



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

**LÚCIA DE FÁTIMA ROCHA BEZERRA MAIA**

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA  
TRABALHADORA NO ESTADO DO CEARÁ NO PERÍODO DE 2003 A 2017:  
AVANÇOS E DESAFIOS**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2017**

**LÚCIA DE FÁTIMA ROCHA BEZERRA MAIA**

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA  
TRABALHADORA NO ESTADO DO CEARÁ NO PERÍODO DE 2003 A 2017:  
AVANÇOS E DESAFIOS.**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúcia Conde de Oliveira

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Maia, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra .  
Implementação da Política de Saúde do Trabalhador e  
da Trabalhadora no Estado do Ceará no período de  
2003 a 2017: avanços e desafios [recurso eletrônico] /  
Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia. - 2017.  
1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 231 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do  
Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Política, Planejamento e  
Avaliação em Saúde. .

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Ph.D. Lúcia Conde de Oliveira.

1. Política de Saúde do Trabalhador. 2. Centro de  
Referência em Saúde do Trabalhador. 3. Precarização  
do Trabalho. I. Título.

**LÚCIA DE FÁTIMA ROCHA BEZERRA MAIA**

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA  
TRABALHADORA NO ESTADO DO CEARÁ NO PERÍODO DE 2003 A 2017:  
AVANÇOS E DESAFIOS.**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 21 de dezembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará -UECE

---

Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos  
Universidade Estadual do Ceará -UECE

---

Profa. Dra. Liduína Farias Almeida Costa  
Universidade Estadual do Ceará –UECE

---

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida  
Universidade Estadual do Ceará -UECE

---

Profa. Dra. Maria Marlene Marques Ávila  
Universidade Estadual do Ceará

A Deus pela sua bondade

E aos meus pais (*in memoriam*) pelo amor e dedicação

## AGRADECIMENTOS

A Deus, o autor da vida, pelo seu imenso amor e sua presença constante em toda a minha caminhada.

Aos meus pais, Olímpio(*in memoriam*) e Maria Hermínia(*in memoriam*), que me ensinaram a cultivar esperança e simplicidade diante da vida.

A Evânio, grande amigo, companheiro, pai brilhante e esposo compreensível, pelo seu amor imensurável em todos os momentos de minha vida.

Aos nossos filhos, Daniel e Débora, pelo seu amor; mesmo quando me debruçava nos livros, vocês estavam próximos, compreendendo e alegrando a minha vida.

Aos meus irmãos, Francisco, Conceição, José Maria, Tereza e Ana, que sempre confiaram na minha capacidade de superar os obstáculos e vencer. Aos cunhados, Benedito, Carlúcio, Meire, Vera, Valter e Elaine, pelo apoio e diálogo ao longo de nossa convivência.

Aos meus sobrinhos, que sempre estiveram presentes em minha vida e, de forma especial, a Isabel, Rafaela e Eveline, pelos momentos de compartilhamento e confiança na minha vitória.

A minha sogra, Ermínia, por compartilhar das minhas vitórias, e ao sogro, Eloi (*in memoriam*), pela sua poesia e paciência. A Ione, pelas orações que fortaleceram a minha fé.

A Cícera (*in memoriam*), minha cunhada, pelos momentos de oração e diálogos que fortaleceram a minha vida.

A minha orientadora e professora dra. Lúcia Conde de Oliveira pela dedicação, compreensão e orientação na elaboração desta tese.

Aos membros da banca pela orientação, empenho, diálogo e amizade no desenvolvimento dessa dissertação.

Aos funcionários dos Cerests, pela sua preciosa participação nesta pesquisa e pelo apoio e confiança dedicados ao meu trabalho.

## RESUMO

A saúde do trabalhador como área do conhecimento acadêmico, de investigação científica e de intervenção na realidade social contempla um conjunto de determinações sociais, culturais, econômicas e políticas, cujo contexto histórico revela novas reconfigurações nos primórdios do século XXI. Este estudo estabelece como objetivo geral: analisar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará, compreendendo o período de 2003 a 2017. Para atender a esse propósito, foram delineados os seguintes objetivos específicos: caracterizar os dispositivos e as estratégias para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado do Ceará; analisar as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Ceará, relacionando-as com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; identificar os avanços e os desafios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado do Ceará na perspectiva dos atores sociais. Pesquisa realizou-se no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) Estadual, no Cerest Regional de Fortaleza e no Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador. Este projeto de tese caracteriza-se como pesquisa de natureza qualitativa, com eixo teórico-metodológico na hermenêutica de profundidade de Thompson. Participaram do estudo nove sujeitos. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a setembro de 2017. Os resultados da pesquisa revelam que o Cerest Regional de Fortaleza desde o início em 2006 vem desenvolvendo ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária a Saúde, destacando ações de promoção a saúde e vigilância dos profissionais da saúde que atuam na UAPS, com destaque para o projeto Saúde para a Saúde; apoio matricial a equipe dessas Unidades de Atenção. No referente às ações de vigilância em Saúde do trabalhador (Visat) desenvolvidas pelos Cerest Estadual e Cerest Regional de Fortaleza, constata-se que a ação de vigilância em saúde do trabalhador é demandado pelos sindicatos, no qual os profissionais adentram as empresas, em conjunto com a vigilância sanitária e por demanda do Ministério Público do Trabalho. Importa salientar que a Visat se propõe a analisar o ambiente de trabalho, identificando os processos de trabalho que estão produzindo o adoecimento no profissional que executa a atividade laboral. Portanto, essa ação tem o caráter educativo, no qual será produzido um relatório, com as propostas de intervenção. No que se refere aos avanços desta política no Estado do Ceará, os sujeitos da pesquisa elencaram os seguintes aspectos: a política deu visibilidade no que se refere ao processo de adoecimento no trabalho; conhecer a Política de saúde do trabalhador, este aspecto é importante, pois mostra que nos diversos espaços da vida e do trabalho, a temática saúde do trabalhador é percebida; o gestor municipal compreende melhor a política, este desafio exprime a ideia de que todo esforço foi enviado pelo Cerest de Fortaleza para sensibilizar os gestores. Merece destacar que as ações do Cerest na atenção primária foi percebida como desafio. A pesquisa mostrou que a equipe do Cerest de Fortaleza vem desenvolvendo apoio matricial na UAPS, materializado por meio do projeto Saúde para a Saúde. Outro avanço diz respeito a socialização do conhecimento e a ampliação dos dispositivos da Política no Estado do Ceará. A dimensão da intersetorialidade das ações de saúde do trabalhador foi apontada como um avanço significativo para a efetivação da política.

**Palavras-chaves:** Política de Saúde do Trabalhador. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Precarização do Trabalho.

## ABSTRACT

The health of the worker as an area of academic knowledge, scientific research and intervention in social reality contemplates a set of social, cultural, economic and political determinations, whose historical context reveals new reconfigurations in the beginnings of the 21st century. The objective of this study is to analyze the implementation of the National Policy on Worker and Female Health in the State of Ceará, covering the period from 2003 to 2017. In order to meet this purpose, the following specific objectives were outlined: the strategies for the implementation of the National Health Policy for Workers and Workers in the state of Ceará; to analyze the actions of surveillance in the health of the worker developed by the Centers of Reference in Workers' Health in Ceará, relating them to the National Policy of Health of the Worker and of the Worker; to identify the advances and the challenges of the National Policy of Health of the Worker and of the Worker in the state of Ceará from the perspective of the social actors. Research was carried out at the Reference Center on Worker's Health (Cerest) State, in the Cerest Regional of Fortaleza and at the Nucleus of Attention to the Health of the Worker. This thesis project is characterized as a qualitative research, with a theoretical-methodological axis in Thompson's depth hermeneutics. Nine subjects participated in the study. Data collection took place from July to September 2017. The results of the survey reveal that the Cerest Regional de Fortaleza since the beginning in 2006 has been developing health worker actions in Primary Health Care, highlighting actions to promote health and surveillance of health professionals working at the UAPS, with emphasis on the Health for Health project; support the team of these Attention Units. Regarding the actions of surveillance in Occupational Health (Visat) developed by the State Cerest and Cerest Regional of Fortaleza, it is verified that the action of health surveillance of the worker is demanded by the unions, in which the professionals enter the companies together with sanitary surveillance and on demand of the Public Labor Ministry. It should be noted that Visat proposes to analyze the work environment, identifying the work processes that are producing the illness in the professional that performs the work activity. Therefore, this action has the educational character, in which a report will be produced, with the intervention proposals. Regarding the advances of this policy in the State of Ceará, the subjects of the research listed the following aspects: the policy gave visibility with regard to the process of illness at work; to know the Workers' Health Policy, this aspect is important, since it shows that in the various spaces of life and work, the health worker theme is perceived; the municipal manager understands politics better, this challenge expresses the idea that every effort was sent by Cerest de Fortaleza to sensitize managers. It should be noted that Cerest's actions in primary care were perceived as a challenge. The research showed that the Cerest team from Fortaleza has been developing matrix support in the UAPS, materialized through the Health for Health project. Another advance concerns the socialization of knowledge and the expansion of the provisions of the Policy in the State of Ceará. The dimension of the intersectoriality of workers' health actions was pointed out as a significant advance for the implementation of the policy.

