



Artigo Original

Política de saúde dos trabalhadores: realidade em uma região de saúde do Rio Grande do Sul

Health policy of workers: reality in a Region of Health of Rio Grande do Sul

Luciane Maria Schmidt Alves¹
 Marco André Cadoná¹
 Suzane Beatriz Frantz Krug¹

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Resumo: O estudo analisa a construção da política de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul na perspectiva dos profissionais da saúde. O método utilizado teve enfoque qualitativo, desenvolvida com suporte teórico-metodológico do materialismo histórico dialético. A realização das entrevistas com o setor público de treze municípios envolveu nove profissionais que desenvolvem a política pública de saúde do trabalhador. Os resultados tratam do histórico de atuação e as concepções sobre política pública da saúde do trabalhador e sobre a atuação da esfera pública e os desafios para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador. Evidencia-se o contexto de saúde do trabalhador como uma política pública com inúmeros desafios, cujas ações desenvolvidas ainda estão distantes do que preconiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (a), especialmente nas ações de vigilância e do entendimento desse campo de atuação na rede básica de saúde dos municípios.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador - Políticas Públicas – Municípios.

Abstract: The study analyzes the construction of the policy of worker's health in Region 28 of Health of Rio Grande do Sul from the perspective of health professionals. The method used had a qualitative approach, developed with theoretical-methodological support from dialectical historical materialism. The interviews with the public sector of thirteen municipalities involved nine professionals who develop worker health policy. The data were submitted to content analysis. The results deal with the actuation history and the conceptions about public policy of worker's health and about the performance of the public sphere and the challenges for structuring a regional worker's health policy. The data show advances and contradictions of public policies, especially if evaluated under the context of economic growth to the detriment of workers' health. With regard to conceptions about politics, professionals understand that the health sector, in isolation, does not realize the effectiveness of this policy, which involves many areas of action, other policies, knowledge and interests. Regarding the actions and challenges for the structuring of a regional worker health policy, surveillance actions were highlighted as the main challenge. The worker's health context is evidenced as a public policy with many challenges, whose actions are still far from what the National Workers' Health Policy advocates, especially in the actions of surveillance and the understanding of this field of action in the basic health network of the municipalities.

Keywords: Worker's Health - Public Policies - Municipalities

1. Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, o processo histórico de discussão e de execução de políticas de saúde do trabalhador (ST) no Brasil tem como objetivo a atenção integral à saúde dos trabalhadores (promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa). Fundado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social, o SUS, ao ser institucionalizado pela Constituição de 1988, não somente garantiu à população brasileira o direito constitucional à saúde, mas também afirmou uma nova concepção de políticas de saúde. A partir dessa nova concepção passou-se a valorizar o pressuposto segundo o qual a saúde não pode ser entendida como ausência de doença, a saúde precisa ser promovida e, nesse sentido, o próprio adoecimento precisa ser entendido como algo complexo, multifatorial, que perpassa vários aspectos além do biológico, relacionados a questões sociais, ambientais, psíquicas, econômicas, políticas¹.

É claro que essa nova concepção de políticas de saúde repercutiu nas discussões e na própria construção das políticas de ST. A partir de então, não somente os pressupostos que fundamentaram a criação do SUS se fizeram presentes na construção das políticas públicas relacionadas à ST, mas também, as demandas oriundas das lutas históricas dos trabalhadores que, desde a década de 1960, cobravam maior participação nas discussões sobre a saúde dos trabalhadores, defendendo concepções diferentes daquelas presentes tanto na “medicina do trabalho” quanto na “saúde ocupacional”².

Naquele contexto histórico, portanto, aos poucos foi se afirmando uma nova concepção, denominada “saúde do trabalhador”, a partir da qual se observou um importante deslocamento, colocando-se como “objeto da saúde do trabalhador” “o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”. Com esse pressuposto, a “saúde do trabalhador” se colocou como afirmação de um interesse (teórico e político) de rompimento com concepções que estabelecem vínculos causais entre doenças e agentes específicos ou, então, entre doenças e um grupo de fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho².

Com base nessas “novas” concepções e num contexto de implantação do SUS, a partir dos anos 1990, se observou uma dinâmica de discussão e de afirmação de uma legislação visando definir os contornos de uma “política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora”. Nessa direção, já o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 apontou ao SUS a competência de “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e, em 1996, através da Norma Operacional Básica (NOB 1/1996), a saúde do trabalhador foi incluída como um *campo de atuação da atenção básica à saúde*, explicitando-se, portanto, na legislação, o pressuposto de que a política pública de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras está diretamente vinculada com a política nacional de saúde (SUS)^{3;4}.

A partir da NOB 1/1996, diversas portarias do Ministério da Saúde, compreendendo a segunda metade da década de 1990 e a década de 2000, contribuíram para compor a saúde do trabalhador no âmbito do SUS, dentre as quais a Portaria nº 1.679 / 2002, que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) e a Portaria nº 1.833 / 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Observe-se que através da Portaria nº 1.679 foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, materialização do processo de regionalização das políticas de saúde do trabalhador, implementado a partir dos anos 2000. Atribui-se a esses Centros, no âmbito local-regional, compromissos político-institucionais, de gestão e organização dos serviços, de vigilância, de sistema de informações, de formação em saúde do trabalhador, de articulação interinstitucional visando criar condições favoráveis à efetivação da política (regional) de saúde do trabalhador, de controle social⁵.

