de 2014 a 2016, informam regularidade de ações das quatro Regionais de Saúde na quase totalidade dos municípios da área de abrangência. Os técnicos vinculados ao CEREST participaram de capacitações oferecidas pelo CEST, SESA, ANVISA e FUNDACENTRO, bem como de reuniões e eventos. As Regionais de Saúde, por meio dos técnicos vinculados ao CEREST ofereceram capacitação para os profissionais dos Municípios e se reuniram com os mesmos para debate e planejamento de ações; houve elaboração de material informativo bem como foram concedidas entrevistas para rádio. Foram realizadas diversas inspeções em ambientes de trabalho de variados ramos de atividade econômica, investigações de acidentes, auxílio na elaboração de diagnósticos de situação da saúde do trabalhador (CEREST, 2014, 2015 e 2016).

A dois meses do final do ano de 2014, a equipe do CEREST, sob nova Coordenação, em reunião ordinária, discutiu “a necessidade de realização de reuniões bimestrais para troca de informações e avaliação das ações realizadas no

período. As reuniões acontecerão nas sedes das Regionais de Saúde, em sistema de rodízio” (MEMÓRIA, 2014). E, avaliando as ações realizadas no ano de 2014, concluiu que “houve pouca oferta de capacitação em Saúde do Trabalhador, falta de aproximação das Regionais de Saúde que compõem a Macro Campos Gerais, dificuldade no fluxo de informações com os municípios e com demais setores da Regional de Saúde” (MEMÓRIA, 2014).

Nos anos seguintes, as reuniões da equipe do CEREST, para planejamento e avaliação das ações executadas, passaram a realizar-se bimestralmente sendo o local alternado entre as quatro Regionais de Saúde, contribuindo para a aproximação e troca de informações. Em cada Regional de Saúde intensificaram-se as ações de acordo com as demandas dos municípios, principalmente o oferecimento de capacitações para os profissionais, as inspeções nos ambientes de trabalho, as investigações de acidentes de trabalho e a elaboração de diagnóstico de situação da saúde do trabalhador nos municípios (CEREST, 2015, 2016).

Destacaram-se na agenda de mobilizações do CEREST, nos anos de 2015 e 2016, dois eventos, em âmbito macrorregional, de caráter informativo e educativo em saúde do trabalhador, direcionados aos profissionais da Vigilância em Saúde das Regionais de Saúde, profissionais de estabelecimentos de saúde, estudantes de cursos técnicos em segurança do trabalho, de enfermagem e sindicatos, a saber, “4º Ciclo de Debates em Saúde do Trabalhador: o SUS e a saúde do trabalhador no município” e “Dia mundial em memória às vítimas de acidentes e doenças do trabalho”. Tais eventos contaram com a parceria de órgãos como o INSS, MPT e FUNDACENTRO (MEMÓRIA, 2015a, 2016a). Observou-se, ao participar como ouvinte nesse último evento mencionado, que houve adesão dos profissionais das RS e seus respectivos municípios, cujo momento proporcionou interação, debate e reflexão sobre temas em saúde do trabalhador.

A realização, pelo CEREST, de eventos de abrangência macrorregional (com a participação das quatro Regionais de Saúde) nem sempre se tornou possível. Em 27 de julho de 2015, data alusiva ao “Dia nacional de prevenção de acidentes de trabalho”, as ações ficaram a cargo de cada Regional de Saúde individualmente em suas sedes, “visto o curto prazo e falta de recurso para execução de um evento macro” (MEMÓRIA, 2015b).

Da mesma forma, no evento sobre o tema “Brucelose Humana” programado para realizar-se na 3ª Regional de Saúde (Irati), a 21ª Regional de Saúde (Telêmaco

Borba) “decidiu realizar o evento individualmente pela dificuldade de logística dos participantes” (MEMÓRIA, 2016c).

Uma ação que se destacou nesta fase de atuação do CEREST, realizada inicialmente pela 4ª Regional de Saúde (Irati), seguida pela 21ª Regional de Saúde (Telêmaco Borba) e que será replicada pelas outras duas Regionais de Saúde (3ª e 6ª), foi a visita aos postos de combustíveis dos municípios da área de abrangência. Foi feita divulgação da Lei Estadual 18.619/2015 que dispõe sobre a “proibição de abastecimento de veículos após o travamento automático da bomba de segurança nos postos de combustível do Estado”, resgatando a campanha já realizada anteriormente intitulada “Complete só até o automático”. Todas as bombas de combustível dos postos visitados foram adesivadas com o lema da campanha. A campanha veiculou pelas mídias sociais, após entrevista concedida pela Coordenadora do CEREST esclarecendo sobre a mesma (CEREST, 2016).

As demandas dos municípios são a motivação para o desencadeamento das ações que dão sentido e efetividade às estruturas organizacionais criadas para promoção e defesa da saúde do trabalhador. Observando as ações do CEREST a partir da sistematização elaborada com base nos Relatórios de Atividades do último triênio²⁶ verifica-se que a participação, dos membros da equipe do CEREST, em capacitações e reuniões, varia de uma Regional de Saúde para outra, assim como o número de ações executadas nos municípios de abrangência, pois embora unidas pelo objetivo comum de prevenir e promover a saúde do trabalhador, as diretrizes de atuação são determinadas pelas peculiaridades locais.

Nas Regionais de Irati e Telêmaco Borba, a CIST desses municípios se mantém atuante, com encontros mensais, e a cada dois anos participa do ciclo de debates promovido pela CIST estadual. Observou-se, ao participar como convidada, de uma reunião da CIST no município sede do CEREST, que neste momento de reunião, as entidades participantes, na maioria Sindicatos (de trabalhadores e de empregadores), trazem à pauta questões pontuais inerentes à saúde do trabalhador, específicas de sua realidade, para debate e busca de consenso na solução dos impasses, motivando o planejamento e realização de ações de iniciativa do CEREST.

²⁶ Ver Quadro da atuação do CEREST, triênio 2014-2016, no Apêndice A.

Reveladas de forma sucinta as circunstâncias em que o CEREST vem atuando ao longo de sua trajetória, pretende-se, na continuidade deste capítulo compreender a dinâmica desta atuação ao discutir o conteúdo dos dados coletados por meio de questionários e entrevistas com profissionais do CEREST, e com membro do Ministério Público do Trabalho.

4.2 Percepções acerca da realidade do CEREST

De posse dos dados coletados, os mesmos receberam tratamento mediante classificação em unidades de registro, de conformidade com os preceitos constantes nos roteiros de questionários e entrevistas e nos achados documentais. Dentre os temas considerados relevantes, comuns entre os sujeitos participantes da pesquisa, privilegiou-se para apresentação, análise e discussão: 1 Valorização da atenção à saúde do trabalhador; 2 Parceiros e antagonistas.; 3 Prevenindo e/ou remediando e 4 Dificuldades e perspectivas.

4.2.1 Valorização da atenção à saúde do trabalhador

Na abordagem à atenção à saúde do trabalhador e sua devida valorização, importa não só discutir as políticas públicas e órgãos que a executam, como também a percepção que os sujeitos envolvidos têm sobre o trabalho que realizam. Assim, esta unidade de análise contempla as percepções dos sujeitos sobre o trabalho, sobre a política de saúde do trabalhador no SUS e sobre o CEREST.

a) O significado de trabalho vai além do retorno financeiro

Trabalho, para os respondentes, significa uma atividade do dia a dia, contínua, física e intelectual, realizada em troca de um valor, de um benefício financeiro, visando um objetivo final, a realização pessoal ou simplesmente a subsistência. Admitem que este significado seja contemplado no trabalho que realizam. Avaliam seu trabalho/profissão/atividade no CEREST de forma positiva, entendendo que o mesmo beneficia pessoas, é em prol de outras pessoas, possibilita melhorias para o trabalhador e trabalhadora em seus ambientes de trabalho (Sujeitos 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10).

Essa percepção condiz com a visão capitalista, do trabalho como mercadoria, ainda que *sui generis*²⁷, podendo ser vendido e comprado por um determinado preço no mercado (LANGER, 2003, p. 26); da força de trabalho humano se distinguindo da força animal, não pela sua capacidade de produzir um excedente, mas pelo seu caráter inteligente e proposital, dando-lhe infinita adaptabilidade e produzindo as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade (BRAVERMAN, 1987, p. 58).

A referência dos respondentes em relação ao seu trabalho não se prende somente no retorno financeiro. Fica evidente que para esses profissionais que se dedicam à saúde pública, o trabalho é também doação de seus talentos no cumprimento de uma tarefa cujo objetivo final é a melhoria das condições de trabalho e saúde da classe trabalhadora, sendo recompensados com a realização pessoal.

Como o trabalho passa a ser, ao mesmo tempo, fator de sobrevivência, de humanização, de integração social, de auto-estima e de utilidade social, a realização do homem moderno depende grandemente da sua vinculação ao trabalho, afirma Langer (2003, p. 22). A concepção sobre o significado do trabalho se completa com a união destas várias facetas.

b) O descompasso entre o que preveem as Políticas Públicas e o que está em prática

Aos respondentes, membros da equipe do CEREST, foi indagado sobre “como vêem a política de saúde do trabalhador no SUS, enquanto profissionais da área”.

A percepção dos respondentes a respeito da política de saúde do trabalhador no SUS e seus desdobramentos normativos, é de que a mesma é bem elaborada, é um marco na história da saúde do trabalhador, seu teor é muito bonito, é excelente, e se aplicada na prática, muito eficiente. Contudo, afirmam que não está implementada em sua totalidade, está ainda iniciando, deixando a desejar (Sujeitos 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10). “Há um longo caminho para realmente efetivar esta política em níveis federal, estadual e municipal” (Sujeito 6).

²⁷ *Sui generis* - Do seu gênero; peculiar, singular. Designa coisa ou qualidade que não apresenta analogia com nenhuma outra. (DICIONÁRIO DE LATIM, 2016).

Tais colocações acerca da política de saúde do trabalhador no SUS, induzem à reflexão sobre o processo de implementação e efetivação dessa política.

Quando o artigo 200 da CRFB/88, em seus incisos II e VIII, dispõe que ao SUS compete, além de outras atribuições, executar ações de vigilância em saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente do trabalho, insere a saúde do trabalhador no SUS e garante o direito à saúde ligado ao de cidadania, embasado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (PAIM, 2015, p. 28).

A partir da década de noventa iniciou-se o processo de implantação e consolidação de ações em saúde do trabalhador no SUS que vem ocorrendo gradativamente. Houve avanços significativos com o lançamento da NOST-SUS e a estruturação da RENAST. Esta, por meio dos CEREST desencadeia a VISAT. Contudo, a VISAT é compreendida “como um processo de construção em permanente busca de ampliação de seu espectro de influência nos condicionantes da saúde relacionados aos processos de trabalho” (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.619) e por esta razão, sempre haverá algo por fazer. Entretanto, quando os respondentes apontam para a implementação parcial e falta de efetivação da política de saúde do trabalhador no SUS, sem previsão de solução imediata, referem-se ao que já poderia estar em andamento e ter avançado levando-se em conta o tempo transcorrido desde a sua criação. Já se vão praticamente três décadas e os entraves ao seu pleno funcionamento são recorrentes (os quais serão abordados em tópico próprio), dentre os quais, a carência de profissionais para atuarem exclusivamente na área da saúde do trabalhador, pois na conformação atual, os profissionais se desdobram atuando em mais de uma área ao mesmo tempo, ficando a saúde do trabalhador em segundo plano.

Na política de saúde do trabalhador no SUS há um descompasso entre o que a mesma prevê e o que de fato se põe em prática; segundo os respondentes, “na teoria é linda mas na prática deixa a desejar, está iniciando” (Sujeitos 7 e 8), “com um teor muito bonito se analisada no papel, porém com um longo caminho a ser percorrido para que seja de fato efetivada” (Sujeitos 2 e 4).

Os respondentes acenaram positivamente acerca da política de saúde do trabalhador no SUS. “A política de saúde do trabalhador melhorou” (Sujeito 2), o trabalhador está sendo valorizado com iniciativas voltadas à melhoria da sua qualidade de vida. Contudo, os respondentes apontam para a necessidade de sua

efetivação. Assim, vislumbra-se a perspectiva de que a sua completa implementação e consequente efetivação irá decorrer de ações pontuais a serem executadas neste sentido no “longo caminho a ser percorrido”.

c) CEREST, o apoio necessário

Na RENAST, as práticas em saúde do trabalhador devem ser disseminadas pelo CEREST, por tratar-se de uma ferramenta estratégica para tal. O CEREST representa um polo irradiador da cultura especializada que está subentendida na relação processo de produção/saúde/trabalho/meio ambiente. Deverá assumir a função de suporte técnico e científico, desse campo do conhecimento, junto aos profissionais de todos os serviços do SUS, orientando-os nas suas práticas de atenção (BRASIL, 2011).

Esse suporte do CEREST não deve limitar-se à função de núcleo de inteligência, de supervisão ou de capacitação desses serviços. Sua atuação deve concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, principalmente em práticas de vigilância e de assistência especializada, de maior complexidade (BRASIL, 2011). É um apoio que consiste no desempenho de funções de suporte técnico de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, além da articulação de ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Entre os profissionais respondentes da pesquisa, houve consenso em relatar que o CEREST presta todo o apoio às Regionais de Saúde, conseguindo atuar como parceiro para melhoria das condições de trabalho, sendo bem recebido onde realiza intervenções. Afirmam que o CEREST é um órgão necessário para as atividades de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores (Sujeitos 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10).

Identifica-se, nos Relatórios de Atividades do CEREST (triênio 2014-2016)²⁸ que o suporte do mesmo junto às Regionais de Saúde e seus municípios de abrangência envolve ações de educação (capacitações, reuniões, eventos) e práticas de vigilância e articulação com outros órgãos, mediante:

- Inspeções em estabelecimentos;

²⁸ Ver Apêndice A.