**Keywords:** Workers' Health Policy. Reference Center on Occupational Health. Precarization of Work.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	10
2	<b>METODOLOGIA .....</b>	24
2.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
2.2	CAMPO DE PESQUISA .....	25
2.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	26
2.4	TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	27
2.5	INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	29
2.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	33
3	<b>PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL.....</b>	34
3.1	3.1 CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	34
3.2	PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ADOECIMENTO .....	52
3.3	POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL.....	59
4	<b>POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO CEARÁ .....</b>	76
4.1	HISTORICIDADE E CONSTRUÇÃO COLETIVA.....	76
4.2	AÇÕES DOS CERESTS NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE .....	115
4.2.1	<b>Ações de saúde do trabalhador no âmbito do Cerest.....</b>	115
4.2.2	<b>Ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde..</b>	122
4.2.3	<b>Ações de saúde do trabalhador na Urgência e Emergência e na atenção especializada a saúde.....</b>	144
4.3	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A REALIDADE NO ESTADO DO CEARÁ SOB O OLHAR DOS ATORES .....	156
4.4	OS AVANÇOS E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO CEARÁ.....	171
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	194
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	199
	<b>APÊNDICES .....</b>	202
	<b>ANEXOS .....</b>	213

## 1 INTRODUÇÃO

O tema saúde do trabalhador sempre instigou reflexões ao longo da trajetória profissional da pesquisadora, a qual atuou como assistente social, docente e tutora do Programa da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar a Saúde(Resmult) dos Hospitais Universitários (HUWC e MEAC) da Universidade Federal do Ceará.

Nos idos de 1997 a 2000, atuando como assistente social, do Departamento de Assistência ao Servidor da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, desenvolveu-se ações de orientação aos servidores que vivenciavam conflitos no âmbito do trabalho. As histórias de vida e de trabalho desses servidores revelaram as manifestações do processo de adoecer, provenientes de um contexto de trabalho que gerava sofrimento emocional e afetava a saúde física e mental.

Nesse contexto, buscou-se compreender as nuances presentes nas relações entre trabalho e saúde, no intuito de conhecer os múltiplos determinantes desse processo de adoecimento que ocorre em um ambiente, pautado por uma gestão que enfatizava a valorização da produção e dos resultados, e a centralização das decisões, de forma autoritária e verticalizada.

Foram diversos os relatos de servidores que vivenciaram o processo de sofrimento e de adoecimento no ambiente de trabalho. No entanto, a atuação profissional voltava-se para compreender essa realidade e buscar dialogar com os atores e gestores sobre esse contexto que podia afetar a dinâmica de vida e de saúde dos servidores. Nesse momento, inteirou-se sobre as ações institucionais que promoviam a saúde dos trabalhadores dessa Universidade.

A experiência profissional suscitou reflexão sobre o significado do trabalho na vida das pessoas e como este pode constituir-se em um espaço contraditório, no qual o ser humano realiza sua capacidade de criação e constrói laços; como também pode afetar a dimensão cognitiva e emocional, gerando sofrimento e adoecimento.

No período de 2001 a 2005, passou a integrar a equipe de assistentes sociais do Departamento de Desenvolvimento Humano da Superintendência de Recursos Humanos da Universidade Federal do Ceará. A atuação profissional priorizou o desenvolvimento de atividades coletivas nos ambientes de trabalho e de ações voltadas

para o atendimento individual dos servidores. Logo, procurou-se adentrar a realidade dos processos de trabalho que afetavam a dimensão física e emocional dos servidores.

As histórias dos servidores da UFC corroboraram a compreensão sobre a repercussão do trabalho sobre a saúde, sobretudo pelo modelo de gestão dessa instituição, centrado na burocracia, no autoritarismo, no alcance das metas e no poder dos gestores. Assim, os projetos desenvolvidos não abrangiam a relação trabalho, saúde e ambiente. Também, a política de gestão de pessoas não contemplava ações concretas que mudasse a realidade dos processos de trabalho e das relações sociais.

Em 2006, integrou-se a equipe profissional de assistentes sociais do Hospital Universitário Walter Cantídio, desenvolvendo ações que visavam à garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). As experiências de vida e de trabalho desses usuários poderiam contribuir para o seu processo de adoecimento. No entanto, no contexto hospitalar, o olhar da equipe multiprofissional não alcançava a dimensão da relação trabalho e saúde, predominando uma abordagem focada na doença.

Em 2010, atuou como coordenadora de área- saúde mental, docente assistencial e tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar a Saúde da UFC. Essas experiências corroboraram a ampliação dos conhecimentos sobre o campo saúde do trabalhador, sobretudo pelas histórias dos usuários que vivenciavam contextos de sofrimento em sua vida social, familiar e de trabalho.

Ao longo de sete anos atuando como tutora e docente da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar a Saúde dos Hospitais Universitários da UFC, deparou-se com a realidade dos residentes, os quais se referem a sobrecarga de atividades realizadas no processo de formação, além das 12 horas/diárias que devem cumprir no seu cotidiano de aprendizagem. Durante o processo de ensino aprendizagem, os residentes reconheceram a ampliação e a consolidação dos conhecimentos; porém expressaram angústias, cansaço físico e mental provenientes, sobretudo das intensas atividades que englobam o campo teórico e prático.

Ao integrar em 2010 o grupo de pesquisa do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) da UECE e participar em 2012 da pesquisa sobre a “Avaliação do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, com ênfase na formação para atuação no setor saúde, com destaque para a atenção primária”, ampliou-se a visão sobre a importância do campo da saúde do trabalhador. Em 2014, ao entrevistar os professores do curso de Serviço Social, os

relatos mostraram a sobrecarga de atividades desempenhadas pelos docentes no campo acadêmico que podem gerar desgaste físico e mental.

Em 2015, participou-se da pesquisa sobre “Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da Atenção”. Ao entrevistar os usuários da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), as falas expressaram as dificuldades no que concerne a garantia do acesso à saúde, sobretudo pela condição de trabalhador que enfrenta sobrecarga no trabalho e em sua vida social. Logo, essa pesquisa ampliou a compreensão sobre a saúde do trabalhador, reconhecendo que os usuários do SUS são trabalhadores em um contexto de sociabilidade capitalista que precariza as relações de trabalho e derrui os direitos sociais.

As trajetórias profissionais e acadêmicas da pesquisadora corroboram o reconhecimento da importância da saúde do trabalhador no contexto da sociedade hodierna, na qual se busca construir uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das trabalhadoras que possa incluir todos os cidadãos e garantir os direitos sociais no que se refere a vida e a saúde em todos os sentidos amplos e em sua complexidade.

A saúde do trabalhador (ST) constitui campo de conhecimento acadêmico, de investigação científica e de intervenção na realidade social e contempla um conjunto de determinações sociais, culturais, econômicas e políticas, no qual o contexto histórico revela novas reconfigurações nos primórdios do século XXI.

Compreender a saúde do trabalhador em um contexto de crise estrutural do capital demanda uma atitude política sobre a realidade, sobretudo pelos impactos das transformações sociais que demonstram suas refrações na esfera do trabalho e seus desdobramentos sobre a sociabilidade humana na contemporaneidade.

A saúde do trabalhador, como manifestação das contradições das relações sociais de produção, abrange o componente ético-político que embasa os princípios do Sistema Único de Saúde e direciona as ações em busca de efetivar as condições objetivas de trabalho. Nessa perspectiva, ancorado no pensamento de Gramsci, Olivari (2010) assinala que o campo da saúde do trabalhador é produto de luta, um espaço privilegiado no qual os diversos atores sociais, incluindo os trabalhadores, técnicos, gestores, empresários, sindicatos, confrontam os seus projetos e disputam a hegemonia.

Os atores do campo da ST preconizam a importância de ações que ressaltem a inter(trans) disciplinaridade e a intersectorialidade, reconhecendo que os trabalhadores,

enquanto sujeitos, contribuem com o seu saber para a compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença, podendo intervir para a transformação da realidade (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A nova ordem do capital sobre o trabalho concorreu para a ampliação do campo da saúde do trabalhador, sobretudo pelo impacto dos novos padrões de acumulação capitalista, uma vez que a reestruturação produtiva gerou mudança na configuração do trabalho que repercutiu sobre a saúde dos trabalhadores. Outro aspecto que interferiu nessa expansão diz respeito ao seu reconhecimento político, representado pela inserção nas políticas públicas e intersetoriais. Nessa direção, os avanços políticos-legais abrangem a concepção ampliada de saúde e a sua regulação como direito universal e a inserção da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e das políticas públicas (MENDES; WÜNSCH, 2011).

A saúde do trabalhador reveste-se de contradições produzidas pela relação capital e trabalho e pelo reconhecimento do trabalhador como sujeito político. Dessa forma, manifesta-se “o esgotamento de um modelo hegemônico que atravessou décadas, [...], circunscrito num arcabouço legal e conservador, que reconhecia um risco socialmente aceitável e indenizável à lógica do capital dos acidentes de trabalho” (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.464).

Assim, a relação entre saúde e trabalho remonta à história social do trabalho desde os primórdios da sociabilidade humana, cuja relação requer respostas políticas, teóricas e sociais. Deve-se, portanto, compreender o significado do trabalho e sua metamorfose, entendendo o trabalho, como processo dinâmico, no qual representa para o trabalhador sua história individual e coletiva (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Ao refletir sobre a saúde do trabalhador, é primordial a análise do processo de trabalho, com base na teoria social marxiana, e o reconhecimento do trabalhador como ser social, capaz de lutar pelo direito à saúde e ao trabalho que não o agrida física e mentalmente.

A saúde do trabalhador, relacionada a uma área ou programa de saúde, surgiu em 1970, contemplada pelo discurso da saúde coletiva, sobretudo no contexto dos debates da Reforma Sanitária Brasileira, influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária Italiana, de forte inspiração operária e fundamentada na Medicina Social Latino-Americana (VASCONCELLOS, 2007).

