

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Jorge Henrique de Sousa e Silva Filho

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E AS  
POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR  
PÓS-CONSTITUINTE

Brasília  
2022

Jorge Henrique de Sousa e Silva Filho

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E AS  
POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR  
PÓS-CONSTITUINTE

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Fiocruz de Governo como requisito parcial para  
obtenção de título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde. (Vigilância e Gestão em  
Saúde).

Orientador: Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet  
Machado

Brasília  
2022

Título do trabalho em inglês: The trajectory of occupational health in Brazil and post-constitutional surveillance of the worker's health policies .

S586t Silva Filho, Jorge Henrique de Sousa e.  
A trajetória da saúde do trabalhador no Brasil e as políticas de vigilância em saúde do trabalhador pós-constituente / Jorge Henrique de Sousa e Silva Filho. -- 2022.  
111 f.  
  
Orientador: Jorge Mesquita Huet Machado.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde), Brasília, 2022.  
Bibliografia: f. 102-110.  
  
1. Saúde do Trabalhador. 2. Política de Saúde do Trabalhador. 3. Vigilância em Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443 Biblioteca Fiocruz Brasília

Jorge Henrique de Sousa e Silva  
Filho

**A Trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil e as Políticas Públicas de Vigilância em Saúde do Trabalhador Pós-Constituinte.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 27/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

*Jorge Machado*

---

Dr. Jorge Mesquita Huet Machado - Orientador - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Jorge Machado*

---

Dra. Jacinta de Fátima Sena da Silva – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Jorge Machado*

---

Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena – Membro Externo - Universidade Federal da Bahia

*Jorge Machado*

---

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – Suplente - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

*Dedico este trabalho ao meu pai, Jorge Henrique de Sousa e Silva (em memória), por manter vivo o tecido de humanidade presente na teia literária deste estudo. Te amo!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho, Lorenzo, por todos os momentos de afeto, alegria e amor incondicional proporcionados nestes anos. À minha companheira, Karine, pelo suporte, apoio, debates e orientações, além de todo o amor dedicado durante o período de estudos. À minha mãe, Telma, pelo incentivo e amor de sempre. À minha irmã, Clarice, pelo apoio no momento de passagem de nosso querido pai. À Sandra, mãe de Karine e minha mãe em Brasília, por todo o suporte, amor e cuidados com Lorenzo e com seu genro.

Aos diretores e funcionários do Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal, em especial ao meu amigo e tutor Adriano Limírio, um entusiasta da Saúde do Trabalhador e militante incansável da Enfermagem e do Sistema Único de Saúde. Aos camaradas e às camaradas da Resistência, pelo suporte teórico e militante nessa caminhada pela construção de uma sociedade mais humana e igualitária.

Ao meu Professor e Orientador Jorge Machado, pelo incentivo, parceria e paciência aos debates e orientações, por ser referência na produção acadêmica e na militância no campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, e pelo estímulo à construção de uma caminhada na área. À Fiocruz – Brasília, pela oportunidade de fazer pesquisa em uma instituição que colabora com a ciência e com as políticas públicas de saúde no país.

A todos que lutam pelo fortalecimento do SUS!

*“Perguntas de um trabalhador que lê*

*Quem construiu Tebas, a cidade das sete portas?  
Nos livros estão nomes de reis; os reis carregaram  
pedras?*

*E Babilônia, tantas vezes destruída, quem a  
reconstruía sempre?*

*Em que casas da dourada Lima viviam aqueles que  
a edificaram?*

*No dia em que a Muralha da China ficou pronta,  
para onde foram os pedreiros?*

*A grande Roma está cheia de arcos-do-triunfo:  
quem os erigiu? Quem eram aqueles que foram  
vencidos pelos césares? Bizâncio, tão famosa, tinha  
somente palácios para seus moradores?*

*Na legendária Atlântida, quando o mar a engoliu,  
os afogados continuaram a dar ordens a seus  
escravos.*

*O jovem Alexandre conquistou a Índia. Sozinho?  
César ocupou a Gália.*

*Não estava com ele nem mesmo um cozinheiro?  
Felipe da Espanha chorou quando sua frota  
naufragou. Foi o único a chorar?*

*Frederico Segundo venceu a guerra dos sete anos.  
Quem partilhou da vitória?*

*A cada página uma vitória.*

*Quem preparava os banquetes comemorativos?*

*A cada dez anos um grande homem.*

*Quem pagava as despesas?*

*Tantas informações.*

*Tantas questões.”*

*(Bertolt Brecht)*

## RESUMO

O estudo aborda a trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil, a evolução dos seus aspectos teóricos e práticos, a estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a vinculação da Saúde do Trabalhador ao Sistema Único de Saúde e sua institucionalização por meio das políticas públicas de saúde no período pós-Constituinte. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa que foi realizada em duas etapas. A primeira através de revisão narrativa sobre a trajetória da Saúde do Trabalhador; a segunda etapa através de análise crítica documental de legislações governamentais, tais como portarias, normas, leis, além de relatórios das conferências nacionais, com o objetivo de analisar as ações institucionais da Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. O estudo aponta, em seus resultados, o avanço no processo de gestão dos instrumentos propostos pelas políticas de Saúde do Trabalhador, no que diz respeito aos princípios da intersetorialidade e participação da comunidade, porém, o elenco de atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ainda é incapaz de gerar indicadores efetivos de execução de ações de vigilância, e que é necessário o fortalecimento da governança e da institucionalidade para a materialização dos instrumentos que garantem a promoção, a atenção integral, a intersetorialidade e a participação da comunidade na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Política de Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador.



## **ABSTRACT**

The Study addresses the trajectory of Occupational Health in Brazil, the evolution of its theoretical and practical aspects, the structuring of Occupational Health Surveillance, the link between Occupational Health and the Unified Health System and its institutionalization through public health policies in the post-Constitutional period. This is a descriptive qualitative research that was carried out in two stages. The first was carried out through a narrative review of the trajectory of Occupational Health. The second stage was carried out through a critical document analysis of government legislation such as ordinances, norms, laws, in addition to the report of national conferences, with the objective of analyzing the institutional actions of Occupational Health and Occupational Health Surveillance in Brazil. The study points out, in its results, the progress in the management process of the instruments proposed by the Occupational Health policies, with regard to the principles of intersectoriality and community participation, however, the list of attributions of the Reference Centers in Health of the Workers are still incapable of generating effective indicators for the execution of surveillance actions, and that it is necessary to strengthen governance and institutionality for the materialization of instruments that guarantee promotion, comprehensive care, intersectoriality and community participation in the implementation of the Policy National Workers' and Workers' Health.

**Keywords:** Occupational Health. Occupational Health Policy. Surveillance of the Workers Health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 3.120/1998 .....	58
Quadro 2 Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 2.728/2009 (RENAST) .....	59
Quadro 3 Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 1.823/2012 (PNSTT) .....	60
Quadro 4 Matriz analítica da VISAT do Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora .....	61
Quadro 5 Matriz analítica da VISAT do Relatório da RENAST/2016 .....	63

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVIS	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGST	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CISTT	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhadora
CNSTT	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CONEST	Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
COVID-19	Coronavirus Disease 19
CS	Ciências Sociais
DF	Distrito Federal
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DIVAL	Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde
DIVAST	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador

DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOI	Movimento Operário Italiano
MP	Medicina Preventiva
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MPU	Ministério Público da União
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MSLA	Medicina Social Latino-Americana
MSO	Medicina Social
MSST	Movimento Sindical de Saúde do Trabalhador
MT	Medicina do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTPS	Ministério do Trabalho e da Previdência Social
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
NUSAT	Núcleos de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PLANAPO	Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica
PNSB	Política Nacional de Saneamento Básico
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBSO	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SA	Saúde Ambiental
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SC	Saúde Coletiva
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SO	Saúde Ocupacional
SP	Saúde Pública
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VS	Vigilância em Saúde
VSPEA	Vigilância de Saúde da População Exposta ao Agrotóxico

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.2 OBJETIVOS .....	21
1.2.1 Objetivo geral .....	21
1.2.2 Objetivos principais .....	21
1.3 METODOLOGIA.....	21
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>26</b>
2.1 O PONTO DE PARTIDA: A MEDICINA DO TRABALHO.....	26
2.2 DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE OCUPACIONAL .....	28
2.3 O QUESTIONAMENTO À SAÚDE OCUPACIONAL E O SURGIMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR .....	32
2.4 AS PROPOSTAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR .....	34
2.5 OS ANOS 1980 E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	38
2.6 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	40
2.7 A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES .....	46
2.8 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA .....	53
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
4.1 INTERSETORIALIDADE.....	65
4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	74
4.3 TEMÁTICA.....	82
4.4 OS DESAFIOS DA VISAT .....	93
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>

## APRESENTAÇÃO

Sou formado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), graduação que realizei entre os anos de 2006 e 2010, na cidade de Teresina. Durante esse período, tive a experiência de ser coordenador do Centro Acadêmico de Enfermagem da UFPI e da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf). Em 2011, fui aprovado no concurso público para Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e, no mesmo ano, mudei para Brasília, iniciando a vida profissional como enfermeiro assistencial. Desde setembro de 2012, atuo como servidor público do Governo do DF.

Minha trajetória de formação é o somatório de uma experiência dentro da academia e nos espaços não institucionalizados, os quais congregam entidades estudantis e os movimentos sociais organizados. Além disso, como servidor público, trago a experiência das práticas assistenciais à população do DF. Nesse contexto de atuação mais próximo à comunidade, as questões relacionadas às determinações sociais do processo saúde-doença foram as que me sensibilizaram e me instigaram a desenvolver ações que convergem com as necessidades da população e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2015, fiz a especialização em Saúde Coletiva na Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (Fiocruz – Brasília), momento em que tive uma primeira aproximação com as discussões sobre a Saúde do Trabalhador, mais especificamente através de uma palestra ministrada pelo meu Orientador do Mestrado, o Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado. A proposta do trabalho de conclusão de curso era um projeto de Mestrado voltado para a área “recém-descoberta”.

Em 2016, após a especialização, tive a primeira experiência mais próxima da gestão ao trabalhar como chefe de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento do Núcleo Bandeirante. No mesmo ano, organizei, com outros Enfermeiros, uma chapa para disputar as

eleições do Sindicato dos Enfermeiros do DF (SindEnfermeiro-DF), convergindo os anseios de militante e conhecimento sobre a realidade da saúde pública do DF.

Foi a partir de então que me tornei secretário geral do Sindicato, protagonizando diversas lutas no DF, tais como: a luta contra a terceirização da Atenção Primária em Saúde (APS) no DF; a luta contra a Emenda Constitucional 95; a luta contra a implantação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde (IGES) como gestão das unidades da SES-DF; a luta contra a reforma trabalhista e da previdência; o ato, na Praça dos Três Poderes, contra o negacionismo e o descaso do Governo Federal no combate à pandemia de coronavírus (Covid-19); a luta por melhores condições de trabalho para os profissionais da Saúde na pandemia; a iniciativa intersetorial intitulada Ação Conjunta Covid-19; a luta pela aprovação do Piso Salarial da Enfermagem; além da luta incondicional em defesa do SUS.

O sindicato é um local onde estabeleço relações institucionais e não institucionais em defesa do SUS, seja negociando diretamente com o governo, seja através do controle social, em parceria com os movimentos sociais, reivindicando melhorias para o SUS. Foi nesse contato com a realidade que compreendi a saúde como resultado das formas de organização social, a qual possibilita ou não a população ter acesso a condições de alimentação, habitação, educação, transporte e emprego, compatíveis com o conceito de promoção de saúde. Então, para além do desempenho técnico-científico, aprendi que as conquistas no campo da saúde estão atreladas às conquistas sociais.

A experiência como diretor do sindicato possibilitou o contato com a rotina de trabalho dos servidores da Saúde, assim como a compreensão sobre as consequências do ajuste fiscal para os trabalhadores. A importância disso reside na análise do trabalho em saúde como categoria central no desenvolvimento das relações de trabalho que influenciam sobremaneira as práticas em saúde, assim como na análise da saúde do trabalhador no contexto de aumento da exploração do trabalho



Devido a essa imersão no movimento sindical, interrompi, temporariamente a proposta de avançar com o projeto do mestrado, voltando a fazer a seleção ao final de 2019, ano que antecedeu a pandemia de Covid-19. Em 2020, foi o ano de início do Mestrado em Políticas Públicas em Saúde, coincidindo com o início da emergência em saúde pública. Foram vários os desafios, a começar pela necessidade de proteger os trabalhadores e trabalhadoras de um vírus com alto poder letal, além de estabelecer articulações institucionais para adoção de políticas de enfrentamento à Covid-19.

O mestrado foi uma soma de aportes teóricos e práticos com a realidade que se impunha. Essa mesma realidade convergiu com o cansaço físico e mental das horas dedicadas à arena pública das questões sociais, nas quais as determinações do cataclismo pandêmico se manifestavam. Portanto, esta produção acadêmica foi um somatório de experiências e emoções, que mantiveram acesos o desejo e a vontade de me debruçar sobre as políticas públicas de saúde, em especial na Saúde do Trabalhador.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde os anos 1970, diversas práticas no âmbito acadêmico, sindical e da saúde pública (SP) vêm se desenvolvendo por meio da sistematização de novas experiências, para configurar o campo que atualmente caracteriza-se como Saúde do Trabalhador (ST). É uma área que, por possuir um corpo de práticas teóricas interdisciplinares, abriga diferentes abordagens e aproximações com o objeto de estudo: o trabalho e sua relação com o processo saúde-doença (1).

As diferenças conceituais e teórico-metodológicas entre a Medicina do Trabalho (MT), a Saúde Ocupacional (SO) e a ST não suprimem a zona de confluência desses diversos estudos disciplinares, apesar das práticas hegemônicas do campo e de seus espaços de interesse. É desejável, portanto, a delimitação epistemológica do conjunto das práticas da ST à luz dos processos econômicos, sociais e políticos, sem abrir mão de questões específicas da relação trabalho-saúde, com o intuito de definir princípios fundamentais que evidenciem a dimensão processual da construção do campo e, ao final, fertilizar essa zona de confluência das disciplinas e proporcionar o desenvolvimento de pesquisas, estudos e ações (1).

A influência da participação dos trabalhadores no Movimento Operário Italiano (MOI); os discursos relativos à determinação social do processo saúde-doença formulados pela Medicina Social Latino-Americana (MSLA); a vertente programática da SP; e a abordagem do sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais a partir dos processos produtivos (2), combinados às práticas da SO, permitem o avanço na compreensão dos agravos à saúde, ampliam os objetos de estudo e possibilidade de reformulação de referências conceituais e metodológicas em diferentes processos, tais como no trabalho industrial, na utilização de agrotóxicos nas atividades rurais, no setor de serviço, incluindo os estudos sobre os profissionais de Saúde, e na especificidade do trabalho feminino (1).

A aproximação do discurso da SO, que incorpora conhecimentos da clínica, epidemiologia clássica, medicina preventiva (MP) - de onde surgem termos como prevenção, proteção, riscos, adaptação - com a ST, que absorve o conhecimento dos trabalhadores e se propõe a ser interdisciplinar e multiprofissional, possibilita identificar as verdades do campo e as condições para sua emergência. Nessa abordagem, a análise histórico-social faz refletir os conflitos e contradições que permitem captar o seu dinamismo dialético. As práticas discursivas refletem, nesse caso, as relações trabalho-saúde sob os desígnios das relações de produção na sociedade capitalista e expressam, por intermédio da luta política assumida pelos trabalhadores, as possibilidades de transformação social (2).

As práticas e conhecimentos produzidos pelos trabalhadores e trabalhadoras, nas redes de relações de poder, estabelecem sua consciência sanitária que, por meio das ações, serve de ferramenta para constatar a eficácia política do discurso contra-hegemônico e desvelador. As práticas discursivas, portanto, não são mais absorvidas como totalidade abstrata, produto da racionalização das práticas e das representações sociais, mas sim, perante a sociedade, visualizada em seu funcionamento concreto e complexo, na qual instituições, coletivos e territórios se conectam para instituir relações de poder. E para isso, buscam-se os enunciados, pressupostos, normas, instituições e sujeitos que podem construir o campo contra-hegemônico da ST (2).

Esse processo de normatização e institucionalização da ST se deu, como afirmam Vasconcellos e Ribeiro (3), com experiências tateantes, sem uma produção teórica suficiente para servir de parâmetro metodológico de ação. Não existia, portanto, uma cultura institucional que pudesse ser um esteio no processo decisório de estabelecer políticas perenes. Estas primeiras experiências surgiram com os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) em alguns estados, como o Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, e serviram de

parâmetros para o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde que superassem o paradigma da SO (3).

Na SP, essa nova forma de abstrair a relação trabalho-saúde e de produzir ações no campo da ST vai ser desenvolvida no escopo de atuação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e com as ações a partir dos PSTs, em um movimento que contribuiu para a construção e formação do SUS, assim como para a implementação de um novo paradigma, o qual incorpora referências das Ciências Sociais (CS) e da Saúde Coletiva (SC), incluindo a vigilância. Dessa forma, a ST passa a adotar os princípios do SUS, como o direito universal à saúde; a atenção integral, com ênfase para a prevenção e promoção da saúde; as ações descentralizadas; e a participação social (4).

É, *a priori*, a institucionalização da ST no SUS, a partir da Lei nº 8080/1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) (5) -, que faz emergir a compreensão sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e suas ações de natureza complexa que ampliam o raio de ação do SUS: explicitar, observar e intervir nas situações de risco, nas relações de trabalho, nas formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores (6).

A combinação dessa nova concepção, que está imersa no conceito amplo de Vigilância em Saúde (VS) com a clínica, fez surgir novas características do campo da ST, tais como: as intervenções sobre os problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); a atenção contínua; a concepção operacional de “risco”; a articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e as intervenções sob forma de operações, tendo como suporte político-institucional, além do processo de descentralização, a reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local e regional (7).

Essa engenharia político-normativa proporciona um avanço para o processo de institucionalização das ações de saúde e vigilância em saúde do trabalhador. Entre as principais iniciativas institucionais, destacam-se: a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 3.120/1998

(8), que propõe uma abordagem da VISAT que supera a dissociação conceitual e institucional da Vigilância Epidemiológica (VE) e sanitária (9), e fornece subsídio para instrumentalizar os responsáveis pelas ações a incorporarem mecanismos de análise e intervenção sobre os processos, ambientes de trabalhos e territórios em suas práticas (10); a Portaria do MS nº 2.728/2009 (11), que cria a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), com a missão institucional de viabilizar a realização da VISAT através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs); e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), Portaria MS nº 1.823/2012 (12), que tem a competência de desenvolver a atenção integral à ST, com ênfase na vigilância.

A evolução do conhecimento no campo da ST fez a VISAT ampliar seus limites teóricos e práticos, incorporando novas dimensões que descortinam e tornam visíveis interações desconhecidas do mundo do trabalho. Estas novas formas de apreensão possibilitaram a criação de processos éticos de reflexão acerca das relações de produção e fomentam, assim, novas intervenções políticas (13).

O avanço na compreensão dos agravos à saúde ampliou os objetos de estudo e possibilidade de reformulação de referências conceituais e metodológicos em diferentes processos, tais como no trabalho industrial, na utilização de agrotóxicos nas atividades rurais, no setor de serviço, incluindo os estudos sobre os profissionais de Saúde, na especificidade do trabalho feminino, entre outros (1).

Com todo o processo de evolução, é desejável, portanto, a delimitação epistemológica do conjunto das práticas da ST, incorporada aí a VISAT, à luz dos processos econômicos, sociais e políticos, sem abrir mão de questões específicas da relação trabalho-saúde, com o intuito de definir princípios fundamentais que evidenciem a dimensão processual da construção do campo e, ao final, fertilizar essa zona de confluência das disciplinas e proporcionar o desenvolvimento de pesquisas, estudos e ações (1). Para cumprir esse objetivo,

é necessário que o estudo responda às seguintes questões: Como a trajetória da ST no Brasil possibilitou a estruturação da VISAT como um instrumento de fortalecimento da institucionalização das políticas públicas no campo? Como os princípios da VISAT, a intersetorialidade e a participação da comunidade (controle social) contribuem com o desenvolvimento da gestão, regulação e operacionalização das políticas públicas, assim como das ações institucionalizadas, por meio dos serviços de ST?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Analisar a trajetória das ações e das políticas da ST e da VISAT no Brasil.