- Investigações dos acidentes de trabalho graves;
- Intervenções em estabelecimentos;
- Reinspeções em estabelecimentos;
- Visitas a estabelecimentos para divulgação de campanhas (p. ex. campanha do benzeno/postos de combustível);
- Visitas Técnicas;
- Elaboração de Relatórios Técnicos;
- Apoio para elaboração de Diagnóstico da Saúde do Trabalhador nos municípios;
- Avaliação do PPRA das Regionais de Saúde;
- Monitoramento de Programas (ex. VIGIASUS, SISPACTO);
- Fiscalização de convênios de transferências voluntárias;
- Apresentação de Projetos (ex. Projeto da Reconversão do Tabaco);
- Supervisão do Programa de Reconversão do Tabaco;
- Coleta de água para análise (Programa Reconversão do Tabaco);
- Apoio ao encaminhamento de produtores de fumo para realização de exames audiológicos;
- Apoio na instalação da nova versão do Programa do SINAN nos municípios;
- Orientação para preenchimento de ficha de notificação ao SINAN e roteiro de inspeção;
- Atendimento a Termo de Cooperação Técnica entre SESA e MPT;
- Exigência junto a estabelecimentos de cumprimento de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) (por demanda do MPT).

Observa-se no levantamento documental e no depoimento dos respondentes que o CEREST realiza ações com a sua equipe e também articula com associações, sindicatos, órgãos públicos e instituições de ensino, na busca dos saberes específicos para aprofundamento necessário de conhecimento a ser aplicado em cada situação. O CEREST conta com parceiros que contribuem na tarefa da irradiação da cultura especializada em saúde do trabalhador, porém também enfrenta alguma resistência na sua atuação, como se verá a seguir.

4.2.2 Parceiros e antagonistas

Com a devida articulação intra e intersetorial, as ações do CEREST tendem a se concretizar de forma mais eficiente, tendo em vista a complexidade em executar tarefas em saúde do trabalhador, campo esse que requer a integração de diversos saberes. Quando as relações se voltam para dentro da própria estrutura dos serviços de saúde, considera-se intrasetorial; as relações existentes fora da estrutura são as intersetoriais.

a) Parcerias

Nas capacitações da equipe do CEREST, assim como na informação levada ao público alvo de eventos promovidos pelo CEREST, a parceria de instituições especializadas tem sido essencial. Revelam-se como parceiros do CEREST, participando de discussões, ofertando cursos, proferindo palestras, sediando eventos, a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), a Associação Brasileira de Máquinas e Equipamentos (ABIMAQ), a Sociedade Internacional de Automação (ISA), o Corpo de Bombeiros, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo (FUNDACENTRO), o Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (SINDITABACO), vários outros sindicatos ligados às atividades econômicas da região, o Departamento Nacional de Trânsito (DETRAN), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Social da Indústria (SESI), o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (ADAPAR), o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), o Ministério Público (MP) e o Ministério Público do Trabalho (MPT), dentre outras.

Destaca-se a parceria com a UNICENTRO, por meio dos cursos de Fonoaudiologia e Psicologia, que prestam atendimento aos trabalhadores encaminhados pelo CEREST para realização de exames (ex. os produtores de fumo encaminhados em razão do Projeto da Reconversão do Tabaco). Esta Universidade também sediou um dos grupos de discussão sobre agrotóxicos por ocasião da 14ª Jornada de Agroecologia, realizada em Irati, PR, em 2015. Na ocasião o CEREST se fez presente apoiando o lançamento do DOSSIÊ ABRASCO, um alerta sobre os

impactos dos agrotóxicos na saúde. Esse documento tem como objetivo divulgar o trabalho de pesquisadores no tema, que estão envolvidos com a luta pela saúde e pela soberania agroecológica e alimentar, o que favorece o debate a respeito do modelo de agricultura e de sociedade em que se vive (DOSSIÊ ABRASCO, 2014). A parceria com a Universidade se dá também no acolhimento a estagiários. A partir da demanda, outros cursos também se envolvem nas ações do CEREST.

Para Vasconcellos (*et al*, 2014, p. 4.623), a VISAT, a partir dos CEREST, depende em boa medida, de articulações bem estruturadas e consistentes com setores das universidades em cada nível local, para obtenção do aporte de conhecimento específico não só no campo da saúde, mas também nas engenharias, agronomia, economia, direito, antropologia e sociologia, entre outras.

Um momento de articulação exitosa na prevenção junto aos trabalhadores rurais, em relação aos agrotóxicos, foi o lançamento pela SESA, em 2013, do “Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos”, em parceria com a Superintendência de Vigilância em Saúde e com o CEST. O CEREST participou juntamente com os demais CEREST do Paraná, na coleta de dados. A elaboração do Protocolo, sob a coordenação de uma professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, contou com a colaboração de profissionais do SUS, professores e acadêmicos das Universidades Tuiuti e Federal do Paraná, esta pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) (SESA, 2013c).

Embora existam universidades nas cidades em que estão sediadas as quatro Regionais de Saúde da área de abrangência do CEREST, somente na sede em Irati se constata articulação com uma Universidade.

A parceria do CEREST apontada com ênfase pelos respondentes é com o Ministério Público do Trabalho (MPT) da 9ª Região. Afirma um dos Sujeitos (2) que “o Ministério Público se envolve, melhorou”, é a principal parceria (Sujeito 6).

Diversas inspeções do CEREST em estabelecimentos produtivos, bem como fiscalizações de cumprimento de TAC, ocorrem a partir da solicitação do MPT (CEREST, 2014, 2015 e 2016), “órgão que elegeu como objetivo institucional a atuação que visa a adequação do meio ambiente de trabalho das empresas e da saúde e segurança do trabalhador” (Sujeito 11). A parceria é o caminho para alcançar tal objetivo,

Contudo, como pressuposto ao alcance desse objetivo está o alinhamento de um trabalho conjunto com os demais órgãos que atuam e vivenciam de forma estreita os problemas e desafios das cidades, dos bairros, das pessoas no que tange ao tema de saúde e segurança no trabalho. Os Centros de Referência à Saúde do Trabalhador, certamente, apresentam-se como instituições de extrema importância nesse processo (Sujeito 11).

O MPT, sem fugir à realidade dos órgãos públicos em geral, carece de recursos e de pessoal técnico para realizar diligências, de modo que a parceria com o CEREST é de grande valia, na medida em que a partir das demandas do MPT, realiza inspeções e acompanhamento de cumprimento de TAC. O CEREST em contrapartida encontra no MPT o respaldo de um órgão público atuante pelo bem da coletividade trabalhadora, para o qual encaminha relatórios que servem de subsídio para suas iniciativas. A parceria MPT e CEREST se estende também a Sindicatos, que nos pequenos municípios colaboram inclusive com a entrega de intimações, nas localidades não alcançadas pela entrega dos Correios (MEMÓRIA, 2016a).

O MPT reconhece no CEREST um órgão que busca a efetivação de políticas públicas de saúde do trabalhador, tanto no aspecto preventivo quanto repressivo, com importante disposição em dialogar com demais entidades que seguem com o mesmo objetivo, a tutela da saúde do trabalhador, atuando inclusive para corrigir as irregularidades que norteiam o meio ambiente do trabalho (Sujeito 11).

Inicialmente relutantes em aceitar a atuação do CEREST, hoje boa parte de empregadores (seja para mão-de-obra de produtos ou serviços, formalizados ou não) da área de abrangência do CEREST, somam-se aos parceiros. Trazer o empregador para a causa em defesa da saúde dos trabalhadores tem sido também objetivo do CEREST. O fato de os respondentes (Sujeitos 2 e 4) afirmarem que têm conseguido atuar para melhoria das condições de trabalho, sendo bem recebidos onde realizam intervenções, além do registro nos Relatórios de Atividades do CEREST (2014, 2015 e 2016) de ações de educação e prevenção em saúde realizadas nos locais de trabalho, demonstram que este objetivo gradativamente possa ser alcançado.

Essa conscientização de uma parcela de empresários, empregadores (mesmo que informais) que os levam à parceria com o CEREST, inclui também o reconhecimento de que esse órgão tem competência para fiscalizar e autuar quando necessário. Contudo, a resistência de empresários em reconhecer a competência do CEREST ainda é uma realidade que se revela inclusive por meio de ações judiciais

que questionam sua atuação. Logo, o CEREST conta com empresários parceiros, mas também se depara com empresários antagonistas.

Tão necessária quanto essa articulação intersetorial que se estabelece entre o CEREST e variadas entidades, é a articulação intrasetorial. A incorporação da VISAT às estruturas formais de Vigilância (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental) e da Atenção Básica à Saúde dos municípios, se dá pela articulação do CEREST com as mesmas, o que é essencial para o desencadeamento de ações, tendo em vista o poder de intervenção da Vigilância Sanitária, o de sistematização das Vigilâncias Epidemiológica e Ambiental e o de geração de demandas da Atenção Básica (VASCONCELLOS, *et al*, 2014, p. 4.619).

A Vigilância Sanitária e Epidemiológica dos municípios da área de abrangência do CEREST realizam investigação de acidente de trabalho grave (com amputação, óbito) mediante inspeção no local de trabalho, intimação do empregador para cumprimento de medidas cabíveis e encaminhamento de relatório ao MPT (Sujeito 5). Estas estruturas estão envolvidas e realizam VISAT, mas o envolvimento carece de ampliação por toda a área da Saúde do serviço público. A principal porta de entrada dos usuários ao SUS, que é a Atenção Básica ou Primária à Saúde mantém articulação com o CEREST em alguns poucos municípios, ou seja, praticamente inexistente atendimento específico direcionado pelas políticas de saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde da área de abrangência do CEREST. “Para efetivação das políticas públicas em saúde do trabalhador será necessário sensibilizar outros entes para o fortalecimento de uma rede de Saúde do Trabalhador dentro do próprio setor de Saúde. Falta intrasetorialidade no CEREST”, afirmam os Sujeitos 2 e 4.

b) Opositores

Ainda que desempenhando atribuições com vistas à prevenção, proteção e promoção da saúde do trabalhador, de conformidade com as políticas públicas estabelecidas para tal, o CEREST se depara com situações de oposição, desde a primeira fase de sua atuação.

Houve dificuldade para a formação da primeira equipe de trabalho do CEREST, tendo em vista a hostilidade com que o órgão era visto por uma parcela daqueles que seriam atingidos pela sua atuação, os empresários. Havia receio por

parte dos técnicos em saúde, de participar da equipe, “ninguém queria assumir o CEREST, sofriam ameaças por parte do empresariado com ligações” (Sujeito 1). É provável que as ligações telefônicas, oriundas do empresariado, com ameaças, com o intuito de inibir o funcionamento do órgão habilitado para realizar ações que incluíam fiscalização em estabelecimentos empresariais, tenham ocorrido por desconhecimento das políticas públicas que instituíram a RENAST e o CEREST, levando os empresários a receios infundados.

Ainda nesta primeira fase de atuação do CEREST a oposição se dava por conta da subnotificação de acidentes graves (com amputações) ocorridos na área de abrangência do CEREST. Havia o conluio entre o empregador do trabalhador acidentado e profissionais da saúde, de modo a atender o caso em caráter particular, sem uso do SUS e conseqüentemente sem a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ao INSS e sem registro nos livros da CIPA. Os casos vinham à tona somente a partir da busca ativa da equipe do CEREST junto às entidades de saúde (Sujeito 1).

Nesta linha do conluio, empresários e profissionais responsáveis por Segurança e Medicina do Trabalho faziam a comercialização dos Programas de Prevenção exigidos pelas normas trabalhistas, a exemplo do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)²⁹, tornando muito difícil a intervenção em situações de prejuízo à saúde do trabalhador tendo em vista a documentação estar aparentemente correta (Sujeito 1).

Uma oposição que o CEREST vez por outra experimenta é a do empresário que impede a fiscalização, “o empresário não deixa entrar” (Sujeito 2), ou aquela que consiste em desconsiderar e questionar a autuação por infração emitida pelo CEREST, sob alegação de que o órgão não teria competência para tal, e que esta seria atividade exclusiva de fiscais do MTE. Sobre as atribuições de ambos os órgãos, tem-se que

²⁹ O PCMSO, como prevê a NR-7, deverá ser elaborado e implementado com o caráter de promover a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive aqueles de natureza subclínica, além de também constatar a existência de casos de doenças profissionais ou de danos irreversíveis à saúde do trabalhador. O PPRA, objeto da NR-9, é o Programa que vai apontar com clareza os riscos ambientais existentes no ambiente de trabalho. Por riscos ambientais entende-se os agentes físicos (ruídos, vibrações, etc), químicos (poeiras, fumaças, etc.) e biológicos (bactérias, fungos, bacilos, etc), capazes de causar dano à saúde do trabalhador (SARAIVA, 2015, p. 123, 139).

O MTE procede à fiscalização nos ambientes empresariais calcado na legislação trabalhista em vigor e principalmente na observância das Normas Regulamentadoras (NRs) que ditam regras acerca dos locais e das atividades laborativas para assegurar a saúde e segurança dos trabalhadores. A fiscalização do SUS, feita pelo CEREST, ampara-se na legislação trabalhista vigente e também nos Códigos Sanitários dos Municípios e dos Estados, podendo alcançar qualquer local de trabalho, mesmo que informal, pois a PNSTT prevê proteção a todos os trabalhadores, mesmo os que atuam na informalidade. Ambos os órgãos, MTE e SUS/CEREST possuem atribuições em comum na área de saúde do trabalhador (NEIVERTH, *et al*, 2016, p. 7).