No início dos estudos sobre as relações saúde-trabalho, a base teórica pautou-se pelas dimensões técnicas, políticas e institucionais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. No entanto, essa realidade foi ultrapassada pela incorporação de novas categorias de análise, tais como: a ampliação do objeto de intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho, acrescentando aspectos sociais e econômicos; a intervenção da saúde pública sobre os determinantes sociais; e a atuação do trabalhador, como sujeito e protagonista (VASCONCELLOS, 2007).

A Constituição Federal de 1988 incorporou a saúde do trabalhador no âmbito do direito universal à saúde e competência do SUS, conforme o Art. 200. Com o advento do SUS e sua regulamentação pela Lei nº 8.080/90, o qual definiu em seu Art. 6º que a ele caberá atuar na saúde do trabalhador, abrangendo a promoção da saúde, assistência, vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, cujas atribuições foram delineadas politicamente no âmbito da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994.

Consoante às deliberações da II CNST, o SUS constitui a instância do Estado que deve coordenar e nuclear as ações voltadas à promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1994). No entanto, essa proposição não se efetivou na década de 1990, sobretudo pela fragilidade do Ministério da Saúde no campo da saúde do trabalhador. Dessa forma, o Ministério do Trabalho e Emprego assumiu as ações, promulgando as portarias que regulamentavam as ações de controle a saúde do trabalhador.

Historicamente, as ações de saúde do trabalhador foram implementadas por meio de um movimento político-ideológico, denominado “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs), destacando as experiências realizadas em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, abrangendo o meio urbano e o rural, a partir de 1984-85 (LACAZ, 1997). Essas ações caracterizavam-se pela reflexão crítica sobre a realidade dos trabalhadores, buscando adentrar na essência dos conflitos entre trabalho e saúde, superando a imediatividade, revelando o seu aspecto transformador no que se refere à participação do trabalhador no planejamento e nas intervenções em comparação com as ações desenvolvidas no contexto do início do século XXI.

É de suma importância que a saúde do trabalhador considere o social como determinante das condições de saúde, reconhecendo a necessidade de intervir no processo de adoecimento e no desenvolvimento de ações de promoção a saúde.

Conforme preconiza Dias (1994), os programas de saúde devem abranger a proteção, a recuperação e a promoção a saúde do trabalhador de forma integrada, alcançando todos os trabalhadores.

Nessa direção, Mendes e Wünsch (2011) assinalam que essas ações devem considerar as mudanças nos processos de trabalho, sendo primordial que a intervenção esteja embasada na perspectiva transdisciplinar e intersetorial, com a valorização da participação dos trabalhadores.

O campo da saúde do trabalhador deve transpor os conhecimentos da medicina do trabalho, no intuito de apreender a relação capital-trabalho, na qual a saúde e o acidente de trabalho revelam as refrações das desigualdades sociais produzidas por esse conflito (MENDES, 2003).

A dimensão política e teórica sobre a saúde do trabalhador pauta-se pela construção de uma base legal e normativa que contempla diretrizes políticas para a atenção e a promoção da saúde do trabalhador, com destaque para a Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, a qual inaugurou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com ênfase nas ações assistenciais.

No processo de construção dessa portaria, os profissionais dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e dos setores do movimento dos trabalhadores reconheceram a importância da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS. Logo, desde 2003, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador vem estimulando a implementação da Renast, como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2004).

Estudos revelam as implicações do trabalho sobre a saúde e os embates que configuram historicamente o campo da saúde do trabalhador, identificando-se nas relações sociais da sociedade capitalista os horizontes de análise no âmbito da ética, da política e da economia. Nesse contexto, Mendes e Wünsch (2011, p.469) afirmam que essa realidade demanda amplos conhecimentos teórico-metodológicos e a articulação “com as forças sociais, na defesa da saúde do trabalhador, como direito, e no sentido da emancipação do trabalhador, rompendo com abordagens conservadoras que concebe o adoecimento como fenômeno estranho ao processo de produção”.

Desde o período de 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde desenvolveu capacitações voltadas para as ações de Vigilância e Atenção Básica a Saúde; e elaborou protocolos, normas e diretrizes, com destaque para

a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost) em 1997; a lista de doenças relacionadas ao trabalho e o manual de procedimentos para orientar as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001.

Procedeu-se a constituição de um Grupo de Trabalho Interministerial (Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social) que elaborou a proposta de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, submetida a consulta pública, por meio da Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Esta Portaria foi objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual foi aprovada, após ser contemplada com as contribuições. Afirma-se que a expressão “segurança do trabalho” demonstrou um retrocesso conceitual no que concerne ao aspecto político da saúde do trabalhador.

Conforme Olivar (2010), historicamente, a saúde do trabalhador seguiu de forma periférica e contra-hegemônica no âmbito da saúde pública e coletiva, demonstrando uma indefinição institucional que corroborou a ideia do seu “enraizamento institucional tardio”. No entanto, no contexto contemporâneo, a saúde do trabalhador revela a tensão entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal.

Refletir sobre a centralidade do trabalho no âmbito da dinâmica da vida humana remete a dimensão das contradições que o trabalho encerra, uma vez que ao mesmo tempo em que atende as necessidades básicas, também atende a organização do trabalho na lógica do capital, podendo produzir agravos a saúde.

As múltiplas determinações que configuram o processo saúde-doença incluem a relação entre o capital e o trabalho na busca de apreender as manifestações que afetam a dimensão física, social e psicológica dos trabalhadores. Nessa direção, Dias (1994, p. 28) assinala que a forma particular de inserção do trabalhador no processo produtivo revela os impactos do trabalho sobre a sua saúde.

Corroborando a ideia de que os trabalhadores adoecem no contexto de trabalho, Mendes e Wünsch (2011, p.464) afirmam que: “[...]os trabalhadores vivem, adoecem e morrem de forma compartilhada com a população de um determinado tempo, lugar, e classe social, mas também, de forma diferenciada, decorrente de sua inserção particular no processo produtivo, [...]”. Na perspectiva de Dias (1994), o trabalho abrange a dimensão histórica e social, no qual o trabalhador compartilha momentos de vida e de adoecimento, sobretudo pela sua inserção no processo produtivo.

Dessa forma, a saúde do trabalhador é compreendida no contexto da divisão social e técnica do trabalho, reconhecendo "o processo de trabalho como espaço concreto de exploração [...] e a saúde do trabalhador como expressão, igualmente concreta, desta exploração" (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 23).

No sistema capitalista, o trabalho caracteriza-se pela precarização das relações sociais, flexibilização, polivalência das funções, desemprego estrutural, e implementação de tecnologias, com salários em declínio e/ou instáveis (ALVES, 2005).

Nessa direção, pode-se afirmar que a reestruturação produtiva resultou em mudanças na organização do trabalho, na necessidade de novos conhecimentos humanos e tecnológicos e nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. Dessa forma, Dias (1994) considera que esse contexto afetou o perfil de morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho, contribuindo para alterar as práticas de saúde.

Considerando o aspecto histórico da Saúde do Trabalhador, denota-se, em sua trajetória ao longo das duas últimas décadas, que há um hiato entre a construção do arcabouço jurídico e a sua aplicabilidade, expressa pelos desafios para a implantação da política.

Ao refletir sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Gomes e Lacaz (2005, p. 798) reconhecem os limites para a implementação dessa política, afirmando na época que inexistia uma política que contemple diretrizes e estratégicas e profissionais capacitados politicamente para efetivar as ações.

[...]inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes[...].

Ao se referir à importância de profissionais capacitados, os autores consideram que estes devem atuar de forma intersetorial, considerando o processo de mudanças que ocorrem nas relações de produção e de trabalho. Afirmam ainda que “o papel desse quadro técnico é muito relevante na atual conjuntura de evidente crise de representatividade e de débil poder de pressão das instancias de controle social[...] e dos movimentos dos trabalhadores”( GOMES; LACAZ,2005, p. 798).

Nessa direção, Lacaz (2010) reconhece a expansão das ações de Saúde do trabalhador, sinalizando que alguns serviços apresentam dificuldades no que se refere as dimensões estruturais, recursos materiais, profissionais, dentre outros aspectos.

Além disso, observa-se a falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no setor saúde.

A sociedade brasileira deve envidar esforços no intuito de galgar avanços nas políticas públicas de atenção integral a saúde do trabalhador que desenvolvam ações na perspectiva do cuidado ampliado a saúde, abrangendo a assistência, a promoção, a vigilância e a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

As políticas de saúde integram a política social e suas instituições definem os Sistemas de Proteção Social. No século XX emergiu o interesse pelos estudos sobre as políticas públicas e pela análise da política de saúde. Esta tese configura-se no âmbito da análise da política de saúde do trabalhador.

A análise de uma política compreende a análise dos processos e atores que participaram da construção da política, identificando as formas de intervenção realizadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade (VIANA; BAPTISTA, 2008 ).

A análise de políticas públicas tem como objetivos “questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.69). Assim, o objetivo de análise de política abrange os processos de tomada de decisão no momento de construção de uma determinada política.

A análise de políticas públicas corrobora a ideia de proporcionar transparência sobre a ação política e decisória adotada pelos Estados. A análise de políticas contribui para a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Conforme assinalam Viana e Baptista (2008, p. 72), a análise de políticas públicas pode ser realizada, considerando um método fundamentado na “desagregação do processo de uma política em fases ou estágios e se referindo ao conjunto das fases como o ciclo de uma política”. Sob esse prisma, o estudo de uma política abrange cinco fases: 1) o reconhecimento de um problema como de relevância pública. Ao considerar um problema prioritário, este passa a compor a agenda política ou decisória do Estado, iniciando o ciclo de uma política; 2) a formulação de uma política refere-se a investigação do problema e a identificação de alternativas para sua resolução; 3) a tomada de decisões abrange o processo de escolha pelo governo de uma solução específica, no qual são delineadas as metas, os recursos e o período da intervenção. Nessas fases do ciclo da política são definidos os princípios e as diretrizes para o

desenvolvimento de uma ação; 4) a implementação da política e 5) a fase de avaliação diz respeito a um julgamento de valor concernente a intervenção ou sobre os seus componentes, com o objetivo de orientar a tomada de decisões.