### 1.2.2 Objetivos principais

- Descrever as bases teóricas e conceituais, os princípios e os elementos históricos do campo da ST e da VISAT.
- Descrever a evolução histórica das políticas públicas do campo da ST e da VISAT no Brasil.
- Analisar as ações institucionais da VISAT a partir dos programas e políticas públicas de saúde no Brasil.

## 1.3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa que foi realizada em duas etapas. Na primeira, a base metodológica utilizada foi uma revisão narrativa, descrita por Elias *et al.* (14) e Rother (15) como uma técnica que permite a realização de análises e

interpretações críticas mais amplas, as quais permitem a compreensão sobre o desenvolvimento e o estado da arte de um objeto, fenômeno ou assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual. Nesse tipo de produção, o levantamento bibliográfico é organizado por procedência: fontes científicas (artigos, teses, dissertações) e fontes de divulgação de ideias (revistas, sites, vídeos, etc.), que permitem a contextualização e problematização da investigação empreendida, os destaques às temáticas recorrentes, assim como a apresentação de novas perspectivas, novos postulados, métodos e subtemas. A revisão narrativa não exige um protocolo rígido para estruturação do estudo, a delimitação de uma questão específica, também, não é uma condição *sine qua non* para a pesquisa, além disso, as metodologias de busca das fontes não são preestabelecidas ou, ao menos, são mais flexíveis (14). Mas, por questões éticas e metodológicas, optar-se-á pela referência, ao longo do trabalho, das fontes que serão utilizadas para a realização do estudo.

Para a primeira parte do estudo, a revisão narrativa foi feita sobre a trajetória da ST, a institucionalização do campo, por programas e políticas públicas, e o surgimento da VISAT. Devido à abordagem que mostra a evolução histórica do campo da ST, em seus aspectos conceituais, teórico-metodológicos e práticos, serão selecionadas, nessa primeira etapa, as produções bibliográficas desde o final dos anos 1970, década que tem como marco histórico o MRSB, cuja dinâmica precede a criação do SUS e que marca a trajetória de consignação da ST e da VISAT nas políticas públicas, até o ano de 2022, momento em que se evidenciam as discussões sobre os desafios para a institucionalização da VISAT no Brasil, assim como para o desenvolvimento de suas ações.

Nesses textos, foram realizadas buscas dos elementos históricos e conceituais referentes à ST para que seja possível o aprofundamento teórico do desenvolvimento do campo da VISAT, a compreensão das políticas e diretrizes que a norteiam, bem como os fatores que interferem nos rumos e nos desafios dessas ações. Pelo fato de a VISAT ser um conjunto de

ações que fazem parte das políticas públicas vinculadas ao SUS, ela é uma peculiaridade do Brasil. Portanto, as buscas feitas nas bases de dados foram delimitadas a partir do critério de fazerem parte da produção nacional sobre o tema.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica levando em conta a consulta a textos acadêmicos indexados, como artigos de periódicos científicos, livros, dissertações e teses, com o objetivo de descrever as bases teóricas e conceituais, os princípios e os elementos históricos do campo da ST e da VISAT. Para isso, será realizada pelo banco de dados dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), em seguida, será construída a estratégia de busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre outros.

Inicialmente, a metodologia de revisão bibliográfica foi realizada a partir da busca dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). Os descritores encontrados na primeira parte foram “saúde do trabalhador”, “política de saúde do trabalhador” e “vigilância em saúde do trabalhador”. Em seguida, os descritores foram utilizados para a estratégia de busca avançada pela base de dados da BVS, combinando o descritor “saúde do trabalhador” AND “política de saúde do trabalhador” AND “vigilância em saúde do trabalhador” e seus termos alternativos por meio do operador booleano OR. Com o uso de filtros que envolvem temas relacionados à pesquisa, como “política de saúde”, “política pública”, “saúde do trabalhador” e “saúde pública”, o número de artigos registrados foi de 235. A partir da leitura dos artigos, foram selecionados 25 artigos, excluindo-se aqueles que tratam de agravos específicos, os que não se relacionam com a VISAT ou políticas públicas de ST.

A segunda etapa foi realizada pela análise crítica documental de legislações governamentais, tais como portarias, normas, leis, além de relatórios das conferências nacionais, com o objetivo de verificar as ações institucionais da ST e da VISAT no Brasil. A pesquisa documental, em síntese, tem os documentos como fonte e objeto de estudo e investigação. O conteúdo desses documentos é utilizado como fonte de informações, indicações



e esclarecimentos para elucidar questões, assim como para servir de base para outras, dependendo dos interesses do pesquisador na pesquisa (16). Evangelista (17) define que os documentos são produtos de informações selecionadas “[...] de avaliações, de análises, de tendências, de recomendações, de proposições. Expressam e resultam de uma combinação de intencionalidades, valores e discursos; são constituídos pelo e constituintes do momento histórico”. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (18).

Para que fosse realizada a análise documental, foram construídas matrizes analíticas dos documentos escolhidos (veja Lista de Quadros) com os princípios da VISAT, tais como a intersetorialidade e controle social, e as temáticas abordadas em cada documento, as quais são objetos de sua atuação.

Entre os documentos que foram analisados estão: a Portaria MS nº 3.120/1998 (8), conhecida como Instrução Normativa ou mesmo Portaria da VISAT, reafirmada, na íntegra, como roteiro metodológico de ação de vigilância na Portaria de Consolidação MS/GM nº 1/2017 (19) e um dos principais instrumentos normativos para o exercício da VISAT; a Portaria da RENAST, Portaria MS nº 2.728/2009 (11), que destacou a necessidade de organização das ações dos CERESTs estaduais, regionais e municipais de forma articulada entre o MS, as secretarias de Saúde dos estados, do DF e dos municípios, e revisou as atribuições nesses três níveis de gestão; a Portaria nº 1.823/2012, que institui a PNSTT (12) e que define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS; O Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT) (20), convocada pela Portaria GM/MS nº 2.808/2012, realizada em 2014, e que teve como objetivo “propor diretrizes para a implementação da PNSTT”; e o Relatório da RENAST de 2016 (21),

que apresentou o modelo de acompanhamento da implantação da PNSTT desenvolvido pela Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGST).

Os documentos analisados foram selecionados a partir do critério de relevância sobre o tema, o que inclui portarias, políticas públicas e relatórios de conferências de ST criados a partir da Constituição Federal (CF) de 1988 (22) e da Lei nº 8.080/1990 (5), década que marca, com maior expressividade, o processo de institucionalização das políticas de ST no Brasil. Outro critério é a confiabilidade dos documentos oficiais do MS/Governo Federal e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os quais refletem o desenvolvimento das políticas sobre o tema.

Em seguida, foi feita análise crítica de cada um desses elementos, de acordo com os documentos selecionados, com o objetivo de mostrar as contradições e a interação das determinações do desenvolvimento de cada política. Para selecionar os artigos utilizados, os descritores utilizados foram “política de saúde do trabalhador”, “intersectorialidade” e “participação da comunidade”. Os descritores foram utilizados para a estratégia de busca avançada pela base de dados da BVS, combinando, inicialmente, o descritor “política de saúde do trabalhador” AND “intersectorialidade” e seus termos alternativos por meio do operador booleano OR. Com o uso de filtros que envolvem temas relacionados à pesquisa, como “política de saúde”, “política pública”, “saúde do trabalhador” e “saúde pública”, o número de artigos registrados foi de 128 artigos. A partir da leitura dos artigos, foram selecionados nove artigos. Em seguida, foi utilizada, para a estratégia de busca avançada, a combinação do descritor “política de saúde do trabalhador” AND “participação da comunidade” e seus termos alternativos pelo operador booleano OR. Com o uso de filtros que envolvem temas relacionados à pesquisa, como “política de saúde”, “política pública”, “saúde do trabalhador” e “saúde pública”, o número de artigos registrados foi de 216 artigos. A partir da leitura dos artigos, foram selecionados oito artigos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O PONTO DE PARTIDA: A MEDICINA DO TRABALHO

A MT surge, na qualidade de prática médica especializada, como epifenômeno da Revolução Industrial, na Inglaterra, durante o século XIX. Exprime-se a partir das necessidades de viabilizar a reprodução do próprio sistema, com as novas formas de cooperação técnica, as quais exigiam um consumo maior da força de trabalho e a submissão dos trabalhadores a um processo acelerado da produção (23).

Nas formas sociais pré-capitalistas, a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença nem sempre se constituiu como campo de intervenção. Trabalhadores, escravos e servos eram vistos, no seio das históricas relações sociais de produção, da Antiguidade ao capitalismo, como peças naturais, ora pertencentes à terra, ora pertencentes aos seus senhores, muitas vezes comparados a animais ou meras ferramentas de trabalho, sem história, sem vontades e sem direitos (1).

Essa relação fica evidente com a Revolução Industrial, quando as novas formas de cooperação técnica transformam o trabalhador “livre” e autônomo em “presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos.” (1). Os trabalhadores, e até mesmo mulheres e crianças, eram submetidos a jornadas extenuantes e a ambientes que deterioravam sua saúde (1,23).

A figura do profissional médico nas unidades fabris passou a cumprir, portanto, mais de uma função: detectar os processos danosos à saúde dos trabalhadores, recuperar os trabalhadores para as atividades laborais e servir de instrumento de controle do trabalhador pelo empresário no ambiente de trabalho. A inexistência ou a fragilidade dos sistemas de assistência

à saúde e seguridade social possibilitaram que os serviços médicos exercessem seu papel de criar o vínculo e a dependência do trabalhador às suas práticas, assim como permitiram o controle direto da sua força de trabalho, elemento fundamental para a produção e o processo de industrialização (1,23).

Os elementos dessa prática médica nos ambientes de trabalho desenvolveram as características do que se chamaria, naquele período, de MT, predominante até os dias de hoje. Em sua forma histórica e tradicional, consolidou-se sob uma visão biológica e individual, assim como unívoca e unicausal da relação entre trabalho e o processo saúde-doença. Para essa prática, centrada na figura do médico, cada doença possui um agente etiológico e, por isso, se expressa na tentativa de isolar riscos ou atuar sobre suas consequências (1,23). Assim, a MT, centrada na figura do médico, orientava-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, refletiu-se na propensão de isolar riscos específicos e, dessa forma, para atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais (23).

No campo da medicina científica e da fisiologia, a tentativa de promover a adaptação e o controle de trabalhador, assim como a manutenção de sua saúde, reflete a influência do pensamento tecnicista e mecanicista. No campo das ciências da administração, esse pensamento vai sustentar o desenvolvimento da “Administração Científica do Trabalho”, no qual os princípios de Taylor, e depois de Ford, encontram na medicina uma aliada para alcançar, incondicionalmente, sua finalidade: o aumento da produtividade da força de trabalho (24).

A combinação desses elementos para se atingir a racionalidade produtiva da força de trabalho é explicada por Oliveira e Teixeira (25):

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a

ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente “morosas” e “deficientes” redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

Em 1959, com a experiência dos países industrializados, foi aprovada, pela Conferência Internacional do Trabalho, a Recomendação 112 (26) sobre os serviços de MT, segundo a qual,

[...] a expressão “serviço de MT” designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a: assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue; contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões; contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores (26).

Desses princípios são extraídas mais características da MT, tais como: o *locus* de sua prática dá-se tipicamente nos locais de trabalho; faz parte da sua razão, a adaptação física e mental dos trabalhadores, e sua adaptação às condições de trabalho; e a responsabilidade de promover o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, conferindo-lhe onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica (23).

## 2. 2 DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE OCUPACIONAL

No período entre guerras e no pós-guerra (II Guerra Mundial), as condições adversas e a intensidade do ritmo de trabalho acarretaram muitos problemas à saúde dos trabalhadores. A situação política e econômica, com o término do conflito bélico, exigiu grandes esforços dos trabalhadores industriais, provocando mais acidentes e mortes relacionadas ao trabalho. Corolário desse panorama, os custos das indenizações geradas pela

incapacidade provocada pelo trabalho passaram a ser sentidos pelos empregadores e companhias de seguro (23).

A acelerada evolução da tecnologia industrial, resultante das novas formas de cooperação técnica e dos rearranjos da divisão internacional do trabalho no sistema de Estados, desvelou a incapacidade de a MT intervir sobre os problemas de saúde causados pelas novas formas produtivas da sociedade (23). Os processos sociais dinâmicos exigem avaliação e estratégias de intervenção complexas, mas, para esse campo de prática, os elementos das relações de produção, como os agentes e os riscos, naturalizados à observação do processo de trabalho e descontextualizados das razões que interferem em suas origens, repetem-se de forma mecânica, expressando as limitações da MT (1).

As bases ideológicas e práticas para conformação da SO surgem da MP, a qual adota termos como prevenção, proteção, riscos, adaptação, para intervir na saúde dos trabalhadores (2). Em sua origem, Vasconcellos (27) afirma que a SO é concebida como uma das vertentes mais primitivas do direito trabalhista. Como essa prática se desenvolve, estritamente, nos locais de trabalho, destacam-se as ações individuais, tais como a de uso de equipamentos de proteção individual, em detrimento das ações coletivas; normatizam-se os atos seguros, onde a prevenção não se expressa nas análises e intervenções no processo de trabalho, mas traduz-se em um simbolismo que transfere ao trabalhador a culpa por acidentes e doenças que ele mesmo sofre e adquire por decorrência de sua negligência (28).

Com a insatisfação dos trabalhadores, afetados pelo aumento do ritmo da produção, e o questionamento dos empregadores, onerados pelos custos dos agravos à saúde, a resposta racional foi a ampliação da assistência médica aos trabalhadores e o direcionamento das intervenções para os ambientes de trabalho, agora, considerando as práticas de outras profissões e disciplinas (23).

A SO inova com a incorporação do conhecimento multi e interdisciplinar, e das práticas de organização multiprofissional dos processos de trabalho, com base nas ações de Higiene Industrial dentro das grandes empresas, as quais passam a fazer uma relação do ambiente de trabalho com o corpo do trabalhador. Utiliza-se, como resposta científica, da teoria da multicausalidade, que considera os múltiplos fatores de risco e agentes que produzem as doenças e que são avaliados por indicadores clínicos, ambientais e biológicos (1,23). No entanto, esse paradigma da causalidade dos agravos à saúde dá-se a partir de uma visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença (2,29).

A partir do modelo da História Natural da Doença, Leavell e Clark (30), constroem o entendimento de que a multicausalidade compreende:

[...] o processo da doença no homem depende das características dos agentes patológicos (animados e inanimados), das características do indivíduo e de sua resposta a estímulos provocadores de doença, advindos do meio ambiente ou do próprio indivíduo (30).

Mendes e Dias (23) afirmam que essa racionalidade científica dos pressupostos teóricos multidisciplinares e das práticas de organização multiprofissional dos processos de trabalho reflete a influência das escolas de SP - principalmente nos Estados Unidos (Harvard, John Hopkins, Michigan e Pittsburgh) - que, na metade do século XX, intensificaram os estudos e as pesquisas dos problemas de SO.

No Brasil, o desenvolvimento da SO se deu em várias direções (23). Nos anos 1950 e 1960, com a estratégia de organização dos serviços médicos no interior das empresas, combinada com o atendimento clínico-individual, o setor industrial desenvolvimentista assume os princípios de SO, desenvolvendo ações, como o estudo de causas de absentismo, seleção de pessoal, análise de doenças e ambientes, e acidentes ocupacionais (2).

No âmbito acadêmico, o Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo inaugurou os primeiros estudos e pesquisas sobre a SO,

o que serve de influência para outros centros produtores de conhecimento, principalmente os departamentos de MP e social de algumas faculdades de medicina (2,23,31).

Seu marco institucional, no Brasil, foi a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), aos moldes dos institutos de SO desenvolvidos no exterior, como o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, em Cincinnati), e os de Helsinque, Estocolmo, Praga, Budapeste, Zagreb, Madrid, , Lima e Santiago do Chile, a partir da década de 1950 (23).

Na legislação, foi regulamentada no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), quando de sua reforma na década de 1970, e nas normas regulamentadoras (NRs), como a NR 4, criada pela Portaria nº 3.214/1978 e que estabeleceu critérios para a organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, e as NRs 7 e 15, na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de limites de tolerância, entre outras (23).

Apesar dos avanços na esfera acadêmica, das mudanças na legislação e das práticas inovadoras nas instituições, as ações de SO se mostraram insuficientes, predominando uma prática clínica e individual, voltada para trabalhadores formais, reconhecidos pela legislação trabalhista e previdenciária. Mendes e Dias (23) listaram os fatores que explicam essa insuficiência: o modelo de MT firmado no mecanicismo; o não apelo à interdisciplinaridade; ações desarticuladas e corporativas; a produção de tecnologia e de conhecimento que não acompanham as transformações dos processos de trabalho; as demandas dos trabalhadores que continuamente são abordadas como objeto de ações de saúde; o enfoque no âmbito do trabalho, em detrimento do setor Saúde.

Os limites epistemológicos dessa abordagem dificultam a apreensão de outras relações, como as que consideram o ritmo do trabalho, a duração da jornada de trabalho, a



fragmentação das tarefas, a produtividade, entre outras que são as causas das doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais (2). Sob sua égide, a manutenção de políticas públicas sobre as relações saúde-trabalho forjou normas do Estado subordinadas a questões essencialmente econômicas, em relação à adoção de medidas que pudessem promover transformação nos processos e ambientes de trabalho (27).

Em última instância, o campo da SO se materializa por via das relações de poder que se articulam e conferem ao capital maior controle sobre o trabalho. Essas relações contribuem para a alienação, que deriva das restrições sobre as informações acerca dos processos de trabalho e do autoritarismo gerencial racionalista, que objetiva intensificar a exploração da força produtiva do trabalho (2,32).

### 2.3 O QUESTIONAMENTO À SAÚDE OCUPACIONAL E O SURGIMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

As contradições sociais e do mundo do trabalho fizeram surgir, ao final da década de 1960 (o maio francês de 1968 é um marco dessa expressão), um movimento de trabalhadores, principalmente nos países industrializados do ocidente, que questionaria o sentido do trabalho na vida (23). A partir desse processo, os trabalhadores começam a exigir a participação nas questões relacionadas à saúde e à segurança, pois são nelas que suas situações concretas de sofrimento, doença e morte se expressam (23,33,34).

Com o movimento de trabalhadores, políticas sociais são positivadas na forma de leis como resposta às crescentes mobilizações, o que vai alterar sobremaneira a legislação do trabalho, principalmente no campo da saúde e segurança do trabalhador. Na estrutura dessa legislação, há o reconhecimento de direitos fundamentais, como o direito à informação sobre riscos, o direito à consulta prévia e ao estabelecimento de instrumentos de participação na

escolha sobre mudanças de processos, métodos, formas, tecnologias e organização do trabalho (23,34-36).

A transição para a década de 1970 tem como experimento as profundas mudanças nos processos de trabalho, com a “terciarização” da economia; a implementação de novas tecnologias e novas formas de cooperação técnica, com a incorporação da automação e da informatização; o ressurgimento do taylorismo e de seus princípios de primazia gerencial, de planejamento e de controle do trabalho; e surgimento de programas alternativos de saúde (23,24).

Com o avanço da implementação e a reedição das bases da administração científica do trabalho, as novas formas de cooperação técnica possibilitaram, também, o surgimento de novas formas de resistência dos trabalhadores. Nesse processo de discussões e reformulações teóricas e práticas, desenvolve-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a qual utiliza o estudo do trabalho como categoria, que é produto das relações sociais, e como instrumento para questionar a MT e a SO (23,35,37).

As críticas se tornaram mais contundentes com o surgimento dos programas de assistência aos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, que contavam com sua participação e de suas entidades de classe. Eles serviram de instrumento para conhecer os problemas de saúde relacionados ao trabalho e as concepções teórico-práticas dos serviços de MT nas empresas, ajudando, assim, os trabalhadores com suas reivindicações (23).

Mendes e Dias (23) elencam as razões que explicam a falência da SO para além da pouca credibilidade entre os trabalhadores: o modelo mantém o referencial da MT firmado no mecanicismo; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade; a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; o modelo continua a abordar o trabalhador como “objeto” das ações de saúde; a manutenção da SO no âmbito do trabalho, em detrimento do setor Saúde.