Em relação à Portaria nº 1.833, de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), cabe destacar que essa Política alinhou-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença⁶. A referida política teve como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser observadas nas três escalas de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal), visando o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Além disso, na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora todos os trabalhadores, independente de sexo, de localização (urbana ou rural), da forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), vínculo empregatício (público ou privado), se ocupado ou desempregado, devem ser integrados, garantindo-se assistência e recuperação dos agravos, promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, além de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores⁶.

Portanto, já a partir da década de 1990 e seguindo uma orientação presente na própria

política nacional de saúde construída a partir da criação do SUS, a política nacional da saúde dos trabalhadores passou a enfatizar a importância tanto da escala local quanto da escala regional na construção de agendas públicas de atuação, visando o desenvolvimento de ações tanto de promoção da saúde quanto da prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa aos trabalhadores.

É nesse sentido, também, que se coloca a pretensão de analisar as políticas de saúde do trabalhador, na forma concreta como são construídas numa determinada região geográfica (Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul), a partir de uma compreensão da própria dinâmica histórica do modo de produção capitalista e de como essa dinâmica condiciona o trabalho em sociedade, os modos de organização do processo de trabalho, as formas históricas de inserção dos indivíduos nesses processos de trabalho. Tem-se, portanto, que não só os agravos à saúde são condicionados por essa dinâmica histórica, mas, também, as formas de compreensão e de intervenção que expressam as diferentes e contraditórias respostas aos problemas sociais implicados nos mesmos. É necessário que se considere, portanto, a dinâmica histórica do modo de produção capitalista com suas repercussões no mundo do trabalho como um condicionamento básico para a análise das políticas de saúde dos trabalhadores, pois, como afirma Lourenço (2009, p. 24), daí que resulta “tanto os agravos à saúde dos trabalhadores quanto as possibilidades de correlação de forças para que o Estado estabeleça ou não as garantias trabalhistas, previdenciárias e demais políticas públicas promotoras de cidadania”⁷.

A abordagem desse estudo valoriza o importante papel do profissional de saúde no processo de construção da política de ST, tanto pelo histórico de atuação e conhecimento dos desafios para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador, quanto pela proximidade com os usuários, vítimas de agravos relacionados ao trabalho.

2. Objetivo

O estudo tem como objetivo analisar a construção da política de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde (RS) na perspectiva de profissionais da saúde.

3. Percorso metodológico

Este estudo é um recorte de uma tese de doutoramento que investigou sobre a construção social de uma política de atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras na Região 28 de Saúde no Rio Grande do Sul, intitulada: “Quando a saúde dos trabalhadores é uma questão de saúde pública? A construção social de uma política de saúde dos trabalhadores na região 28 de saúde do Rio Grande do Sul. A pesquisa qualitativa foi desenvolvida com suporte teórico-metodológico do materialismo histórico dialético, contextualizando a construção da política pública de saúde do trabalhador nos municípios da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul (RS). O universo total da população da referida Região, conforme dados do último Censo Demográfico (2010), é de 327.158 habitantes, assim divididos: Candelária – 30.171 habitantes; Gramado Xavier – 3.970 habitantes; Herveiras – 2.954 habitantes; Mato Leitão – 3.865 habitantes; Pantano Grande – 9.895 habitantes; Passo do Sobrado – 6.011 habitantes; Rio Pardo – 37.591 habitantes; Santa Cruz do Sul – 118.374 habitantes; Sinimbu – 10.068 habitantes; Vale Verde – 3.253 habitantes; Vale do Sol – 11.077 habitantes; Venâncio Aires – 65.946 habitantes; e Vera Cruz – 23.983 8 (IBGE, 2010).

Este recorte do estudo traz dados coletados com os profissionais do setor público que atuam com a saúde do trabalhador na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas com nove profissionais vinculados ao SUS, responsáveis pelo desenvolvimento da política de saúde do trabalhador nos municípios, com representantes do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST/Vales), da Coordenadoria da Regional de Saúde (CRS) e Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) e com membros participantes da Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador (CIST) dos municípios da região. As entrevistas foram orientadas por um roteiro que contemplou quatro eixos temáticos: 1. Histórico de atuação no campo da saúde do trabalhador; 2. As concepções sobre política pública da saúde do trabalhador; 3. Avaliação da atuação do Estado no campo da

saúde do trabalhador na região; 4. Os desafios colocados atualmente para a saúde do trabalhador e para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador. Os dados foram submetidos a análises temáticas.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi fundamentada em princípios éticos e de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob parecer nº 1.559.188.

4. Resultados e Discussões

Os resultados estão apresentados em duas temáticas.

4.1 Histórico de atuação e as concepções sobre política pública de saúde do trabalhador

Esta análise atentou para o olhar desses profissionais de saúde, numa perspectiva de ampliação da compreensão do processo histórico de construção das políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, mas também de identificação das diferentes concepções de saúde dos trabalhadores que estão presentes entre os sujeitos que participam desse processo de construção.

Uma primeira questão a ser analisada a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde está relacionada com o histórico de atuação desses profissionais no campo da saúde dos trabalhadores. Nessa direção, importante registrar as manifestações dos representantes das UMRESTs, em cujas falas iniciaram recuperando a participação que tiveram na própria construção, em seus municípios, dessas unidades, mas, também, destacando a participação naquele processo de algumas instituições, de alguns profissionais e do movimento sindical.

É, o nosso município iniciou em torno de 2002, 2003 com o movimento sindical. A UMREST [...] nasceu de um sonho que o movimento sindical e o conselho municipal de saúde foi umas das primeiras comissões que teve no município foi a CIST em 2002 e aí então a primeira unidade de saúde do trabalhador [...] havia toda uma construção da política de saúde do trabalhador no estado, foi umas das pioneiras e aí depois teve movimentos sindicais em São Paulo [...] (Representante da UMREST).