Quanto à competência do CEREST para fiscalizar e autuar, o entendimento está pacificado pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST), inexistindo razão a questionamentos de opositores, conforme a seguinte decisão:

Nesse contexto, o CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, de inserção municipal, tem atribuição constitucional e legal para orientar, fiscalizar e punir empresas com respeito ao cumprimento de normas de saúde e segurança no ambiente laborativo. É o que dispõe, a propósito, a Lei Federal n.º 6.514/1977, relativa à segurança e medicina do trabalho (arts. 159 e 154), além da Lei Federal n.º 9.782/1999, que rege o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS (art. 1º), envolvendo sempre todas as esferas da Administração Pública (Federal, Estadual, Distrital e Municipal). (BRASIL, TST, 2016).

Em se tratando de implementação e efetivação de políticas públicas é lamentável constatar que o próprio gestor público se oponha à atuação do CEREST. Semelhante à oposição do empresariado, experimentada na primeira fase de atuação do CEREST, foi a oposição de gestores municipais. Segundo o respondente (Sujeito 1), “é difícil o gestor entender o que é o CEREST”, de modo que uma das ações do CEREST que é o apoio às notificações compulsórias de acidentes e doenças do trabalho, não era bem vista aos olhos de certos gestores; os mesmos não tinham interesse de que fatos negativos viessem à tona. Omitir tais fatos era sinônimo da inexistência dos mesmos e consequentemente boa aparência para o serviço público.

As dificuldades das fases iniciais em que Prefeitos intervinham negativamente na atuação do CEREST foram em parte superadas, não desapareceram; ainda se constata em alguns municípios “falta de vontade política para efetivação das ações” (Sujeito 2), tanto em municípios bem pequenos quanto em municípios maiores. Estaria acontecendo uma “ingerência política” dificultando as ações em saúde do trabalhador (Sujeitos 9 e 10). Os interesses do gestor se sobrepõem, priorizando

outras ações em detrimento das ações em saúde do trabalhador (Sujeitos 2 e 4), fruto de uma visão distorcida e desatualizada que ao invés de aderir às práticas de prevenção em saúde, opta por remediar (Sujeito 6). Indagados sobre como os Prefeitos têm se posicionado em relação ao CEREST, a equipe afirma: “mal, quando tem ações tentam desfazer e bem poucos municípios incluem a saúde do trabalhador em seus Planos Municipais de Saúde”.

Os modelos de cuidados com a saúde do trabalhador evoluíram da inicial Medicina do Trabalho, de caráter meramente curativo, para a Saúde Ocupacional que mostrou o traço da multi e interdisciplinaridade mediante intervenção na organização do processo produtivo. Superados pela sua insuficiência, tais modelos deram lugar ao que se denomina Saúde do Trabalhador, cujo objeto pode ser definido, segundo Mendes e Dias (1991, p. 347) como,

o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica.

Como observa Machado (2001, p. 48), o campo de observação e intervenção da saúde do trabalhador é bastante amplo, não deixará de lado conceitos e metodologias da Medicina do Trabalho, da Clínica, da Medicina Social e da Saúde Pública, contextualizando a questão do meio ambiente, mas a ênfase está em contemplar uma atuação na prevenção, promoção da saúde e assistência no âmbito das doenças e acidentes de trabalho.

Se o gestor persiste na aplicação de práticas curativas em prejuízo das ações preventivas de cuidados com a saúde do trabalhador, põe em risco a efetivação das políticas públicas em saúde do trabalhador, agindo na contramão do modelo atual que concebe a saúde do trabalhador como,

uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores [...], a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços, crenças, idéias e representações sociais próprias de um dado momento da história humana (DIAS, 1995, p. 27).

Pautada pelas diretrizes das políticas de saúde do trabalhador, a atuação do CEREST caminha na perspectiva da compreensão dos processos de trabalho com o

intuito de contribuir para a transformação da realidade da saúde dos trabalhadores. Esse caminho vem sendo trilhado com a elaboração dos Diagnósticos dos municípios sobre a situação da saúde do trabalhador, mediante levantamento de dados sócio-econômicos, de atenção à saúde (estabelecimentos e serviços de saúde à disposição da população), de morbimortalidade, de notificações de doenças relacionadas ao trabalho, notificações de acidentes de trabalho grave, notificações de óbitos por acidentes de trabalho grave e de acidente com material biológico. O Diagnóstico é o documento que serve como subsídio para o planejamento das ações, inclusive as preventivas, a serem implementadas.

4.2.3 Prevenindo e/ou remediando

A realidade local da situação da saúde do trabalhador evidenciada pelo Diagnóstico de cada Regional de Saúde (especificamente dos municípios de sua área de abrangência) determina a prioridade das iniciativas a serem tomadas pelo CEREST, inclusive levando-se em conta os dados do SINAN referentes às notificações compulsórias de agravos à saúde do trabalhador, que incluem os acidentes graves (com mutilações e/ou óbito), acidente com exposição a material biológico, intoxicações exógenas e doenças relacionadas ao trabalho. As iniciativas se desdobram em ações cujo equilíbrio entre promoção e prevenção ainda não foi alcançado.

a) Há promoção, mas falta prevenção

Questionou-se aos respondentes quais seriam as causas da ocorrência dos agravos à saúde do trabalhador, na área de abrangência do CEREST. Os mesmos apontaram:

falta de adequação de máquinas e equipamentos às normas de segurança, visto que grande parte do parque industrial é equipado com maquinário obsoleto proveniente de outras empresas; falta de investimentos na área de saúde e segurança do trabalho; desconhecimento dos trabalhadores em relação aos riscos a que estão expostos; precarização do trabalho; o próprio funcionário não usa EPI (Sujeitos 2 e 4); pouca atenção dos funcionários; falta de proteção, falta de orientações (Sujeitos 7 e 8); carga excessiva de horários; maquinários deficitários (Sujeitos 9 e 10); falta de dispositivos de segurança (Sujeito 6).

Indagou-se então, junto aos profissionais do CEREST, como os mesmos viam a atuação da equipe frente a estas causas apontadas. A equipe se declarou atuante (Sujeitos 9 e 10), contudo apontou para o fato de que apesar de apoiar as ações das Regionais com treinamento nos municípios, estes não possuem técnicos específicos para atuarem em saúde do trabalhador (Sujeitos 7 e 8); “os agentes trabalham para evitar o segundo acidente, não conseguem trabalho efetivo de prevenção; seria preciso olhar a empresa inteira e não somente a máquina do acidente” (Sujeitos 2 e 4). Embora atuantes, sentem-se “impotentes, visto que o CEREST apenas realiza a investigação e análise dos acidentes, deixando de se trabalhar muitas vezes na prevenção, por não ter efetivo suficiente para uma demanda grande de atividades” (Sujeito 6).

A Vigilância Sanitária quando da concessão de Alvará para as empresas (e renovação do mesmo), verifica o local e as condições de trabalho, fornecendo para o empresário um informativo com as exigências legais de proteção à saúde do trabalhador e ao meio ambiente do trabalho, em especial para as atividades que irá desempenhar. Tais informações devem ser repassadas aos empregados, mas não há como confirmar se realmente foram. Esporadicamente o próprio agente da Vigilância Sanitária conversa com os empregados sobre tais questões por ocasião de alguma visita à empresa (Sujeito 5).

Emerge do depoimento dos respondentes a preocupação pela falta de ações preventivas, embora haja promoção à saúde do trabalhador por parte do CEREST. Promoção e prevenção guardam entre si, sutil e ao mesmo tempo importante diferença.

A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL & CLARCK, 1976, p. 17). O discurso preventivo tem sua base no conhecimento epidemiológico moderno e tem como objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. A estrutura dos projetos de prevenção e educação em saúde são a informação científica divulgada e as recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2009, p. 49).

Promoção da saúde é um termo bem mais amplo que prevenção, pois diz respeito a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem,

mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais” (LEAVELL & CLARCK, 1976, p. 19).

Para Czeresnia (2009, p. 51), a promoção da saúde não se limita a conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. A idéia de promoção envolve a de fortalecimento de capacidades individuais e coletivas para compreender e agir frente a variedade de condicionantes da saúde. “Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos”.

Tanto as práticas de promoção quanto as de prevenção fazem uso do conhecimento científico, uma sutileza que até faria desaparecer as suas diferenças. Contudo, há uma diferença radical porque implica mudanças profundas na maneira de articular e utilizar o conhecimento para as práticas de saúde (na formulação e operacionalização), e isso só pode ocorrer por meio da transformação da concepção de mundo (CZERESNIA, 2009, p. 51).

O reconhecimento da carência de prevenção (independente do motivo) é o primeiro passo para que se estabeleçam estratégias de atuação com iniciativas focadas nas transformações das práticas sociais e institucionais, com ações antecipadas a fim de evitar o progresso dos agravos à saúde dos trabalhadores.

b) As práticas de VISAT

Em que pese revelar que as ações de prevenção não se realizam na proporção que julga necessária, a equipe do CEREST executa ações de VISAT “apoando as Vigilâncias municipais nas investigações de acidentes de trabalho, nas vistorias de ambientes de trabalho, em reuniões técnicas, participações nas reuniões da CIST, promovendo capacitações e eventos relacionados à Saúde do Trabalhador” (Sujeitos 2 e 4), e “durante o monitoramento dos elencos norteadores do VIGIASUS” (Sujeito 6).

O elenco norteador do VIGIASUS específico para saúde do trabalhador inclui além de apoio às Vigilâncias municipais, reuniões, capacitações e eventos, a elaboração do Diagnóstico de Situação da Saúde do Trabalhador no município; a notificação dos agravos à saúde do trabalhador no SINAN; o acionamento da rede de combate e erradicação do trabalho infantil e de proteção do trabalhador

adolescente para garantir o afastamento de toda a criança menor de 14 anos da situação de trabalho (trabalho ilegal) e de todo adolescente que trabalhe em situação de Trabalho Infantil Perigoso (TIP); realização da vigilância dos ambientes e processos de trabalho: a) dos estabelecimentos assumidos pela vigilância sanitária municipal, b) das empresas formuladoras e de síntese de agrotóxicos; e desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador em atividades estratégicas: a) da construção civil; b) das atividades rurais; c) frigoríficos (SESA, 2016b, p. 14).

A equipe do CEREST apoia os municípios nas investigações de acidentes de trabalho, mas “poucos municípios fazem investigação; há poucos funcionários e pouco tempo” (Sujeito 3). Embora desde a Lei 8.080/90 os municípios tenham obrigação de fazer saúde do trabalhador, a mesma está sendo negligenciada por certos municípios com a realização de investigações precárias; há ingerência política, as Vigilâncias não se prendem nem se sujeitam a normas, cujas chefias são contratadas em cargos comissionados, deixando de haver o devido comprometimento (MEMÓRIA, 2016b).

Os municípios alimentam o SINAN com as notificações compulsórias e o CEREST realiza o monitoramento das mesmas que devem se enquadrar em certos critérios de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde.

Há inclusive uma recomendação oriunda da CGSAT/MS para que os CEREST intensifiquem a atenção para os acidentes rodoviários, em razão do trabalhador motorista, para que seja realizada a investigação e lançamento no SINAN NET. Inicialmente deverá ser feita a “busca de rumores” nos principais jornais *online* do país. O acidente localizado deve ser investigado a fim de confirmar tratar-se ou não de acidente de trabalho. Em caso positivo, notificar o SINAN e monitorar a conclusão da ficha de notificação. Para realização do relatório é possível utilizar informações do Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e Hospitais, dispensando a investigação *in loco* (CEST, 2016, n.p.).

A série histórica dos agravos de notificação ao SINAN, do CEREST, período 2007 a 2015, demonstra que o sistema tem sido alimentado revelando o registro de 9851 casos, sendo que destes, 65,6% das notificações foram de Acidente de Trabalho Grave, seguidos dos Acidentes de Trabalho com Material Biológico com 23,9% das notificações e em terceiro lugar, com quase 10% as Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho. No mesmo período, as Doenças Relacionadas

ao Trabalho representam menos de 1% das notificações do SINAN, revelando subnotificação.

TABELA 3 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO. CEREST MACRO CAMPOS GERAIS DO PARANÁ 2007 A 2015

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de trabalho grave	36	124	149	520	758	1356	1777	1008	731	6459
	Acidente de Trabalho com material biológico	110	249	236	277	330	278	293	258	317	2348
	Intoxicações Exógenas	107	101	110	91	90	115	151	87	118	970
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/DORT	0	2	0	2	2	10	4	4	9	33
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	Transtorno Mental	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4
	Dermatoses Ocupacionais	1	0	1	1	3	3	2	4	11	26
	PAIR	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Pneumoconiose	0	0	0	1	2	1	0	1	1	6
Total		254	476	496	892	1185	1766	2229	1362	1191	9851

FONTE: SINAN-NET/4^ªRS/SVS/SESA. In Relatório de Atividades CEREST Macro Campos Gerais, 2015.

Os dados do SINAN subsidiam o planejamento de ações, a exemplo das que já ocorreram na área de abrangência do CEREST, no setor madeireiro, no trabalho rural (risco em razão do agrotóxico); estruturação da rede de combate ao trabalho infantil no fumo e nas carvoarias; inventário de oficinas mecânicas, de lataria e pintura; e de postos de combustíveis (Sujeitos 3 e 4).

Na VISAT, priorizar setores que demandem mais atenção em face da complexidade da atividade e seus reflexos na saúde do trabalhador é estratégico e proveitoso, da mesma forma que é a capacitação das equipes profissionais para identificação e monitoramento dos agravos relacionados com as ocupações e os processos produtivos (GOMEZ, 2013, p. 23). Igualmente estratégicas são as articulações intersetoriais que implicam na transversalidade da categoria trabalho (VASCONCELLOS, *et al*, 2011, p. 41). É nesta perspectiva que o CEREST vem atuando, priorizando setores e se valendo de articulações intersetoriais.