Nessa contenda, desenvolvida no campo da teoria e das práticas médicas, pensadores sistematizaram uma série de ideias a estruturação de uma nova prática. Entre eles, destacam-se Polack, que usa uma tautologia para afirmar que a medicina no modo produção capitalista é a medicina do capital; Berlinguer, que tratou a temática no movimento da Reforma Sanitária Italiana; e Foucault, com sua análise arqueológica (23,29).

## 2.4 AS PROPOSTAS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Essa nova prática, denominada ST, tem origem no Brasil no campo da SP, e seu enfoque teórico-metodológico é o da SC. Com o avanço científico da MP e da Medicina Social (MSO), nos anos 1960 e 1970, o objeto de estudo do processo saúde-doença dos grupos humanos no âmbito das relações de trabalho e seus postulados interpretativos são ampliados. A ST passa a ter como referência um novo ator social, a classe operária industrial, em um cenário de mudanças políticas e econômicas que acontecem no mundo (2,6,23,29,32,37).

A ST rompe com a concepção hegemônica ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da MT e da SO, nos quais indivíduo e ambiente são interpretados a partir dos fenômenos externos apreensíveis, livres de sua historicidade e do conteúdo das relações de produção, que se materializam sob determinadas condições de desenvolvimento social. Com esse movimento, incorporam-se novos referenciais das CS, principalmente o marxista com seu conceito nucleador sobre “processo de trabalho”, categoria explicativa das relações de produção estabelecidas entre capital e trabalho (1,2,6,9,29,37,38).

A ST considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como um espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, de modo igual, um espaço de resistência, de constituição e do fazer histórico. Para Lacaz (29):

[...] se, durante algum tempo, predominou a abordagem dos nexos saúde-doença e trabalho a partir da visão ambientalista, derivada em certa medida da

noção de contágio de forte influência positivista, monocausal e redutora, é através da ruptura promovida pela incorporação da categoria processo de trabalho [...] que se inscreve o projeto contra-hegemônico.

Em complemento, Donnangelo (39) afirma que se reformula o entendimento “das relações entre o social e as manifestações patológicas, a categoria trabalho aparecendo como momento de condensação, em nível conceitual e histórico, dos espaços individual (corporal) e social”.

A ST identifica-se com conceitos formulados pela MSLA, os quais relacionam-se à determinação social do processo saúde-doença; pela SP, em seus aspectos programáticos; pelo Modelo Operário Italiano, detentor de um saber desenvolvido pela experiência do movimento operário na luta por mudanças nas condições de trabalho; e pela SC, que aborda as questões relacionadas à saúde (viver, adoecer, sofrer, morrer) dos grupos sociais inseridos em seus processos produtivos (1,2,6,23,32,37).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1) conceituam a ST como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”. A ST torna, portanto, a interdisciplinaridade um elemento intrínseco a essa prática que necessita “ao mesmo tempo, preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa em cada área envolvida e de articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos” (40).

No campo das práticas, criam-se as condições para que o conhecimento da Clínica, da Engenharia, a Toxicologia, a Ergonomia, a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Humanas sejam articuladas para responder às necessidades que emergem das relações de trabalho. A possibilidade de se considerar as particularidades de cada campo do conhecimento e, ao mesmo tempo, de flexibilizar suas fronteiras, criando uma interface entre diversos conceitos, engendra novas práticas e abordagens holísticas mais próximas da realidade (1,6).

Essas condições implicam o exercício de articular um plano de análise que contempla os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais - definidores das relações de reprodução social -, com outro plano referente às características dos processos de trabalho, que considera a subjetividade dos atores e que é inerente à sua dinâmica real, na qual novos objetos de estudo são sempre emergentes. Este último utiliza conceitos extraídos dos instrumentos classificatórios de risco, associados às propriedades materiais e mensuráveis dos objetos, e dos ambientes de trabalho, e conceitos extraídos dos componentes mais qualitativos derivados da organização do trabalho (6,38,41).

Assim como todo campo científico, a construção da ST também é mediada por relações sociais, nas quais as contradições são expressas, em sua dinâmica, na disputa entre capital e trabalho. Nesse caso, desmistificada a ideia de neutralidade científica, a mudança do quadro de saúde dos trabalhadores torna-se o compromisso intrínseco a essa relação, da qual emergem as condições para o agir político e técnico, e onde os movimentos sociais fazem um percurso marcado por resistências, derrotas, conquistas e limitações nas lutas coletivas (1).

Em suma, três vetores configuram o campo da ST no Brasil: a produção acadêmica, por meio do ensino e pesquisa; as políticas públicas expressas na programação em saúde; e o movimento dos trabalhadores que, a partir dos anos 1980, assume um discurso de caráter propositivo junto ao Estado (29). Daí pra frente, o caminho que será percorrido pelo “movimento” buscará influenciar a esfera política, positivando uma programação de saúde para solucionar os problemas sociais (2).

Na SP, essa nova concepção introduz conhecimentos e práticas que conformam os postulados da RSB (6), a qual tem origem nas formulações teórico-metodológicas desenvolvidas pela Academia, em especial pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS). Este *locus*, fundamental para se construir o entendimento sobre os problemas de saúde da população e as práticas sanitárias, foi precursor com as propostas de reformulação

do Sistema Nacional de Saúde, de construção do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e de fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (41).

Em consonância com essa evolução, assinala-se a capacidade do MRSB de atuar na realidade, esgrimida pelo regime da ditadura cívico-militar do final dos anos 1970 e marcada pela luta contra a sua política econômica e social na Saúde, pela redemocratização e fim do regime, pelas condições de vida da população, pela reforma do sistema de saúde, etc. É quando o MRSB assume como campo de luta as relações entre trabalho e saúde, articulando setores sindicais e intelectuais para a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) (41,42) que, através de uma assessoria sindical, promove estudos dos ambientes, das condições de trabalho e dos seus riscos e danos para a saúde (6).

No mesmo período, o Movimento Sindical de Saúde do Trabalhador (MSST) aproxima-se e combina-se com o MRSB, propondo experiências, ações e iniciativas, como a criação da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) que, a partir de 1978, passou a promover as Semanas de Saúde do Trabalhador, a criação da revista Trabalho & Saúde (31,42) e a realização de debates, fóruns, seminários e congressos. Todas essas iniciativas tinham como objetivo denunciar a política de higiene e segurança do trabalho do MTE (42).

Novas práticas sindicais foram incorporadas na defesa da saúde no trabalho e o modo autônomo de atuação dos trabalhadores se destacaram com alguns objetivos: superar o assistencialismo e a cultura autoritária do gerencialismo; negociar convenções, acordos e cláusulas coletivas relacionados à organização dos processos de trabalho e ambientes; reformular Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs); e criar assessorias técnicas para negociações com o capital (1,29,42).

As mudanças no campo científico e nas práticas sindicais da ST acompanharam as mudanças políticas no campo da SP, nos anos 1980. No movimento sindical, segmentos de

trabalhadores metalúrgicos, químicos, petroquímicos e bancários passam a exigir políticas de saúde voltadas para o trabalho, orientados pela assessoria técnica do DIESAT que, com o Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABC paulista, contribuíram com a superação do modelo assistencialista médico. Dessa parceria surge a proposta feita à SES, em 1984, de criação do Programa de ST, materializada com a implementação em várias regiões do Estado e contando com a participação sindical na gestão (2,6).

A partir dos PSTs, a luta dos trabalhadores passa a articular os elementos necessários para evoluir rumo à construção de uma política de saúde do trabalhador por meio de ações programáticas na rede básica, ainda na vigência das Ações Integradas de Saúde (AIS). Os pressupostos do MSST, que são apreendidos pelos PSTs, serviram, conseqüentemente, de base para o processo de construção do SUS (6,42). Entre esses pressupostos, destacam-se: a participação dos trabalhadores nas decisões e na gestão dos programas; o acesso à informação; a integração entre assistência e as ações de vigilância; e a participação social (6,29).

## 2.5 OS ANOS 1980 E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

O MRSB contribui, nesse período, com as mudanças na política de saúde, principalmente durante o processo que culmina na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se consolidam as propostas de criação do SUS como instrumento de coordenação nacional das ações de saúde (2). Além disso, no marco político normativo, o relatório final da Conferência sinaliza que o campo da ST deve ser situado na perspectiva da saúde como direito, conforme tendência mundial de sua universalização (6).

No mês de dezembro desse mesmo ano, foi realizada a 1ª CNST, onde foram divulgadas as experiências de implantação da rede de serviços de ST, as quais já apontavam para a incorporação de princípios e diretrizes que seriam inscritos pela CF/1988 (22). No escopo

dessa construção, apontava-se o trabalho em condições dignas e o controle pelos trabalhadores dos processos e ambientes de trabalho como requisitos necessários para a garantia do acesso à saúde (2,6,43).

O direito à saúde se estabelece, como marco normativo, paralelamente ao fortalecimento e ampliação dos direitos individuais, e do desenvolvimento das políticas públicas. A CF/1988 cristaliza esse movimento ao inscrever que:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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 (22).

Na CF/1988, o direito à saúde ainda incorpora o direito à ST na proposta de consolidação da saúde como direito universal ao transcender os preceitos do direito previdenciário-trabalhista (6). Nos termos da Constituição, em seu art. 200, diz que compete ao SUS, além de outras atribuições:

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 (22).

A LOS também consolida o movimento de positividade da ST ao normatizar suas ações. Em seu art. 6º, essa Lei traz o entendimento de que a ST é

§ 3º [...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (5).

A Lei Orgânica também determina que as ações devem abranger a assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos; que a definição de normas,



critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho, e a coordenação da política de ST de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios, é competência da instância federal do SUS; e que o Conselho de Saúde deve estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) (5,6).

## 2.6 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR

A tentativa de expandir os modelos de intervenção, a partir da vigilância, exigiu uma reflexão sistemática sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos dos modelos de atenção à saúde. Essa iniciativa suscita uma análise mais concreta da realidade, a qual deve contextualizar cada proposta de ação, considerando que cada situação de saúde exprime uma intervenção condizente com sua dinâmica social para produzir os efeitos desejados (44). A VS, portanto, é um espaço estratégico do Estado que recolhe informações para gerar ações por meio de evidências (45).

Segundo a Portaria nº 3.252/2009 do MS (46), a VS engloba um conjunto de subáreas, como as tradicionais vigilâncias epidemiológica e sanitária, além das áreas de ST, saúde ambiental, promoção e análise de situações de saúde. Todas refletem o desenvolvimento da “Nova Saúde Pública” como práticas inovadoras e centrais por incidirem nos riscos e vulnerabilidades relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico do país (47).

Desde a institucionalização do SUS, considerando as experiências instáveis e descontínuas da VS, temas, conceitos e métodos são incorporados nesse processo, tais como: território e territorialização, com análise socioespacial de problemas de saúde; vulnerabilidade para planificar as diferentes escalas espaciais e temporais na compreensão e modelagem de problemas (48,49); a interface entre as ciências ambientais, do risco, e da ecologia política em

contextos socioambientais de injustiça (50); o enfoque ecossistêmico em saúde para a intervenção no âmbito comunitário (51).

A vigilância tem por objeto os danos, os riscos, as necessidades de saúde, as condições de vida e trabalho, além do controle das condições de determinantes ambientais do processo saúde-doença. Ela situa as ações de saúde no âmbito de dado território e incorpora meios de trabalho baseados na comunicação, no planejamento, programação local e situacional, novas tecnologias médico-sanitárias e formas de organização que preveem ações intersetoriais (47).

Foi com a criação do SUS que o campo da ST passou a se inserir como prática componente da VS. Emergiu daí, *a priori*, o desafio de se compreender a complexidade das relações saúde-trabalho no interior das práticas da VISA. Ao desenvolvimento de instrumentos normativos nos estados brasileiros, atribuíram-se dispositivos constitucionais à vigilância dos processos e ambientes de trabalho, conferindo ao SUS a possibilidade de efetuar essa nova premissa (35).

Reflete, sem dúvida, a intenção de conferir ao SUS a responsabilidade de intervir nos processos de trabalho, segundo o prisma da SP, como contraponto à fiscalização tradicional exercida pelo MTE. É muito provável que o legislador tenha refletido a crítica que se faz à metodologia tradicional de intervenção, cujos resultados têm sido, há muito, questionados (52).

O desafio de se implementar mudanças no processo de trabalho em saúde, principalmente nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços, exigiu a superação do modelo tradicional centrado no atendimento a doentes para incluir, por meio da VS, ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, considerando os territórios onde vive e trabalha a população (53-55).

Depois de muito tempo, essas ações estenderam-se para a VISAT. Antes, cabia à VE a delimitação técnica das informações sobre a ocorrência das doenças, e à VISA, a

intervenção sobre os fatores que contribuíam para a ocorrência de doenças que colocavam em risco a saúde da população. A VISAT surge, então, para superar essa dicotomia, integrando diferentes ações, que dentre elas estão: a identificação do problema de saúde até a intervenção para a mudança das condições de trabalho (56,57) e a identificação, de forma contínua, dos elementos encontrados no território, nos determinantes clínicos, epidemiológicos e sociais, nos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e nas condições de vida das populações (9).

De acordo com Machado (57):

[...] a VISAT, enquanto campo de atuação, distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas no campo das relações entre saúde e trabalho por delimitar como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde.

Esta concepção amplia e combina os componentes das demais vigilâncias para serem exercidos pelos diferentes atores dos diversos setores que são envolvidos, extrapolando, dessa forma, o setor Saúde (58). Por englobar diversos setores e diversos atores, a VISAT tornou-se um processo social contínuo (59), compreendida como um conjunto de saberes e práticas sanitárias no campo da SC (60), que tem sua vinculação e consignação ao SUS e à CF/1988 (61) a partir do desenvolvimento de ações e programas das coordenações estaduais de ST no final da década de 1980, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Bahia (57,62), e, posteriormente, em 1990, generalizado pela LOS (57). Portanto, ela é uma estratégia que surgiu para superar a dimensão assistencial que prevaleceu nos primeiros PSTs e precursores dos CEREST (1).

No processo de desenvolvimento de ações da VISAT no Brasil, entre os anos de 1990 e 1997, o PST da SES do Rio de Janeiro (PST-RJ) organizou o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONEST), incluindo o controle social, instituições e sindicatos de trabalhadores nessa representação. Essa experiência incluiu o CONEST em todas as ações do PST-RJ, com a maioria das atividades voltadas para a vigilância. Os trabalhadores e seus

sindicatos participavam de forma ativa, planejando ações e realizando fiscalizações e avaliando as intervenções com outros agentes técnicos (63).

No início dos anos 1990, a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), área técnica de ST do MS, realizou um amplo processo de capacitação técnica voltado para as ações de vigilância na ABS. Em 1991, o MS apresentou a primeira proposta de um Plano de Trabalho em ST no SUS (64), que tinha como estratégia a organização das ações em CERESTs como alternativa para potencializar as ações de vigilância (65,66).

No mesmo período, ocorria também a instituição da CIST pela Resolução do CNS nº 11/1991 (67), seguindo as determinações da Lei nº 8080/1990 (5), e sua proposta de atribuir à Comissão ações de vigilância com a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da ST; participação da formulação e implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho; e participação da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (37). Além disso, a Lei nº 8.142/1990 (68) dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de conferências e conselhos de Saúde (69).

A VISAT, como prática orientadora das ações de ST no SUS, também foi destaque na 2ª CNST, realizada em 1994, como eixo temático, em um momento importante de mobilização técnica e política e de disputa dos espaços de atuação dos ministérios do Trabalho e da Saúde (66).

Na segunda metade da década de 1990, Machado (57) propôs uma matriz científica para planejamento das estratégias da VISAT, as quais incorporam parâmetros tecnológicos, epidemiológicos e sociais a partir de ações interdisciplinares, utilizando análises que integram a observação de situações críticas conforme a gravidade e magnitude, a região (delimitação espacial/territorial), a atividade econômica, os agravos à saúde (efeito) e o risco (tipo de exposição).

O autor defende que:

Componentes sociais, como a situação econômica, organização e consciência dos trabalhadores, fazem parte da análise do processo de trabalho tão fortemente quanto as avaliações de risco e do tipo de tecnologia utilizada em determinado processo de produção, que se configuram como os principais componentes tecnológicos, fundamentais, por sua vez, no entendimento das condições de saúde e dos próprios indicadores que serão utilizados para sua avaliação. Os componentes sociais e tecnológicos são essenciais por contextualizar o componente epidemiológico (57).

Essa matriz científica serve, portanto, como base de interlocução entre as demandas sociais, do movimento sindical, de instâncias institucionais, assim como dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, mediando as relações que ocorrem entre o processo de trabalho e a saúde. Em termos metodológicos, dessa forma, as ações da VISAT produzem relações e processos específicos, estabelecendo uma dimensão temporal singular a cada ação. Em termos operacionais, é utilizada a epidemiologia para organizar e relacionar as informações de saúde com o processo de trabalho, identificando e descrevendo características sanitárias comuns e heterogêneas em distintos estratos de trabalhadores, “sejam no nível molecular, individual ou de grupos com condições ambientais e históricas [...]” (57).

O modelo proposto permite que prioridades sejam consideradas de acordo com a realidade de cada *locus*, como preconizado na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), Portaria MS nº 3.908/1998 (70), que dá continuidade às determinações contidas na Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/96) (71). Ambas incluem a ST como campo de atuação da atenção à saúde e têm por objetivo orientar e instrumentalizar a realização das ações da ST e do trabalhador, urbano e rural, nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, contemplando, dessa forma, a regionalização das ações (72).

Outro tema importante e delimitado pela NOST é a recomendação expressa para se instituir a CIST, composta por entidades que fazem uma interface com a ST e desenvolvem ações com a área, subordinada aos conselhos estadual e municipal de Saúde, e com o objetivo

de assessorar estados e municípios com as ações de ST, desde o planejamento e a definição de políticas, até o acompanhamento e avaliação (70) .

A inserção do controle social por instrumentos normativos é outra premissa básica para o desenvolvimento de ações da VISAT (51). Essa iniciativa tem a finalidade de contribuir com a participação mais efetiva dos trabalhadores, considerando que existe uma maior probabilidade desses sujeitos, como atores do processo metodológico, reconhecerem as questões sanitárias envolvidas em seu cotidiano e legitimarem a institucionalização das ações da VISAT (10,72).

Além da NOST, o planejamento e a realização das ações de forma interdisciplinar, pluri-institucional e com a participação dos trabalhadores também foram detalhadas na Instrução Normativa da VISAT, Portaria MS nº 3.120/1998 (8), conhecida como Portaria da VISAT. Mantido seu conteúdo na íntegra, ela foi reafirmada como roteiro metodológico de ação de vigilância (13) na Portaria de Consolidação MS/GM nº 1/2017 (19) e continua sendo um dos principais instrumentos normativos para o exercício da VISAT, no âmbito da RENAST e dos CERESTs.

Entre os princípios metodológicos contidos na Instrução Normativa e que embasam a operacionalização da VISAT, destacam-se elementos como: pesquisa-intervenção; protagonismo do trabalhador concorrendo com seu próprio saber; interdisciplinaridade e intersetorialidade; fase preparatória; intervenção com caráter transformador; análise dos processos; inquéritos; mapeamento de riscos; estudos epidemiológicos; negociação coletiva e acompanhamento longitudinal do processo (13).

Como instrumento regulador da VISAT, a Portaria nº 3.120/1998 (8) estabeleceu, no âmbito do SUS, que as ações seriam conduzidas por linhas mestras para operacionalização dos princípios metodológicos, compatibilizando instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências, e preservando as peculiaridades regionais. Além disso, preconiza

a adoção de mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho

(73). Desses pressupostos, advém o conceito, no item 2 da Portaria, de que a VISAT é:

[...] 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-lo (8).

Em 1999, foi publicada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, pela Portaria MS nº 1.339 (74), com o intuito de melhorar a qualidade dos registros, oficializar o reconhecimento e ampliar a divulgação das doenças e agravos relacionados ao trabalho para profissionais de Saúde e, em seguida, no ano de 2001, foi inserida no Manual de Procedimentos para orientar as ações de ST na rede de serviços de Saúde (6,75). E, ainda na década de 1990, com a participação da CIST, outras propostas foram consignadas, tais como o preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos compatíveis com acidentes de trabalho (6).