Destaca-se que cada fase compreende processos diferentes, atores próprios, sendo influenciado pelo contexto político em um processo de negociação. A fase de implementação da política constitui-se o momento de por uma solução em prática, englobando atividades da administração pública: sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros aspectos. A implementação da política caracteriza-se pelas negociações, na qual se constata a potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que os grupos disputam e seus interesses (VIANA; BAPTISTA, 2008).

O modelo de análise referente ao ciclo da política corrobora a ideia de “que se estude em profundidade o processo isolado de uma fase, ou as interações e determinações múltiplas entre as fases ou, ainda, comparar diferentes políticas segundo a mesma fase[...]”(VIANA; BAPTISTA, 2008, p.81).

Considerando o ciclo da política, esta tese se propõe a analisar a política de saúde do trabalhador no que se refere a sua fase de implementação, ancorado na percepção dos atores sociais que contribuíram para a implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará.

O mundo do trabalho contemporâneo convive em um contexto de desenvolvimento de atividades produtivas que podem gerar o adoecimento e a morte. Essa realidade é exposta nos documentos oficiais, destacando que conforme dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2012, 321 mil pessoas morreram como consequência dos acidentes de trabalho e 2,02 milhões de pessoas morreram devido as enfermidades relacionadas ao trabalho, representando uma média diária de mais de 5.500 mortes (OIT, 2013).

Os dados oficiais mostram a realidade dos trabalhadores no que se refere ao crescimento dos acidentes e doenças provenientes dos processos de trabalho, cujo contexto revelam a importância desses eventos para a Saúde Pública.

O modelo de gestão do trabalho pauta suas ações, enfocando a produtividade e o alcance de metas, cuja realidade pode afetar a identidade dos profissionais e produzir

doenças, como as lesões por esforço repetitivo (LER) e os agravos à esfera mental (SELIGMANN-SILVA, 2011).

No que se refere ao *ranking* mundial de acidentes trabalhistas, o Brasil ocupa o quarto lugar. Ao considerar as mortes por acidentes de trabalho, tomando como referência o ano de 2000, segundo a OIT (2013), no Brasil morreram 2.503 pessoas. A China (14.924) ocupa o primeiro lugar, seguidos dos Estados Unidos da América (EUA) (5.840) e da Rússia (2.550).

Os acidentes de trabalho ocorridos no período de 2011 a 2013 totalizaram 2.152.524 registros. Destes, 1.649.192 foram efetuados por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e 503.332 sem CAT. Do total, 8.503 são óbitos, ou seja, em média, no Brasil, 2.800 pessoas morrem anualmente em decorrência de acidente de trabalho, o que significa 236 mortes ao mês, sete mortes diárias e uma a cada três horas.

No entanto, constata-se que esses dados não representam a realidade, uma vez que ocorre a subnotificação desses eventos, sobretudo pelos fatores: os dados se limitam a determinada parcela de trabalhadores que são cobertos pelo sistema previdenciário e os serviços de saúde não aderiram a cultura da notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores. Afirma-se, portanto, que o Sistema Único de Saúde não concretizou a articulação de um sistema efetivo de notificação e vigilância em saúde do trabalhador, principalmente no que se refere às doenças relacionadas ao trabalho (LOURENÇO; LACAZ, 2013).

O Anuário Estatístico da Previdência Social de 2013 indica que no período de 2011 a 2013 foram concedidas no país 31.811 aposentadorias por invalidez acidentárias, apenas no âmbito urbano, destacando: 10.270 em 2011, 10.651 em 2012 e 10.890 em 2013. Os Transtornos mentais e comportamentais são registrados com 4,68%, ou 1.490 pessoas que perderam a sua capacidade para o trabalho (465 em 2011, 536 em 2012 e 489 em 2013). Os transtornos mentais e as doenças osteomusculares são identificadas como os principais motivos de auxílios-doença urbanos acidentários (BRASIL, 2013).

No âmbito rural, foram registrados 64.201 benefícios acidentários rurais, sendo que desse total 3,71% foram aposentadorias acidentárias. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo totalizaram 19.488 casos, ou 33% do total, e os “transtornos mentais”, 239 situações, ou 0,39% do total (BRASIL, 2013).

O Anuário Estatístico da Previdência Social 2011 registrou 12.256 acidentes de trabalho no Ceará em 2011, variação reduzida em relação aos 12.270 de 2010. No Brasil

foram 711.164 acidentes de trabalho em 2011 e 709.474 no ano anterior. De acordo com o governo, é registrada, no país, cerca de uma morte a cada 3,5 horas de jornada diária e são gastos mais de R\$ 14 bilhões por ano com acidentes de trabalho.

Durante o ano de 2014, registrou-se no INSS cerca de 704,1 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2013, o número de acidentes de trabalho teve um decréscimo de 2,97%. O total de acidentes registrados com CAT diminuiu em 0,82% de 2013 para 2014. Do total de acidentes registrados com CAT, os acidentes típicos representaram 76,55%; os de trajeto 20,67% e as doenças do trabalho 2,79% (BRASIL, 2015).

Em 2014, o número de acidentes de trabalho liquidados foi de aproximadamente 722,5 mil acidentes, o que correspondeu a um decréscimo de 3,23% em relação a 2013. As incapacidades temporárias diminuíram em 2,96% e as incapacidades permanentes decresceram em 18,77%. As principais consequências dos acidentes de trabalho liquidados foram às incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias, cujas participações atingiram 48,07% e 34,82% do total, respectivamente (BRASIL, 2015). Acidentes do trabalho liquidados correspondem aos acidentes cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas às sequelas.

Esses dados representam apenas uma parte do total dos acidentes ocorridos, por excluïrem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal, que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), atingiram 37,4% dos trabalhadores brasileiros em 2009 (ZINET, 2012).

O contexto do adoecimento expõe a natureza do trabalho no sistema capitalista, que é a expropriação contínua e histórica do trabalho (MARX, 2006). Nessa direção, as manifestações do adoecimento físico e mental, expresso pelas Ler/Dort e os agravos à esfera mental revelam os desafios de compreender a saúde dos trabalhadores na contemporaneidade.

As doenças contemporâneas vinculadas ao trabalho, com ênfase nas Ler/Dort e no sofrimento mental relacionado ao trabalho revelam que o desgaste tem um componente social e biológico. Assim, afirma-se que a degradação da saúde apresenta componente biológico, englobando a dimensão física e mental, e a sua determinação é fruto das relações sociais de trabalho (LOURENÇO, 2015).

Os programas e as ações em saúde do trabalhador poderiam influenciar nos indicadores nacionais em relação ao processo de adoecimento e morte no trabalho, cuja

realidade realça a situação crítica do país em relação as nações mais desenvolvidas. Todavia, depara-se com entraves políticos e econômicos para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador.

Considera-se essencial que estudos sejam realizados no campo da saúde do trabalhador, no intuito de conhecer as ações desenvolvidas pelo Estado para a proteção, promoção, vigilância, prevenção, assistência e reabilitação em saúde do trabalhador. No Ceará, vem sendo implementada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com a estruturação do Cerest estadual, habilitado em 2003 e, posteriormente, foram criados oito Cerest regionais – Fortaleza, Horizonte, Aracati, Quixeramobim, Tianguá, Sobral, Juazeiro do Norte e Limoeiro do Norte.

Nessa direção, este trabalho tem como questões norteadoras: como se efetiva a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará? quais as principais estratégias implementadas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para efetivar a Política de Saúde do Trabalhador? quais as ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará? quais os avanços e os desafios da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Ceará?

Dessa forma, estabeleceu como objetivo geral: analisar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará, compreendendo o período de 2003 a 2017.

Para atender a esse propósito, foram delineados os seguintes objetivos específicos: caracterizar os dispositivos e as estratégias para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará; analisar as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Ceará, relacionando-as com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; identificar os avanços e os desafios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará na perspectiva dos atores sociais.

A presente tese está estruturada em oito seções. A primeira contempla o contexto da pesquisa. A segunda seção aborda o campo teórico sobre o trabalho, saúde e proteção social no Brasil. A terceira seção trata da política de saúde e saúde do trabalhador: contextos histórico e normativo. A metodologia da pesquisa compõe a quarta que tem como objetivo descrever as características do fenômeno estudado,

delineamento da pesquisa, perfil dos sujeitos, instrumentos, coleta e análise dos dados. A quinta seção tece reflexões sobre política de saúde do trabalhador no estado do ceará: historicidade e construção coletiva. A sexta ações dos Cerest nas redes de atenção a saúde; a sétima, vigilância em saúde do trabalhador: a realidade no estado do ceará sob o olhar dos atores da política; a oitava aborda os avanços e os desafios da política de saúde do trabalhador no estado do ceará, seguida das considerações finais, referências, apêndices e anexos.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Esta tese caracteriza-se como pesquisa de natureza qualitativa, com eixo teórico-metodológico na hermenêutica de profundidade de Thompson (2011).

No pensamento hermenêutico está a noção de compreender. Conforme Gadamer (1999, p.16),

A presente investigação coloca uma questão filosófica, o compreender. E não a coloca unicamente às assim chamadas ciências do espírito; e sobretudo não a coloca somente à ciência e as suas formas de experiência - essa investigação coloca a questão hermenêutica ao todo da experiência humana de mundo e da práxis da vida.