4.2.4 Dificuldades e perspectivas

A desafiadora tarefa de irradiar a cultura especializada em saúde do trabalhador em uma abrangência de quatro RS com trinta e sete municípios impõe ao CEREST o enfrentamento de certas dificuldades que refletem negativamente na realização das ações. Ao identificar as dificuldades, abre-se a perspectiva de análise e superação das mesmas.

a) Dificuldades

Há consenso entre os respondentes em reconhecer que o número de integrantes da equipe do CEREST, bem como de servidores dos municípios responsáveis pelas ações em saúde do trabalhador, aliado ao acúmulo de funções, apresenta-se como uma das dificuldades para o desencadeamento das ações.

Sobre o quantitativo dos responsáveis pelas ações em saúde do trabalhador e o acúmulo de funções, uma das respondentes afirma,

As Vigilâncias Municipais enfrentam inúmeros problemas que acabam repercutindo no baixo desempenho das ações em Saúde do Trabalhador. A maioria dos municípios possui “eu”quipes para desenvolver as atividades de toda a Vigilância (Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador); acarretando em sobrecarga de trabalho; tendo que priorizar as ações de acordo com os interesses do gestor (Sujeito 4).

O CEREST atua com o número mínimo de profissionais recomendado pela PEST para integrar a equipe e nos municípios não há equipe específica para as ações em saúde do trabalhador, com a devida qualificação para tal. “Uma das maiores dificuldades que vivenciamos atualmente é a atribuição de outras atividades que não são específicas da Saúde do Trabalhador” (Sujeito 2). Os profissionais das Vigilâncias, Sanitária e Ambiental, realizam cumulativamente às suas tarefas, as ações em saúde do trabalhador que na maioria das vezes não são eleitas como prioridade. Consta do Diagnóstico da situação de saúde do trabalhador de uma das RS, do ano de 2014,

Uma das grandes dificuldades encontradas é a falta de recursos humanos nas equipes de Vigilância em Saúde nos municípios. Na maioria dos casos, senão em todos os municípios, as ações em Saúde do Trabalhador não são

prioridade. Visto que um profissional é responsável por todas as ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

O desinteresse do gestor é também apontado por outra respondente como dificuldade enfrentada pelo CEREST,

Quanto à ingerência política, é o descaso dos gestores tanto municipal como estadual. Não dão muita importância às ações da Saúde do Trabalhador, de preferência nem querem o desenvolvimento das mesmas. Muitas vezes até o prefeito interfere nas ações, proibindo os técnicos municipais de desenvolverem as ações nas empresas, coibindo os servidores na emissão de multas, interdições; com medo das empresas deixarem o parque industrial. Dão mais valor as empresas do que aos trabalhadores e técnicos (Sujeito 10).

O depoimento acima resgata o tópico tratado anteriormente sobre a oposição à atuação do CEREST, além de alinhar-se com o depoimento de outro respondente que admite “dificuldades políticas e culturais para municipalização do processo, como por exemplo, realizar ação na madeireira ou no hospital e o prefeito é o dono; o médico do trabalho tem outro envolvimento” (Sujeito 2). Lourenço (2009, p. 223) alerta para dificuldades que estão diretamente ligadas à diversidade de tarefas dos profissionais de saúde,

O registro de uma doença pode desencadear alguma ação no local de trabalho, do qual originou o problema e, pelas observações cotidianas, os médicos têm certo temor em confirmar a relação de determinado problema com determinado trabalho. Ocorre ainda de médicos dos serviços públicos atuarem também nas empresas privadas, o que pode gerar algum conflito quanto ao recebimento da problemática como relacionada ao trabalho.

A postura do gestor que ainda não absorveu o entendimento da importância e das consequências positivas da prevenção aparece no depoimento a seguir,

Atualmente há uma dificuldade de se implantar na sua totalidade as ações de saúde do trabalhador do CEREST, uma vez que determinados gestores municipais ainda possuem a visão que os cuidados de saúde devem ser baseados em hospitais, havendo uma remediação quando a doença já está instalada, deixando de fazer a prevenção primária, prevenção esta com menos custos para o SUS e com mais eficiência para os trabalhadores e população (Sujeito 6).

O governante que cria obstáculos à execução de políticas públicas em saúde do trabalhador está deixando de dar resposta às demandas da sociedade. O Estado

se omite no seu papel de tornar efetivos direitos e garantias a todos os cidadãos, em especial aos trabalhadores.

Diante de tal dificuldade cabe às entidades representativas da sociedade exercerem o controle (fiscalização) da execução das políticas públicas, fazendo valer a garantia constitucional da participação popular tanto no processo de formulação quanto de execução das políticas de saúde.

Como salienta Silva (*et al*, 2005, p. 390, 402), a participação popular no interior das políticas sociais é a concretização de novas formas de interação entre a sociedade e o Estado que reorganiza a sua intervenção buscando maior igualdade, equidade ou eficiência.

São também apontadas como dificuldades à atuação do CEREST, a grande extensão da área de abrangência com seus vários municípios, a falta de veículos para deslocamentos e a já comentada carência de intrasetorialidade. Reunir a equipe do CEREST em encontros presenciais, bem como realizar eventos macrorregionais com a participação de representantes de todos os municípios da área de abrangência é um desafio imposto pela extensão territorial, cujas distâncias demandam horas de deslocamento. Essa dificuldade acarreta não poucas vezes, a ausência aos eventos ou a realização dos mesmos a nível regional, como já se relatou anteriormente. As horas despendidas pelo profissional em viagens e pernoites seriam melhor aproveitadas na própria execução do trabalho se a abrangência territorial fosse menor, evitando longos deslocamentos.

b) Ontem, hoje, amanhã

As dificuldades ora apontadas não se tornaram empecilho à atuação do CEREST. Os depoimentos dos respondentes revelam que a habilitação do CEREST passou a ser um marco das políticas em saúde do trabalhador na Macrorregional Campos Gerais: “Antes da implantação do CEREST eram realizadas somente algumas investigações de acidentes de trabalho. Após sua existência foram expandidas as ações em Saúde do Trabalhador, contemplando também capacitações e articulações com outros setores” (Sujeitos 2 e 4). “Aumentou o número de empresas fiscalizadas e orientadas pelo CEREST, resultando em contrapartida a redução do número de acidentes naquela empresa” (Sujeito 6). “Não existia ações, ou seja, nada em benefício do trabalhador, após: hoje existe uma

preocupação com o trabalhador para haver melhoria na qualidade de trabalho, saúde, etc”. (Sujeitos 7 e 8). “Há diferença entre o antes e o depois do CEREST; hoje há notificações, investigações e outras ações” (Sujeitos 9 e 10).

O antes e depois do CEREST, pontuado nos depoimentos dos respondentes é o retrato do processo de construção que houve na área da saúde do trabalhador. Os já existentes serviços de saúde do trabalhador que tomavam algumas iniciativas para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, passaram a contar com a RENAST (que surgiu para unir e proporcionar interação entre tais serviços, a rede SUS e demais segmentos da sociedade dedicados às questões de saúde do trabalhador) e em seguida deram lugar aos seus centros executores, os CEREST. A mudança se fez sentir na macrorregional dos Campos Gerais a partir da habilitação do CEREST que passou a programar as estratégias de ação de acordo com as atribuições previstas nas políticas de saúde do trabalhador.

O MPT reconhece avanços nas práticas de VISAT a partir da atuação do CEREST, argumentando que

A presença de um órgão estatal direcionado à saúde do trabalhador, prevenção de doenças e verificação de casos envolvendo acidentes de trabalho é fator que demonstra a presença do Estado nos segmentos mais propensos às violações de meio ambiente de trabalho. A consequência direta deste trabalho é o incremento da qualidade de vida para os trabalhadores e redução de problemas de saúde e segurança no trabalho. A coletividade, da mesma forma, também é beneficiária dessa atuação, vez que, com a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao mundo do trabalho, são minimizados os gastos com benefícios assistenciais e previdenciários (Sujeito 11).

O CEREST, seguindo sua caminhada rumo à efetivação das políticas em saúde do trabalhador, deverá superar as deficiências e desafios traçando estratégias para tal. Indagou-se aos respondentes: “O tamanho da área de abrangência e a quantidade de municípios dificulta a atuação do CEREST? E se os CEREST viessem a ser Regionais ao invés de Macrorregionais, seria melhor?” A resposta foi positiva: sim, com certeza, melhor seria com uma equipe completa e exclusiva em cada RS,

Seria um núcleo de CEREST em cada Regional, com a equipe completa e exclusiva. Esta equipe teria mais autonomia nas ações desenvolvidas nos municípios de abrangência, ações de fiscalização e investigação, planejamento de ações e avaliação rápida das ações desenvolvidas, pois

seria só equipe regional, não precisando de reuniões com outras regionais que compõem a macro (Sujeito 9).

A autonomia e agilidade no planejamento e execução das ações, segundo a respondente, poderiam ganhar corpo se houvesse a redução da área de abrangência do CEREST. A aproximação da equipe com os profissionais dos municípios, em menor número, seria favorecida e também seriam evitadas as dificuldades já apontadas por ocasião da realização de reuniões (o percurso de longas distâncias e consequente desperdício de tempo), pois cada CEREST macrorregional tem como desafio implementar na sua área de abrangência a PNSTT, o que passaria a ser em âmbito regional.

Gomes (2013, p. 22) salienta que o êxito deste mister (seja em âmbito macrorregional ou regional) vai depender do cumprimento de um autêntico planejamento estratégico que em linhas gerais compreende realizar o diagnóstico dos municípios (perfil produtivo e situação dos trabalhadores); a integração da VISAT com as demais Vigilâncias e com a Atenção Primária; promover a ampliação e o fortalecimento intersetorial, do controle social (participação da sociedade na cogestão das políticas públicas), além de desenvolver e capacitar adequadamente os gestores e profissionais envolvidos.

Do exposto neste capítulo, observa-se que não isento de dificuldades, o CEREST percorre uma trajetória realizando ações em saúde do trabalhador e com perspectivas que apontam para necessidade de algumas mudanças, expressadas nos depoimentos dos sujeitos que vivenciam as práticas deste órgão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se neste estudo compreender a atuação do CEREST Campos Gerais do Paraná na vigilância em saúde do trabalhador. Para tanto, discutiu-se, a partir dos referenciais teórico e documental pesquisados, aspectos das transformações ocorridas no mundo do trabalho, bem como a presença do Estado em articulação com a sociedade na formulação de políticas públicas. Como a saúde do trabalhador é também responsabilidade do SUS, desde a CRFB/88, coube uma abordagem sobre essa política pública específica de saúde, sobre a VISAT, a construção da RENAST e do desenvolvimento da saúde do trabalhador no Paraná, realidade na qual o CEREST está inserido.

O trabalho supre necessidades e realiza o homem, razão porque não se concebe o ser humano desvinculado do trabalho. Contudo, as mudanças nas relações de trabalho operadas pela Revolução Industrial levaram à alienação progressiva do trabalhador à lógica do capital, acarretando agravos à sua saúde.

A partir da década de setenta as transformações no mundo do trabalho se aceleraram em razão da crise que se instalou no conjunto das economias capitalistas e refletiu no interior do movimento operário e sindical, causando enfraquecimento dos mesmos. O mundo do trabalho foi afetado principalmente pelo projeto econômico, social e político neoliberal que se expandiu fortemente.

Desenvolveu-se estrategicamente um processo de reestruturação produtiva do capital com vistas à superação da crise e calcado em novos padrões flexíveis de produção. Essa nova forma de capitalismo caracterizou-se pela flexibilização de jornadas, de processos de trabalho e de vínculos de emprego, levando à precarização do trabalho.

A classe trabalhadora, agora mais heterogênea e fragmentada, inserida em nova forma de organização do trabalho, apresenta novos problemas de saúde relacionados ao trabalho, como os mentais e físicos, causados pela pressão psicológica e movimentos repetitivos na execução do trabalho, além de doenças crônicas cujo nexo de causalidade já não é tão evidente como acontecia com doenças e acidentes classicamente relacionados ao trabalho.

Os movimentos sociais em busca de melhores condições de trabalho, preservação da saúde dos trabalhadores e busca da qualidade de vida ganharam força, cujas reivindicações se concretizaram em Leis, Programas, discussões em

Assembleias e Conferências nacionais e internacionais, Convenções da OIT, na atenção do legislador constitucional brasileiro que inseriu a saúde do trabalhador dentre as ações do SUS e em Portarias Ministeriais (dentre as quais a que criou a RENAST).

O Estado Moderno, a partir de regras preestabelecidas, tem o dever de manter o equilíbrio entre sua autoridade e a liberdade do cidadão, interage com a sociedade formulando políticas públicas que atendam às suas demandas. No Brasil, a política nacional de saúde, o SUS, surgiu como fruto de um processo de redemocratização conhecido como movimento sanitário, sendo instituído pela CR/88, embasado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, garantindo a todos o direito à saúde, com acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde do trabalhador, enquanto prática instituinte que reconhece a relação trabalho/saúde/doença como uma questão de saúde pública, passou a ser, a partir da CR/88 responsabilidade do SUS, integrando as ações de vigilância dos ambientes de trabalho e de atenção à saúde dos trabalhadores.

Por sua vez, a VISAT, enquanto atuação contínua e sistemática que objetiva identificar fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho em seus vários aspectos, com finalidade de intervir de forma a eliminá-los ou controlá-los, é ação típica de saúde pública que deve vincular-se às estruturas necessárias do aparelho estatal, como as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e também à Atenção Básica.

Na implantação e consolidação das ações em saúde do trabalhador no SUS, que vêm ocorrendo desde os anos noventa, destaca-se a NOST/SUS (trouxe um conjunto de atividades essenciais para que Estados, Distrito Federal e Municípios incorporassem ações em saúde do trabalhador no contexto das suas ações de atenção à saúde) e a instituição da RENAST (criada com o propósito de unir e estabelecer interação entre os já existentes programas de saúde do trabalhador, a rede SUS e demais segmentos ligados à mesma) com seus centros executores, os CEREST (com função de proporcionar suporte técnico e científico do campo de conhecimento saúde do trabalhador, no âmbito de um determinado território).