Quanto ao financiamento, os anos 1990 foram marcados por sua descontinuidade, com as administrações dos estados e municípios assumindo a responsabilidade pela maior parte dos repasses dos recursos, devido à baixa indução federal. Sem uma política definida pela pelas três esferas de governo, a instabilidade institucional na área da VISAT pressionava os técnicos envolvidos, pesquisadores e o movimento sindical a adotarem iniciativas próprias para desenvolver ações e serviços (1,38,76).

## 2.7 A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Em relação ao aspecto institucional, alguns estados ofertavam serviços de Núcleos de Saúde do Trabalhador (NUSAT), com funções semelhantes aos dos atuais CERESTs, e

outros ofertavam PSTs e serviços públicos de MT, todos eles com um restrito grau de coordenação em rede e isolados dos serviços do SUS (6).

Os centros de referência e os PSTs não estabeleciam vínculos mais sólidos, seja em uma rede articulada ou com as estruturas orgânicas da Saúde (77). Além disso:

[...] esses centros não dispunham de qualquer mecanismo mais efetivo de comunicação e relação entre si. Embora sua existência fosse considerada estratégica para a consolidação da área de ST no SUS, observava-se um esgotamento de sua capacidade de contribuir para novos avanços (78).

A estratégia de nuclear as ações de ST nesses centros permitiram avanços setoriais, desenvolvimento de sua capacidade técnica e de novas tecnologias, acúmulo de experiência entre os profissionais, estabelecendo uma melhor localização, ainda que fragmentada, dos trabalhadores na luta por melhorias na área, mas esta forma atomizada de funcionamento contribuiu para isolar e manter a ST à margem das políticas de saúde do SUS (77).

A proposta de uma rede articulada de ST no SUS surgiu a partir de revisões críticas sobre o modelo em prática e quais pontos deveriam ser desenvolvidos para sua efetivação, tais como a organização da ST em todos os níveis de atenção; uniformização de ações com base em protocolos e normas; capacitação e formação de recursos humanos; articulação intersetorial entre instituições, universidades, governo, movimentos sociais e sindical; desenvolvimento de novas metodologias para a VISAT; criação de indicadores para o planejamento de ações; fortalecimento dos CERESTs como polos executores e difusores das ações de ST (77).

Havia um consenso entre os técnicos, na ocasião, de que a constituição de uma rede integradora poderia servir como fator impulsionador da consolidação da área no SUS, trazendo novos aportes para a constituição de uma cultura mais sólida do campo. Tendo como princípio formulador básico a ideia da integração e harmonização das iniciativas institucionais do campo, a rede abriria espaços de debate mais qualificados para a institucionalidade da ST no SUS (77).

Em razão dessa marginalidade institucional e do reduzido financiamento das ações, a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador inaugurou uma série de debates, entre os



anos de 1999 e 2002, com o objetivo de rever a estrutura da área de ST. E como parte dessa agenda, foi realizado, em Brasília, no ano de 1999, o “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios para a construção de um modelo estratégico”, evento que reuniu representantes do governo, do MS e outros ministérios, órgãos públicos, instituições acadêmicas e de pesquisa, movimentos sociais, movimento sindical, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outras entidades. O objetivo desse Encontro era discutir a trajetória da ST e o cenário do mundo do trabalho no Brasil, e planejar ações, tendo como base vigilância, assistência, informação, formação de recursos humanos, entre outros (79).

No ano de 2000, por iniciativa dos técnicos da COSAT da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, realizou-se um encontro para se debater a criação da Rede de ST e, paralelamente, outra proposta foi sendo gestada através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS que, ao final de todo o processo de discussão, criou a RENAST, pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002 (11,72,77).

A criação da Rede estava em consonância com a proposta de regionalização contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (80), publicada em 2001, e que orientava a integralidade da atenção à saúde com a construção de sistemas microrregionais (72). Posteriormente, na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, quando é ampliado o processo de descentralização das ações de vigilância (55).

Em 2002, a COSAT, que após o Decreto nº 6.860/2009) transformou-se em CGST, passou a priorizar a implementação da RENAST como a principal estratégia da PNSTT para o SUS (76). Para assessorar esse processo de implementação, foi organizado um suporte técnico regionalizado por todo o país, com a ampliação da articulação intrassetorial, no âmbito do MS, principalmente com a Atenção Básica (AB). Também foi retomado o processo de discussão de

uma PNSTT, de caráter intersetorial, envolvendo os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência. Por último, foi estruturado um amplo processo de capacitação, por meio de polos de educação permanente, de universidades e instituições de ensino (65).

A RENAST, como uma rede de abrangência nacional e como um elemento orgânico de uma rede articulada, tornou-se uma ferramenta estratégica para a disseminação de princípios e práticas do campo da ST, em todos os níveis de atenção no SUS, nos estados e municípios (76,81). Ela se constitui em uma rede de CERESTs, que são polos irradiadores de ações integradas e transversais em ST, as quais incluem a gestão, a informação, a comunicação, a vigilância, a assistência, a capacitação e o controle social (65,82). São os CERESTs, portanto, que desenvolvem a cultura da produção social das doenças e da centralidade do trabalho nesse processo (81).

Conceitualmente, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da ST. A compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRSTs. Estes deixam de ser porta de entrada do Sistema e assumem o papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças, no SUS. Além disso, são o lócus privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, que pode ser a capital, áreas metropolitanas, municípios polos de assistência das regiões e microrregiões de saúde (65).

Seu orçamento foi definido a partir de provimento oriundo da média e alta complexidade (62) e foi estabelecido fluxo relativamente estável de financiamento aos CERESTs habilitados à rede (76). Entretanto, a imposição de distintos cenários na realidade fez com que a implantação da RENAST se apresentasse de forma heterogênea, conforme uma dinâmica regional singular, baseada em tradições e entendimentos que definem o que fazer.

Portanto, o financiamento regular não uniformiza, necessariamente, as atividades desenvolvidas com as diretrizes da Portaria nº 1.679/2002 (11,76).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) de 2004 (83), elaborada de forma conjunta pelos ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego (65,75), e estão resumidos em: I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em ST; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em ST; e VI) participação da comunidade na gestão das ações em ST (65,83).

Constitui-se, também, como parte da estrutura da RENAST, uma rede de serviços sentinela criada pela Portaria nº 777/2004 (84), que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à ST, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entre os agravos de notificação compulsória estão:

- I - Acidente de Trabalho Fatal;
- II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
- III - Acidente com Exposição a Material Biológico;
- IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- V - Dermatoses Ocupacionais;
- VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VII - Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho;
- VIII - Pneumoconioses;
- IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;
- X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI - Câncer Relacionado ao Trabalho (84).

Com essa rede de serviços, as notificações e as informações geradas possibilitam o planejamento das ações de prevenção, vigilância e de intervenção e mudanças em ST (84).

No mesmo ano em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 2005, foi instituído o Centro de Informações

Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), com o objetivo de fomentar a captação de notificações, prospecção, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da VS, e de desenvolver mecanismos de comunicação avançados (55).

A Portaria de criação da RENAST previu a implantação de 130 CERESTs entre 2002 e 2004, todos com dotação orçamentária própria. Para isso, incorporou os já existentes PSTs que, apesar de possuírem uma forma não integrada e coordenada de funcionamento, dispunham de acúmulo técnico, teórico e prático das ações da ST. Em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria GM/ MS nº 2.437, que dispõe sobre uma nova fase de ampliação e fortalecimento da RENAST no interior do SUS (81).

Entre as novas propostas e mudanças apresentadas pela Portaria, estão: a ampliação do quantitativo de CEREST para 200(duzentos) e a definição de suas atribuições; a organização da estrutura da RENAST a partir de coordenações estaduais de ST, dos CERESTs e da rede de serviços sentinela; as mudanças no processo de habilitação da gestão municipal e estadual, definição dos mecanismos de controle social e acompanhamento dos CERESTs, que passam a ter o funcionamento atestado pelo gestor estadual do SUS, em acordo com a inscrição no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e por meio da alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS (76).

*Pari passu* à ampliação da RENAST, potenciais conflitos foram gerados e exigiram uma política que considerasse o processo de regionalização das ações da ST e fortalecimento de redes de referência intermunicipais (76). Por isso, a Portaria consolidou-se com a proposta de fazer com que esses centros se constituíssem como instrumentos de disseminação das práticas de ST, de suporte técnico e científico, e de formação de recursos humanos em todos os serviços do SUS (72). Isto se expressou também na 3ª CNST, realizada em 2005, após amplos debates construídos nas conferências municipais, regionais e estaduais, e que foram frutos do processo de ampliação e da capilaridade da RENAST no país (57).

O Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, publicado em 2006, reconheceu a indissociabilidade das ações assistenciais e de VS como um dos pilares de sustentação da ST (85), apesar de a tônica do modelo em prática ter recaído, ainda, sobre a assistência (73), o que refletia o financiamento da RENAST originado na rubrica da alta complexidade (77). Essa realidade impôs uma necessidade concreta de implantação de um modelo que reforçasse essa integração (73) em direção ao desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em ST (77).

Em relação à implementação das ações da VISAT no SUS, a transferência da COSAT do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (COSAT/DAPES/SAS) para a SVS, dentro do próprio MS, no ano de 2007, foi importante para esse processo de consolidação. Além disso, a conjugação da ST com a Saúde Ambiental (SA), nas Diretorias de Vigilância Ambiental em Saúde (DIVAL) e de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST), abriu a possibilidade de se desenvolverem ações orientadas em direção à prevenção de doenças e agravos, e na promoção da saúde, consolidando a institucionalização das práticas de vigilância dos ambientes do trabalho e da ST no SUS (75).

Iniciativas que articularam pesquisadores e profissionais proporcionaram a formulação do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador da ABRASCO, com a realização do I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (SIMBRAST), em 2007. O Grupo de Trabalho encaminhou as discussões, em 2009, sobre as diretrizes da PNSTT, com ênfase nas ações da VISAT na APS, e publicou o Dossiê da Saúde do Trabalhador em dois números da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (63).

Em 2009, foi publicada a nova Portaria da RENAST (Portaria nº 2.728/2009) (11), que destacou a necessidade de organização das ações dos CERESTs estaduais, regionais e municipais (76,85), de forma articulada entre o MS, as SES, do Distrito Federal e dos municípios, e revisou as atribuições nesses três níveis de gestão, com base nas diretrizes

operacionais do Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria nº 399), que preconiza a consolidação do SUS por meio de seus três componentes: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, na forma do Anexo II dessa Portaria (86).

A Portaria nº 2.728/2009 (11), complementando a Portaria nº 1.679/2002, no tema da participação dos trabalhadores, ainda estabelece que:

Art. 8º - O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST vinculadas aos respectivos Conselhos.

No mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 3.252/ (46) (revogada pela Portaria GM/MS nº 1.378/2013), que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações da VS pela União, estados, Distrito Federal e municípios, propõe o fortalecimento do papel gestor de estados e municípios, e a ampliação do escopo de ações da VS, compreendendo, entre outras, a VISAT (55), que acrescenta à produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção as práticas sanitárias da relação entre o trabalho e a saúde (73).

## 2.8 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Em 2011, é instituída a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) pelo Decreto nº 7.602 (87), que, em seu escopo, tem por objetivos: “[...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho [...]”. Além disso, tem por princípios: “[...] a) universalidade; b) prevenção; c) precedência das ações de promoção,

proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; d) diálogo social; e e) integralidade [...]” (87).

Em 2012, é instituída a PNSTT através da Portaria nº 1.823 (12), que tem como finalidade:

[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à ST, 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 (12).

Coerente com a agenda da área técnica do MS, a PNSTT tem como uma de suas prioridades o fortalecimento da VISAT e sua integração com as demais componentes da VS e com a APS (63). A formação de profissionais do SUS e também de outros setores produtivos da sociedade para o exercício da VISAT é um imperativo com vistas à promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis (63,85). Outro desafio na implementação dessas ações de vigilância é a articulação intersetorial a partir da estrutura da sua rede (85). Além disso, o desenho da política pode contribuir com a produção científica na área e para aproximar a produção acadêmica das necessidades práticas dos serviços (6).

A promulgação quase que simultânea da PNSST e da PNSTT gerou incertezas sobre a intenção de se ter uma política de Estado para a área (71), como afirma Vasconcellos (88) ao citar que “ao erigir duas políticas de ST, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter nenhuma política”. Porém, por mais que as instituições permaneçam corporativas e reativas em relação às demandas e não compreendam que o SUS é o orientador das políticas de saúde no Brasil, inclusive no campo da ST, é necessário que a PNSTT deva articular-se com a PNSST (88).

Em relação à participação dos trabalhadores e do controle social, o propósito é o seu fortalecimento, assim como a ampliação da participação regular das instituições públicas e de organizações da sociedade civil que compõem as CISTs em reuniões, seminários e fóruns que dizem respeito, principalmente, à preparação, acompanhamento e avaliação das ações da

VISAT (63). Para isso, devem ser consideradas as mudanças e a complexidade nos processos produtivos de trabalho, sua atual configuração, que contempla o crescimento das relações informais e precárias de trabalho, as consequências para a estrutura sindical e seu papel na construção dessa participação (12).

Entre as atribuições dos CERESTs e das Equipes Técnicas, no âmbito da RENAST, ressalta-se a vigilância como eixo transversal das ações, conforme o art. 14, da PNSTT (12):

- 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; e
- 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 polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (89).

Em 2014, foi publicada a Resolução do CNS nº 493/2013 (89) para que os conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais promovam a criação da CIST, resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social. Entre os principais objetivos e finalidades da CIST elencados na Resolução estão:

- acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), observando seus planos de trabalho;
- participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- articular políticas e programas de interesse para saúde do trabalhador cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas no âmbito do SUS [...];
- [...] integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS; [...] (89).

A 4ª CNSTT, convocada pela Portaria GM/MS nº 2.808/2012 e realizada em dezembro de 2014, teve como tema central “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de



todos e todas e dever do Estado” e como objetivo “propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST” (20). A partir desse eixo principal, as discussões realizadas na Conferência desenvolveram-se, em níveis estaduais, municipais, distrital e nacional, em torno dos seguintes subeixos:

- I - O Desenvolvimento socioeconômico e seus Reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- II - Fortalecer a Participação dos Trabalhadores e das Trabalhadoras, da Comunidade e do Controle Social nas Ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- III - Efetivação da Política Nacional de Saúde e do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e
- IV - Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, estados e União (20).

A 4ª CNSTT foi um instrumento importante para a CGST devido a sua missão institucional de acompanhar e coordenar a PNSTT, principal eixo temático da Conferência (21). Foi com esse intuito que a apresentação do Relatório da RENAST, de 2016, trouxe o modelo de acompanhamento da implantação da PNSTT desenvolvido pela CGST, formado por indicadores de acompanhamento da RENAST; temas prioritários para o fortalecimento da VISAT; resultados da CGST na agenda estratégica da SVS e os resultados do questionário de avaliação da RENAST (21).

No Relatório são apresentadas as dificuldades e problemas encontrados em todas as Unidades Federativas, como o financiamento das ações, a fragilidade do controle social e das equipes e o desenvolvimento de ações regionais por parte dos CERESTs de gestão municipal. Os destaques positivos são as ações de VE dos agravos relacionados ao trabalho, a criatividade e diversidade de propostas e as articulações intra e interinstitucionais, especialmente as realizadas com o Ministério Público da União (MPU) (21).

Os encaminhamentos da Conferência reforçaram as linhas temáticas nacionais orientadas para implantação da vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, principalmente os acidentes e as intoxicações por agrotóxicos. As pneumoconioses, o câncer relacionado ao

trabalho e os transtornos mentais foram temas abordados com frequência na construção de protocolos e ações programáticas de formação para a vigilância de ambientes e processos de trabalho. Apontaram também para a articulação em rede entre os CERESTs (21).

As ações que incentivam a participação dos trabalhadores por meio da criação de fóruns sindicais estaduais e a organização de comitês de vigilância de acidentes de trabalho graves e fatais, também foram desenvolvidas. Além disso, a educação e a formação continuada são ações priorizadas dos CERESTs que foram, mais uma vez, evidenciadas nas visitas técnicas (21).

### 3 RESULTADOS

**Quadro 1.** Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 3.120/1998

Documento	Categoria	Atividades
Portaria MS nº 3.120/1998	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos;</li> <li>- articulação entre as instâncias da VISAT e os centros de assistência, as universidades e centros de pesquisa e as instituições públicas;</li> <li>- relação institucional de programas, coordenações, divisões, gerências, centros, NUSAT com as estruturas da VE e VS;</li> <li>- constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluri-institucionais;</li> <li>- envolvimento de outras instâncias, como o MPU, com o objetivo de implementar as medidas para garantir as mudanças requeridas.</li> </ul>
	Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incorporação dos trabalhadores e das suas organizações em todas as etapas da VISAT: no planejamento; no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações; no seu acompanhamento e avaliação; e no controle da aplicação dos recursos;</li> <li>- criação de comissão com a participação de trabalhadores, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos conselhos estaduais e municipais de Saúde para definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de ST.</li> </ul>
	Temática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora;</li> <li>- caracterização das formas de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho;</li> <li>- levantamento dos perfis de morbidade e mortalidade em função da relação com o processo de trabalho;</li> <li>- avaliação do processo, do ambiente e das condições de trabalho, identificando os riscos e cargas de trabalho;</li> <li>- intervenção nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora;</li> <li>- estabelecimento de políticas públicas;</li> <li>- formação, capacitação e treinamento de recursos humanos;</li> <li>- estabelecimento de sistemas de informação em ST.</li> </ul>

Fonte: adaptado da Portaria MS nº 3.120/1998 (8).

**Quadro 2.** Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 2.728/2009 (RENAST)

Documento	Categoria	Atividades
Portaria MS nº 2728/2009 RENAST	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- articulação entre o MS, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios com outros órgãos e instituições colaboradoras da área de ST para implementação da RENAST;</li> <li>- organização, por meio dos CERESTs, de ações de atenção integral à ST, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;</li> <li>- inserção das ações de atenção integral à ST nas redes de atenção à saúde locais e regionais;</li> <li>- promoção da ST por meio de articulação intra e intersetorial;</li> <li>- elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais.</li> </ul>
	Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, por intermédio das conferências e dos conselhos de Saúde, bem como por meio das CISTs;</li> <li>- elaboração da PNSTT para o SUS, aprovada pelo CNS e pactuada pela CIST;</li> <li>- elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação das entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais</li> <li>- qualificação em ST, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social.</li> </ul>
	Temática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- implementação da RENAST de forma articulada entre o MS, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;</li> <li>- rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações da ST;</li> <li>- estruturação da rede de CERESTs;</li> <li>- instituição da Rede de Serviços Sentinela em ST;</li> </ul>

Fonte: adaptado da Portaria MS nº 2.728/ 2009 (RENAST) (11).

**Quadro 3.** Matriz analítica da VISAT da Portaria MS nº 1.823/2012 (PNSTT)

Documento	Categoria	Atividades
Portaria nº 1.823/2012 – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integração da VISAT com os demais componentes da VS e com a APS;</li> <li>- identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a APS e os setores da VS;</li> <li>- articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de ST;</li> <li>- representação do setor ST nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais relativas ao desenvolvimento econômico e social;</li> <li>- fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, envolvendo os ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, o SUS e o MPU;</li> <li>- articulação intersetorial com ministérios e secretarias para inclusão de conteúdos temáticos de ST nos currículos de ensino, em cursos de graduação e pós-graduação para articular ensino/pesquisa/extensão;</li> <li>- articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas para analisar os problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda de ações intersetoriais;</li> <li>- articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.</li> </ul>
	Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;</li> <li>- articulação com entidades, instituições, organizações, associações, cooperativas e representações de trabalhadores presentes no território;</li> <li>- apoio ao funcionamento das CISTs dos conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS;</li> <li>- inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST;</li> <li>- participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas;</li> <li>- acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;</li> <li>- representação do setor nas instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;</li> <li>- estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações no acompanhamento das ações da VE, Sanitária e em Saúde Ambiental, além das ações específicas da VISAT.</li> </ul>
	Temática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atenção integral à ST, com ênfase na vigilância;</li> <li>- promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos;</li> <li>- todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, de seu vínculo empregatício, aposentado ou desempregado;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- pessoas em situação de maior vulnerabilidade (relações informais e precárias de trabalho, trabalho infantil, etc.);</li> <li>- integração da VISAT com a VS;</li> <li>- ambientes e processos de trabalho saudáveis;</li> <li>- o trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade;</li> <li>- o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores;</li> <li>- estruturação da RENAST</li> <li>- Inclusão da ST no contexto da RAS</li> <li>- desenvolvimento e capacitação de Recursos Humanos;</li> <li>- contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;</li> <li>- contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente.</li> </ul>
--	--	---

Fonte: adaptado da Portaria MS nº 1.823/ 2012 (PNSTT) (12).