Sob esse prisma, o conceito de hermenêutica relaciona-se a experiência do ser humano e a sua práxis. Gadamer (1999, p. 297) apresenta o raciocínio circular.

Já que o todo, a partir do qual se deve compreender o individual, não pode ser dado antes do individual[...], o compreender é sempre mover-se nesse círculo, e portanto é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isso se acrescenta que este círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo, e a integração em contextos cada vez maiores afeta sempre também a compreensão do individual.

Nessa perspectiva, afirma-se que a compreensão não é um ato mecânico, uma vez que a interpretação não pode ser entendida de forma única e completa; sendo necessário realizar a imersão no texto de um autor e acrescentar conhecimentos novos.

Minayo (2010, p. 21) afirma que a pesquisa qualitativa “[...]trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.[...]”. A pesquisa qualitativa abrange uma dimensão subjetiva, na qual o conhecimento é construído pela aproximação do pesquisador com a realidade social.

González Rey (2005, p.5) expressa que a epistemologia qualitativa enfoca o “caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta”. Na concepção de Haguette (2000), as pesquisas qualitativas propiciam o estudo de situações em que se busca captar dados psicológicos, tais como atitudes, motivos e pressupostos.

Os procedimentos referem-se à maneira pela qual se realiza o estudo para a apreensão da realidade e produção dos dados. Atinente aos procedimentos, este estudo abrange a pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo. A pesquisa

bibliográfica é desenvolvida mediante material já elaborado, presente em livros e artigos científicos; enquanto a pesquisa documental se baseia em materiais que não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1999). Segundo Vergara (2004), a pesquisa de campo constitui uma investigação empírica realizada no ambiente social em que ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo.

## 2.2 CAMPO DE PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido nos seguintes ambientes: Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (Nuast); Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest Estadual); e no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado do Ceará ( Cerest Regional – Fortaleza).

O Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nuast), vinculado a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas), visa a garantir a atenção integral a saúde do trabalhador e da trabalhadora, por meio do apoio e fortalecimento da política de saúde com foco no cuidado aos trabalhadores. Na qualidade de protagonista na implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), desempenha as atribuições: coordenar o processo de incorporação de ações de saúde do trabalhador nas instâncias do SUS; estabelecer diretrizes e monitorar a aplicação dos recursos para implementação das ações; garantir a atenção integral em rede estadual e regional (CEARÁ, 2013). A equipe é composta por três profissionais: uma supervisora, um assessor técnico e um apoio administrativo.

O Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador Manoel Jacaré (Cerest Estadual) é uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e integra a Renast. Desenvolve ações de capacitação de recursos humanos para a rede SUS; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; fortalecimento e ampliação da articulação intra e intersetorial, garantia do financiamento das ações em saúde do trabalhador e retaguarda técnica para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde(CEARÁ, 2017). A equipe é composta de dez profissionais: uma advogada, uma psicóloga, uma assistente social, um médico do trabalho, uma enfermeira do trabalho, duas técnicas de enfermagem, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, um agente em administração.

A estrutura organizacional da Unidade, conforme o Decreto nº 31.690, de 23 de março de 2015, é composta, por uma Direção Geral , uma Chefia da Unidade Técnica , uma Chefia do Centro Administrativo-Financeiro e uma Secretaria Executiva do Conselho Gestor. O Conselho Gestor do Cerest Estadual está com o cargo em vacância, tendo em vista sua inatividade(CEARÁ, 2017).

O Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest Fortaleza) integra a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desenvolvendo as seguintes ações: atendimento para diagnóstico e avaliação denexo causal, educação e pesquisa em Saúde do Trabalhador e capacitação permanente para os profissionais do SUS. A equipe é composta por 12 profissionais: uma gerente, uma assessora técnica, uma enfermeira do trabalho, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, dois técnicos de segurança do trabalho, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, um agente de administração e um assistente de gestão.

### 2.3 SUJEITOS DO ESTUDO

No intuito de analisar a implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará, realizou-se entrevista com os sujeitos que planejaram e executaram as ações de saúde do trabalhador.

A pesquisa considerou como critérios de inclusão do estudo: participar de cargos de coordenador e integrar a equipe profissional que executa a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, considerando o tempo de experiência no campo da saúde do trabalhador igual ou superior a um ano. Esses sujeitos contribuíram com informações relevantes sobre o cotidiano dessa implementação com os reveses do jogo político partidário e da política econômica. A partir desses sujeitos foi possível reconstruir aspectos históricos, políticos e técnicos da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Ceará.

Definiu-se como critério de exclusão do estudo: apresentar experiência no campo da saúde do trabalhador inferior a um ano, encontrar-se de férias ou afastado do trabalho durante a pesquisa ou manifestar que não deseja participar do estudo.

Esta pesquisa se propõe a compreender a política de saúde do trabalhador no Ceará na perspectiva dos atores sociais, totalizando nove sujeitos, conforme dois

grupos de representação. Grupo 1: coordenadores e profissionais que atuam no Cerest de Fortaleza, Cerest Estadual e Nuast, totalizando seis. Grupo 2: coordenadores e profissionais que atuaram no Cerest de Fortaleza, Cerest Estadual e Nuast, totalizando três.

O Quadro 1 demonstra a distribuição dos sujeitos entrevistados. Por questões éticas, serão preservadas as suas identidades.

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos, segundo a instituição

Sujeitos	Instituição
Ex-Coordenadora 1	Secretaria Municipal de Saúde
Ex-Coordenadora 2	Secretaria Estadual de Saúde
Ex-Profissional 1	Secretaria Estadual de Saúde
Profissional 1	Secretaria Municipal de Saúde
Profissional 2	Secretaria Municipal de Saúde
Profissional 3	Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadora 1	Secretaria Estadual de Saúde
Coordenadora 2	Secretaria Estadual de Saúde
Coordenadora 3	Secretaria Estadual de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O número dos entrevistados foi definido de forma intencional, com os sujeitos representativos do fenômeno a ser investigado. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2017.

## 2.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

No intuito de produzir os dados da pesquisa, procedeu-se a entrevista semiestruturada, considerando que esse tipo de entrevista “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p.146). Gil (1999) afirma que a entrevista é uma técnica em que o

pesquisador formula perguntas com o objetivo de obter os dados, constituindo-se uma forma de interação social.

Assim, as entrevistas foram mediadas pelo roteiro (Apêndice A) com o propósito de permitir que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado, à luz das representações dos sujeitos que compõem o cenário da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização dos sujeitos, e realizadas em locais agendados previamente, no qual os participantes puderam discorrer de forma espontânea sobre a temática proposta.

Conforme preconizam Souza et al. (2005, p.133), “o roteiro, ao buscar a intensividade e as diferenciações de significados de fatos, relações e representações, depende fundamentalmente de processos interativos. [...]. Exige preparação cuidadosa e pode passar por modificações durante o trabalho de campo”.

A pesquisa documental abrangeu as publicações abertas, disponíveis a todos os cidadãos, e textos de acesso restrito, disponíveis mediante solicitação prévia. Os documentos selecionados foram institucionais, produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará, pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e pelas Secretarias dos Municípios, sede dos Cerests, campo deste estudo.

Os documentos nortearão a compreensão sobre as ações desenvolvidas pelos Cerests para implementar a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Estado do Ceará. Nessa direção, Flick (2009, p. 234) assinala os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que “não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas”. Nessa perspectiva, serão selecionados os documentos que abordam sobre a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará, no intuito de conhecer as ações planejadas no campo da saúde do trabalhador, conforme o Quadro 3:

Quadro 2 - Documentos selecionados para a pesquisa

Documentos	Instância	Período
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Secretaria Estadual de Saúde	2010
Plano Plurianual do Município 2006-2009	Secretaria Municipal de Saúde	2006-2009
Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2010-2013.	Secretaria Municipal de Saúde	2010-2013

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

## 2.5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados desta pesquisa foram interpretados com base na hermenêutica de profundidade de Thompson (2011, p. 355).

Este referencial coloca em evidência o fato de que o objeto de análise é uma construção simbólica significativa, que exige uma interpretação. Por isso, devemos conceder um papel central ao processo de interpretação, pois somente desse modo poderemos fazer justiça ao caráter distintivo do campo-objeto.

Com base no pensamento do autor, pode-se afirmar que este estudo ao propor analisar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará no período de 2003 a 2017, na visão dos sujeitos, considera que este objeto é uma construção simbólica significativa, portanto necessita de uma interpretação.

Logo, essas formas simbólicas estão inseridas em contextos sociais e históricos de diferentes tipos; e sendo construções simbólicas significativas, estão estruturadas internamente. Segundo Thompson (2011), a análise das formas simbólicas pode ser conceituada como um marco referencial metodológico, denominado “hermenêutica de profundidade” (HP).

Como um referencial metodológico para a análise das formas simbólicas, a HP ressalta “como diferentes enfoques da análise da cultura, ideologia e comunicação de massa podem ser inter-relacionados de uma maneira sistemática, combinados dentro de um movimento de pensamento coerente, que iluminará diferentes aspectos desses fenômenos multifacetados” (THOMPSON, 2011, p. 356).

Thompson (2011) desenvolve um referencial metodológico, pautado pela tradição da hermenêutica, relacionado aos filósofos hermeneutas dos séculos XIX e XX, Dilthey, Heidegger, Gadamer e Ricoeur. Conforme esse pensador, “o estudo das formas simbólicas é fundamental e inevitavelmente um problema de compreensão e interpretação” (THOMPSON, 2011, p. 356).

Consoante preconiza Thompson (2011, p.357), as “formas simbólicas são construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas”. Portanto, este estudo pretende analisar a implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará, compreendendo as falas dos sujeitos e os textos, como “formas simbólicas” que devem ser compreendidas e interpretadas.