Cabe aos CEREST o desafio da implementação da PNSTT, que em seu artigo 14 elenca as suas atribuições. A PNSTT surgiu para atender a necessidade

de definição dos princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas em saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS.

Por sua vez, o processo de organização da saúde do trabalhador no Paraná remonta à década de oitenta, quando o tema foi debatido na 1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador no Paraná. Nos anos seguintes realizaram-se Fóruns de debates, Conferências, Convênios e habilitações de CEREST. Foram criados Comitês, Coordenações, Comissões, Divisões, Unidades de Saúde, Equipes, todos específicos para a saúde do trabalhador. Foi elaborado para cada triênio, Plano Estadual de Saúde contemplando a saúde do trabalhador. Foi publicada a PEST, que em meio às suas disposições elenca as atribuições do CEREST, e implantado o SINAN/NET.

Dentre os CEREST habilitados no Paraná, está o objeto do presente estudo, o CEREST Macrorregional Campos Gerais (ao qual o texto se referiu simplesmente como CEREST), sediado na cidade de Irati, com abrangência de quatro RS, a saber, 3ª, 4ª, 6ª e 21ª, totalizando 37 municípios, com área de 38.262 Km² e população aproximada de 1.088.595 habitantes.

O estudo buscou dar visibilidade à atuação do CEREST, proporcionando reflexão sobre o tema saúde do trabalhador na realidade deste órgão, desvelando suas práticas, desafios e perspectivas. Descreveu-se, dividida em três fases, a trajetória do CEREST, com detalhes de sua atuação, demonstrando que tão logo habilitado, desenvolveu-se e se consolidou. Em seguida passou por um período de discreta atuação que deu lugar à atual fase de atuação estratégica, com ações pontuais em busca do cumprimento das atribuições impostas pelas Políticas de Saúde do Trabalhador.

Contextualizou-se a visão de sujeitos envolvidos nas ações em saúde do trabalhador, cujas considerações, em boa parte, corroboram com as opiniões já expressadas e discutidas no ambiente acadêmico, servindo para o enriquecimento do debate acerca da necessidade de olhares mais atentos à implementação e efetivação das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Refletiu-se inicialmente acerca das percepções que os sujeitos da equipe do CEREST têm do próprio trabalho que realizam, sobre a política de saúde do trabalhador no SUS e sobre o CEREST. Referem-se ao seu trabalho na saúde pública, não apenas como fonte de renda, mas também como meio de realização pessoal e melhoria das condições de vida dos trabalhadores que são beneficiados

pelo mesmo. Quanto à política de saúde do trabalhador no SUS, afirmam haver um descompasso entre o que a mesma prevê e o que de fato está sendo posto em prática. As iniciativas são voltadas à melhoria da qualidade de vida do trabalhador, contudo ainda não há efetividade. A perspectiva é de que a sua completa implementação e consequente efetivação venha a ocorrer a partir de ações pontuais a serem executadas em um longo caminho a ser percorrido. O CEREST, enquanto órgão disseminador da cultura especializada em saúde do trabalhador atua executando ações de educação e práticas de vigilância em saúde do trabalhador, articulando também com outros órgãos. Afirmam ser o CEREST um órgão necessário para as atividades de promoção e prevenção da saúde do trabalhador.

No que tange às articulações com órgãos e setores, necessárias às práticas de VISAT, observou-se que o CEREST mantém parceria com Universidade, Associações, Autarquias, Sindicatos, etc, destacando-se o alinhamento com o MPT, para o desencadeamento de ações de VISAT, sendo considerado por este órgão, como instituição de extrema importância no processo de adequação dos ambientes de trabalho. Certa parcela do empresariado também já se mostra parceira do CEREST.

Há intersetorialidade, mas falta intrasetorialidade. A articulação do CEREST com os setores dentro do próprio sistema de saúde dá-se com as Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, porém a articulação com a Atenção Básica ou Primária em Saúde, principal porta de entrada dos usuários do SUS, é praticamente inexistente. A efetivação da política de saúde do trabalhador no SUS depende também do fortalecimento desta articulação intrasetorial, ainda incipiente.

A oposição à atuação do CEREST que se manifestou na sua primeira fase de atuação, por ameaças, subnotificações de acidentes de trabalho graves, comercialização de Programas de Prevenção (PCMSO e PPRA), se perpetua em uma parcela do empresariado que se insurge contra a sua atuação, criando empecilhos às inspeções e também no descaso de certos gestores que obstruem a atuação do CEREST, dando prioridade a outras ações ou mesmo impedindo a realização das mesmas.

Embora executando ações e apoiando os municípios, o trabalho de prevenção ainda caminha a passos lentos, em razão da carência de profissionais específicos para atuarem em saúde do trabalhador nos municípios. Para além da

carência de pessoal específico, está a necessidade de qualificação dos mesmos, a fim de agregarem conhecimento especializado a ser aplicado em suas práticas.

O SINAN NET tem sido alimentado regularmente, como demonstra a série histórica de agravos de notificação (2007 – 2015), contudo é flagrante a subnotificação das Doenças Relacionadas ao Trabalho que estão representando apenas 1% das notificações do período, haja vista o que se acompanha pela mídia e pelo meio acadêmico, sobre os males que afligem os trabalhadores nos novos processos de produção, com consequente afastamento de suas atividades.

Observou-se que a habilitação do CEREST é considerada um marco na saúde do trabalhador na sua região de abrangência, pois afirmaram os respondentes que o período anterior ao CEREST contemplava apenas algumas investigações de acidente de trabalho grave e não existiam ações sistemáticas voltadas à saúde do trabalhador, sendo que, após a sua habilitação, foram expandidas as ações. Os Relatórios de Atividades registram capacitações, promoção de eventos, fiscalizações, inspeções, investigações, visitas a estabelecimentos para divulgação de campanhas, visitas técnicas com elaboração do respectivo relatório, apoio para elaboração de Diagnóstico da Saúde do Trabalhador nos municípios, avaliação do PPRA das RS, Monitoramento e Supervisão de Programas (a exemplo do VIGIASUS), fiscalização de convênios, incentivo e apoio às notificações ao SINAN NET, atendimento a Termo de Cooperação Técnica entre SESA e MPT, exigência junto a estabelecimentos de cumprimento de TAC, por demanda do MPT, etc.

O entendimento do MPT é de que certamente se identifique o antes e o depois do CEREST, e embora suas ações sejam voltadas à classe trabalhadora, não beneficia somente esta, mas toda a coletividade, na perspectiva de que a promoção e a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao mundo do trabalho possam repercutir minimizando gastos com benefícios assistenciais e previdenciários.

Foram apontadas como principais dificuldades enfrentadas pelo CEREST: o escasso número de profissionais para atuar em saúde do trabalhador; o acúmulo de funções de tais profissionais; a ingerência política; a extensa área de abrangência do CEREST; a falta de veículos para deslocamentos e a falta de intrasetorialidade.

A expectativa de superação das dificuldades, com maiores possibilidades de total implementação e efetivação da política de saúde do trabalhador no SUS,

apontou, no depoimento dos respondentes, para a reestruturação da própria RENAST, pela qual os seus centros executores CEREST deixariam de ter abrangência macrorregional, para se tornarem regionais. Poderia haver um CEREST em cada RS, com a equipe completa e exclusiva atuando com autonomia no planejamento, execução e avaliação das ações nos municípios da área de abrangência. Resultaria em celeridade, uma vez dispensada a necessidade de planejamento, execução e avaliação de ações em nível macrorregional.

Identifica-se no depoimento dos respondentes, relativamente às dificuldades apontadas e possibilidades de enfrentamento das mesmas, o teor do que já vem sendo discutido e proposto desde a 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Paraná, em 2014, cujas inquietações versavam sobre: a necessidade de fortalecimento e qualificação dos trabalhadores das equipes de vigilâncias sanitárias municipais a fim de intervirem em processos produtivos de maior complexidade, garantindo-se aos mesmos as devidas condições de trabalho; a eliminação da ingerência política nas ações fiscalizatórias ainda ditadas pelo poderio econômico; a importância da atuação em rede intersetorial; a diminuição das subnotificações; e o fortalecimento do Controle Social. As propostas de superação de tais dificuldades, contidas no Relatório Final desta Conferência apontam para: a criação de um setor exclusivo de VISAT dentro da Vigilância em Saúde, com equipe específica para o desempenho das ações em saúde do trabalhador; a criação de um CEREST para cada RS, bem como a possibilidade de habilitação de CEREST Municipal para bases populacionais de 200.000 habitantes; a intensificação de parcerias com instituições de ensino para a produção de estudos e desenvolvimento de projetos na área de higiene, saúde e segurança dos trabalhadores, além de incluir conteúdos do tema saúde do trabalhador na grade curricular de todos os níveis de ensino dos cursos propedêuticos, técnicos, profissionalizantes e universitários; e a ampliação da desvinculação da medicina do trabalho do domínio dos empregadores.

Observa-se que, pelas propostas apresentadas no Relatório Final da Conferência de 2014 acima mencionada, o caminho para a tentativa de superação das dificuldades apresentadas na ocasião, que se mantêm até hoje, foi traçado, resta percorrê-lo.

O CEREST, como órgão executor da RENAST, surgiu no contexto histórico em que a saúde do trabalhador, já reconhecida como campo específico de

conhecimento caminha para a qualidade de vida no trabalho. Há uma dificuldade peculiar em agir do campo saúde do trabalhador, pois o mesmo se coloca justamente na tensão entre capital e trabalho. No entanto, procura-se unir forças por ambientes de trabalho sadios, mas depara-se com a resistência política dos que defendem os interesses econômicos.

Os resultados da pesquisa possibilitaram compreender como se dá a atuação do CEREST na vigilância em saúde do trabalhador e permitem afirmar que:

- a) o CEREST tem um papel estratégico na garantia do direito fundamental à saúde dos trabalhadores, declarado como direito social no artigo 6º da CRFB/88, pois sua atuação neste campo específico retira da invisibilidade a realidade dos trabalhadores locais por meio dos Diagnósticos da Situação da Saúde do Trabalhador realizados nos municípios, a partir do qual são planejadas e executadas ações. As fiscalizações, inspeções e investigações de acidentes de trabalho contribuem para a crescente adequação e melhoria dos ambientes de trabalho;
- b) na medida em que o CEREST, formulando e executando ações, mesmo em meio a dificuldades, operacionaliza as políticas em saúde do trabalhador, em especial a PNSTT e a PEST em sua realidade regional, cumpre o seu papel na garantia do direito fundamental à saúde dos trabalhadores;
- c) para obter resultados positivos de sua atuação junto à população, o CEREST deve ampliar a divulgação de seus projetos, suas ações e seus resultados, junto à comunidade onde as atividades são desenvolvidas, dando publicidade e transparência ao trabalho realizado;
- d) igualmente, a divulgação de seus projetos, ações e resultados, deve ser estendida aos demais CEREST, cuja interação poderá proporcionar a formação de banco de dados que poderão subsidiar novas políticas públicas;
- e) o enfrentamento das dificuldades apontadas que decorrem da falta de vontade política somente será possível com uma luta constante pela construção de uma nova cultura para que se tenha um Estado verdadeiramente democrático e que abrace os interesses dos trabalhadores.

Sendo parcas as pesquisas reveladoras de detalhes sobre a realidade dos CEREST, o presente estudo contribui para a visibilidade deste CEREST que vem desempenhando estrategicamente seu papel fundamental na disseminação da cultura especializada em saúde do trabalhador, o que desperta o interesse em conhecer a realidade de outros órgãos semelhantes. Contribui também para suscitar a reflexão sobre os desafios a serem superados para a completa implementação e efetivação da política de saúde do trabalhador no SUS em âmbito nacional.

A dificuldade imposta pela grande extensão da área de abrangência do CEREST sinaliza para a necessidade de se pensar a reestruturação da RENAST com CEREST de abrangência regional (em cada RS) ao invés de CEREST de abrangência macrorregional. Tal providência poderia proporcionar maior agilidade e eficiência na condução das atividades.

Reconhece-se a limitação do presente estudo que se ateve a compreender a atuação do CEREST pela visão intrínseca (dos envolvidos diretamente em suas práticas) de modo que, fica a recomendação de estudos futuros que possam ser realizados pela visão extrínseca das práticas deste órgão que segue em busca de fortalecimento.

REFERÊNCIAS

- AEAT. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho** : / Ministério do Trabalho e Previdência Social ... [et al.]. – vol. 1 (2009) – . – Brasília : MTPS, 2014. 990 p.
Disponível em: < ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEAT201418.05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. Londrina: Práxis, 2007.
- _____. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v. 3, n. 2, p. 409-428. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pósneoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDRADE, Maria M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2005.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Revista Educação e Sociedade**. V. 25. N. 87. p. 335-351, 2004.
- _____. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo, FRIGOTTO, Gaudêncio (orgs.). **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 35-48.
- _____. **Adeus ao trabalho?** 13. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo, Boitempo, 2005.
- _____. Uma breve radiografia das lutas sindicais no Brasil recente e alguns de seus principais desafios. In: INÁCIO, J.R. (Org.). **Sindicalismo no Brasil**: os primeiros 100 anos? Belo Horizonte: Crisálida, 2007. p. 288 – 306.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. A degradação do trabalho no século XX. Trad. de Nathanael C. Caixeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde** – Parte 1. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Decreto 7.602 de 7 de Novembro de 2011b. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Disponível em: 20 abr. 2015.