Que eu lembro na verdade, o serviço começou há mais ou menos uns 15/16 anos atrás, justamente com a questão do movimento social, né, foi um movimento social da região aqui que se mobilizou pra poder construir esse serviço. E aí nessa época quem participava era a representando a 13ª, do CEREST [...]. E que eram assim as pessoas da época de técnicas assim bem engajadas, tinha da UNISC também, era as professoras da psicologia e enfermagem [...] aí a UMREST surgiu no município muito antes do CEREST, [...] (Representante do UMREST).

O histórico de atuação das UMRESTs, no entanto, apresenta dificuldades de diferentes naturezas, inclusive no que diz respeito à infraestrutura necessária para atividades básicas. O relato da representante da UMREST, nesse sentido, é ilustrativo, ao indicar que nem mesmo um computador, no momento da entrevista, auxilia nas atividades realizadas na Unidade:

[...] E aí continuou então, a UMREST foi lá pra matriz né e a gente continuou tocando, só que agora esses 3 anos [...] inclusive esse ano a gente não tem nenhuma notificação no sistema porque a gente tá sem computador e aí eu disse assim pra eles "enquanto não entrar um computador pra UMREST eu não vou notificar mais" [...]. O nosso computador estragou com a enchente aquela que deu em outubro né, e aí a gente não recebeu mais e estamos esperando (Representante da UMREST).

Dificuldades que, no histórico das UMRESTs, se expandem para a relação com o poder público, ou então no diálogo com espaços sociais importantes (empresas, sindicatos mesmos), expressando uma dinâmica de avanços e recuos, às vezes condicionada pelas ações dos governantes, às vezes vinculada à própria dificuldade em alcançar uma visão mais clara sobre atuação pública no campo da saúde dos trabalhadores. Como expressa a fala:

[...] a gente já passou por várias fases na saúde do trabalhador, né. Posso falar do momento que eu cheguei, quando eu cheguei as ações eram muito restritas, digamos assim, porque existia o médico, a enfermeira e uma psicóloga. Então era muito mais assistencialismo né, assistencialismo mesmo de dar as coisas no sentido de mastigadinho, pescadinho né, do que no sentido de promover a saúde dos trabalhadores né. Então era uma coisa muito mais voltada pra área da medicina, com atestados de incapacitação pro trabalho e se acabava trabalhando muito para o INSS e não para a saúde do trabalhador. Por várias questões, por vários motivos assim, desde dificuldade de técnica até dificuldade estrutural né, [...] Quando eu cheguei na UMREST articulei

novamente a CIST e [...] ali a gente retomou as ações do controle social, já com algumas dificuldades, porque na primeira reunião foram até bastante pessoas, na segunda diminuiu, na terceira já foi bem menos [...] comecei a questionar como a gente faz saúde do trabalhador sem controle social. Até hoje eu me pergunto isso, eu não tenho resposta (Representante da UMREST).

A continuidade da fala dessa entrevistada permite perceber como, no histórico de construção das UMRESTs, das dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nas Unidades resultam, não raras vezes, a necessidade de assumirem uma posição de militante, para vencer barreiras que se colocam, inclusive, junto a determinadas instituições que efetivamente têm compromisso com a discussão e a construção de uma política de saúde dos trabalhadores. Nessa dinâmica conflituosa destacam-se, então, preconceitos em relação à própria natureza da UMREST, concepções de saúde dos trabalhadores que são antagônicas, sentimento de impotência dos profissionais, problemas de gestão dos serviços etc.

[...] com o passar do tempo a gente começou então a fazer umas coisas fora, no sentido do controle social mesmo então eu visitei sindicatos, coloquei a nova equipe como estava composta [...] como era a forma de encaminhamento, colocamos a questão toda de como a gente trabalhava né. E aí a gente percebia muito que ou tinha um certo descaso em relação à unidade, um certo descrédito até, porque eles tinham uma visão muito essa da qual eu te falei antes, de que a UMREST servia pra dar atestados né [...] enfim, uma coisa judicial. E a gente mostrava "que bom, isso até pode fazer parte do processo, mas o objetivo não é esse, o objetivo é o tratamento dos trabalhadores adoecidos", e até as prevenções e promoção de saúde. E aí a gente sentiu uma certa resistência por parte de alguns sindicatos de entender ou até de aceitar isso assim [...] também comecei a me engajar mais junto com o CEREST pra fazer vigilância em ambiente de trabalho, participei também do controle social do conselho gestor por um tempo como conselheira e aí pra entrar bem na questão da política mesmo de saúde do trabalhador, porque eu percebia que pouco a gente ia poder fazer a nível de saúde sem o engajamento no controle social e da própria política do controle [...]. E era uma coisa que já tava tão enraizada que era muito difícil a gente convencer as pessoas do contrário. Sem contar que tecnicamente e internamente a gente tinha muitos problemas. [...] a gente nunca tinha uma coordenação também que fosse posicionada [...] problemas com gestão, que a gente sabe que é uma coisa que acontece não só conosco [...]. A gente passou a ficar muito tempo rotulados e ainda somos rotulados como um serviço que não faz nada, como um serviço onde os profissionais não trabalham, não são engajados, e que a gente acaba se desestimulando também, porque, bom, isso também é motivo de sofrimento [...]. (Representante da UMREST).