A tradição da hermenêutica assinala que, na investigação social, o objeto de investigações constitui-se um território pré-interpretado.

O mundo sócio-histórico não é apenas um campo-objeto que está ali para ser observado; ele é também um campo-sujeito que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas quotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor ( THOMPSON, 2011, p. 358).

A hermenêutica configura que “os sujeitos que constituem o campo-sujeito-objeto são, como os próprios analistas sociais, sujeitos capazes de compreender, de refletir e de agir fundamentados nessa compreensão e reflexão” ( THOMPSON, 2011, p. 359). Portanto, “ os sujeitos que constituem parte do mundo social estão sempre inseridos em tradições históricas” (p. 360). Nessa perspectiva, os seres humanos são parte da história e não observadores dela; portanto, as tradições históricas, significados e valores transmitidos são em parte constitutivos dos seres humanos.

Conforme Thompson (2011), o objeto de investigação é um campo pré-interpretado; portanto o enfoque da HP deve considerar as maneiras em que as formas simbólicas são interpretadas pelos sujeitos que constituem o campo-sujeito-objeto. A hermenêutica da vida quotidiana é um ponto de partida do enfoque da HP. Nesse horizonte de pensamento, o enfoque da HP norteia-se na explanação das maneiras como as formas simbólicas são interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem e as recebem ao longo da dinâmica de suas vidas quotidianas, cujo momento etnográfico é um estágio preliminar ao enfoque da HP. Essa reconstrução é um processo interpretativo do quotidiano, denominada “interpretação da *doxa*”, uma interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são compartilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social.

“As formas simbólicas são construções significativas que são interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem e recebem, mas elas são também construções que são estruturadas de maneiras definidas e que estão inseridas em condições sociais e históricas específicas” (THOMPSON, 2011, p. 365). Ao considerar as maneiras como as formas simbólicas estão estruturadas, e as condições sócio-históricas em que elas estão inseridas, deve-se ir além da interpretação da *doxa* e inserir-se em tipos de análise que abrange o referencial metodológico da HP.

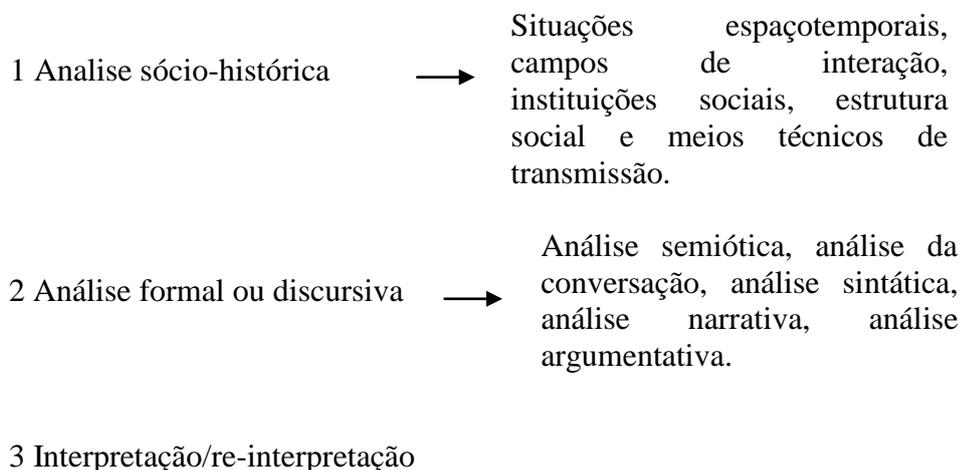
Conforme Thompson (2011), a HP é um referencial metodológico que compreende

três fases ou procedimentos: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/re-interpretação. Essas fases constituem-se como dimensões analiticamente distintas de um processo interpretativo complexo. A Figura 1 apresenta as fases do enfoque da HP, situando esse enfoque em relação à hermenêutica da vida cotidiana.

Figura 1- Formas de Investigação Hermenêutica

Hermenêutica da vida cotidiana → Interpretação da *Doxa*

Referencial Metodológico da Hermenêutica de Profundidade



Fonte: Thompson, 2011.

A primeira fase do enfoque da HP é a análise sócio-histórica. Visa reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas. A primeira fase do enfoque da HP é reconstruir as condições e contextos sócio-históricos de produção, circulação e recepção das formas simbólicas, examinar as regras e convenções, as relações sociais e instituições, e a distribuição de poder, recursos e oportunidades em virtude das quais esses contextos constroem campos diferenciados e socialmente estruturados.

Os objetos e expressões que circulam nos campos sociais são construções simbólicas complexas que apresentam uma estrutura articulada. É esta característica que exige uma segunda fase de análise, descrita como análise formal ou discursiva.

Nessa fase, pode-se proceder a análise argumentativa, considerada “ formas de discurso, como construções linguísticas supraproposicionais, podem abranger cadeias de raciocínio que podem ser reconstruídas de várias maneiras” (THOMPSON, 2011, p. 374).

A análise argumentativa visa reconstruir e demonstrar os padrões de inferência que caracterizam o discurso. Os métodos possibilitam ao analista romper o corpo do discurso em conjuntos de afirmativas, organizadas ao redor de temas, e então mapear as relações entre essas afirmativas em termos de determinados operadores lógicos, ou quase-lógicos (implicação, contradição, pressupostos, exclusão etc.) (THOMPSON, 2011).

A terceira fase do enfoque da HP é a interpretação/reinterpretação. Os métodos da análise discursiva procedem por meio da análise, eles quebram, dividem, desconstroem, procuram desvelar os padrões e efeitos que constituem e que operam dentro de uma forma simbólica ou discursiva.

A interpretação constrói sobre a análise discursiva, como sobre os resultados da análise sócio-histórica. Mas a interpretação implica um movimento novo de pensamento, ela procede por síntese, por construção criativa de significados. Este movimento de pensamento é um complemento à análise formal ou discursiva.

Por mais rigoroso e sistemático que os métodos da análise formal ou discursiva possam ser, eles não podem abolir a necessidade de uma construção criativa do significado, isto é, de uma explicação interpretativa do que está representado ou do que é dito. As formas simbólicas ou discursivas possuem como “ aspecto referencial”, elas são construções que tipicamente representam algo, referem-se a algo, dizem alguma coisa sobre algo (THOMPSON, 2011, p. 375).

Nessa direção, afirma-se que é esse “aspecto referencial” que se busca compreender no processo de interpretação, o qual pode ser mediado pelos métodos da análise sócio-histórica, e pelos métodos da análise formal ou discursiva. No entanto, o processo de interpretação transcende a contextualização das formas simbólicas tratadas como produtos socialmente situados.

O processo de interpretação, mediado pelos métodos do enfoque da HP, é simultaneamente um processo de reinterpretção. Pois, as formas simbólicas que são o objeto de interpretação são parte de um campo pré-interpretado, elas já são interpretadas pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico (THOMPSON, 2011, p. 376).

Considera-se, portanto que, ao proceder a uma interpretação, mediada pelos métodos do enfoque da HP, realiza-se a reinterpretção de um campo pré-interpretado;

traçando um significado que pode demonstrar divergência do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico (THOMPSON, 2011).

## 2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE (Anexo 1), com base nos princípios e nas diretrizes da Resolução nº 446/2012 e da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta os critérios e cuidados para a execução de pesquisas com seres humanos e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos que participam do estudo (BRASIL, 2012; 2016). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa da UECE, nº do Parecer 2171.543, em julho de 2017.

Os sujeitos foram informados sobre o desenvolvimento do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C), no qual consta a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, sobre a metodologia; a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações; dentre outros aspectos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A participação dos sujeitos contribuiu para a ampliação dos conhecimentos sobre a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará e os resultados podem concorrer para qualificar as ações de saúde do trabalhador e fortalecer as estratégias implementadas no campo da saúde dos trabalhadores.

### **3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL**

Esta seção aborda a precarização do mundo do trabalho e sua repercussão sobre a sua do trabalhador em um contexto de crise do capital.

#### **3.1 CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO**

Esta tese objetiva compreender a implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado do Ceará, com recorte temporal entre 2003 a 2017, buscando delinear o seu percurso histórico em face da estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta Política tem como escopo o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com foco na vigilância, no intuito de concretizar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores. Assim, entende o trabalho como categoria central que poderá afetar a saúde dos trabalhadores.

O trabalho como atividade do processo de produção social dos meios de vida é estruturante da sociabilidade, central na formação da consciência e na determinação do modo de vida dos homens. Como atividade que gera valores-de-uso, o trabalho é vital para o intercâmbio material entre o ser humano e a natureza (MARX, 2003).

Na ótica de Marx (2006, p.211), “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Assim, ao atuar sobre a natureza externa, o homem opera mudanças nela, e conjuntamente, ocorrem mudanças em sua própria natureza.

O trabalho compreendido em uma perspectiva ampla é fundamental para a produção da vida material e humana. Ao se referir à essência do trabalho, Marx (2006, p.211) declara que:

[...] Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que

tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

O pensamento de Marx (2006) expressa a categoria ontológica central do trabalho, uma vez que por meio dele “realiza-se, no âmbito do ser material, um pôr teleológico enquanto surgimento de uma nova objetividade. Assim, o trabalho se torna o modelo de toda práxis social, na qual,[...], sempre se realizam pores teleológicos, em última análise, de ordem material”(LUKÁCS, 2013,p.47).