_____. Lei 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, DF, 20 set. 1990. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, DF, nov. 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, DF, 1990c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 205** de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204** de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em 26 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378** de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271**, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-1271-6-junho-2014>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120**, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679**, de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/portarias.php>> . Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437**, de 07 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em 20 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 09 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908**, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>. Acesso em: 1º ago. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e->

seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/o-plano-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-plansat/>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. **Tribunal Superior do Trabalho**. PROCESSO Nº TST-ARR-389-35.2012.5.15.0094. Disponível em: <
<http://aplicacao5.tst.jus.br/consultaunificada2/inteiroTeor.do?action=printInteiroTeor&format=html&highlight=true&numeroFormatado=ARR%20-%20389-35.2012.5.15.0094&base=acordao&rowid=AAANGhAAFAAAOWyAAJ&dataPublicacao=12/02/2016&localPublicacao=DEJT&query=>>. Acesso em: 23 maio 2016.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estado de Direito**. Lisboa: Fundação Mario Soares e Gradiva, 1999.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTELLS, Manuel. **Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CEREST MACRO CAMPOS GERAIS 3ª, 4ª, 6ª E 21ª REGIONAIS DE SAÚDE. **Relatório 2014**. Irati: 2014.

_____. **Relatório 2015**. Irati: 2015.

_____. **Relatório 2016**. Irati: 2016.

CEST. Recomendação “busca de rumores”. Email. 05 ago 2016. Curitiba, 2016.

CHESNAIS, François. Um programa de ruptura com o neoliberalismo. In: HELLER, Agnes et al. **A crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina Giffoni. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília, Anais, p. 382.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Pactos pela saúde**. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>> . Acesso em: 15 abr. 2016.

COSTA, Lucia Cortes. **Os impasses do estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/m9xn5>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 2014.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. Ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DELGADO, Mauricio Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 7. ed. São Paulo: LTr, 2008.

DI GIOVANNI, Geraldo. As estruturas elementares das políticas públicas. **Caderno de Pesquisa**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. n. 82. São Paulo: Unicamp, 2009.

DIAS, Elizabeth Costa. **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: Publicação CUT/FUN DACENTRO, 1995.

DIAS, Elizabeth Costa. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: FERREIRA JUNIOR, Mario. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000. p. 3 a 28.

DICIONÁRIO DE LATIM. Disponível em: <<http://www.dicionariodelatim.com.br/sui-generis/>> . Acesso em: 23 out. 2016.

DOSSIÊ ABRASCO. 2014. Disponível em: <<http://abrasco.org.br/dossieagrotoxicos/>> . Acesso em: 08 dez. 2016.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

ESTANQUE, Elisio. Sociologia e engajamento em Portugal: reflexões a partir do trabalho e do sindicalismo. In: **Caderno CRH**, v. 22, nº 56, p. 311 a 324, Maio/Ago.2009. Salvador: UFBA, 2009.

_____. O Estado social em causa: Instituições, políticas sociais e movimentos sócio-laborais no contexto europeu. In: SILVA, Filipe Carreira da (org.). **Os portugueses e o Estado Providência**, cap. 7, p. 225 a 263. Lisboa: ICS, 2013.

FIGUEIREDO, Marcelo. **Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Atlas, 2007.

FONTES, Virgínia. Apontamentos para pensar as formas atuais de exclusão. **Proposta**. n. 65, 1995.

FONTOURA, Rosane T.; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. In **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006. jul-ago, 59-(4). pp 532-537.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROLETTI, Domingos. Os desafios do sindicalismo no século XXI. In: INÁCIO, J.R. (Org.). **Sindicalismo no Brasil**: os primeiros 100 anos?. Belo Horizonte: Crisálida, 2007.p. 307 - 326.

GOMES, Fabio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 40(2):201-36,

Mar./Abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a03.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

GOMEZ, Carlos Minayo. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

_____.; COSTA, Sônia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: 13 (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

GOENDER, Jacob. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Estudos Avançados.** p. 11-29. São Paulo: IEA-USP, 1996.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel.** São Paulo: Boitempo, 1999.

HACKMAN, J. R., OLDHAM, G. R. Motivation through the design of work: test of a theory. **Organizational Behavior and Human Performance**, v. 16, p. 250-279, 1976.

HOEFEL, Maria da Graça; DIAS, Elisabeth Costa; SILVA, J.M. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Coletânea de textos, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>> Acesso em: 20 abr. 2016.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Base de Dados do Estado – BDEweb.** 2016a. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/imp/index.php>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Paraná em números.** 2016b. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=1> Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Estado do Paraná.** 2017a. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=19>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Cadernos Municipais.** 2017b. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>. Acesso em: 12 fev. 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: **População Economicamente Ativa.** 2016. Disponível em:

<<http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=486696855>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

JACQUES, M. G. & CODO, Wanderley. (orgs). **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 420 p.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13, supl.2, p. 7-17. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1360.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

_____; MACHADO, JHM; PORTO, MFS. **Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. Relatório Final. Rio de Janeiro: Convênio ABRASCO-OPAS, 2002.

_____. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, Paulete, et al. (Orgs.) **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LANGER, André. **Pelo êxodo da sociedade salarial**. A evolução do conceito de trabalho em André Gorz. 2003. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo.

LAURELL, Ana Cristina. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Orgs). **Debates em medicina social**. Quito: Opas, 1991.

_____, Ana Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. Trad. Amélia Cohn, Ana Pitta-Hoisel, Ana Isabel Paraguay, Lucia Helena Barbosa. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede. **Epidemiol.Serv.Saúde**. Brasília, 20(1), p. 85-100, jan-mar 2011.

_____. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, Paulete, et al. (Orgs.) **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007.

LEITE, Marcia de Paula. O trabalho e suas reconfigurações: conceitos e realidades. In: LEITE, Marcia de Paula e ARAÚJO, Angela Maria Carneiro. **O trabalho**

reconfigurado: ensaios sobre Brasil e México. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca. Franca: UNESP-FHDSS, 2009.

_____. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. 2009b. 426 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2009.

_____. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: alguns nós críticos. In **Revista Pegada/Mundo do Trabalho**. Vol 12, n.1, jun 2011. p. 1-31. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/viewFile/927/940>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2), p. 33-45, 1997.

_____; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12(3), p. 121-130, 2003.

MACHADO, Sidnei. **O Direito à proteção ao meio ambiente de trabalho no Brasil** - os desafios para a construção de uma racionalidade normativa. São Paulo: LTr, 2001.

MAGALHÃES FILHO, Francisco. Evolução histórica da economia paranaense. **Revista Paraná Desenvolvimento**. n. 87, jan-abr. 1996, p. 131-148.

MALVEZZI, S. Prefácio. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Eds.), **Psicologia, organizações e trabalho** (pp. 13-18). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 2004.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: livro I. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Trad. Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa. Universalidade. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz: 2009. Disponível em: <<http://www.sites.eapsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

MATTOS R. A; PINHEIRO R. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO, 2004.

MEDEIROS, Marília Salles Falci. **Abordagem Histórica da Reestruturação Produtiva no Brasil**. Revista Latitude, vol. 3, n°1, pp. 55-75, 2009.

MEMÓRIA. Reunião MPT e CEREST Macro Campos Gerais. 09 ago 2016. Ponta Grossa, 2016a.

_____. Reunião Ordinária do CEREST Macro Campos Gerais. 04 nov 2014. Irati: 2014.

_____. Reunião Ordinária do CEREST Macro Campos Gerais. 24 abr 2015. Irati: 2015a.

_____. Reunião Ordinária do CEREST Macro Campos Gerais. 12 jun 2015. Irati: 2015b.

_____. Reunião Ordinária do CEREST Macro Campos Gerais. 26 fev 2016. Irati: 2016b.

_____. Reunião Ordinária do CEREST Macro Campos Gerais. 1º jul 2016. Irati: 2016c.

MENDES, René. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional do Brasil. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 16, n. 64. 1988.

_____; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, v. 25, n.5, out. 1991, p. 341-349.

MENEZES, Anderson de. **Teoria Geral do Estado**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

MÉSZAROS, István. **Produção destrutiva e Estado capitalista**. São Paulo: Ensaio, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

_____, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Relatório da RENAST 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/294454/>>. Acesso em 20 nov. 2016.

MONTEIRO, M.S. **Gestão participativa no trabalho e saúde: um estudo de caso**, 1995. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do Trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas**. v. 41, n. 3. Jul./Set. p. 8-19. 2001.

MULTIPLICADORES DE VISAT. Disponível em: <<http://www.multiplicadoresdevisat.com/about>>. Acesso em: 13 set. 2016.

NEIVERTH, Elisabeth Mônica Hasse Becker; MANDALOZZO, Silvana Souza Netto; STROPARO, Edécio José; NEIVERTH, Wagner Hasse Becker. A competência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) na vigilância por ambientes laborais saudáveis. In: **Congresso Internacional de Administração**.

Gestão Estratégica: da crise à oportunidade, 2016, Natal/RN. Gestão estratégica: da crise à oportunidade, 2016. Disponível em:

<<http://www.admpg.com.br/2016/selecionados.php?ordem01=autor&ordem02=autor>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

NEVES, Magda de Almeida. Reestruturação produtiva, qualificações e relações de gênero. In: **Trabalho e gênero**. Mudanças, permanências e desafios. São Paulo: Editora 34, 2000.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 4 ed. São Paulo: LTr, 2002.

PADIS, Pedro Calil. **Formação de uma economia periférica**: o caso do Paraná. 2.ed. Curitiba: Irapres, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: < <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

_____. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**. v. 40 (N Esp), p.p 73-78. 2006.

PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde (CES). V Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Relatório Final. 2014. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/V_Conferencia_Estado_de_Saude_do_Trabalhador_e_da_Trabalhadora/RelatorioFinal_V_CEST.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Governo do Estado. **Etnias**. 2016b. Disponível em:

<<http://www.cidadao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=77>> . Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. Lei nº 18.619 de 16 de novembro de 2015. Dispõe sobre a proibição de abastecimento de veículos após o travamento automático da bomba de segurança nos postos de combustível do Estado. **Diário Oficial do Estado do Paraná**.

Disponível em:

<<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=149141&indice=1&totalRegistros=211&anoSpan=2015&anoSelecionado=2015&mesSelecionado=0&isPaginado=true>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Política Estadual de Saúde do Trabalhador**. Curitiba, 2011. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/politicaestadualdesaude-dotrabalhador.pdf>> . Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde Paraná 2008-2011**. Curitiba: SESA, 2008. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Plano_Saude_2008_2011PR_Final.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf> .
Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016a. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>>.
Acesso em: 20 jun. 2016.

PETERS, B. Guy. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens da nossa época**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POLÍTICAS DE SAÚDE. **Rev. Espaço para a Saúde**. Londrina, vol. 16, supl. 5, nov. 2015.

PORTAL BRASIL. **Governo lança Rede para reinserir profissionais no mercado de trabalho**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/governo-lanca-rede-para-reinserir-profissionais-no-mercado>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

QUIRINO, Tarcízio Rego, XAVIER, Odiva Silva. Qualidade de vida no trabalho de organização de pesquisa. In **Revista de Administração**. v. 22, n. 1, 1987.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DOS CERESTS DO PARANÁ. CEREST Campos Gerais: resultado da avaliação com a equipe. SESA. CEST, 2010. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2666>>
Acesso em: 15 jun. 2015.

RENAST. **Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite**. 2016. Disponível em:
<<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>>. Acesso em: 9 out. 2016.

_____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). 2015. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador-renast>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Agravos relacionados ao trabalho. **Cobertura e população dos CEREST**. 2017a. Disponível em:
<http://painel.unasus.gov.br/t/PlataformaRENAST/views/AgravosrelacionadosotrabalhoINSS-2002a2012/AgravosrelacionadosaotrabalhoINSS-2002a2012?:embed=y&:showShareOptions=true&:display_count=no&:showVizHome=no#9>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). **Detalhamento de IDHM e GINI**. 2017b. Disponível em:
<<http://painel.unasus.gov.br/t/PlataformaRENAST/views/municipioscerestsgeograficoIDH10/DetalhamentodeIDHMeGINI?%3Aembed=y&%3AshowShareOptions=true&%3Adisplay_count=no&%3AshowVizHome=no#15>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SALERNO, M. S. Trabalho e organização na empresa industrial integrada e flexível. In: FERRETI, C. (Org.). **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SARAIVA, Editora. **Segurança e Medicina do Trabalho**. Obra coletiva da Editora. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SCHILLING, Voltare. Globalização **Ontem e Hoje**. Disponível em: <<http://educaterra.terra.com.br/voltare/atualidade/globalizacao.htm>>. Acesso em: 10 set. 2014.

SESA PR. Saúde do Trabalhador: Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Paraná. 2011a. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/paginas/Oral%201.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Saúde do Trabalhador: Política Estadual de Atenção Integral à saúde do Trabalhador no Paraná. CIB – 14/09/2011. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB6REGIONAL/saudedotrabalhadorCEREST.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Paraná discute prevenção de acidentes de trabalho no ramo da madeira. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. n. 8, agosto 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Saúde do trabalhador reforçará fiscalização em postos de combustíveis. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. n. 8, agosto 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Eventos discute as políticas de saúde e segurança do trabalhador no Paraná. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. n. 8, agosto 2012c. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. 4ª Regional de Saúde realiza encontro. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. n. 8, agosto 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Regional de União da Vitória promove evento do Dia do Agricultor em Paula Freitas. 21ª Regional de Saúde realiza reunião técnica de vigilância em saúde. 4ª Regional de Saúde realiza curso de processo administrativo. **Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. n. 8, agosto 2013b. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. **Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos**. Curitiba: SESA, 2013c.

_____. **(Cest) SINAN NET - Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. 2015a. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1475>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **(Cest) SINAN NET - Objetivos**. 2015b. Disponível em: <

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1482>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Superintendência de Vigilância em Saúde. **VIGIASUS. Elenco de ações**. 2016c. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Del287_Anexo_I.PDF>. Acesso em: 18 dez. 2016.