A manifestação dessa entrevistada tem uma importância que transcende à questão histórica das UMRESTs na região de estudo. Trata-se de uma fala que ilustra dificuldades na construção de uma política de saúde dos trabalhadores, decorrentes tanto da resistência que representantes sindicais muitas vezes têm em relação a determinadas abordagens, quanto dos próprios trabalhadores que, condicionados por uma cultura de individualização das relações de trabalho, nem sempre estão dispostos a enfrentar publicamente as repercussões de suas condições de trabalho sobre suas condições de vida. Como indicado claramente, o medo de perder o emprego pode se colocar como uma condição importante para um "vamos deixar isso para lá" no momento de definir ações vinculadas à saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

No contexto atual das duas UMRESTs existentes na região e, considerando ações de promoção da saúde, os profissionais desses serviços evidenciaram a importância das atividades de capacitações temáticas junto a rede básica de saúde. Essa ação tornou-se cada vez mais imprescindível, devido ao incremento do número de Estratégias de Saúde da Família nos dois municípios e novos profissionais concursados que passaram a integrar a rede básica de saúde, necessitando serem capacitados para identificar e atender questões relacionadas a ST.

O último registro da entrevista realizada com os representantes das UMRESTs remete ao segundo tema que foi abordado com os profissionais de saúde que atuam com saúde dos trabalhadores: a concepção que têm sobre a política de saúde dos trabalhadores. Nessa direção, uma entrevistada destacou as descontinuidades na construção da política, apontando, por exemplo, para o fato de que, na região, nem todos os municípios têm ações comprometidas com a saúde dos trabalhadores:

É uma política que já existe, que foi só normatizada né. Aqui a construção iniciou em 2003. Aí tu pega os

municípios vizinhos como [...] não tem nada da política. O homem do campo sofre na carne isso e aí a gente vê uma política paralela, que agora uma política do homem do campo que o estado criou agora, que entrou uma portaria que prevê tudo aquilo que já tá lá no RENAST, mas que criaram outra política que tá começando do zero e que o homem do campo não tem acesso a nada igual. Aí daqui uns dias se cria outra política, mas é uma política só, é um direito só. Aí fica toda uma construção, todo gasto com folder, com isso, com aquilo... prá falar a mesma coisa, que é a saúde da pessoa (Representante do UMREST).

Questões que não passam despercebidas pela representante de uma UMREST que, quando questionada sobre a política, destacou também as dificuldades relacionadas ao controle social:

Eu não sei como a gente faz saúde do trabalhador sem controle social. E eu vejo que a política hoje tá comprometida por isso, porque tá ali no papel, aparentemente tem verba, embora o estado não repasse. Mas a política fica comprometida pela falha, digamos assim, do controle social. (Representante da UMREST).

De certa forma, as falas dos representantes das UMRESTs são seguidas pelas manifestações de outros profissionais da saúde que foram entrevistados que, ao analisarem a política de saúde dos trabalhadores enfatizaram as dificuldades, as incongruências, os limites de atuação que estão presentes, inclusive, no cotidiano de seus trabalhos. Conforme ilustra a fala:

[...] a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora seria a base de todas as ações, deveria estar no nosso dia-a-dia, não só do CEREST né. No momento que a gente vai estudar a política, ler, interpretar, tu te dá conta assim de que não é só o serviço especializado que tem que fazer isso, teria que ser como a saúde da mulher, a saúde do homem, todas as outras políticas estão inseridas no posto de saúde, na unidade básica, a saúde da família, da criança. E a do trabalhador ela não consegue ter esse mesmo peso, digamos assim. A gente tem muita dificuldade de que ela esteja lá, lá na ponta [...]. Então a gente depende muito do entendimento de alguns profissionais. E muitas vezes os profissionais não conhecem, não sabem, os próprios gestores não tem conhecimento de que isso tem que ser feito lá no município. (Representante da CRS).

É, na verdade a política de saúde do trabalhador ela é, acho, que um campo que ela extrapola muito mais do que o campo somente saúde. Ela tem a ver com tantas coisas que só o setor saúde não dá conta. Ela é um campo que a gente precisa trabalhar muito a questão da intersetorialidade, da interinstitucionalidade, porque essas questões econômicas, as questões sociais aparecem com muita intensidade, não que nas outras políticas públicas... [...] Eu entendo como uma política essencial [...], é uma política transversal, porque na verdade em todas as outras políticas públicas de alguma forma, a política de saúde do trabalhador aparece. Por exemplo [...] então a gente muitas vezes se depara com queixas de mulheres que estão gestantes, que tem toda uma legislação que garantiria o acesso ao pré-natal, a política de saúde da mulher, mas pelas questões da saúde do trabalhador, essa trabalhadora é impedida, muitas vezes, de tá realizando o pré-natal de forma adequada, ou, às vezes, o próprio fato de ser gestante exige que o local de trabalho também seja feito algumas adequações por aquele momento específico da saúde dela, que isso não acontece. Daí a gente pode pensar da política da saúde da criança e do adolescente que tem as questões do trabalho infantil. [...] Na verdade, qualquer política [...] de saúde mental, tem muito isso. (Representante do CEREST).

As falas das entrevistadas sobre essas questões permitiram, no entanto, analisar duas outras questões que, embora tenham relação com as concepções de política de saúde dos trabalhadores, também remetem a outras problemáticas que estão presentes nesse campo de atuação: a visibilidade das doenças relacionadas ao trabalho e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores diante de doenças relacionadas ao trabalho. Em relação à primeira questão, a representante de uma UMREST indicou que, de modo geral, são doenças "visíveis", enquanto que a outra representante da UMREST destacou as doenças que aparecem com maior frequência:

É quando tem a lesão propriamente dita né, tanto adoecimento mental, quando realmente tem uma síndrome, quando aparece a síndrome né. É física quando existe a lesão, ou o acidente ou a lesão realmente né, muscular, de limitação de movimento [...]. A gente não consegue fazer a prevenção, aqui em Rio Pardo a gente não tá conseguindo atuar na vigilância. Justamente por isso, por não ter uma ampliação da equipe né (Representante da UMREST).