**Quadro 4.** Matriz analítica da VISAT do Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Documento	Categoria	Atividades
4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elaboração de projetos estruturantes de atenção à ST, vinculados aos processos produtivos de maior impacto à saúde, considerando o desenvolvimento socioeconômico da região para desencadear ações de vigilância intersetorial e interinstitucional;</li> <li>- análise da situação de saúde dos trabalhadores, construção dos perfis produtivos e o grau de risco do trabalho por meio da articulação intra e interinstitucional, a partir das áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família para atuação da VISAT;</li> <li>- ações intersetoriais para combater os casos de exploração sexual advindos da instalação de grandes empreendimentos;</li> <li>- implantação de rede intra e intersetorial no âmbito nacional de vigilância, assistência e intervenção quanto ao uso e exposição a agrotóxicos;</li> <li>- realização de plenárias e fóruns intersetoriais de ST e da trabalhadora nas três esferas de governo;</li> <li>- implementar CIST pelos respectivos conselhos de Saúde nas três esferas de governo;</li> <li>- parcerias do controle social e do CEREST com setores públicos, empresas privadas, sindicatos, associações, federações, confederações e cooperativas, para desenvolver ações intersetoriais em todos os níveis de atenção à saúde;</li> <li>- efetivação da PNSTT por meio de ações intersetoriais do MTE e do MS;</li> <li>- integração de ações da PNSIPCFA e as ações da PNSTT;</li> <li>- parcerias com instituições de ensino, para produção de pesquisas e projetos;</li> <li>- otimização dos sistemas de informações, ampliação do conhecimento e instrumentalização, através da promoção de intersetorialidade, intrassetorialidade e interinstitucionalidade.</li> </ul>

	<p>Controle Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participação de representantes da Saúde do(a) trabalhador(a) nas instâncias de elaboração e implementação das políticas para o desenvolvimento econômico em todas as esferas de governo;</li> <li>- formação e capacitação permanente para o controle social, por meio de convênios com instituições de educação;</li> <li>- gestão democrática e participativa nos serviços e no planejamento das ações de saúde, visando ao controle social da gestão;</li> <li>- implementação dos conselhos gestores de unidade e serviços de saúde em todos os níveis de atenção;</li> <li>- implementação dos conselhos locais de Saúde nos municípios, tendo como referência as UBS/Clínicas de Saúde da Família;</li> <li>- estabelecer com o controle social o tema erradicação do trabalho infantil;</li> <li>- criação de um fórum permanente de discussão do controle social;</li> <li>- implementação da CIST pelos respectivos conselhos de Saúde nas três esferas de governo;</li> <li>- participação dos conselhos gestores de Saúde no processo de planejamento, discussão, gestão e desenvolvimento das políticas.</li> </ul>
	<p>Temática</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- novo modelo de desenvolvimento econômico e social, centrado na sustentabilidade e nas políticas sociais, e na rede de proteção ao trabalho</li> <li>- participação de representantes da Saúde do(a) trabalhador(a) nas instâncias de elaboração e implementação das políticas;</li> <li>- análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população, e a construção dos perfis produtivos, e o grau de risco do trabalho, considerando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• acidentes e agravos relacionados à cadeia produtiva dos trabalhadores e das trabalhadoras das águas e ribeirinhos;</li> <li>• ações de promoção, prevenção de intoxicações, fiscalização e controle do uso de agrotóxicos e outros agentes tóxicos nos planos de saúde municipais/estaduais/nacional;</li> </ul> </li> <li>- fortalecimento da participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de ST;</li> <li>- capacitação e educação permanente em ST para o controle social em nível municipal/estadual/nacional;</li> <li>- modelo de gestão participativa nas unidades, nos serviços de saúde, nos distritos sanitários e nos CEREST, visando ao controle social da gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS;</li> <li>- implementação da CIST em todos os municípios, estados e Distrito Federal e União;</li> <li>- efetivação da PNSTT, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo;</li> <li>- integração de ações da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e as ações da PNSTT;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- política de Saúde Mental no trabalho;</li> <li>- notificações (SINAN) dos agravos à ST;</li> <li>- financiamento das ações e a adequação das condições estruturais do trabalho em saúde, o dimensionamento e a qualificação dos trabalhadores envolvidos diretamente com a PNSTT;</li> <li>- ações, metas e indicadores de ST deverão ser inseridos nos Planos de Saúde e na Programação Anual de Saúde, nas três esferas de governo.</li> </ul>
--	--	---

Fonte: adaptado do Relatório 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (20).

**Quadro 5.** Matriz analítica da VISAT do Relatório da RENAST/2016

Documento	Categoria	Atividades
Relatório da RENAST	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integração intra e interinstitucional, especialmente com a Vigilância de Saúde da População Exposta ao Agrotóxico (VSPEA);</li> <li>- interface da PNSTT com a PNSIPCFSA;</li> <li>- fortalecimento das relações interministeriais com os ministérios do Trabalho e da Previdência Social para articulação entre as ações da VISAT e reabilitação;</li> <li>- Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (PLANAPO) para uma articulação interministerial que proponha uma transição agroecológica e redução do uso de agrotóxicos;</li> <li>- participação do MS na agenda intersetorial de Combate ao Trabalho Infantil com outros ministérios, secretarias e a Organização Internacional do Trabalho (OIT);</li> <li>- parceria com o Ministério Público do Trabalho (MPT) para atuação em casos de doenças e agravos à saúde ocorridos com crianças e adolescentes em situação de trabalho;</li> <li>- instituição do Programa Pró-Catador e da formalização do Comitê Interministerial para Inclusão Social e Econômica dos Catadores de Materiais Reutilizáveis e Recicláveis</li> <li>- instituição da CIST.</li> </ul>
	Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- instituição da CIST;</li> <li>- participação dos trabalhadores nas Ações da VISAT;</li> <li>- participação dos trabalhadores na elaboração da Programação Anual de Saúde;</li> <li>- empoderamento do controle social com foco na atuação e participação na PNSTT e na CIST;</li> <li>- aproximação do saber técnico do saber popular e dos trabalhadores e das trabalhadoras para que subsidiem a participação no planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNSTT.</li> </ul>



	Temática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- modelo de acompanhamento da RENAST;</li> <li>- vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, dos acidentes de trabalho e das intoxicações por agrotóxicos relacionadas ao trabalho;</li> <li>- notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho;</li> <li>- articulação em rede entre os CERESTs;</li> <li>- construção de protocolos e ações programáticas de formação para a ação de vigilância de ambientes e processos de trabalho;</li> <li>- fortalecimento da VISAT;</li> <li>- vigilância dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho entre crianças e adolescentes;</li> <li>- Vigilância em Saúde das Populações do Campo, Floresta e das Águas;</li> <li>- VSPEA;</li> <li>- interface da PNSTT com a PNSIPCFA;</li> <li>- ações de promoção à saúde da população por meio de iniciativas que reconhecem as interseccionalidades de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual;</li> <li>- CEREST com registro de ações da VISAT;</li> <li>- programas especiais por agravo, risco e ramo de atividade ou categoria profissional;</li> <li>- VE.</li> </ul>
--	----------	---

Fonte: adaptado do Relatório da RENAST 2016 (21).

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade é uma ferramenta necessária para melhorar a eficiência da gestão e efetividade de políticas públicas. É uma estratégia de intervenção para situações complexas, pois possibilita a explicitação das determinações de uma realidade que, por meio de encontros e diálogos, exprime as diferenças, as tensões, mas também os consensos, a fim de se obter convergências possíveis. Ela exige mudanças que, ao superarem a fragmentação das áreas de atuação, complementam a setorialidade com a combinação entre políticas, sem contrapô-las no processo de gestão (90).

No caso da ST, a intersectorialidade é uma qualidade que integra diversos campos do conhecimento, constituindo-se como uma área necessariamente interdisciplinar e pluri-institucional. Foi com o processo de democratização do país que o movimento dos setores envolvidos com Saúde e Segurança do Trabalho passaram a debater ações integradas. Destaca-se, nesse período, a 1ª CNST, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguidas pela incorporação da ST ao SUS na CF/1988 e na Lei nº 8.080/1990, quando se têm as primeiras alusões ao termo “intersectorialidade” (90).

Os pressupostos da atenção integral à saúde dos trabalhadores preconizados pelo SUS sugerem a transversalidade das ações, seja no âmbito intrasetorial ou intersectorial. Neste último campo, as esferas do trabalho, previdência social, meio ambiente, educação, Justiça do Trabalho e do MPU, dentre outros, seriam articuladas para gerar essas ações (91). A princípio, como parte das deliberações da 2ª CNST, em 1994, o MS seria o responsável, tanto pelas ações em ST, como pela articulação dos diversos setores e serviços nas esferas municipal, estadual e

federal (90). É a partir da conferência e da implantação dos Centros de Saúde do Trabalhador (CST ou CRST) que as ações intra e intersetoriais são enfatizadas (90).

Nos documentos normativos e nos relatórios das conferências de ST, os termos integração e articulação fazem referência, de uma forma geral, à necessidade de construção de redes de interlocuções, espaços de trocas, encontros de saberes e ações conjuntas entre instituições que fazem interface com a ST, como o MT, MPU, MPS sindicatos, movimentos sociais, centros de pesquisa, etc. Na Portaria nº 3.120/1998 (8), as ações integrais, articuladas e intersetoriais aparecem como condição necessária para a prevenção de agravos e a promoção da ST (Quadro 1). Os termos articulação e relação institucional se referem às propostas de integração entre a VISAT, os serviços de assistência, os centros de educação e pesquisa, e instituições públicas; entre os programas, coordenações, CSTs e NUSATs com as estruturas da VE e da VS; e com outras instâncias, como o MPU (90).

O documento aponta para a criação de espaços de discussão e interlocução entre diversos setores (Quadro 1), mas como diretriz global para uma futura interação de conhecimentos e experiências. Em que pese o resultado dessa articulação ser ulterior, não existe uma indicação específica de ações sistematizadas para a construção de uma integração programática, mas sim, um conjunto de ideias genéricas sobre a intersectorialidade (90).

Como parte da evolução das políticas e ações de ST no Brasil, a RENAST surge com o objetivo de articular as ações intrassetoriais, com a organização de ações, promoção, vigilância, AB e serviços de média e alta complexidade para se obter a atenção integral à ST; e as ações intersetoriais, estabelecendo a participação de outros atores sociais, como as entidades representativas dos trabalhadores, as universidades e as organizações não governamentais, na elaboração de projetos de lei, normas técnicas pertinentes à área e nas fiscalizações (Quadro 2) (75).

Para Leão e Vasconcellos (77), a RENAST desenvolve a noção de vínculos, conexões e articulação de pessoas e instituições, abarcando uma concepção sistêmica que tem como objetivo a construção de um modelo técnico assistencial democrático e participativo. Para isso, é preciso a realização de diagnóstico sobre a situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, as formas de organização e os processos de trabalho, os agravos e riscos a que estão expostos nos seus territórios. Nessa rede, as ações em ST devem ser planejadas, organizadas e ordenadas a partir da AB, com o intuito de se obter, a partir da participação em conjunto de diversos setores, as informações que possibilitem o atendimento integral ao trabalhador (Quadro 2) (91).

Com a RENAST, a noção de que as ações de ST transcendem o campo da saúde e devem ser transversais a outros campos das políticas públicas possibilitou a compreensão da necessidade de se considerarem as mudanças nos processos e organização do trabalho, assim como a transformação dos aspectos econômicos e sociais da realidade dos territórios (Quadro 2). No caso da VISAT, as articulações intersetoriais são uma exigência, dado o grau de complexidade requerido para o desenvolvimento das ações. Sob certa medida, a capacidade técnica e os conhecimentos sistematizados para análise e intervenção sobre as condições de trabalho encontram-se nos CERESTs, os quais ocupam um papel central, na RENAST, para a materialização dessas articulações (63).

Mesmo que a função dos CERESTs seja dar subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, diagnóstico e vigilância, entre outras, não se tem referência à criação de fluxogramas ou à definição de responsabilidades específicas entre os diversos órgãos setoriais. Ainda é perceptível o vazio programático em relação aos objetivos, planejamento, ações e financiamento das atividades que deveriam ser realizadas em conjunto entre as instituições (90). Essa fragilidade em relação à articulação intra e intersetorial se expressa devido ao fato de que a ST não foi efetivamente incorporada na agenda de saúde do SUS, seja

no nível federal, estadual ou municipal. Mesmo que em nível regional tenha se dado algum avanço, as ações intersetoriais são tímidas e localizadas, refletindo a prevalência da dimensão assistencial em detrimento das ações de vigilância e prejudicando a integralidade desta última (65).

Em relação à PNSTT, além de um princípio, a intersectorialidade é uma condição necessária para obtenção de resultados nas intervenções sobre a relação saúde-trabalho. A Portaria nº 1.823/2012 a define como uma articulação entre setores sociais diversos, uma forma conjunta de analisar, planejar, intervir, gerir e de construir políticas públicas, superando a fragmentação de setores e confluindo conhecimentos em direção à resolução de problemas complexos relacionados à saúde nos contextos de trabalho (Quadro 3) (90,91).

Como um dos principais objetivos da política é o fortalecimento da VISAT, as ações de integração às ações dos demais componentes da VS serão prioritárias para o desenvolvimento das ações de ST (63). Por isso, no texto da Portaria, é possível identificar que a promoção, a prevenção, a notificação universal de acidentes e agravos, a vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho e a intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores serão realizadas por ações coletivas (Quadro 3).

Em relação às ações intrassetoriais, o documento faz uma referência aos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que integram essa articulação, com o objetivo de construção de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da ST na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede. Os componentes são citados no art. 8º, inciso III, nas alíneas a seguir:

- a) atenção primária em saúde;
- b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;
- d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) assistência farmacêutica;
- f) sistemas de informações em saúde;
- g) sistema de regulação do acesso;
- h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- i) sistema de auditoria; e
- j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador (12).

É a partir da PNSTT que as informações de saúde de cada região começam a ter importância para o desenvolvimento de um modelo de atenção à ST. A noção de integração dos territórios a partir da APS (Quadro 3), com a articulação e integração das ações nos níveis secundários e terciários por meio da RAS, permite a identificação dos ramos produtivos mais danosos, os graus de risco nos ambientes de trabalho, as atividades econômicas nas comunidades e os indicadores de morbimortalidade (90).

No documento, além da identificação do perfil produtivo nos territórios em conjunto com a APS e os setores da VS, é apontada a necessidade de fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, envolvendo os ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, o SUS e o MPU (12). Nesse caso, diferentemente da Portaria nº 3.120/1998 e da RENAST, são elencadas as atividades específicas que trazem riscos para a saúde dos trabalhadores e que devem ser, intersetorialmente, monitoradas, mostrando uma evolução sobre quais as ações, fluxos e responsabilidades diante da VISAT.

A referência a fluxogramas, protocolos, normas técnicas, programas, ações, avaliações e interfaces entre bases de dados expressa a evolução e o aperfeiçoamento dos instrumentos de integração entre a VISAT e os demais componentes da VS e da APS. Isso é destacado no art. 9 da PNSTT, os quais são citados: a) planejamento conjunto entre as vigilâncias; b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos; c) unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; d) produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; f) formação de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos território; g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de

monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da VS; j) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; k) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações no acompanhamento das ações de VE, VISA e em SA (12).

Outra referência consistente à intersetorialidade está relacionada à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe, conforme a PNSTT, articular instituições, entidades, associações e demais representações de categorias de trabalhadores, inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade, e presentes no território. Também é estimulada a participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS, com o objetivo de formular políticas relativas ao desenvolvimento econômico e social. Por último, há referência à inclusão da comunidade nos programas de capacitação e educação permanente em ST (12).

A 4ª CNSTT tratou do desafio de tornar realidade os objetivos e as estratégias definidas pela PNSTT. Os debates da Conferência se desenvolveram para suprir as determinações do tema no cotidiano do trabalho, nos processos de negociação, intervenção e de definição dos rumos do trabalho no contexto do desenvolvimento econômico, ambiental e social em âmbito local, regional e nacional (92). Essas determinações, sob os aspectos políticos, econômicos e sociais, passam a ser encaradas como possíveis a partir das ações intersetoriais (90).

Nas propostas aprovadas da 4ª CNSTT no subeixo 1 - “O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora” -, destaca-se a necessidade de se elaborarem projetos estruturantes de atenção à ST e da trabalhadora

vinculados aos processos produtivos de maior impacto à ST e da trabalhadora para desencadear ações de vigilância intersetorial e interinstitucional (20).

Essa discussão é tratada, nas propostas, na perspectiva de se garantir a análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, com vistas à construção dos perfis produtivos e ao grau de risco do trabalho, considerando-se, assim como na PNSTT, os trabalhadores formais e informais, as populações em situação de vulnerabilidade, os impactos ambientais das atividades econômicas, etc. (Quadro 4). A implementação dessas propostas dar-se-á por meio da articulação intra e interinstitucional, garantindo o monitoramento da VISAT nos territórios a partir das ações das equipes de Saúde da Família.

Além do aprofundamento das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores em sua dimensão local, regional e nacional, propõem-se, com mais ênfase, diferentes recortes temáticos por áreas, setores e grupos populacionais, dimensionados a partir de suas determinações e especificidades, em um processo de construção coletiva e de articulação institucional e popular (Quadro 4). Os recortes temáticos podem ser vistos nas discussões e deliberações sobre a 4ª CNSSTT, como uma evolução das ações integradas nas diversas regiões do Brasil ao longo da trajetória de desenvolvimento das políticas públicas no campo da ST. Para Machado (93), o enfrentamento dos desafios locais que expressam as iniquidades de gênero, geracional e racial, expressas nas relações entre saúde e trabalho nos territórios, indicam o aperfeiçoamento dos processos de governança intra e interinstitucionais.

Esses temas têm destaque nos encaminhamentos que sinalizam a necessidade de realizar ações intersetoriais para combater os casos de exploração sexual advindos da instalação de grandes empreendimentos; de implementar uma rede intra e intersetorial, em âmbito nacional, regional e local, de vigilância para desenvolver ações de promoção, prevenção de intoxicações, fiscalização e controle do uso de agrotóxicos e outros agentes tóxicos; e de



integração das ações da PNSIPCFA e as ações da PNSTT, o que remete aos temas específicos dos territórios (Quadro 4) (20).

Como estratégia fundamental de materialização dessas ações, preconizadas pela PNSTT e extraídas dos debates da conferência, tem-se, em relação à intersetorialidade e à participação social, em destaque no subeixo 2 - “Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora” -, na qual se reivindica a implementação das comissões intersetoriais de ST nas três esferas do governo, assim como das ações que garantam a participação no processo de planejamento, discussão, gestão e desenvolvimento das políticas públicas de ST. Além disso, as discussões demandam as parcerias do controle social e do CEREST com setores públicos, empresas privadas, sindicatos, associações, federações, confederações, cooperativas, etc. (Quadro 4) (20).

No subeixo 3 -“Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo -, há uma perspectiva de avanço na instituição de modelos e práticas desenvolvidas pelos profissionais e interlocutores estratégicos da Política que considere as temáticas dos problemas relacionados à ST a partir da governabilidade de suas ações (92).

Entre as propostas intersetoriais e de integração para efetivação da PNSTT, estão: as ações intersetoriais entre o MTE, o MS, o MPT, o Ministério da Previdência Social (MPS), os movimentos sociais, secretarias de Educação e Meio Ambiente, secretarias de Trabalho e Renda, desenvolvimento econômico, dentre outros; a integração com as ações da PNSIPCFA; o inserimento das ações de ST e da trabalhadora em todas as instâncias da RAS do SUS (APS, atenção especializada, CEREST, urgência e emergência, atenção hospitalar, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica e VS) e nas políticas públicas de saúde transversais à saúde do(a) trabalhador(a), incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, respondendo às

necessidades de cada território e fortalecendo a estrutura da RENAST; as parcerias com instituições de ensino para produção de pesquisas e projetos; as ações intersetoriais, intrasetoriais e interinstitucionais, visando à otimização dos sistemas de informações, ampliação do conhecimento e instrumentalização (Quadro 4) (20).