_____. **(Cest) Cerest**. 2016b. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2666>>. Acesso em 25 out. 2016.

_____. **Regionais de Saúde do Paraná**. 2016a. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. **(Cest) SINAN NET. Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. 2017. Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1475>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In JACCOUD, Luciana (org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. IPEA, Brasília, 2005.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2016a. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Funcionamento. 2016b. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em: 15 out. 2016.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, Renilson Rehem de. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev. Esc. Enferm USP**. 2007; 41 (Esp). p. 765-770.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança. **Revista Saúde e Sociedade**. 2010, vol 19, n 3, pp 509-517.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M.P.B. (Ed.) **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ, 1999.

STADUTO, Jefferson Andronio Ramundo; LIMA, Jandir Ferrera de; MALDANER, landra Souza; STAMM, Cristiano. Análise locacional das ocupações nas regiões metropolitana e não metropolitana do estado do Paraná. **Revista de Economia**. v. 34, n. 2 (ano 32), p. 117-139, maio/ago. 2008. Editora UFPR.

THEBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. A corrosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil, in Graça Druck e Tânia Franco (orgs). **A perda da razão social do trabalho. Terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

TREVISAN, I. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede do SUS. **Revista de Administração Pública**. 2007; 41(2), p. 237 a 354.

TRINTIN, Jaime Graciano. História e desenvolvimento da economia paranaense: da década de trinta a meados da década de noventa do século XX. In: **Segundas Jornadas de História Regional Comparadas**. Porto Alegre: PUC, 2005.

_____; CAMPOS, Antonio Carlos. Dinâmica regional recente da economia paranaense e suas perspectivas: diversificação ou risco de reconcentração e especialização produtiva. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringá, v. 35, n. 2, p. 161-173, July-Dec., 2013.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**. 19(12) p. 4617-4626, 2014.

_____; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. In GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Org). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37-65.

VOLPI, Sylvia. Cartas de São Paulo e de Buenos Aires. In **Revista CIPA**. Vol.20, n. 240, p. 35, 1999.

WOOD, Ellen Meiksins. Classe como processo e como relação. In: WOOD, Ellen Meiksins. (Ed.). **Democracia contra capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivonetti. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

BIHR, Alain. **Da grande noite à alternativa**. São Paulo: Boitempo, 1998.

DYE, Thomas D. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall, 1984.

ENCÍCLICAS E DOCUMENTOS SOCIAIS. São Paulo: LTr., 1991.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985. (Coleção Bases, 47).

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**, n.24. São Paulo: CEDEC. 1991. p. 85-115.

_____. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova**, n.35. São Paulo: CEDEC: 1995. P. 73-112.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GELBCKE FL. **Interface dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador** [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

GORZ, André. **Misérias do presente, riqueza do possível**. São Paulo: Annablume, 2004.

_____. **Metamorfoses do trabalho**. São Paulo: Annablume, 2005.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. Trad. Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 8.ed. São Paulo: Loyola, 1999.

HOBBS, Thomas. **Leviatã** ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Abril Cultural, 1974 (Coleção Os Pensadores)

HOBBSAWM, Eric J. **Da revolução industrial inglesa ao imperialismo**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1990.

IANNI, Octavio. **Teorias da globalização**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

JACCARD, Pierre. **História social do trabalho**. Das origens até os nossos dias. Trad. de Rui de Moura. Lisboa: Livros Horizonte Lda, 1960.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O estado do bem-estar social na idade da razão**: A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

_____. **Políticas sociais sob a perspectiva do Estado do Bem-Estar Social**: desafios e oportunidades para o “catching up” social brasileiro. Texto para discussão nº 34. Centro de Estudos sobre Desigualdade e Desenvolvimento. Março, 2011. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD34.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

LASWELL, H.D. *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LOCKE, John. **Segundo Tratado sobre o Governo Civil**. Igor César F. A. Gomes (org.) Tradução de: Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. São Paulo: Editora Vozes, 1999.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy**: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. São Paulo: Cortez; 1995.

_____. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: Marx K, organizador. **O capital**: crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do Capital. v. I. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1980. p. 201-23.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Trad. Luis Claudio de Castro e Costa. 1. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. **O manifesto comunista**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho. In **Curso de medicina do trabalho**. Vol. 1. São Paulo: Fundacentro, 1979.

OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Marco Antônio de (Org.). **Economia & Trabalho**: textos básicos. Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

PALMEIRA SOBRINHO, Zéu. **Acidente do trabalho**: críticas e tendências. São Paulo: LTr, 2012.

RAGGIO, N. Z. **Emprego**. Curitiba: IPARDES, 1994.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1992.

RIFKIN, Jeremy. **O fim dos empregos**: o contínuo crescimento do desemprego em todo o mundo. São Paulo, SP: M. Books, 2004.

RIGOTTO Raquel Maria. Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva. **Rev Bras Saúde Ocup.** 1998; (93/94): 9-20.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROUSSEAU, Jean Jacques. **Do contrato social**. Trad. Rolando Roque da Silva. Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/contratosocial.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

SILVA, Karine de Souza. **Globalização e exclusão social**. Curitiba: Juruá, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUADRO 2 – ATUAÇÃO DO CEREST MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ 2014-2016

QUADRO 2 – ATUAÇÃO DO CEREST MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DE 2014-2016

ANO	3ª RS PONTA GROSSA (12 municípios)	4ª RS IRATI (9 municípios)	6ª RS UNIÃO DA VITÓRIA (9 municípios)	21ª TELÊMACO BORBA (7 municípios)
1 PARTICIPAÇÃO DOS TÉCNICOS EM CAPACITAÇÕES (os dados correspondem ao número de capacitações)				
2014	4	18	2	1
2015	6	5	1	6
2016	3	6	1	3
2 PARTICIPAÇÃO DOS TÉCNICOS DA RS EM REUNIÕES E EVENTOS (os dados correspondem ao número de reuniões e eventos)				
2014	25	30	3	6
2015	18	47	9	24
2016	12	20	17	22
3 CAPACITAÇÕES REALIZADAS PELAS RS PARA OS MUNICÍPIOS (os dados correspondem ao número de capacitações)				
2014	4 (em 12 de 12 municípios)	1 (em 7 de 9 municípios) 3 (em 9 de 9 municípios)	2 (em 9 de 9 municípios)	0 (em 7 de 7 municípios)
2015	11 (em 10 de 12 municípios)	1 (em 9 de 9 municípios) 1 (em 8 de 9 municípios)	12 (em 9 de 9 municípios)	0 (em 7 de 7 municípios)
2016	7 (em 12 de 12 municípios)	1 (em 9 de 9 municípios) 1 (para os 37 municípios das 4 RS) 1 (para os 18 municípios da 4ª e 21ª RS) 1 para acadêmicos do 5º ano do curso de Psicologia da UNICENTRO	1 (em 1 município) 1 (em 9 de 9 municípios)	1 (em 7 de 7 municípios)
4 REUNIÕES COM MUNICÍPIOS PELA RS PARA MUNICÍPIOS (os dados correspondem ao número de reuniões)				
2014	9 (em 12 de 12 municípios)	8 (em 9 de 9 municípios)	4 (em 9 de 9 municípios)	2 (em 7 de 7 municípios)
2015	9 (em 12 de 12 municípios)	4 (em 4 de 9 municípios)	0	5 (em 7 de 7 municípios)
2016	4 (em 4 de 12 municípios)	4 (em 1 município de cada RS da Macro)	4 (em 9 de 9 municípios)	4 (em 4 de 7 municípios)

5 ELABORAÇÃO DE MATERIAL INFORMATIVO				
2014	0	0	0	0
2015	5	2	0	0
2016	0	1	1	0
6 ENTREVISTAS EM JORNAIS, RÁDIO E OUTRAS				
2014	1	0	2	0
2015	0	1	0	0
2016	0	1	1	0
7 OUTRAS ATIVIDADES				
2014	9 inspeções Campanha do benzeno em 41 lugares em 5 de 12 municípios	11 investigações de acidentes em 4 municípios 2 encaminhamentos para o CEST de LER/DORT de 1 município 2 auxílios de diagnóstico de ST em 2 municípios 7 instalações da versão 5.0 do SINAN em 7 municípios	2 palestras em dois municípios Apresentação do Projeto de Reconversão do Tabaco em 1 município	1 inspeção na Casa Lar
2015	25 inspeções 1 relatório técnico 7 auxílios de Diagnóstico em ST 1 reinspeção 1 atendimento ao Termo de Cooperação Técnica entre SESA e MPT	3 investigações 3 inspeções 1 intervenção 6 auxílios para Diagnóstico em ST	2 investigações 55 inspeções 1 cobrança do Diagnóstico para 9 municípios Elaboração do Diagnóstico em ST da RS Coleta de água para análise (2x) para o Programa do Tabaco em todos os municípios da RS 1 supervisão do Programa do Tabaco 1 solicitação aos 9 municípios para que realizassem ações sobre o Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho	4 inspeções (por demanda do MPT) 2 cumprimentos de TAC (por demanda do MPT)

2016	34 inspeções (sendo 10 a pedido do MPT) 5 investigações	3 investigações 1 inspeção 2 orientações para preenchimento de ficha para notificação e roteiro de inspeção 42 visitas a postos de combustíveis (Campanha do Benzeno) Monitoramento de Programas (SISPACTO, VIGIASUS) Avaliação do PPRA da 4ª RS Fiscalização de convênios de transferências voluntárias Apoio ao encaminhamento de produtores de fumo para realização de exames audiológicos na UNICENTRO	72 inspeções (estabelecimentos de saúde e de alimentos) 1 palestra	15 inspeções (3 por denúncia da Ouvidoria, em escola e funerária e 4 por demanda do MPT) Visitas a postos de combustíveis (Campanha do benzeno) 1 visita técnica (vacinas) Avaliação do PPRA da RS
------	---	--	--	--

FONTE: Elaboração própria conforme Relatórios de Atividades das Regionais de Saúde 2014-2016.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DO CEREST MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS - PR³⁰

I – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONDENTES – (Neste campo identificar os profissionais que estão participando da elaboração das respostas. Se houver mais de três participantes, copiar e colar o campo de identificação a fim de identificá-los)

Regional de Saúde de:

Nome:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Tempo de formado:

Tempo na ocupação:

Especialização e ano de conclusão:

Regime de Trabalho: () estatutário () celetista

II – SOBRE O TRABALHO E O CEREST

1. No seu entendimento, qual é o significado de trabalho? Este significado é contemplado no que você faz?
2. Se fosse para avaliar a sua profissão/atividade/trabalho como você a avaliaria, por que?
3. Enquanto profissionais, como vêm a política de saúde do trabalhador no SUS?
4. E nesta Regional de Saúde, como avaliam o CEREST?
5. Enquanto profissionais, têm conhecimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, quais são os mais predominantes nesta região, a que podem ser atribuídas as causas?
6. Enquanto profissionais, como vêm a atuação da equipe do CEREST frente a estes eventos?
7. O CEREST faz vigilância em saúde do trabalhador? De que forma?
8. O CEREST tem feito as notificações compulsórias de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho? Como?
9. É possível identificar diferenças entre o antes e o depois da existência do CEREST? Quais?

³⁰ Adaptado de Lourenço (2009b, p.400).

10. O CEREST firma parcerias com órgãos e/ou entidades para realizar suas ações. Quais?
11. Há dificuldades para a atuação do CEREST? Quais?
12. Os Municípios da área de abrangência desta Regional de Saúde fazem vigilância em saúde do trabalhador? Em caso positivo, de que forma fazem a vigilância? Em caso negativo, por que não fazem vigilância?
13. Esta última questão fica em aberto para relatos, críticas e/ou sugestões no âmbito das políticas públicas em saúde do trabalhador.

 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA	PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS PROJETO “A SAÚDE DO TRABALHADOR SOB O ENFOQUE DO CEREST MACRRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ” Doutoranda: Profa.Me.Elisabeth Mônica Hasse Becker Neiverth Orientadora: Profa.Dra. Silvana Souza Netto Mandalozzo
--	--

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO A MEMBRO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

I – IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONDENTE

Nome:

Tempo no cargo:

II – SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E O CEREST

1. Como profissional deste órgão público, qual a sua percepção sobre as Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador, tanto nacional quanto estadual (do Paraná)?
2. Qual a sua percepção sobre a atuação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional Campos Gerais do Paraná na vigilância em Saúde do Trabalhador?
3. É possível visualizar avanços na vigilância em Saúde do Trabalhador que se possa atribuir à atuação do CEREST?
4. Questão aberta para comentários, críticas, sugestões no âmbito deste tema de estudo.



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**APÊNDICE D – ENTREVISTA LIVRE COM OS PROFISSIONAIS DO CEREST
MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS - PR**

I – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE –

Regional de Saúde de:

Nome:

Sexo:

D.N.: - Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Tempo de formado:

Tempo na ocupação:

Especialização e ano de conclusão:

Regime de Trabalho: () estatutário () celetista

Data da entrevista:

Ao entrevistado foi solicitado que relatasse sobre aspectos da atuação do CEREST.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

PROJETO: “POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR SOB O ENFOQUE DO CEREST MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ”PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. SILVANA SOUZA NETTO
MANDALOZZOPESQUISADORA PARTICIPANTE: PROFA. ME. ELISABETH MÔNICA HASSE BECKER
NEIVERTH

SUJEITO DA PESQUISA (RESPONDENTE)

NOME:

CONTATO:

A problematização da pesquisa está no fato de que os processos produtivos estão sempre avançando, porém convivem com processos produtivos obsoletos e ambos continuam causando danos à saúde dos trabalhadores como se verifica pelos altos índices de acidentes e doenças do trabalho, publicados nas estatísticas da Previdência Social. As Políticas Públicas voltadas à Saúde do Trabalhador, tanto a Federal como a Estadual são um avanço, assim como os CERESTs, contudo são diversos os fatores a influenciar a aplicação e efetivação das Políticas Públicas. Diante deste cenário indaga-se quais são as estratégias utilizadas pelo CEREST para efetivar as Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador e que resultados pode-se aferir. O interesse em pesquisar sobre saúde do trabalhador direciona o olhar para as políticas públicas em saúde do trabalhador que se servem de mecanismos institucionais para serem implementadas, dentre os quais os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTs) que atuam em âmbito macrorregional com ações diretas em cumprimento às suas atribuições, despertando a curiosidade da pesquisadora em descobrir como está sendo sua atuação frente as diretrizes de tais políticas. O objetivo da presente pesquisa é compreender a atuação do CEREST Macrorregional Campos Gerais do Paraná na vigilância em saúde do trabalhador na sua área de abrangência, em face das políticas públicas de saúde do trabalhador.