LER e, psicologicamente, assédio... assédio moral. São as duas doenças que mais aparecem assim (Representante da UMREST).

A questão que se coloca é que os trabalhadores tendem a chegar até os espaços públicos comprometidos com a saúde dos trabalhadores somente em situações de maior gravidade, o que torna, portanto, as doenças relacionadas ao trabalho, um fenômeno invisível.

Os trabalhadores da saúde entrevistados tendem a vincular a invisibilidade das doenças à própria organização do trabalho atualmente. Na visão deles, os locais de trabalho atualmente estão cada vez mais caracterizados por maior pressão, maior competitividade e maior responsabilização dos próprios indivíduos em relação à sua condição de trabalho e de trabalhador. Nesse contexto, assumir as próprias doenças pode se colocar como um problema, que se volta contra o próprio trabalhador, que não consegue atender às expectativas que seus locais de trabalho colocam em termos de produtividade.

[...]. Pensando na região aqui, o que a gente nota assim, tem as queixas muitas vezes dos trabalhadores com relação a pressão para produção, tem que produzir tantas peças de vestuário num dia né. E aí alguns pacientes relatam que no momento em que a equipe, o time, ou sei lá como eles chamam, aquela linha de produção atingir a minha meta que era de sei lá, 200 peças, vamos fazer mais 50, vamos fazer 250 amanhã. [...] isso a gente pode trazer também pra outros ramos, frigorífico também. E é comum assim, o CEREST chega na empresa e pergunta: "aí o ritmo de trabalho é sempre assim?" [...] "não [...] diminuiram quando vocês chegaram". [...] Aí acontece também casos de que o [...] por exemplo né, nós somos 5 pessoas naquela linha de produção e eu não consigo atingir aquela meta, porque eu estou doente ou porque eu estou adoecida com relação ao meu trabalho e aí os meus colegas começam a me pressionar porque eu tenho que produzir pra gente chegar na meta e ganhar alguma coisa e ter um bônus no final do mês, enfim [...] é bem complicado assim (Representante do CEREST).

Essa última fala já indica uma estratégia presente entre os trabalhadores diante de situações de adoecimento no trabalho: a negação. Essa foi uma questão muito destacada pelos trabalhadores de saúde, ao serem perguntados sobre as estratégias que os trabalhadores utilizam diante de doenças no trabalho: os trabalhadores, face às pressões que enfrentam diante de situações de adoecimento, passam a negar as próprias doenças.

[...]. Eles permanecem trabalhando até terem uma lesão irreversível e até eles não conseguirem mais, aí eles trocam a função, trocam de profissão e aí a lesão continua e aí eles ficam realmente [...] (Representante da UMREST).

Na verdade, eles ultrapassam os próprios limites assim, então acabam, muitas vezes, negligenciando a sua saúde, mesmo não tendo condições, vão indo vão indo vão indo, e realmente, até não aguentar mais [...] (Representante do CEREST).

¹⁰ O trabalhador que apresentar falta de disciplina ou ser portador de alguma doença sofre discriminação e, somado a invisibilidade social que cerca os agravos relacionados ao trabalho, a discriminação desses trabalhadores tem um caráter excludente, ampliando o sofrimento e a desigualdade social. Diante da alta probabilidade de sofrer discriminação, o trabalhador que estiver acometido por doença ocupacional sente medo, levando-o a resistir e esconder tal situação pelo período de tempo máximo que seu corpo ou sua mente permitir. Assim, o afastamento do trabalho, especialmente por causas relacionadas ao trabalho tendem a ocorrer somente em casos extremos, constituindo-se em uma das últimas alternativas ¹⁰.

4.2 Avaliação da atuação da esfera pública e os desafios para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador.

Quanto à avaliação dos profissionais de saúde em relação à atuação do Estado no campo da saúde do trabalhador na região, observa-se que a questão principal está relacionada ao financiamento, em especial quando se refere aos compromissos dos governos estadual e nacional. Esse dado, no entanto, precisa ser temporizado, dado que, no momento da realização das entrevistas, as dificuldades financeiras alegadas pelo governo estadual no Rio Grande do Sul e os desdobramentos do governo Temer (em especial no que diz respeito a cortes nos gastos públicos) podem ter se colocado como questões importantes na construção das respostas das duas entrevistadas. "Não há nenhum compromisso. Agora nenhum. Inclusive o repasse foi [...] não tem previsão orçamentaria para saúde dos trabalhadores. Então, provavelmente a gente vai regredir de novo" (Representante da UMREST).