No Relatório da RENAST, dá-se visibilidade ao percurso e propostas no período pós-realização da 4ª CNSTT, apresentando o modelo de acompanhamento da implantação da PNSTT, desenvolvido pela CGST e formado por indicadores da RENAST; temas prioritários da VISAT; entre outros. Busca-se, a partir dele, promover o debate com os pares institucionais da RENAST e os interlocutores intra e intersetoriais (21).

Um dos debates realizados no âmbito dos estados é a proposta de organização de um Programa Nacional de Vigilância em Saúde das Populações do Campo Floresta e das Águas, que apresente características de integração intra e interinstitucional com a VSPEA e com as ações da AB (Quadro 5). Evidenciam-se, a partir dos modos de produção do campo das florestas e das águas e de suas interações socioambientais com a Saúde, as ações voltadas para uma VS de base territorial e participativa, com foco nos acidentes de trabalho, na redução da exposição aos agrotóxicos e na transição agroecológica (21). Em comparação evolutiva com os demais documentos, a intersetorialidade avança, no período pós 4ª CNSTT, com uma proposta de uma programação nacional que coloca no centro da discussão a operacionalização da VISAT a partir da vigilância em saúde da população do campo, da floresta e das águas.

Uma proposta de articulação interministerial que representou a oportunidade de uma transição agroecológica e de redução do uso de agrotóxicos foi o PLANAPO. Outra proposta de integração foi a articulação entre o MS e a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) que pactuaram a elaboração do projeto para formação com a gestão participativa da PNSIPCFA, com a realização de alguns módulos em todas as regiões do Brasil (21). Houve, também, tentativas de fortalecimento das relações

interministeriais com o Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) com a articulação entre as ações da VISAT e reabilitação e o desenvolvimento de experiências focais integradas.

O combate ao trabalho infantil foi compartilhado e articulado entre o MS, o MTE, a OIT, os ministérios do Desenvolvimento Social (MDS) e da Educação (MEC) e a Secretaria dos Direitos Humanos (SDH)(Quadro 5). Em 2015, foi firmado um Termo de Cooperação Técnica com o MPT para acompanhamento dos casos de doenças e agravos à saúde ocorridos com crianças e adolescentes em situação de trabalho. No mesmo ano, através do Programa Pró-Catador e da formalização do Comitê Interministerial para Inclusão Social e Econômica dos Catadores de Materiais Reutilizáveis e Recicláveis (CIISC), foram construídas agendas da Saúde voltadas para o catador nos estados de Pernambuco, Roraima e Sergipe (21).

Por fim, no período de construção do Relatório, existia uma situação de instabilidade política e econômica marcada por turbulências e mudanças institucionais que jogavam incertezas sobre a consolidação e materialização das articulações intersetoriais (21).

## 4.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação do cidadão na gestão pública foi produto do processo de redemocratização do país que, por meio das mobilizações da sociedade, possibilitou a aproximação e o diálogo entre o Estado e a população. Isso abriu caminho para que se criassem mecanismos de controle social no planejamento, monitoramento, fiscalização e administração das políticas públicas. A Constituição de 1988, a partir dessa perspectiva, cumpre o papel de estabelecer as relações do Estado com a sociedade, balizando a participação social na formulação e pactuação de propostas institucionais (94).

No âmbito da SP, as referências à participação social têm destaque na LOS, onde se expressa o investimento no processo de construção democrática das decisões, nas três esferas

de governo. Além do controle social, faz-se referência à CIST, importante ferramenta de assessoramento dos conselhos de Saúde na temática de ST. Em seguida, a Lei nº 8.142/1990 institucionaliza a participação social, a qual dar-se-á por meio dos conselhos de Saúde e das conferências de Saúde, no nível municipal, estadual e federal, fomentando a inserção da sociedade nas definições de políticas, no controle da qualidade dos serviços públicos e na fiscalização dos recursos financeiros da Saúde (94).

Na Instrução Normativa do MS (Portaria nº 3.120/1998), o controle social também é considerado como um dos princípios da VISAT pautados no SUS (8). Considera-se, na Portaria, como destacado no subitem 3.4, a incorporação dos trabalhadores e das suas organizações em todas as etapas da VISAT: identificação das demandas, planejamento, estabelecimento de prioridades, adoção de estratégias, execução das ações, acompanhamento, avaliação e no controle da aplicação dos recursos (Quadro 1).

Quando o princípio da participação da comunidade do SUS é positivado em uma política, institucionalizando-a como componente da vigilância, facilita-se e legitima-se a inclusão real e ativa dos sujeitos, pois a apreensão das determinações da realidade dos trabalhadores e trabalhadoras dependem, em último grau, da produção do conhecimento dos sujeitos a partir da vigilância das relações saúde-trabalho, onde o controle social é premissa para a formação desses agentes (10).

Na Portaria também são fomentadas as CISTs, como pontuado na Instrução Normativa (Quadro 1), no item 5.2:

Recomenda-se a criação de comissão, na forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em ST, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de ST (8).

Apesar de a Portaria nº 3.120/1998 fazer referência a informações fundamentais sobre a participação social para a institucionalização e implantação de ações da VISAT, não se expõem considerações sobre a adoção de um eixo pedagógico e uma metodologia que sirvam de roteiro de prática capaz de traduzir as determinações da realidade da ST e que proporcionem a capacitação de trabalhadores e representantes de categorias para as ações de vigilância, respectivamente (10).

O art. 7 da Portaria nº 1.679/2002 (de criação da RENAST e dos CERESTs) e o art. 8º da Portaria nº 2.728/2009 (de ampliação da RENAST e dos CERESTs) estabelecem que o controle social nos serviços que os compõem, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dá “por intermédio das CNSTs, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das CIST vinculadas aos respectivos Conselhos” (Quadro 2) (94).

A RENAST integra e articula as linhas de cuidados da AB, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, nos três níveis de gestão (nacional, estadual e municipal), sob o controle social (Quadro 2). Quem cumpre, nesse caso, as tarefas de prover suporte técnico de assistência e de vigilância em saúde, de sistematizar e difundir informações e de facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e para a comunidade são os CRSTs (65).

Com um forte componente da participação popular, as situações especiais de um dado território, caracterizadas por critérios epidemiológicos e socioeconômicos e pela presença de fatores de risco nos processos produtivos, podem receber ações organizadas, em nível local, como as preconizadas nos municípios sentinelas (65). Observa-se, também, que a CIST tem destaque na proposta de construção e desenvolvimento das ações de ST e na consolidação da RENAST pelo país. Elas são vinculadas aos conselhos de Saúde e têm como objetivo assessorá-las no acompanhamento dos temas relativos à ST, no âmbito do SUS (94).

Na 3ª CNSTT, realizada no período entre a criação da RENAST (2002) e sua ampliação (2009), há um reforço nas recomendações que orientam o processo de participação social no campo (Quadro 2), destacando-se: (1) a ampliação da participação dos movimentos populares, organizações de trabalhadores rurais e do mercado informal, bem como de portadores de doenças do trabalho no controle social; (2) a criação de conselhos gestores paritários e comitês temáticos nas unidades de Saúde e nos CERESTs; (3) a organização de fóruns regionais e estaduais ampliados; (4) a implantação de estratégias de capacitação para as instâncias de controle social e de vigilância (63).

No estudo sobre a situação da RENAST no Brasil, os dados revelaram que a participação social na gestão ainda é limitada. Dos CERESTs estaduais e regionais, os conselhos gestores estão implantados e funcionando apenas em 8% e 50% do total, respectivamente. As CISTs foram instaladas em 76% dos CERESTs estaduais, porém, apenas 36% dos municípios sedes dos CERESTs regionais possuem CISTs. O aspecto positivo da participação social é que a maioria dos CERESTs referiu que há um envolvimento de representantes de trabalhadores nas suas programações anuais (82). Outro destaque importante é a participação do MPU na composição das CISTs, mesmo sendo referida em apenas 20% entre os CERESTs estaduais e 17,7%, entre os municipais. Isso se deve à viabilização das ações intersetoriais com essa instituição, as quais são necessárias para a solução de problemas que vão além do limite do setor Saúde, como no caso da erradicação do trabalho infantil (82). Mas, em geral, as CISTs passaram a ser apêndices formais do Conselho de Saúde em vários estados e municípios, restringindo o alcance das ações intersetoriais e reduzindo o espaço do controle social no poder público (63).

Há uma baixa participação dos trabalhadores nas ações da VISAT nas práticas de inspeção sanitária dos ambientes de trabalho por meio dos CERESTs. Isso está relacionado ao grau de instabilidade das relações de trabalho, pois há uma insegurança por parte dos

trabalhadores em relação às situações de inspeção gerarem punição ou represália por parte dos empregadores. Outra explicação para a baixa adesão é a valorização dos trabalhadores em aspectos técnicos, normativos e prescritivos em detrimento do conhecimento produzido por eles mesmos (82).

Apesar de as ações de consolidação da RENAST serem de responsabilidade dos CERESTs, não há uma definição expressa sobre o processo de implementação da participação social nas ações da VISAT. Portanto, para fortalecer estas instâncias, de acordo com o que é preconizado pela RENAST, alguns compromissos devem ser assumidos, tais como:

1. Assumir como prioridade a capacitação dos membros do controle social (nos conselhos municipais, estaduais e gestores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) ressaltando aspectos históricos e técnicos da constituição do campo da saúde dos trabalhadores, aspectos éticos e de compromisso com seus representados;
2. Garantia de apoio político, técnico, administrativo e orçamentário a estas instâncias (particularmente os conselhos gestores);
3. Definição de regimentos para regulamentar o funcionamento dos mesmos;
4. Definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião, produção de diagnósticos e identificação de problemas, acompanhamento de ações governamentais através não apenas de relatórios como também de visitas de campo e entrevistas com os dirigentes e usuários dos serviços;
5. Divulgação do papel da Saúde do Trabalhador junto aos trabalhadores, junto aos sindicatos, associações e universidades (95).

A PNSTT, em relação à RENAST e à Instrução Normativa da VISAT, inova quando defende, em seu art. 3º, que:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (12).

A PNSTT, além de trazer a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, orienta, em seu art. 7º, a contemplação de todos os trabalhadores, principalmente aqueles em maior situação de vulnerabilidade, como os inseridos em atividades

informais e precárias de trabalho, em atividades em maior risco de saúde, entre outras situações, na perspectiva de superar desigualdades e de buscar a equidade na atenção, considerando as singularidades culturais e sociais dos territórios (12). Ressalta-se, nesse sentido, a necessidade de fortalecer e ampliar a participação popular no planejamento, desenvolvimento e avaliação das políticas em ST, considerando as mudanças nos processos produtivos, o que leva em conta a organização sindical e as relações informais de trabalho (Quadro 3). O objetivo, portanto, é equacionar a participação de representações de trabalhadores de setores da economia informal, da produção agrícola, da pesca, das comunidades tradicionais, dos trabalhadores rurais sem-terra, dos quilombolas, dos trabalhadores autônomos e outros (94).

Para Dias e Hoefel (65), as mudanças na organização sindical e o aumento do trabalho informal têm impedido a representação desse segmento nas instâncias de participação no sistema de saúde, fragilizando o controle social na ST. Mesmo a PNSTT reconhecendo os trabalhadores mais vulneráveis, para Minayo-Gomez e Lacaz (38), os instrumentos de exercício de cidadania não estão sendo eficazes no enfrentamento dos problemas atuais do mundo do trabalho, o que exige uma revisão dos fundamentos conceituais, políticos e sociais do controle social no processo de institucionalização desse princípio.

Questiona-se a existência de um espaço destinado ao protagonismo do trabalhador, onde a singularidade da relação entre o trabalhador e seu território é considerada na atenção à ST. Na configuração da Política não se menciona, de forma explícita, quais as etapas de inserção do trabalhador na construção das ações, exceto por suposições em uma participação estimulada através da sociedade civil organizada. Portanto, não há um instrumento, roteiro ou metodologia que oriente e assegure a construção de um campo específico para a participação direta do trabalhador. Por outro lado, a militância e os valores compartilhados pelos servidores transpõem os obstáculos para o desenvolvimento das ações intra e intersetoriais. Mas, de fato, são os instrumentos, os métodos, a capacidade de inovação, os projetos, as formas de organização dos



serviços, assim como os arranjos sociais complexos, nos quais a participação dos trabalhadores é determinante, que criam as condições para a solução dos problemas (96).

Em relação às CISTs, da mesma forma que em outras instâncias de participação dos trabalhadores e usuários no setor Saúde, a representação, nessas comissões, apresenta grandes fragilidades (Quadro 3). O baixo nível de mobilização sindical tem repercutido negativamente na efetivação das estruturas do controle social e na participação dos trabalhadores nas ações de atenção em ST nos planos estaduais e municipais de Saúde. Embora, na maioria dos CEREST estaduais, tenham sido implantadas, seria preciso analisar sua composição, suas agendas de trabalho e seu grau de participação, por exemplo, na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das ações da VISAT (97).

É perceptível o avanço na Política em relação à inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST (Quadro 3). Isso pode ser constatado com os vários cursos de formação já existentes, como é o caso do mestrado profissional de vigilância em saúde do trabalhador; da educação a distância de especialização em ST e ecologia humana; da especialização em epidemiologia de ST e aperfeiçoamento de vigilância em saúde do trabalhador para agentes do controle social. Nos estados, por exemplo, estão sendo formulados programas estratégicos de formação, que têm como referências as diretrizes de vigilância e as categorias prioritárias (97)

Em função das deliberações da 4ª CNSTT, como as contidas no subeixo 2 do Relatório da Conferência, que trata do fortalecimento, nas ações de ST e da trabalhadora, “da participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social” (20), o CNS definiu os passos pós-conferência, articulando a construção de uma agenda entre gestores, prestadores, usuários, sociedade a realização do VI Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador. O Encontro, além de ter proporcionado uma reflexão sobre as propostas aprovadas na 4ª CNSTT, destacou a implantação da PNSTT como essencial

e, especialmente por ser estruturante em relação ao direito à saúde, a participação da sociedade na construção do SUS e a reforma permanente do modelo de atenção com ênfase preventiva e de gestão participativa, como preconizado na LOS (20).

É perceptível, nas deliberações da 4ª CNSTT, o avanço que se tem na compreensão da necessidade de constituição e funcionamento das CISTs nos estados e municípios (Quadros 4 e 5). Constata-se, a partir do Relatório da RENAST, de 2016, o processo de implementação das propostas da Conferência, o qual é parte das estratégias de fortalecimento da participação dos trabalhadores na implantação da PNSTT. Uma dessas propostas é a criação do Fórum Sindical da Saúde do Trabalhador e a outra é o Projeto de Formação para as CISTs municipais com a perspectiva de realização de 25 oficinas estaduais (20).

Outro subtema relacionado à participação popular nacional e que ganha bastante destaque na 4ª CNSTT é a educação permanente do controle social (Quadros 4 e 5). Foi com o objetivo de articular e qualificar a atuação do Controle Social nas ações de ST pelo Brasil, formando conselheiros de Saúde, membros das CISTs, centrais sindicais, representantes de trabalhadores e das trabalhadoras, associações, ONGs, sindicatos, federação, confederação, etc., nos municípios sede de CEREST, principalmente nas localizações que conste CIST, foram realizadas 27 oficinas pelo país, nos anos de 2016 e 2017, foi realizado, em junho de 2017, o Projeto de Articulação e Qualificação da Atuação do Controle Social na PNSTT (1ª Fase) (20).

Entre os objetivos específicos do Projeto, estão: a) fomentar o empoderamento do controle social com foco na atuação e participação na PNSTT e na CIST; b) realizar a devolutiva das resoluções aprovadas na 4ª CNSTT; c) contribuir para embasamento conceitual do campo ST e sua Política; d) contribuir para a democratização da técnica, aproximando o saber técnico do saber popular e dos trabalhadores e das trabalhadoras que subsidiem a participação no planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNSTT; e) articular os saberes técnicos e dos trabalhadores e das trabalhadoras para criar e monitorar indicadores de ST, considerando

os determinantes sociais e os processos produtivos; f) subsidiar a participação nos aspectos financeiros e orçamentários da PNSTT; g) contribuir para identificação dos instrumentos e mecanismos existentes da região para a atuação do controle social; h) fomentar atividades permanentes do controle social; i) fomentar a criação da CIST; j) fomentar a criação de uma rede de comunicação da CIST (20).

Devido as dificuldades com o financiamento das ações, a fragilidade do controle social e das equipes e a realização de ações regionais por parte dos CERESTs de gestão municipal em todas as Unidades Federativas, o Projeto de Articulação e Qualificação da Atuação do Controle Social na PNSTT e da Trabalhadora foi uma tentativa de promover a integração e o debate com os pares institucionais da RENAST e interlocutores intra e intersetoriais, e especialmente com os sindicatos e representações de trabalhadores, movimentos sociais e controle social do SUS (20).

As estratégias de fortalecimento da participação dos trabalhadores a partir das propostas da 4ª CNSTT de criação de fóruns sindicais estaduais, além da organização de comitês de vigilância de acidentes de trabalho graves e fatais, iniciativa que surgiu do curso básico de vigilância em saúde do trabalhador (FIOCRUZ), foram proposições que surgiram durante as visitas realizadas para a construção do Relatório (Quadros 4 e 5) (20). É notório, portanto, que houve um avanço em relação ao processo de implementação dos fóruns, a exemplo do Fórum Sindical de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (FSSTT), coordenado pelo Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e pela CGST.

### 4.3 TEMÁTICA

A Instrução Normativa da Portaria nº 3.120/1998, que passou a regular a VISAT no âmbito do SUS, estabelecendo que as ações devem ser realizadas a partir de mecanismos

que permitam conhecer, analisar e intervir sobre os processos e os ambientes de trabalho, , delimita a VISAT como:

[...] 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-lo [...] (73).

Não obstante, tais ações se desenvolveriam tendo como base linhas mestras de atuação, as quais possibilitariam compatibilizar instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências (73). Todos esses mecanismos de ações da VISAT pautam-se nos princípios do SUS, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial.

Os princípios metodológicos que embasam a Instrução Normativa não detalham sua operacionalização, apesar de serem um indicativo de um roteiro metodológico mais amplo da VISAT. Dentre os princípios e estratégias que caracterizam essa metodologia estão: pesquisa-intervenção; protagonismo do trabalhador concorrendo com seu saber operário; interdisciplinaridade e intersetorialidade; fase preparatória; intervenção com caráter transformador; análise dos processos; inquéritos; mapeamento de riscos; estudos epidemiológicos; negociação coletiva e acompanhamento do processo ao longo do tempo (Quadro 1) (13).

A VISAT está vinculada às estratégias de operacionalização de suas ações e possui um conjunto complexo com diferentes frentes de trabalho que incorporam conhecimentos de diversas instâncias. Inclui componentes essenciais, como: a informação e suas diretrizes de ação; a intervenção em processos, condições e ambientes de trabalho; a educação, a comunicação e a promoção da saúde; a participação do controle social e dos diferentes atores comprometidos no processo (73).

A Portaria, nesse sentido, traz, em seus objetivos, os temas abordados a partir dos princípios e estratégias que indicam o roteiro de metodológico de ações (Quadro 1). Portanto, o conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores; as formas de adoecer e morrer no trabalho; os perfis de morbidade e mortalidade no trabalho; a avaliação e fiscalização do processo, do ambiente e das condições de trabalho; os riscos e as cargas de trabalho; a intervenção nos fatores determinantes de agravos à ST; o estabelecimento de políticas públicas; a formação e capacitação de recursos humanos; e o estabelecimento de sistemas de informação em ST projetam o arcabouço temático geral da Instrução Normativa (8).

A proposta de uma rede de ST no SUS surgiu da necessidade de superar o modelo fragmentado dos programas e dos CERESTs, os quais se mantinham isolados e não estabeleciam vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde. Embora estratégicos para o desenvolvimento da área de ST, devido ao acúmulo de experiência e de conhecimento técnico, observou-se um esgotamento de suas capacidades de contribuir com avanços (77).

Como parte dessa revisão crítica, pontos críticos foram elencados, tais como: a organização da ST em todos os níveis de atenção; a elaboração do projeto nacional de capacitação e formação; a articulação entre gestores e movimentos sociais; a criação de metodologias para a VISAT; a construção de indicadores para o planejamento das ações; entre outros. Havia, portanto, um consenso, entre a área técnica, de que a constituição de uma rede integradora poderia servir como fator impulsionador da consolidação da área no SUS (77).