Portanto, o fato de que no trabalho se realiza um pôr teleológico constitui uma experiência da vida cotidiana dos homens, tornando-se um componente fundamental do pensamento. Assim, o caráter teleológico do trabalho representa que:

[...] A teleologia, em sua essência, é uma categoria posta: todo processo teleológico implica o pôr de um fim e, portanto, numa consciência que põe fins. [...] com o ato de pôr, a consciência dá início a um processo real, exatamente ao processo teleológico. Assim, o pôr tem, nesse caso, um caráter irrevogavelmente ontológico[...]( LUKÁCS, 2013, p.48).

Os elementos que integram o processo de trabalho são: “1) a atividade adequado a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) Os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 2006, 212). Os meios de trabalho aferem o desenvolvimento da força humana de trabalho e apontam as condições sociais em que se realiza o trabalho.

Conforme preconiza Marx (2006, p. 214), no processo de trabalho, a atividade humana realiza mudança no objeto por meio do instrumental de trabalho, condicionada a um determinado fim. Logo, o produto é um valor-de-uso, um material da natureza que será adequado às necessidades humanas. Assim, o trabalho humano está inserido ao objeto sobre que atuou. Ao considerar o processo de trabalho no ângulo do resultado, do produto, observa-se que meio e objeto de trabalho são meios de produção e o trabalho é trabalho produtivo.

Ao tecer considerações sobre a riqueza da sociedade burguesa, Marx(2008) afirma que:

À primeira vista, a riqueza da sociedade burguesa aparece como uma imensa acumulação de mercadorias, sendo a mercadoria isolada, a forma elementar dessa riqueza. Mas, cada mercadoria se manifesta sob o duplo aspecto de valor de uso e de valor de troca(MARX, 2008, p. 51).

A mercadoria é um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas. No entanto, a mercadoria pode satisfazer a necessidade

do homem de forma direta, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou de forma indireta, como meio de produção ( MARX, 2006, p. 57).

O trabalho materializado na mercadoria contém dois significados: 1) trabalho útil e concreto que produz valores-de-uso, voltado para o atendimento das necessidades sociais; 2) dispêndio de força humana de trabalho e, dessa forma, trabalho humano igual ou abstrato, o qual determina o valor das mercadorias (MARX, 2003).

O processo de trabalho, quando se realiza como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, engloba dois fenômenos: o trabalhador exerce sua atividade sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho; e o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador. Ao comprador pertence o uso da mercadoria, e o possuidor da força de trabalho cede o valor-de-uso que vendeu, ao ceder seu trabalho (MARX, 2006, p.219).

O capitalista compra a força de trabalho e incorpora o trabalho, fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, os quais também lhe pertencem.[...]o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria que comprou, a força de trabalho, que só pode consumir adicionando-lhe meios de produção (MARX, 2006, p.219).

A mais-valia constitui a base de sustentação do capitalismo, sem ela não existe acumulação. Como a mais-valia resulta do trabalho humano, a compra da força de trabalho é fundamental ao capital. Nessa perspectiva, Mészáros (2009, p.30) declara que “o capital depende absolutamente do trabalho - no sentido de que o capital inexistente sem o trabalho, que ele tem de explorar permanentemente”.

Nesse contexto, a força de trabalho deve ser reproduzida de forma contínua para ser adquirida pelo capitalista. As políticas sociais são resultados de afirmação e resistências dos trabalhadores à exploração laboral provenientes das necessidades de acumulação do capital e da reprodução material dos trabalhadores. Nesse horizonte, afirma-se que tais políticas são estruturadas a partir da mediação com o Estado, em contextos particulares da luta de classes, no qual há interesses antagônicos entre os grupos econômico e profissional, o que pressupõe organização e capacidade de pressão dos trabalhadores. Essa realidade expressa à relação entre acumulação do capital, organização do trabalho e proteção social (LOPES DA SILVA, 2012).

No que se refere à relação entre seguridade social e trabalho, no âmbito da análise sobre o trabalho assalariado como condição de acesso à proteção social, Mota (1995, p. 125) advoga que “os sistemas de proteção social conformam um conjunto de práticas na área da previdência, saúde e assistência social, que se vinculam

estritamente com as necessidades do processo de assalariamento na fase de acumulação intensiva”. Ao refletir sobre o pensamento da autora, Lopes da Silva (2012) ressalta a função político-ideológica da seguridade social, principalmente dos seguros sociais na legitimação das relações de exploração que fundam a sociedade capitalista e se expressam no trabalho assalariado.

Antunes (2005, p. 83) considera que o trabalho é central na sociedade contemporânea.

Ao contrário daqueles autores que defendem a perda da centralidade da categoria trabalho na sociedade contemporânea, as tendências em curso, [...] não permitem concluir pela perda desta centralidade no universo de uma sociedade produtora de mercadorias.

Em consonância com o pensamento de Antunes (2005), Lopes da Silva(2012) afirma que o trabalho é central no capitalismo e determinante das relações sociais. A autora considera que os sistemas de proteção social na contemporaneidade são afetados pela desestruturação do trabalho assalariado; no entanto, este dá sustentação a esses sistemas nos países onde persistem. Assim a desestruturação do trabalho, a partir da década de 1970, influenciou o desmantelamento dos sistemas de proteção social.

As mudanças realizadas no capitalismo desde as últimas três décadas do século XX influenciaram a dinâmica do mundo do trabalho. Historicamente, o trabalho ocupou o centro das mutações da sociabilidade do capitalismo, reconhecendo que essa realidade ampliou-se a partir das mudanças no modo de produção do capital em sua etapa monopolista. Na perspectiva do modelo fordista/keynesiano, o pacto social entre empresários, trabalhadores e o Estado pautou-se pelo incentivo do consumo, pelo pleno emprego e pela estruturação de sistemas de proteção social. Dessa forma, pretendeu-se atenuar os efeitos da crise do capitalismo, sobretudo entre 1929 e 1932 (LOPES DA SILVA, 2012), e propiciar o cenário favorável à acumulação da produção.

Nesse contexto, evidencia-se a relação entre o padrão de acumulação do capital, a organização do trabalho e a proteção social, no qual o trabalho assalariado revelou-se no centro do capitalismo e determinante das relações sociais, constituindo-se o motor das mutações desse modo de produção (LOPES DA SILVA, 2012).

Ao considerar o período entre 1940 e 1970, o Estado social<sup>1</sup> ampliou-se nos países do capitalismo avançado e o trabalho assalariado estável apresentou-se como

---

<sup>1</sup> A expressão Estado social compreende o Estado Social de Direitos que se constrói para organizar a vida política e social no período pós-Segunda Guerra Mundial com base no fordismo-keynesianismo.

condição de acesso à proteção social, que atendia aos empregados e seus dependentes, em relação à saúde, à aposentadoria, pensões e outros benefícios compensatórios à incapacidade temporária de trabalho ou outro benefício que contribuísse para o acesso ao consumo, ao lazer, à educação. Em contrapartida, os inaptos para o trabalho são contemplados com a assistência social (LOPES DA SILVA, 2012, p.33).

A crise do padrão de acumulação fordista/keynesiano na década de 1970 demonstrou um dos aspectos da nova crise do capital. No intuito de atenuar seus efeitos, a estratégia do capital foi constituída pela reestruturação produtiva, redefinição das funções do Estado e a financeirização do capital. Esses processos ocorrem de forma dinâmica e interligada, com base na ideologia neoliberal (LOPES DA SILVA, 2012, p.35).

Conforme o pensamento de Antunes (2010), o crescimento da economia capitalista intensificou-se após o período pós-guerra. No entanto, o ano de 1970 caracterizou-se pela estagnação e pela crise de acumulação taylorista e fordista, cuja realidade encontrava sua determinação na crise estrutural do sistema do capital, diante do desemprego estrutural que ali se iniciava. Nesse período, houve queda da taxa de lucro diante do aumento do preço da força de trabalho, conquista advinda das mobilizações das lutas sociais dos anos 60.

Nesse cenário de crise, nos anos de 1980, são traçadas ações que articulam novas e velhas formas de exploração do trabalho, as quais nortearam a nova *divisão internacional do trabalho*, mudando a composição da classe trabalhadora. Dessa forma, as corporações transnacionais passaram a impor à *classe-que-vive-do-trabalho*<sup>2</sup>, nos diferentes países, condições salariais e de existência baixas. A realidade de precarização do trabalho, com a informalidade, subempregos e negação de direitos alcançou maior quantidade de pessoas (ANTUNES, 2010, 2015).

Nessa perspectiva, a resposta do capital à sua crise “baseou-se, potencializada pela internacionalização da economia, em uma forma particular de articulação de estratégias de extração de mais-valia absoluta e relativa. Essas medidas seriam

---

<sup>2</sup> Noção ampliada de classe trabalhadora, que incorpora tanto os trabalhadores produtivos, presentes na indústria, na agricultura e também no setor de serviços, privatizados pela lógica dominante do capital financeiro, como aqueles assalariados improditivos, que não geram mais-valia, mas que são imprescindíveis no processo de trabalho capitalista e vivenciam situações que têm clara similitude com aquelas experimentadas pelos(as) trabalhadores(as) produtivos. Como todo trabalho produtivo tende a ser assalariado, mas nem todo trabalhador assalariado é produtivo, uma noção ampliada de classe trabalhadora deve articular essas duas dimensões (Antunes, 2010).

acentuadas a partir de 2008, em meio às novas manifestações da crise estrutural do sistema” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p.409).

Conforme Antunes (2009, p.33), a crise estrutural afetou o mecanismo de “regulação” que estendeu-se durante o pós-guerra, em vários países da Europa. O processo de reorganização do capital advindo deste cenário compreendeu o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, desregulamentação dos direitos do trabalho, com impactos a vida da classe trabalhadora. Uma vez encerrado este período expansionista do capital, surge o aumento da sua financeirização com novas técnicas de gerenciamento da força de trabalho, e às novas formas de domínio técnico-científico que acentuaram o caráter centralizador deste processo (ANTUNES, 2009, p. 34).