Tirando essa questão do recurso que é, acho que é, função deles lá tentar gerenciar isso, em alguns momentos eu sinto falta do estado se envolver um pouquinho mais. Porque o que que acontece, o CEREST, o serviço regional, nós somos concursados do município e fizemos ações na região. Eu acho que em alguns momentos falta o estado intervir de uma forma um pouco mais direta nos municípios. [...] Eu acho que neste momento tá faltando também o estado cobrar do município e não só o CEREST. Tem um peso diferente. É diferente o estado dizer assim [...] Então a gente fez ano passado uma atividade de capacitação em epidemio na 13ª CRS e foi convocado pela 13ª CRS, então veio quase todos os municípios, diferente de quando o CEREST convoca, vem dois ou três. [...] a própria saúde do trabalhador ela tem vários atravessamentos, não sei qual o termo correto, mas assim, tu tá mexendo com o lucro de uma empresa, tu tá mexendo com várias outras questões, por exemplo, em município pequeno, às vezes, acontece de que aquela empresa é o principal empregador do município. Por exemplo, se o município vai fazer alguma ação em relação àquela empresa, e aí como é que fica se fechar? Daí ninguém mais vai ter emprego? Então, tem um peso diferente. Tem municípios que a gente tem dificuldade, tem profissional que diz "olha, eu não vou poder fazer isso, não tem como eu ir lá e, a empresa é do secretário de saúde né, ou a empresa é de um parente do secretário de saúde, ou é do prefeito, do familiar do prefeito". Então, quando é muito pequeno é complicado, é bem difícil (Representante do CEREST).

Note-se, no entanto, a partir dessa última fala, que o profissional de saúde cobra uma presença maior do estado (aqui se referindo às autoridades governamentais em nível estadual) no próprio controle social, dadas as dificuldades que não raras vezes os profissionais (principalmente em municípios menores) enfrentam para encaminhar questões relacionadas à saúde dos trabalhadores. Como bem indicado pelo profissional, há mesmo uma pressão social nos espaços locais e regionais para certa contemporização das questões relacionadas à saúde/doença no trabalho, pois as ações (mesmo aquelas que apenas visam prevenção) podem (e são) compreendidas/representadas como ações contrárias ao desenvolvimento local/regional.

Por fim, então, os trabalhadores da saúde indicaram algumas dificuldades e alguns desafios para e na construção de políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde. Quanto às dificuldades para a estruturação da política de saúde do trabalhador, as profissionais indicaram sentimento de desvalorização, especialmente pelos colegas da rede de saúde. As dificuldades nas relações interpessoais e profissionais entre os serviços UMREST e CEREST foram mencionadas com frequência, conforme a fala: "Uma coisa que eu percebi desde que eu entrei na UMREST é que o CEREST não permitia o crescimento da UMREST [...] por mais que tenham um discurso diferente" (Representante da UMREST). "[...] a saúde do trabalhador não é bem vista, nem mesmo pelos próprios colegas da prefeitura" (Representante da UMREST).

Percebe-se que as dificuldades nas relações acarretam prejuízo para o serviço, pois há falhas na comunicação, inclusive no que se refere as atribuições dos serviços e falta de um trabalho integrado, segundo entrevista: "As notificações do município é o município que tem que fazer, só que quem fazia era o CEREST. Tudo bem, passava um tempo, aí o CEREST faz vigilância no município e não convida a UMREST" (Representante da UMREST).

A insatisfação das representantes das UMRESTs também se dá em relação a Secretaria Municipal de Saúde pelo sentimento de desvalorização, pois estão retirando membros da equipe e a estrutura física, prejudicando a qualidade e a permanência dos atendimentos que vem sendo prestados aos usuários desse serviço. Também a falta de engajamento da CIST e da gestão da política no estado prejudicam o andamento do serviço. Uma profissional relatou que se sente sozinha na rede, além do menosprezo, visto como um "serviço que não trabalha"; outra relata descontentamento quando encaminha os seus pacientes para o CEREST, principalmente aqueles que precisam de assistência.

Foi destacado também que uma profissional da UMREST fez referência às dificuldades encontradas nas relações com os sindicatos dos trabalhadores, pelo fato de buscarem somente ações assistenciais, emissão de CAT, laudos médicos, receitas de medicamentos, desconsiderando as atividades preventivas. Nota-se, nesse sentido, algo que está presente na própria história das políticas de saúde dos trabalhadores, ou seja, o fato de que se trata, segundo Lacaz (2014, p. 225) de uma "arena de disputas e conflitos por que envolve uma concepção teórica e prática de enfrentamentos da dominação do capital sobre o trabalho" ¹¹.

Por outro lado, as profissionais que atuam nas UMRESTs apontam desafios, destacando, por um lado, a necessidade de ampliar as ações e garantir a eficiências dos serviços, mas, por outro lado, mesmo a garantia do que já foi construído.

A assistência, infelizmente. Porque o que tem acontecido, eu acho que aquilo que a gente sempre luta na ST, o fortalecimento da estrutura, dos 3 braços da assistência, tem que a previdência se juntar, tem que o SUS incorpora a solicitação previdência e dá a contrapartida assistencial né. Porque o que a gente vê é o sucateamento do trabalhador, por exemplo tem uma lesão, ele fica pimplando as vezes 20, 30 dias até achar. Aqui a gente até ta conseguindo dar uma resposta rápida mas quantos trabalhadores ficam no vácuo. [...]. O desafio é só esse, que é trabalhar numa mesma linha. A assistência social, o SUS e o privado. Porque o privado, ele tem que prevê que ele precisa, ele vai pagar a ecografia do trabalhador? Não vai né. Ai manda pro SUS, aí o médico do SUS faz o diagnóstico, aí vai pra previdência, aí o médico da previdência vai fazer a perícia, aí nega, aí volta [...](Representante da UMREST).

[...] eu acho que nesse momento a UMREST ta podendo crescer. Uma coisa que eu percebi desde que eu entrei na UMREST [...] era o quanto o CEREST não permitia o crescimento da UMREST. Então assim, por mais que tenha o discurso de que eles amam esse serviço, de que vieram daqui, que naquela época as coisas funcionavam e que não sei o que, [...]. As coisas não são assim na prática [...]. (Representante da UMREST).