A pesquisa inclui questionários, entrevistas e coleta de dados documentais.

Estamos lhe convidando a participar da pesquisa acima descrita. Para tanto, precisamos colher informações e vamos lhe fazer algumas perguntas.

Sua participação é voluntária, se após iniciada a entrevista não quiser mais participar, pode desistir a qualquer momento.

Por meio deste Termo a pesquisadora fica autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do conteúdo. A pesquisadora se compromete a preservar o depoimento no anonimato, identificando a fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à verdadeira identidade do depoente.

_____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Respondente

Assinatura da Pesquisadora

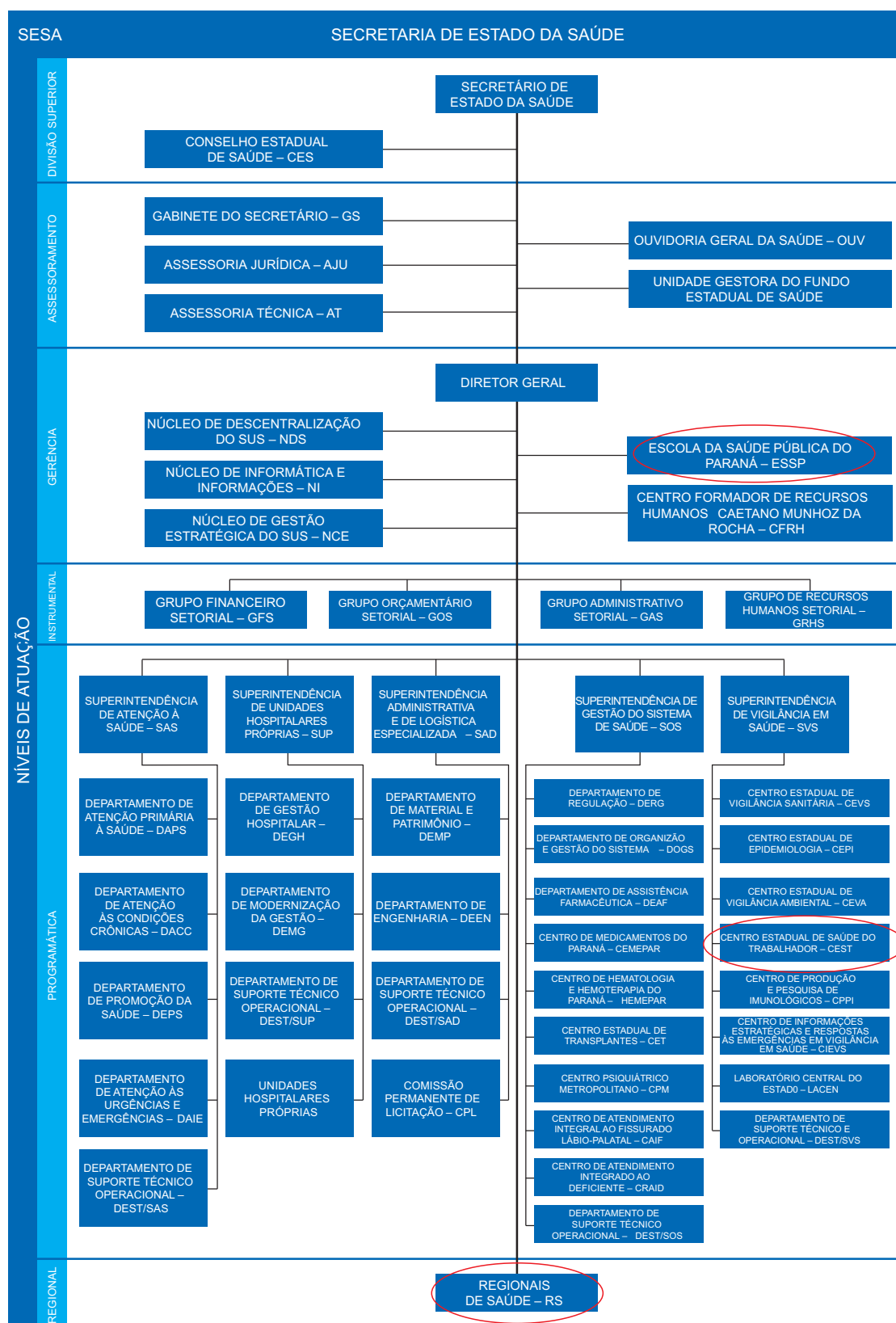
APÊNDICE F – QUADRO 3 - AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – DEFINIÇÕES

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS RELACIONADAS AO TRABALHO - DEFINIÇÕES	
1	ACIDENTES DE TRABALHO GRAVES: • Aqueles que resultam em morte • Aqueles que resultam em mutilações • Aqueles que acontecem com menores de dezoito anos
2	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados
3	INTOXICAÇÕES EXÓGENAS: Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.
4	LER/DORT: É uma síndrome clínica que afeta o sistema músculo-esquelético em geral, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, tais como dor crônica, parestesia, fadiga muscular, manifestando-se principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores. Acontece em decorrência das relações e da organização do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático e outras condições inadequadas.
5	CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO: É todo câncer que surgiu como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, mesmo após a cessação da exposição. Para uso deste instrumento, serão considerados casos confirmados, como eventos sentinelas, entre outros, aqueles que resultarem em leucemia por exposição ao benzeno - CID C91 e C95, mesotelioma por amianto CID C45 e angiossarcoma hepático por exposição a cloreto de vinila CID 22.3.
6	TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).
7	DERMATOSES OCUPACIONAIS: Compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. Podem estar relacionadas com substâncias químicas, o que ocorre em 80% dos casos, ou com agentes biológicos ou físicos, e ocasionam quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.
8	PAIR: É a diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada a níveis elevados de ruído no ambiente de trabalho. É sempre neurosensorial, irreversível e passível de não progressão uma vez cessada a exposição ao ruído.
9	PNEUMOCONIOSES: Conjunto de doenças pulmonares causadas pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tissular à presença dessas poeiras, presentes no ambiente de trabalho. Podem abranger os seguintes grupos: a) Pneumoconiose: causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina. b) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão: causada pela inalação de poeiras de carvão mineral. c) Asbestose: causada pela inalação de fibras de asbesto ou amianto d) Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas: beriliose (exposição ao berílio); siderose (exposição a fumos de óxido de ferro) e estanhose (exposição a estanho). e) Pneumoconiose por poeiras mistas: englobam pneumocinioses com padrões radiológicos diferentes, de opacidades regulares e irregulares, devidas à inalação de poeiras de diversos tipos de minerais, com significativo grau de contaminação por sílica livre, porém sem apresentar o substrato anátomopatológico típico de silicose.

FONTE: Elaboração própria conforme SESA/PR/2017.

ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SESA/PR



FONTE: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019 (PARANÁ, 2016a).

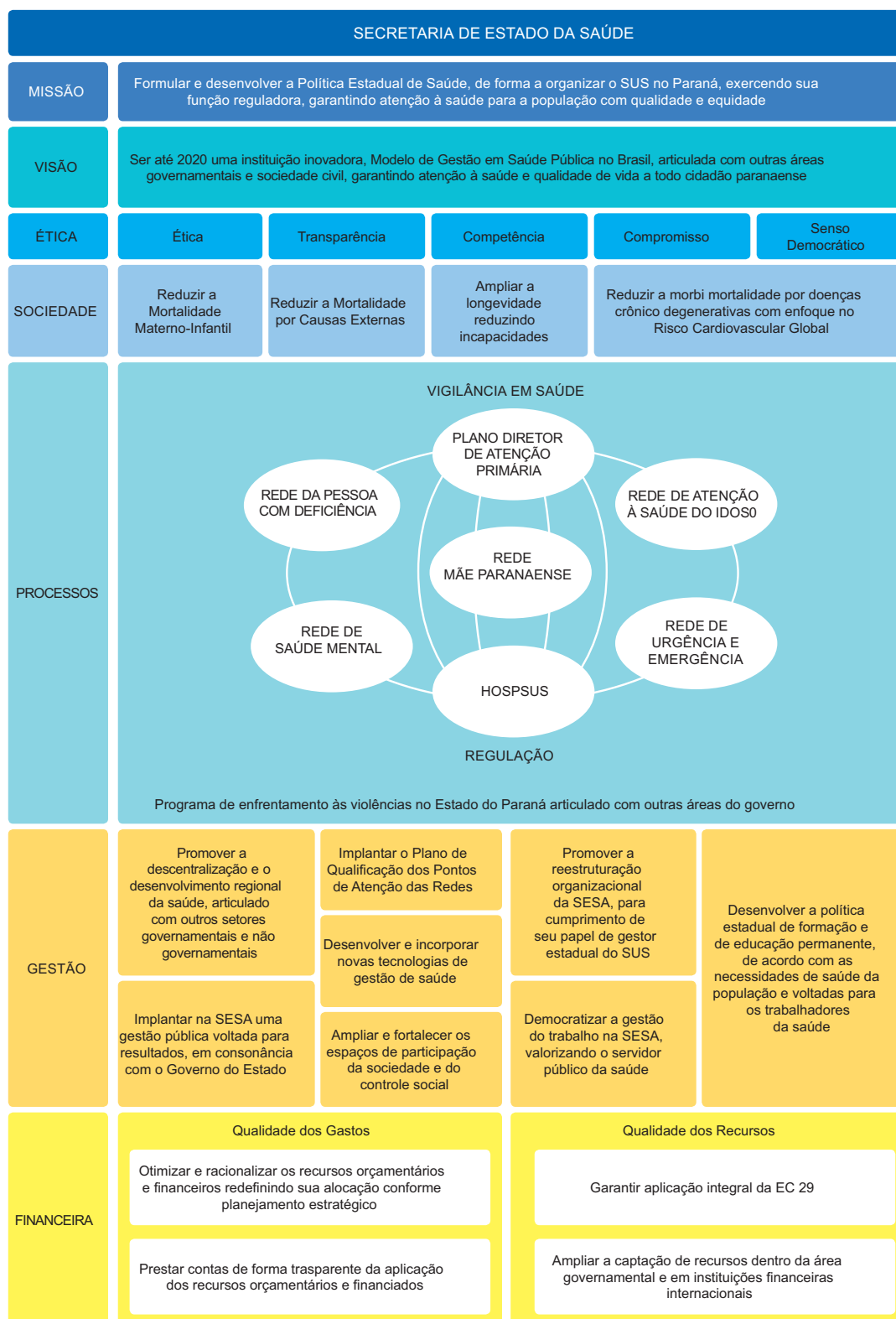
ANEXO B – REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ



FONTE: SESA/PR, 2016a.

ANEXO C – MAPA ESTRATÉGICO DA SESA /PR



FONTE: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019 (PARANÁ, 2016a).

ANEXO D – SÉRIE HISTÓRICA DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO 2007 – 2015 DO PARANÁ

TABELA 2 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO, PARANÁ, 2007 A 2015

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de trabalho grave	786	876	839	1969	3995	5825	6916	6697	7598	35501
	Acidente de Trabalho com material biológico	1622	2691	2807	3116	3334	4372	4474	4563	4063	31042
	Intoxicações Exógenas	745	638	606	634	713	659	873	1014	864	6746
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/DORT	34	107	44	49	48	226	263	332	398	1501
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	2	53	81	72	208
	Transtorno Mental	1	1	3	12	35	29	23	53	25	182
	Dermatoses Ocupacionais	1	2	2	6	35	41	31	29	29	176
	PAIR	3	1	9	6	4	23	5	9	15	75
	Pneumoconiose	1	1	0	3	20	15	6	10	12	68
Total		3193	4317	4310	5795	8184	11192	12644	12788	13076	75499
ÓBITOS DO SIM		351	373	326	405	288	380	421	363	330	3237

FONTE: SESA/SVS/SIM/SINAN. Atualizado em 02 fev. 2016. In. Plano Estadual de Saúde 2016-2019, pág. 82.

ANEXO E – SÉRIE HISTÓRICA DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO 2007 – 2015 DO CEREST MACRORREGIONAL CAMPOS GERAIS DO PARANÁ

TABELA 3 – NOTIFICAÇÃO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR POR TIPO. CEREST MACRO CAMPOS GERAIS DO PARANÁ 2007 A 2015

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Acidente de trabalho grave	36	124	149	520	758	1356	1777	1008	731	6459
	Acidente de Trabalho com material biológico	110	249	236	277	330	278	293	258	317	2348
	Intoxicações Exógenas	107	101	110	91	90	115	151	87	118	970
DOENÇAS OCUPACIONAIS	LER/DORT	0	2	0	2	2	10	4	4	9	33
	Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	Transtorno Mental	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4
	Dermatoses Ocupacionais	1	0	1	1	3	3	2	4	11	26
	PAIR	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Pneumoconiose	0	0	0	1	2	1	0	1	1	6
Total		254	476	496	892	1185	1766	2229	1362	1191	9851

FONTE: SINAN-NET/4ªRS/SVS/SESA. In Relatório de Atividades CEREST Macro Campos Gerais, 2015.