A Portaria nº 2.728/2009 preconiza, em seu art. 1º, que a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS, voltada à promoção, à assistência e à vigilância, por meio dos CERESTs, envolvendo os três níveis de atenção (Quadro 2). Além disso, a Portaria estabelece que as ações da rede devem ser articuladas entre MS, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o envolvimento de outros setores que contribuem com a área (98).

Outro tema de destaque na Portaria da RENAST é a rede de serviços sentinela (Quadro 2), constituída a partir dos municípios sentinelas, os quais são definidos, como preconizado em seu art. 2º (11), “a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à ST, oriundos de processos de trabalho em seus territórios”. Ressalta-se, ainda, que a rede é composta de serviços de média e alta complexidade, capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho, e de registrá-los no SINAN-NET (75).

Na lógica da temática da RENAST como uma rede estratégica estruturante de ações de promoção e vigilância, há um indicativo de estabelecimento de instrumentos que favorecem a integralidade, mas ainda com uma ênfase no assistencialismo (Quadro 2). Os desígnios da rede sob essa vertente assistencial refletem, inclusive, a origem na rubrica da alta complexidade ministerial, o que impede uma vocação de cunho mais preventivo das ações (77).

Na Portaria nº 1.823/2012, que instituiu a PNSTT (12), sublinha-se, em linhas gerais, que o principal objetivo é o fortalecimento da VISAT e a sua integração com os demais componentes da VS, com vistas à promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis (Quadro 3) (63). A Política estabelece, ainda, a participação do SUS no contexto da PNSST, definindo as diretrizes e a estratégia de atuação nas três esferas de gestão (99) para, como descrito em seu art. 2º, “o desenvolvimento da atenção integral à ST, 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” (Quadro 3) (12).

A despeito das linhas gerais que definem as diretrizes e estratégias de conjunção das ações de ST no SUS, observa-se uma redação dúbia em relação à própria vigilância, elemento central da PNSTT. No art. 14, § 2º, por exemplo, os CERESTs podem realizar ações diretas de vigilância apenas em caráter complementar ou suplementar, na situação “[...] em que

o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade [...]” (12). Vê-se que as diretrizes refletem uma hesitação, por parte dos atores da Política, em assumir a operacionalização das ações articuladas de vigilância nos vários níveis do território, considerando que a própria implementação da citada Política pelos CERESTs que compõem a RENAST é uma premissa quanto ao fortalecimento da VISAT (97). Surgem, a partir dessa contradição, questões relacionadas à capacidade da rede da AB, que tem seu foco na rede assistencial, sobre o tratamento de riscos ligados à cadeia produtiva do açúcar e do álcool, ou com as mortes e mutilações que ocorrem no transporte de carga rodoviária, e que extrapolam os limites da dimensão técnico-assistencial (99).

Com uma política que se integra ao conjunto de serviços, programas e políticas de saúde do SUS, existe a possibilidade de se ampliar a abrangência das ações de saúde a partir da compreensão do trabalho como categoria central na produção dos determinantes do processo saúde-doença (Quadro 3). Dessa forma, sob os princípios da VISAT, a PNSTT engloba como sujeitos todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (Quadro 3) (97).

A PNSTT elenca, também, em seu arcabouço temático, orientações para um planejamento que sirva para colocar em prática o conjunto de diretrizes e estratégias que são necessárias para o desenvolvimento dessas ações nos CERESTs e para a superação da cultura assistencial (Quadro 3). Entre as principais orientações para que se chegue a esse objetivo, estão: analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a VISAT com os demais componentes da VS e com a APS; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar adequadamente os profissionais e os gestores (97).

É inegável que existem CERESTs que já realizam ações e acumulam experiência com a vigilância, nela incluída a VISAT, como nos casos que dizem respeito à vigilância da exposição ao benzeno em postos de combustíveis; aos acidentes de trabalho; ao setor canavieiro e ao banimento do amianto em processos de produção e de consumo. No entanto, é preciso que essas experiências sirvam de base para avanços coletivos de articulação entre as forças que são implicadas no campo da ST, construindo o caráter de rede da RENAST e possibilitando a identificação e erradicação de outros riscos, doenças e situações como às análogas ao trabalho escravo e trabalho infantil (Quadro 3) (97).

No percurso da análise desse perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, uma diretriz importante, que ganha destaque na PNSTT para alcançar esse objetivo, é a articulação e sistematização das informações das bases de dados de interesse à ST (Quadro 3) (99). Outro elemento que orienta a produção de indicadores que levam à leitura da complexidade da realidade é a participação dos usuários no setor Saúde, através da representação dos trabalhadores nas CISTs. No entanto, esta diretriz apresenta grandes fragilidades no texto da Política (97).

Um tema de destaque na Política é a formação profissional, que deve ser incorporada à dinâmica de ações requeridas pela VISAT a partir de uma lógica complexa dos processos produtivos nos territórios (Quadro 3). Nesse sentido, a orientação de capacitação de recursos humanos deveria seguir a técnica de formação-ação, seguindo as referências atuais das diretrizes de vigilância, as prioridades de diversos níveis de atenção, além da incorporação de formas de acompanhamento, monitoramento e avaliação ao longo do desenvolvimento das ações e da formação continuada. A exemplo, menciona-se o processo de qualificação do programa de vigilância em acidentes de trabalho no Estado de São Paulo, que visa ao aprimoramento das habilidades dos técnicos para as investigações e as intervenções nas situações geradoras de acidentes. Além disso, torna-se necessário o reforço dos cursos de



Pedagogia tracionais ou a distância já existentes, os quais se destacam: mestrado profissional de vigilância em saúde do trabalhador; educação a distância de especialização em saúde do trabalhador e ecologia humana; especialização em epidemiologia de saúde do trabalhador e aperfeiçoamento de vigilância em saúde do trabalhador para agentes do controle social (97).

A 4ª CNSTT teve como mote: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”. Com base no “Documento Orientador” (92), a Conferência trata do desafio de tornar realidade o direito definido pela PNSTT, no contexto do desenvolvimento econômico, ambiental e social em âmbito local, regional e nacionalmente (92). Nesta linha, o subeixo 1 da CNSTT traz o tema do “desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos” na ST e da trabalhadora.

Em uma das deliberações do referido subeixo, o texto propõe um novo modelo de desenvolvimento econômico e social, centrado na sustentabilidade e nas políticas sociais, e na rede de proteção ao trabalho focado na ST (Quadro 4) (20). As interações que ocorrem com base nas formas de relações sociais e técnicas operacionais constituem os elementos estruturantes das transformações do espaço, da dinâmica territorial e da reprodução social. A repercussão na saúde dos indivíduos, portanto, se relaciona com os modelos de desenvolvimento social e depende das formas de organização geral das condições de vida em cada território (92).

As formas mais específicas de risco e vulnerabilidade estão relacionadas aos processos de trabalho em que o trabalhador está envolvido. Os determinantes de saúde, nesse caso, são resultantes da interação da base técnica que surge das relações sociais no processo de trabalho. A relação com a proposta de um novo modelo de desenvolvimento econômico e social se estabelece com a análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população, a construção dos perfis produtivos e o grau de risco do trabalho, todas propostas da 4ª CNSTT (Quadro 4)

(20). Esta análise dá-se com a observação da articulação entre as dimensões do modo de produzir e do modelo de desenvolvimento, e suas determinações no trabalho (92).

A despeito da dinâmica de discussão dos processos de organização e do aprofundamento das questões em suas diversas dimensões locais e regionais, evidenciam-se os distintos recortes temáticos por setores, dimensionados em vários âmbitos e em um processo de construção coletiva de uma maior articulação institucional e popular (92). Nas deliberações do subeixo 1, sublinha-se o enfrentamento dos desafios locais de iniquidades de gênero, geracional e racial, além disso, destaca-se a necessidade da vigilância acidentes e agravos relacionados à cadeia produtiva dos trabalhadores e das trabalhadoras das águas e ribeirinhos, e ações de promoção, prevenção de intoxicações, fiscalização e controle do uso de agrotóxicos (Quadro 4) (20).

As ações da VISAT que buscam as necessidades e demandas específicas nos territórios permitem os processos locais de organização, mobilização e participação dos trabalhadores. A partir dos debates da 4ª CNSTT, que delimitam o controle social e o processo participativo nas ações de ST como estratégias fundamentais (92), o subeixo 2 define, como ação e objetivo estruturante da PNSTT, que se fortaleça, nas ações da ST e da trabalhadora, “a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social”. As deliberações da Conferência avançam com a discussão sobre a necessidade de capacitação e educação permanente em ST para o controle social; o modelo de gestão participativa nas unidades, nos serviços de saúde, nos distritos sanitários e nos CERESTs, visando ao controle social da gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS; e a implementação da CIST em todos os municípios, estados e Distrito Federal e União (Quadro 4) (20).

A 4ª CNSTT avança na discussão sobre a instituição de modelos e práticas capazes de reverter os elevados índices de acidentes e doenças gerados pelo trabalho e apontar problemas e estratégias de superação em conformidade com a PNSTT (92). Essa reflexão

pertinente ao subeixo 1 tem relação com as propostas que englobam a intersetorialidade na perspectiva das ações de desenvolvimento regional e a ST nos territórios (Quadro 4). Mas, para que haja uma resposta com ações nos níveis municipal, estadual e nacional, propõe-se o fortalecimento da governança e da institucionalidade referente à promoção e atenção à saúde dos trabalhadores em direção à estruturação do sistema de saúde, o que, na prática, representa efetivar as ações da RENAST e, em particular, dos CERESTs.

O subeixo 3, que objetiva efetivar a PNSTT, “considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo”, em suas deliberações, propõe, em síntese, destacar as prioridades nas regiões e quais setores econômicos têm sido foco de ação, registrar e analisar os planos locais, as formas de organização dos trabalhadores, a discussão desenvolvida sobre a ST e definir quais problemas devem ser enfrentados (Quadro 4) (92).

O subeixo 4 traz a temática do financiamento com o mote “Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos Municípios, Estados e União”. A Conferência realiza o debate sobre o financiamento das ações e a adequação das condições estruturais do trabalho em saúde e, em especial, o dimensionamento e qualificação dos trabalhadores envolvidos diretamente com a PNSTT (92). Nesse sentido, as deliberações da 4ª CNSTT propõem que ações, metas e indicadores de ST deverão ser inseridos nos Planos de Saúde e na Programação Anual de Saúde, nas três esferas de governo, considerando-se os princípios, diretrizes, objetivos, estratégias e as atribuições dos gestores definidas na PNSTT (Quadro 4) (20). Em síntese, o volume de recursos destinados às ações e serviços relacionados à implementação da PNSST depende do grau de prioridade estabelecido pelos gestores.

O Relatório da RENAST, que propõe um modelo de acompanhamento, tem como tema principal o fortalecimento da VISAT, que converge outros temas e subtemas ligados à ST e por meio da construção de indicadores. Os encaminhamentos reforçam, portanto, as linhas

temáticas nacionais de implantação da vigilância dos agravos relacionados ao trabalho, especialmente dos acidentes de trabalho e as intoxicações por agrotóxicos relacionadas ao trabalho (Quadro 5). Outros temas sublinhados são a articulação em rede entre os CERESTs e os que dão a possibilidade de construção de protocolos e ações programáticas de formação para a ação de vigilância de ambientes e processos de trabalho, como as pneumoconioses, o câncer relacionado ao trabalho e os transtornos mentais (Quadro 5) (21).

O fortalecimento da VISAT aparece, nesse contexto, como a necessidade de realização de ações que possibilitam a construção da dimensão preventiva da ST, que interage com os determinantes sociais do trabalho e propõe, simultaneamente, novos processos de desenvolvimento, implantação de modelos produtivos e bases tecnológicas, com a finalidade de intervenção nas formas de organização e nos ambientes de trabalho (Quadro 5) (21).

O modelo de acompanhamento resgata temáticas que são delimitadas pelos processos de discussão e avaliação da VISAT ocorridos pela CGST, especialmente com as coordenações estaduais da RENAST desde 2008, e com as instâncias do controle social, e pelo marco institucional decorrente da PNSTT, de agosto de 2012, os quais definem como prioridade nacional os temas da vigilância de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, da vigilância dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho entre crianças e adolescentes, da VISAT rural abrangendo o recorte das populações do campo floresta e das águas e da vigilância relacionado à promoção da saúde mental (Quadro 5) (21).

O tema da vigilância de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho é elencado pelo longo histórico de danos à saúde dos trabalhadores e dos custos sociais e humanos causados pelos acidentes de trabalho. Isso fez com que a área técnica da ST do MS elaborasse um Programa Nacional de Vigilância dos Acidentes de Trabalho que visasse à instituição de práticas sistemáticas de investigação dos casos; registro das ações de investigação e vigilância; análise das intervenções e análise do impacto das intervenções realizadas (Quadro 5). Essas

ações incluem também o monitoramento de eventos considerados como acidentes de trabalho ampliados, os acidentes graves e fatais e aqueles que ocorrem entre crianças e adolescentes (21).

O tema da vigilância em saúde mental, como parte das ações da VISAT, é uma tentativa de avanço na formulação de estratégias de superação dos programas convencionais de saúde e segurança no trabalho, que dão ênfase prioritária aos riscos físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos (Quadro 5). Ela problematiza as situações de reconhecimento e acolhimento de sofrimentos, patologias e transtornos mentais, discute os dilemas das práticas diagnósticas, o estabelecimento de nexos causais e a produção de informação epidemiológica ou “informação para ação”, visando articulações com outros atores da rede e demais órgãos e setores. Nesse sentido, busca-se inserção das questões de saúde mental dos trabalhadores na legislação e nas normas técnicas da VS, além de um avanço na direção de diretrizes específicas, linhas de atuação e princípios orientadores, por parte do MS, para que as equipes de ST desenvolvam ações nos estados (21).

Os debates e as ações realizadas no âmbito da RENAST nos estados possibilitaram o avanço sobre o conhecimento dos modos de produção do campo das florestas e das águas e de suas interações socioambientais com a saúde, o que tem apontado para a organização de um Programa Nacional de Vigilância em Saúde das Populações do Campo Floresta e das Águas. Essa temática interage com a VSPEA e com as ações de AB, voltada para uma vigilância em saúde de base territorial e participativa, com foco, especialmente, nas ações de redução da exposição aos agrotóxicos nos modelos de transição ecológica (Quadro 5). Além disso, a interface da PNSTT com a PNSIPCFA tem proporcionado ações de promoção à saúde dessas populações por meio de iniciativas que reconhecem as especificidades de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual (21).

Por fim, mas não menos importante, a vigilância da exposição aos agrotóxicos no Brasil é outro tema do Relatório de considerável relevância. Trata-se das informações de saúde

da população e os perfis de intoxicação aguda que são atendidos nos serviços de emergência, de relação imediata e direta com a exposição, e que são registrados no SINAN. Devido às formas de exposição, a descrição dos registros leva à hipótese de que a utilização dos agrotóxicos em grande parte está associada aos trabalhadores rurais. A contaminação é em decorrência ao incremento de agrotóxicos utilizados na agricultura de larga escala, na soja, cana, algodão e milho, e é restrita à população trabalhadora que reside em áreas próximas à aplicação dos químicos. Os impactos associados ao uso de agrotóxicos são de difícil captação, pois os efeitos à exposição são crônicos, difusos, que, a princípio, não apresentam correlação. É necessário, portanto, o acompanhamento das populações expostas para monitoramento dos casos de intoxicação, combinando ações de VS com ações da Atenção Básica de Saúde (ABS) para identificar os grupos mais vulneráveis (Quadro 5) (21).

#### 4.4 OS DESAFIOS DA VISAT

O subsídio ofertado pela Instrução Normativa como roteiro metodológico à VISAT não encontrou terreno fértil para o desenvolvimento de ações sistemáticas no SUS (88). Destaca-se, também, o papel que a RENAST (e a própria PNSTT) deveria cumprir em relação ao aprofundamento da institucionalização da ST, com propostas que reunissem as condições para o estabelecimento de uma política de Estado, assim como as ferramentas e os meios para sua execução, com uma política permanente de financiamento de ações de ST. No entanto, esse processo é recente e possui muitos entraves (73).

A relação dos CERESTs com os níveis de gestão do SUS, por exemplo, eviscera as tensões operacionais e as contradições entre a disponibilidade de recursos e a necessidade de cumprimento da missão institucional. Ao invés da adoção de uma dinâmica que sai do simples para o complexo, propõe-se um modelo que não capta as determinações dos processos

produtivos, restringindo-se às ações de notificações de agravos. Para Machado *et al.* (100), as rubricas específicas da RENAST se acumulam devido ao descompasso no processo de gestão dos instrumentos propostos pelas políticas de ST e suas complexidades. Essas contradições aparecem, também, na PNSTT, com o vasto elenco de atribuições estabelecidos para o CEREST capazes de gerar indicadores efetivos de execução de ações de vigilância. Mas o que acontece, na prática, é a falta de pactuação da gestão para cumprir a missão desses serviços (88).

Esse cenário suscita extensos debates sobre as características estruturais dos serviços, que tratam da sua regulação, organização, gestão e operacionalização. A doutrina e organização do SUS, balizadas pela CF/1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990), assim como as normas e portarias que surgem das instâncias de pactuação entre as esferas federativas, possibilitariam que a gestão avançasse com a implementação de ações que cumprissem essa missão. Mas o que aconteceu, na prática, foi que as normas e os pactos (Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) (86) não vincularam as ações e serviços de ST ao modelo de desenvolvimento e sistemas produtivos (88).

Paim e Teixeira (101) destacam pontos críticos relativos à estrutura organizacional e ao processo de gestão do SUS, tais como: ausência de consenso de sua missão; divergências político-partidárias nas relações intragovernamentais, com utilização dos serviços de saúde para reprodução do clientelismo; gestão amadora em todos os níveis; dificuldade de articulação com as instituições gestoras de políticas na área econômica e social; e, entre outros, captura dos espaços de participação e controle social por organizações fortemente corporativas, etc. A partir dessa leitura, reivindicam a necessidade de retomar o projeto da RSB.

Com todo os problemas relacionados ao processo de institucionalização, ao se considerar outras dimensões, que se diferenciam das técnico-gerenciais, pode-se afirmar que a evolução do conhecimento no campo da ST fez a VISAT ampliar seus limites teóricos e práticos, incorporando novas dimensões que descortinam e tornam visíveis interações

desconhecidas do mundo do trabalho. Essas novas formas de apreensão possibilitam a criação de processos éticos de reflexão acerca das relações de produção e fomentam, assim, novas intervenções políticas.

A articulação com a vigilância ambiental, por exemplo, sob a demanda de territórios em conflito e em situação de vulnerabilidade, vem possibilitando o desenvolvimento e aprimoramento da pesquisa-ação, marca da VISAT. É a vigilância da saúde das populações do campo, floresta e águas, com apoio de movimentos sociais ligados aos povos tradicionais, comunidades ribeirinhas e costeiras, pescadores, mulheres artesãs, trabalhadores em assentamentos, que vem configurando uma vigilância de base territorial integrada e participativa (6).

As ações e mobilizações que se desenvolvem a partir do conhecimento produzido nesse território, e que são frutos dos problemas ambientais e de saúde, convergem com a agroecologia, ciência que aplica os princípios dos sistemas sustentáveis, com base em saberes pessoais e coletivos (102). Esses caminhos vêm sendo percorrido a partir da implantação da PNSIPCFA, da PNSTT, da Política Nacional de Saneamento Básico (PNSB), de práticas de VSPEA em articulação com a ST.

Dentre as múltiplas variáveis que dimensionam as relações no mundo do trabalho e suas repercussões à saúde, recentemente, a relação trabalho-saúde, sob o prisma da divisão sexual e racial do trabalho, também vem sendo incorporada como premissa teórico-prática da VISAT. A abordagem interseccional de classe, gênero e raça surge em decorrência da necessidade de se exporem os dispositivos de controle e hierarquização nas relações de trabalho, os quais reproduzem as ideologias do racismo e as desigualdades de gênero, e como eles são determinantes no processo de subjetivação de trabalhadores e trabalhadoras (103).