Note-se, nessa última manifestação, que as dificuldades existentes nos relacionamentos entre diferentes profissionais e diferentes espaços diretamente vinculado com as políticas de saúde dos trabalhadores colocam-se, também, como desafios que precisam ser superados para que essas políticas consigam maior efetividade.

Os representantes do CEREST também pontuaram alguns desafios para a saúde do trabalhador e para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador. Todos os profissionais de saúde entrevistados neste serviço afirmaram que se sentem discriminados, até mesmo desvalorizados, conforme relata a entrevistada:

[...] já naquela época, quando tudo começou já havia o sentimento de que a saúde do trabalhador nunca foi uma política de saúde bem aceita e frequentemente são lembrados como um serviço que atrapalha o desenvolvimento, que é contra as empresas, levando os profissionais a um desgaste permanente, pois precisam estar sempre prontos para se defender (Representante do CEREST).

No entendimento dos profissionais do CEREST, para que esses tensionamentos não ocorram de forma direta entre o profissional técnico e o gestor e para que o desgaste não seja ainda maior é fundamental a presença dos movimentos sociais (em especial, do movimento sindical), do Conselho Municipal de Saúde, da CIST. Entendem que um serviço sem controle social acaba sendo “podado” de várias maneiras, prejudicando o desenvolvimento de ações mais ousadas e efetivas.

Os profissionais do CEREST destacam que os gestores e a maioria dos profissionais que atuam na rede básica de saúde não valorizam as atividades preventivas realizadas pelo CEREST nos municípios da região estudada. Também são criticados por não atenderem a demanda espontânea e, segunda uma das entrevistadas, frequentemente ouvem frases discriminatórias: “Fazer promoção de saúde e prevenção é muito bonito nos livros [...] não atendem os pacientes, qual a razão desse serviço” (Representante do CEREST).

Nesse sentido, os profissionais do CEREST entendem que o seu trabalho, principalmente preventivo, não tem o devido reconhecimento e importância para muitos profissionais de saúde, que atuam prioritariamente em ações de enfoque curativo. Essa forma promotora e preventiva de fazer saúde não possui a mesma importância política para os municípios e serviços, pois estas não são notificadas como ações de assistência e, conseqüentemente, não são visíveis nos registros das ações de saúde desenvolvidas, conforme a entrevistada menciona: “Qual a relevância política dizer ter feitos tantas ações como promoção da saúde, trabalho preventivo em grupos, palestras. O que importa são as cirurgias, as consultas médicas, [...] visão centralizada na doença” (Representante do CEREST).

Conforme as entrevistas, os profissionais do CEREST acreditam que os serviços públicos especializados em saúde do trabalhador (CEREST e UMREST) ainda não foram extintos devido a questões políticas e por isso ainda permanecem. Conforme relato: “[...] nenhum gestor quer ter a sua história política marcada pelo encerramento de um serviço de saúde” (Representante do CEREST).

Destacaram que há outras formas de “fechar um serviço”; um exemplo atual são as UMREST de Santa Cruz do Sul e Rio Pardo, que perderam a maioria dos profissionais que compunham a equipe, além de terem sido transferidos para uma pequena sala, sem espaço físico para realizar um atendimento adequado aos seus pacientes: “Atualmente, no próprio Estado está sendo questionada a necessidade dos CEREST e como parte do recurso financeiro para manter o serviço é do estado, eles não estão repassando a verba” (Representante do CEREST).

Esta situação acaba sobrecarregando as despesas do município sede por ser responsável pelos profissionais concursados e, mesmo sem os recursos do estado, não podem deixar de pagar os salários dos servidores. No período em que foi realizada a coleta dos dados (2016-2017), o CEREST/Vales vivenciava a falta de recursos financeiros pelo governo do estado, tanto para o pagamento dos salários dos profissionais como para o desenvolvimento das ações de saúde. Assim como nas UMREST, estavam ocorrendo transferências de profissionais de saúde da equipe para outros serviços da atenção básica em saúde, conforme relata a entrevistada:

O gestor de saúde justifica a necessidade de trocar os profissionais, alegando maior necessidade de profissionais em outro local. Apesar da crise econômica vivida no país, sabe-se que impedir o desenvolvimento das ações de saúde é uma forma de fragilizar a importância do serviço (Representante do CEREST).

Outro aspecto mencionado nas entrevistas é que, além do controle social estar enfraquecido, o Conselho Estadual de Saúde - que é uma instância importante no SUS, participa da construção de política em saúde, de fiscalização do financiamento, também enfraqueceu suas ações nos últimos anos. Da mesma forma em relação aos parceiros externos, a saúde não se faz sozinha, é preciso o apoio da agricultura, da educação, da universidade e da segurança pública, entre outros. Por fim, uma das entrevistas do CEREST destaca a seguinte frase: “É preciso que a Saúde do Trabalhador seja vista e, talvez, os momentos de crise podem trazer à tona mudanças. Às vezes é preciso o caos para se reorganizar” (Representante do CEREST).

A construção da política regional de saúde do trabalhador apresenta conflitos e desafios para a efetiva participação das diferentes instituições envolvidas com a ST, o que necessita a atenção dos atores envolvidos com este campo de atuação na região estudada. Portanto, a construção das políticas de saúde dos trabalhadores na Região 28 de Saúde, na perspectiva das representantes dos trabalhadores da saúde, é expressão de um processo histórico marcado por uma participação (militante) de alguns profissionais, mas, também, de algumas instituições, dentre as quais se destacam meios universitários e meios sindicais. A participação do movimento sindical no processo, no entanto, não é vista apenas em seus aspectos positivos, pois, como indicado, é nesse espaço que são percebidas determinadas contradições, vinculadas essas, inclusive, com as diferentes concepções de saúde dos trabalhadores que estão em disputas nessas dinâmicas históricas.

5. Considerações Finais

Os profissionais de saúde dos serviços públicos dessa Região relataram avanços e contradições das políticas públicas, especialmente se avaliadas sob o contexto de crescimento econômico em detrimento da saúde dos trabalhadores. Todos os profissionais desses serviços percebem o sofrimento psíquico como um dos principais problemas de saúde dos pacientes que procuram assistência especializada em ST. O assédio acontece para que os trabalhadores mantenham os níveis de produção, com o máximo de suas potencialidades físicas e mentais. Além disso, a desconfiança dos colegas, dos familiares e das chefias em relação a doença do trabalho como LER/DORT gera muito sofrimento nos pacientes, o que dificulta o tratamento. Diante dessa realidade percebe-se que os trabalhadores estão cada vez mais doentes e quando buscam o serviço especializado em ST a doença já agravou e, na maioria das vezes, estão desempregados e sem condições para voltar a trabalhar.

No que se refere as concepções sobre política pública de saúde do trabalhador, os profissionais entendem que o setor da saúde, de forma isolada, não dá conta da efetividade dessa política, que envolve muitas áreas de atuação, outras políticas, conhecimento e interesses.

Quanto as ações e desafios para a estruturação de uma política regional de saúde do trabalhador, destacaram as ações de vigilância como principal desafio. A primeira dificuldade para realizar vigilância aos ambientes de trabalho é convencer os gestores de saúde sobre esta prática, o que geralmente causa desconforto político. Os profissionais de saúde também referiram receio de fazer as ações de vigilância, pois não possuem autorização para autuar as empresas, somente desenvolver ações educativas, podendo ser impedidos de realizar esta ação pela empresa. Outro aspecto que se apresenta como desafio para a Coordenadoria Regional de Saúde é a frequente troca de gestores nas secretarias municipais de saúde.

Sobre a estruturação da política regional de ST, os profissionais do CEREST entrevistados mencionaram ter conquistado junto aos municípios a responsabilidade de elegerem um profissional responsável pelas ações de saúde do trabalhador. Atualmente desenvolvem ações no sentido de ampliar o olhar dos profissionais sobre ST nos municípios e destacam que melhoraram as notificações nos casos de acidentes de trabalho, mas os casos de doenças ainda são subnotificados.

Quanto as estratégias de trabalho adotadas pelo CEREST para o desenvolvimento das ações junto aos municípios, entendem estar avançando para além do modelo estabelecido pelo SUS, principalmente através das ações de matriciamento, em um processo de construção compartilhada de saúde. Relatam a importância de uma atuação para além do atendimento ao trabalhador que vem para o CEREST/Vales, a preocupação é identificar aqueles que não vem e que podem estar em situação semelhante e, ainda, aqueles que poderiam ser tratados no seu município. A rede de saúde precisa identificar esses casos e, nesse sentido, o matriciamento pode auxiliar.

A Coordenadoria Regional de Saúde está trabalhando no sentido do fortalecimento da política e das ações de educação permanente e uma das ações desenvolvidas em conjunto com o CEREST foi a oferta, junto a universidade, de um curso de pós graduação *latu sensu* em Saúde do Trabalhador para os municípios que manifestaram interesse em qualificar seus profissionais da rede. Outra estratégia a ser desenvolvida e apontada pela Coordenadoria é fortalecer os estágios acadêmicos de cursos de graduação nos serviços de atenção à ST, que, na atualidade, pouco acontecem. Também mencionam a necessidade de fortalecer o controle social, destacando a CIST como uma das possibilidades para ampliar as ações de ST na região.

Os resultados evidenciam o contexto de ST como uma política pública com inúmeros desafios, cujas ações desenvolvidas ainda estão distantes do que preconiza a PNST, especialmente nas ações de vigilância e do entendimento desse campo de atuação na rede básica de saúde dos municípios.

6. Referências Bibliográficas

1. COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 225-244.
2. MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991. Acesso em março 2015.
3. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a.
4. ASCARI, R.A. Retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. Acta Jus - Periódico de Direito, Maringá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun./ago, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012b. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em:

- <conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf.>. Acesso em: 20 set 2015.
7. LOURENÇO, E.S. Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca (SP). Tese de Doutorado. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2009. 427f
 8. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades Rio Grande do Sul [internet]. Brasília; 2010 [citado 2012 ago 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
 9. MINAYO, M. C. S. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
 10. BUTIERRES, M. C.; MENDES, J. M. R. A Discriminação de Vítimas de Acidente do Trabalho ou de Doença Ocupacional: uma Situação de Invisibilidade Social Potencializada. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 22, n. 1, p. 237-260, 2016.
 11. LACAZ, F. A.C. Diferentes formas de apreensão das relações entre trabalho e saúde/doença. O campo da saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA – FILHO, N. Saúde coletiva – teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 595-610

Artigo Recebido: 04.10.2018

Aprovado para publicação: 01.02.2019

Luciane Maria Schmidt Alves

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Rio Grande do Sul, Brasil

Endereço do autor correspondente: Rua Egon Francisco Knak, 595, Higienópolis, CEP 96825320.

Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

Fone (51) 996040306

Email: lucianealves@unisc.br