Por utilizar os aspectos da vigilância de base territorial e participativa, a VISAT tem incorporado, de forma integrada, a vigilância popular da saúde e do ambiente para



compreensão da realidade das populações do campo, floresta e águas, pois elas são expostas a um conjunto de agravos específicos, oriundos das formas de produzir com a pesca artesanal, agricultura, extrativismo, mineração e outras atividades, e que precisam ser conhecidos pela VS e APS. E essa incursão da VISAT se reflete a partir da exigência da VSPEA e criar estratégias para solucionar problemas de forma participativa e democrática, incluindo na sua construção os povos tradicionais e populações vulneráveis (103).

Acrescentaram-se a essas novas determinações do campo da ST, no último período, o cenário de austeridade fiscal no SUS e o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil, os quais impõem desafios em relação à efetividade da VISAT. No primeiro, destaca-se a vigência da Emenda Constitucional 95, que inaugura um regime fiscal de baixo investimento na SP. Este processo vem influenciando sobremaneira a estrutura e organização do sistema brasileiro de vigilância e assistência, principalmente sobre a dinâmica atual da pandemia de Covid-19 (42,104).

O SUS, portanto, vem fornecendo a base necessária para as ações de combate à pandemia sob o signo de um número reduzido de recursos humanos na Saúde; baixa produção e oferta de insumos; número insuficiente de equipamentos de proteção individual (EPIs); condições insalubres de trabalho; extensas jornadas de trabalho; falta de treinamento das equipes profissionais para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19; e poucas ações de prevenção da transmissão de vigilância e assistência, principalmente sobre a dinâmica atual da pandemia de Covid-19 (42,104).

O histórico de baixo investimento em políticas públicas intensificou a desvalorização e a precarização do trabalho no Brasil. Os baixos salários, a falta de plano de carreira, a fragilização de vínculos trabalhistas, o desemprego, a vulnerabilidade social, tratados aqui como índices de desigualdade social, impuseram, a uma parcela grande da população, os efeitos devastadores do novo coronavírus, diferentemente dos trabalhadores que têm vínculos

formais de trabalho, que estão resguardados por meio de direitos e de proteção social. Neste caso, para esses grupos, as medidas adotadas no combate à pandemia estão sendo mais eficientes de vigilância e assistência, principalmente sobre a dinâmica atual da pandemia de Covid-19 (42,104).

Com esse cataclismo social, marcado por centenas de milhares de mortes e pelos efeitos no sistema de saúde e na própria saúde da população (como no caso da Covid longa), é fundamental entender de que maneira as atividades e condições de trabalho contribuíram para a disseminação do vírus e para o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia, considerando as ações da VISAT na RAS do SUS (105).

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo resgata o percurso da ST no Brasil, aponta as características que distinguem a MT, a SO e a ST, assim como a evolução conceitual e teórico-metodológica que assimilam suas diferenças e possibilitam, dialeticamente, a criação de uma zona de empatia entre esses campos. Ao fazê-lo, delimita, sem rigidez, os conceitos fundamentais da área e suas implicações para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, assim como o direcionamento prático, que leva em consideração as relações trabalho-saúde sob os desígnios do capitalismo, e as possibilidades de transformação social a partir da luta política realizada pelos trabalhadores e trabalhadoras.

No mesmo sentido, o estudo retoma a trajetória de institucionalização da ST no SUS, revisitando os elementos históricos e conceituais que interagem para o desenvolvimento do campo da VISAT e das políticas públicas de saúde. Esse processo de simbiose entre a ST e a SP redimensiona o envolvimento dos trabalhadores no planejamento, desenvolvimento e execução das ações, programas e políticas que interferem nos territórios e nos ambientes de trabalho, assim como propõe a transformação das bases técnicas e organizacionais a partir de abordagens interdisciplinares.

Esse intercâmbio proporciona à ST a retaguarda do aparato político-institucional do Estado, o qual coloca a SP como estrutura a serviço das ações sobre os determinantes sociais e a vigilância como seu instrumento técnico-interventor. Era preciso, portanto, que dois dos princípios da VISAT, a participação da comunidade e a intersetorialidade, pudessem dar legitimidade ao processo de apreensão, incorporação e institucionalização das determinações da realidade dos trabalhadores nos territórios nas políticas públicas, pois o conhecimento se produz a partir dos sujeitos em sua dimensão ecológica.

A princípio, as conferências e as políticas de saúde e vigilância em saúde do trabalhador criam as condições para a construção de modelos, roteiros e metodologias de intervenção sobre os territórios, a organização e os processos de trabalho, considerando os modelos de desenvolvimento econômico. Essa premissa, ao considerar que os aspectos econômicos e sociais interferem na ST, possibilita que as ações transcendam o campo da saúde e sejam transversais a outros campos das políticas públicas no processo de transformação da realidade dos trabalhadores. Dada a complexidade dessas ações, as articulações intersetoriais são uma condição indispensável da VISAT.

O roteiro metodológico apresentado pela Instrução Normativa da VISAT, com o arcabouço técnico e conhecimento sistematizado, só pode ser materializado com a proposta de instrumentos que funcionem em uma rede integrada, como é o caso dos CERESTs, que têm funções primordiais de articulação das ações na RENAST e de dar subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, assistência, diagnóstico e vigilância.

Com o estudo, conclui-se que, em relação às ações intra e intersetoriais, ainda há uma fragilidade programática que não possibilita a definição dos fluxos e responsabilidades dos órgãos setoriais, movimentos sociais, sindicatos, etc. Essa falta de articulação pode ser atribuída, em grande medida, à não incorporação da ST na agenda do SUS, o que esvazia sua função institucional em relação aos objetivos, planejamento, financiamento e execução das atividades.

É perceptível também que, apesar do aumento do número de CERESTs e das experiências diversas com articulações intra e interinstitucionais, não se avançou para a construção de um instrumento pedagógico que explicita as etapas de desenvolvimento da participação popular nas ações de VISAT. Além da fragilidade institucional, existe a dimensão das relações de trabalho, que são políticas, estruturais e conjunturais. A instabilidade no emprego, as formas flexíveis de contratos de trabalho, o medo de represália, a adesão ao modelo

técnico-normativo-assistencial, a baixa consciência coletiva de construção dos processos produtivos e o baixo nível de mobilização sindical têm dificultado a efetivação da participação dos trabalhadores e trabalhadoras nas ações de atenção em ST nos planos estaduais e municipais de saúde.

Se é fato que existem debilidades no processo de efetivação das políticas em relação aos princípios da intersetorialidade e da participação dos trabalhadores, é verdade também que sua incorporação, a partir do desenvolvimento das políticas, permitiu a formação, capacitação e educação permanente em ST, o que pode ser visto com o arcabouço técnico-normativo da PNSTT, com as discussões e deliberações da 4ª CNSTT e com o Relatório da RENAST.

As políticas, programas e conferências avançaram desvelando novas temáticas e as possibilidades de intercâmbio entre diversos setores da economia, seja com a participação dos trabalhadores informais, da produção agrícola, da pesca, quilombolas, rurais sem-terra e outros, seja com a interface entre PNSIPCFA, PNSTT e as práticas de VSPEA, vigilância ao trabalho escravo, ao trabalho infantil, aos acidentes de trabalho, entre outros. A produção de novos indicadores e novas estratégias de comunicação também fazem parte dessa evolução.

Essas ações se materializaram, recentemente, com as estratégias desenvolvidas por indígenas, quilombolas, por pessoas que habitam favelas e as ligadas à pesca artesanal e à agroecologia, para o enfrentamento da Covid-19 nos territórios. Expressa-se no momento em que há um apagão de dados oficiais sobre a morbimortalidade pela Covid-19, no âmbito do Executivo federal, que gera uma escassez de dados sobre a incidência da doença sobre as populações vulneráveis. Portanto, essas ações criam as condições para a construção de uma vigilância em saúde de base popular, participativa e democrática, incluindo aí a VISAT.

Por fim, ainda impera a incompreensão sobre o papel do SUS como responsável pela política nacional de ST, o que exige que os trabalhadores, os usuários e a gestão considerem o campo como parte da estrutura de Estado formulador de políticas centrado no direito à saúde.

É importante, portanto, o fortalecimento da governança e da institucionalidade para a materialização dos instrumentos que garantem a promoção, a atenção integral, a intersetorialidade e a participação da comunidade no fortalecimento da VISAT por meio da PNSTT.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13(suppl 2):S21–32.
2. Lacaz DC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações [The Workers' Health field: reclaiming knowledge and practices in the interface between work and health]. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(4):757–66.
3. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: LCF Vasconcellos, MHB Oliveira, organizadores. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam; 2011:424–52.
4. Lacaz FAC, Goulart PM, Souza EA, Trapé CA, Moita D, Mota-Sousa G, *et al.* O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde colet.* 2020;25(12):4843–52.
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*. 1990 set. 20;182:18055.
6. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2018;23(6):1963–70.
7. Monken M. Espaço e Vigilância em Saúde: uma perspectiva operacional para a territorialização em Sistemas Locais de Saúde. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Salvador: Abrasco; 2000.
8. Brasil. Ministro de Estado da Saúde. Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprovar 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. *Diário Oficial da União*. 1998 jul. 14;Seção 1, 12.
9. Lacaz FAC, Machado JMH, Porto MFS, coordenadores. *Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. Relatório Final do Projeto. Rio de Janeiro: Abrasco; 2002.
10. Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trab. educ. saúde*. 2009 nov.;7(3):445–62.
11. Brasil. 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. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 2009. [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html#:~:text=1º Dispor sobre a Rede,dessas esferas%2C executores de ações](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html#:~:text=1º%20Dispor%20sobre%20a%20Rede,dessas%20esferas%20C%20executores%20de%20ações)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União* [Internet].

Brasília; 2012. [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)

13. Vasconcellos LCF. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. *Rev. bras. saúde ocup.* 2018;43(suppl 1):1–9.

14. Elias CSR, Silva LA, Martins MTSL, Ramos NAP, Souza MGG, Hipólito RL. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2012 [acesso em 25 nov. 2022];8(1):48–53. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762012000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100008)

15. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2007 [acesso em 25 nov. 2022];20(2):v–vi. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

16. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas [Documentary research: theoretical and methodological clues]. *Rev. bras. história ciências sociais.* 2009;(1):1–14.

17. Evangelista O. Apontamentos para o trabalho com documentos de política educacional. In: Araujo RML, Rodrigues DS, organizadores. *A pesquisa em trabalho, educação e políticas educacionais.* Campinas, SP: Alínea; 2012:52–71.

18. Cellard A. A Análise Documental. In: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperriere A, Mayer R, Pires A, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis, RJ: Vozes; 2008:295.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília; 2017 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html)

20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Relatório final.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2015 [acesso em 25 nov. 2022]. 234 p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-final-4a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>

21. Melo ACM, Machado JMH, Rocha RD, organizadores. Relatório da Renast 2016. Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 2008.

23. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. saúde pública.* 1991;25(5):341–9.



24. Fleury ACC, Vargas M, coordenadores. Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar e sete estudos sobre a realidade brasileira. São Paulo: Atlas; 1983.
25. Oliveira JAA, Teixeira SMF. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes; 1986. 356 p.
26. Organização Internacional do Trabalho. *Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo* (Recomendación n. 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). Convenios y recomendaciones (1919-1966). Ginebra: OIT; 1966 [acesso em 25 nov. 2022]:1054–8. Disponível em: <https://www.docsity.com/pt/recomendacao-no-112/4732678/>
27. Vasconcellos LCF. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: LCF Vasconcellos, MHB Oliveira, organizadores. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam; 2011: 424–22.
28. Machado JMH, Minayo-Gomez C. Acidentes de Trabalho: Concepções e Dados. In: Minayo MCS, organizadora. *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; 1995:117–42.
29. Lacaz FAC. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
30. Leavell H, Clark E. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
31. Tambellini AT. A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, organizador. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1984.
32. Tambellini AT, Porto MFS, Galvão LAC, Machado JMH. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ/CESTEH; 1986.
33. Rigotto RM. *A saúde do trabalhador como campo de luta*. Belo Horizonte; 1990.
34. Odone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiatella M, Re A. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2020. 298 p.
35. Berlinguer G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Hucitec; 1977.
36. Parmeggiani L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. *Rev. bras. saúde ocup.* 1985;13(50):19–27.
37. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
38. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões [Workers' health : new-old questions]. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):797–807.
39. Donnagelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, organizador. *Ensino da saúde*

*pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983:17–35.

40. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina* (Ribeirão Preto). 1991;24(2):70–7.

41. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. 208 p.

42. Lacaz FAC, Reis AAC, Lourenço EAS, Goulart PM, Trapé CA. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde debate*. 2019;43(spe8):120–32.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. 1986 mar. 17-21 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

44. Paim JS. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. [Internet]. Brasília; 2001 [acesso em 25 nov. 2022];1–16. Disponível em: [http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim JS. Texto Modelos Assistenciais.pdf](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS%20Modelos%20Assistenciais.pdf) <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>

45. Ribeiro FSN. Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas. *Rev. bras. saúde ocup*. 2013;38(128):268–79.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2009 dez. 23; Seção 1:65-9.

47. Porto MFS. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(10):3149–59.

48. Castellanos PL. Interfaces O ecológico na epidemiologia. In: Almeida Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB, organizadores *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998:129–47.

49. Ayres JRMC, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003:117–39.

50. Porto MFS. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007. 248 p.

51. Minayo-Gomez C, Minayo MCS. Enfoques ecossistêmicos em saúde: uma estratégia transdisciplinar. *InterfacEHS*. 2006;1(1):1–19.

52. Oliveira MHB, Oliveira LSB, Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cad. saúde pública*. 1997;13(3):425–33.

53. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS [Health promotion and surveillance in the context of health care regionalization in the Unified National Health System in Brazil]. *Cad. saúde pública*. 2002;18:153–62.
54. Franco Netto G, Carneiro FF, Aragão LGT, Bonini EM, Drumond IA, Tavares MS, *et al.* Saúde e ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, OPAS; 2006:152–70.
55. Franco Netto G, Villardi JWR, Machado JMH, Souza MS, Brito IF, Santorum JA, *et al.* Vigilância em saúde brasileira: Reflexões e contribuição ao debate da 1ª conferência nacional de vigilância em saúde. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(10):3137–48.
56. Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cad. saúde pública*. 1997;13(2):269–75.
57. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. saúde pública*. 1997;13(suppl 2):S33–45.
58. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa Filho HR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cad. saúde pública*. 2011;27(4):759–68.
59. Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador [Workers' Health Surveillance]. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):987–92.
60. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS* [Internet]. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. RENAST [online]; 2012 [acesso em 25 nov. 2022]:14. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/diretrizes-implantacao-vigilancia-saude-trabalhador-sus>
61. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional n. 105/2019. Vol. I. 2020. 397 p.
62. Machado JMH, Villardi JWR, Franco Netto G, Rolfs DB, Rangel CF, Vaz CA, *et al.* Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. *Cad. saúde colet*. 2011;19(4):399–406.
63. Vasconcellos LCF, Minayo-Gomez C, Machado JMH. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. saúde colet*. 2014;19(12):4617–26.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. *Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação para o SUS*. 1991.
65. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST [The challenge of implementing workers' health actions in the Brazilian National Health System (SUS): the RENAST]. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):817–28.

66. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1994. 45 p.
67. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. *Diário Oficial da União*. 1991 dez. 12;241.
68. Brasil. Lei nº 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*. [internet]. 1990 dez. 31 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)
69. Artur K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. *Saude soc.* 2015;24(3):853–68.
70. Brasil. 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). Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) [Internet]. Brasília; 1998 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html)
71. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*. 1996 nov. 6.
72. Machado JMH, Assunção AA, organizadores. *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva e Social; 2012. 164 p.
73. Daldon M, Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador-rumos e incertezas [Worker's health surveillance-trends and uncertainties]. *Rev. bras. saúde ocup.* 2013;38(127):92–106.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Lista de doenças relacionadas ao trabalho*: Portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 140 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
75. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008: 175–204.
76. Machado JMH, Santos APL. O financiamento na indução das ações de saúde do trabalhador no Brasil: o caso da RENAST. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde* [Internet]. Brasília: IPEA; 2011 [acesso em 25 nov. 2022]:151–64. 356 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42906>.

77. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011;20(1):85–100.
78. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador- 3ª CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”*. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005: 63. 214 p.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: desafio da construção de um modelo estratégico. In: *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 196 p.
80. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 25 nov. 2022]. 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116). Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas\\_01\\_de\\_2001.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas_01_de_2001.pdf) –, 2001.
81. Jacques CC, Milanez B, Mattos RCOC. Indicadores para centros de referência em saúde do trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. *Ciênc. saúde colet*. 2012;17(2):369–78.
82. Machado JMH, Santana VS, Campos A, Ferrite S, Peres MC, Galdino A, *et al*. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. *Rev. bras. saúde ocup*. 2013;38(128):243–56.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 19 p.
84. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 2004 abr. 19;Seção 1:(81)37-8.
85. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento*. [internet]. São Paulo, SP: [s. n.]; 2006 [acesso em 25 nov. 2022]. 82 p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/manual-gestao-gerenciamento-rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador>
86. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2006 fev. 23 [acesso em 25 nov. 2022]; Seção 1: 43-51. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
87. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). *Diário Oficial da União*. 2011 nov. 8; Seção 1.

88. Vasconcellos LCF, Aguiar L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2017;41(113):605–17.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 493, de 7 de novembro de 2013*. Resolve que os Conselhos de Saúde nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal, promovam a criação da CIST, por meio de resolução para assessorar ao Plenário do referido Conselho resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
90. Lancman S, Daldon MTB, Jardim TA, Rocha TO, Barros JO. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? *Ciênc. saúde colet*. 2020;25(10):4033–44.
91. Pereira MS, Oliveira KT, Silva IA. Atuação intersetorial em saúde do trabalhador: desafios e possibilidades. *Cad. psicol. soc. trab*. 2012;21(2):119–31.
92. Brasil. Ministério da Saúde. *4ª Conferência Nacional Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*: Documento Orientador. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 101 p.
93. Machado JMH. O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora. In: Brasil. Ministério da Saúde. *4ª Conferência nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora*. Subeixo I. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 6–11.
94. Rios OO. *Análise situacional das comissões intersetoriais de saúde do trabalhador de âmbito estadual e nacional (2012-2013)*. (Dissertação) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
95. Silveira AM, Ribeiro FSN, Lino AFPF. O Controle Social no SUS e a RENAST. In: *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - 3ª CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”*. Coletânea de textos, Brasília: Ministério da Saúde; 2005:104–9.
96. Cruz APC, Ferla AA, Lemos FCS. Alguns aspectos da política nacional de saúde do trabalhador no Brasil. *Psicol. soc*. 2018;30: e154362.
97. Minayo-Gomez C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev. bras. saúde ocup*. 2013;38(127):21–5.
98. Machado JMH, Santana V, Campos A, Peres MC, Ferrite S, Galdino A, *et al*. 1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em:  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:1º+Inventário+de+Saúde+do+Trabalhador+,+2009+Avaliação+da+Rede+Nacional+de+Atenção+Integral+em+Saúde+do+Trabalhador+,+2008-2009#0>
99. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública [Worker’s Health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy]. *Rev. bras. saúde ocup*. 2013;38(127):11–30.
100. Machado JMH, Souza CAV, Santana V, Ferrite S, Campos A, Vasconcelos Neto R, *et al*. 2º *Inventário de Saúde do Trabalhador, 2010-2011*: Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011. [Internet]. Brasília: Ministério da

Saúde; 2013 [acesso em 25 nov. 2022]. Disponível em:

<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/InventarioRENAST2010-2011.pdf>

101. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e desafios. *Ciênc. saúde colet.* 2007;12(suppl):1819–29.

102. Pavanelli A. *Vigilância em saúde de base territorial, integrada e participativa: uma experiência de formação em assentamentos rurais do pontal do Paranapanema.* (Dissertação) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2019.

103. Sant’Anna FCR. Interseccionalidade gênero, raça e classe. In: Vasconcellos LCF, Corrêa Filho HR, Garrido PHS, Ponte CF, Silva CS, organizadores. *Saúde do Trabalhador em tempos de desconstrução: caminhos de luta e resistência.* Rio de Janeiro: Cebes; 2021:198–200. 314 p.

104. Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, Lancman S, Costa VBB. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad. bras. ter. ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 nov. 2022];28(3):1093–102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102020000301093&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000301093&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

105. Jackson Fiho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 nov. 2022];e45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572020000100100&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&tlng=pt)