A reestruturação produtiva gerou mudanças no mundo do trabalho. Conforme declara Lopes da Silva (2012, p. 35)

Sob o padrão de acumulação chamado flexível, as metamorfoses ocorridas apresentaram-se sob um novo modo de produzir, com métodos e processos de trabalho baseados em tecnologias avançadas; modos de gestão da força de trabalho direcionados à conciliação de classes; e medidas que reduziram a criação e oferta de empregos estáveis e aprofundaram o desemprego e o trabalho precário [...].

A autora afirma que essa realidade ampliou a composição da classe trabalhadora, tornando-a mais heterogênea, no qual o trabalhador passa a canalizar a sua capacidade intelectual em prol do capital, corroborando para elevar os níveis de exploração sobre o trabalho e a mais valia.

As empresas passaram a implantar os programas de qualidade total, os sistemas *just-in-time* e *kanban*, e a participação dos ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade, cuja realidade concorreu para a expansão da reestruturação produtiva, tendo como consequências a flexibilização, a informalidade e a precarização das condições de trabalho e vida da classe trabalhadora brasileira (ANTUNES; PRAUN, 2015).

A reestruturação da produção do capital intenciona proporcionar a sustentação de um novo padrão de acumulação, denominado por Harvey (2004) de “acumulação flexível”. Antunes (2005) assinala o impacto da acumulação flexível para o mundo do trabalho, destacando a redução do operariado manual, fabril, estável e especializado; impulso de um novo proletariado fabril e de serviços nos diversos modos de trabalho precarizado (terceirizados, subcontratados, temporários); aumento do trabalho feminino, infantil e escravo e dos assalariados médios no setor de serviços; a exclusão dos jovens

e dos idosos do mercado do trabalho; expansão do trabalho domiciliar e ação dos trabalhadores mais internacionalizada. Essas mudanças tornaram a classe trabalhadora mais heterogênea, fragmentada e complexificada.

Nessa direção, Harvey (2004) afirma que o mercado de trabalho, a partir de 1973, passou por uma reestruturação estimulada pelo elevado excedente de mão de obra e fragilização do movimento sindical, com redução do emprego e expansão do trabalho precarizado. Segundo Harvey, o novo regime de acumulação flexível implicou em mudanças na experiência do espaço e do tempo dos trabalhadores, influenciando a cultura pós-moderna da organização do modo de vida social.

A reestruturação produtiva e as mudanças nas funções do Estado ocorreram nos países industrializados, em que o Estado social obteve maior desenvolvimento. Essa realidade afetou os sistemas de proteção social. Ao refletir sobre esse contexto, Behring (2008, p. 154-55) ressalta a nova configuração da seguridade social, desde o final da última década do século XX, em face da nova condição do trabalho:

No contexto do Welfare State, o trabalho é o elemento que determina a justaposição contraditória entre previdência e assistência social, o que em tese geraria uma cobertura para todos, inseridos e não inseridos na relação salarial. [...] contudo, o esgotamento desse período e o ingresso numa onda longa de estagnação do capitalismo em sua fase madura colocam condições novas para a luta política do trabalho e que tem relação com a mudança da correlação de forças em favor do capital, nos seus esforços de retomada das taxas de lucros, com fortes impactos para a seguridade social [...].

O Brasil realizou o seu ajuste estrutural a partir de meados da última década do século XX, condicionado à correlação de forças políticas e às matizes de sua formação social e econômica. A financeirização do capital, a reestruturação produtiva e a reorientação das funções do Estado ocorreram interligadas e impuseram mudanças ao mundo do trabalho e à macroeconomia, que repercutiram no aprofundamento das desigualdades sociais, na elevação da concentração de renda, em desemprego, precarização do trabalho e queda da renda média real dos trabalhadores. Essas mudanças repercutiram no sistema de proteção social, que começaram a se estruturar, após a aprovação da seguridade social em 1988.

No Brasil, a modernização produtiva gerou impactos para os trabalhadores em setores como a pecuária, indústria e agricultura, a partir do uso de tecnologias e laboratórios/ pesquisas em universidades, como o desemprego, migração interna e aumento das vulnerabilidades, conforme preconiza Silva (2004, p. 37). Essa realidade

afetou a saúde dos trabalhadores, sobretudo na relação entre trabalho terceirizado e incidência de acidentes de trabalho, inclusive aqueles que resultam no óbito do trabalhador. Outra manifestação refere-se aos adoecimentos com nexos laborais, principalmente às lesões osteomusculares e transtornos mentais (ANTUNES; PRAUN, 2015).

A partir de 1995, o Brasil procedeu ao ajuste estrutural, conforme o padrão neoliberal de países de capitalismo periférico, produzindo mudanças na condição estrutural do trabalho. Nesse contexto, assiste ao aprofundamento da desestruturação do trabalho no país (LOPES DA SILVA, 2012,p.36).

No âmbito do Estado, constatou-se um retrocesso nas políticas sociais, com destaque para a seguridade social, instituída pela Constituição Federal de 1988, em um cenário de lutas por direitos sociais, mas também de avanço do projeto neoliberal no contexto mundial, com reflexos no Brasil, principalmente na década de 1990. O Estado realizou a privatização de empresas e bancos estatais e reduziu os direitos sociais e do trabalho (LOPES DA SILVA, 2012, p.37).

Com o aprofundamento da crise do capital a partir de setembro de 2008, a tendência de melhoria dos indicadores do trabalho foi interrompida. No contexto do fordista/keynesiano, nos países centrais, o trabalho assalariado constituiu-se como condição de acesso à proteção social. Ao considerar a relação capital/trabalho, cuja correlação de forças entre as classes sociais foi favorável aos trabalhadores e a suas lutas, constatou-se a efetivação dos direitos relativos à seguridade social (LOPES DA SILVA, 2012, p.47).

O Estado pode ser compreendido como uma expressão da luta de classe, o qual incorpora os interesses da classe dominante, como também inclui de forma relativa às demandas da classe trabalhadora, como resultado da luta de classes. Nessa direção, Iamamoto (2007) reflete acerca do papel do Estado no que se refere a manter a estrutura de classes e as relações de produção, com base no pensamento de Marx.

[...] O marxismo clássico já estabelecia as funções que pertencem ao domínio do Estado: criar as condições gerais da produção, que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos grupos dominantes: controlar as ameaças das classes dominadas ou frações das classes dominantes, através de seu braço repressivo (exército, polícia, sistema judiciário e penitenciário); e integrar as classes dominantes, garantindo a difusão de sua ideologia para o conjunto da sociedade. Essas funções coercitivas se unem às funções integradoras, por meio da educação, cultura, dos meios de comunicação e categorias do pensamento [...] (IAMAMOTO, 2007, p. 120).

Consoante às novas configurações do capitalismo contemporâneo, o Estado desempenha funções relacionadas às necessidades do capital. Nesse horizonte, Iamamoto (2007, p. 121) afirma que “a mundialização não suprime as funções do Estado, de reproduzir os interesses institucionalizados entre as classes e grupos sociais, mas modifica as condições de seu exercício na medida em que aprofunda o fracionamento social e territorial”.

Tecidas essas ponderações, importa compreender o trabalho em um cenário de crise do capital, destacando que essa crise configura-se, primordialmente, segundo a ótica de Mészáros (2011), como uma crise estrutural, pois é próprio do modo de existência do capital que as crises se manifestem de forma intensa e de duração variada. A histórica crise do capital se expressa em quatro aspectos, englobando seu *caráter universal*, seu *alcance global*, sua *escala de tempo permanente* e seu *modo rastejante* (destaque da autora).

(1) seu *caráter é universal*, em lugar de restrito a uma esfera particular[...]; (2) seu *alcance é verdadeiramente global*, [...] em lugar de limitado a um conjunto particular de países [...] (3) sua *escala de tempo é extensa, contínua, [...] permanente*, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores; (4) em contraste com as erupções e os colapsos[...] do passado, seu *modo de se desdobrar poderia ser chamado de rastejante*, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na “administração da crise” e no “deslocamento” mais ou menos temporário das crescentes contradições perder sua energia (MÉSZÁROS, 2011, p. 796).

Inegavelmente, a crise do capital é estrutural, conforme as palavras de Mészáros (2011), e se reveste de peculiaridade no cenário brasileiro, no qual presenciou-se o desmembramento dessa crise no limiar do século XXI, intensificando-se com o golpe parlamentar em 2016, com o impeachment, sem crime da presidenta Dilma Rousseff, aprofundando-se com a perseguição política ao ex-presidente Lula, em 2017. Logo, esse golpe reverbera a classe trabalhadora, uma vez que sua intenção é o desmonte de direitos sociais e trabalhista. Portanto, essa crise sinaliza-se para a configuração no Brasil de um Estado de exceção.

A crise estrutural do capital repercute na esfera socioeconômica e intensifica a crise da “sociedade civil”, ressoando nas instituições políticas. Em face das instabilidades socioeconômicas, denotam-se a necessidade de novas “garantias políticas”, as quais não podem ser efetivadas pelo Estado capitalista em sua

configuração atual. Portanto, a ausência do Estado do bem-estar social revela a confirmação de que a *crise estrutural de todas as instituições políticas* vem ocorrendo no âmbito da “política de consenso” há duas décadas. As contradições implícitas não se extinguem na crise das instituições *políticas*; em oposição, atingem a sociedade em sua totalidade. A crise estrutural do capital designa-se como uma *crise de dominação* em geral (MÉSZÁROS, 2011, p. 800, grifo do autor).

Nesse contexto, o autor afirma que o “capital pode ter outro objetivo que não sua própria autorreprodução, à qual tudo, da natureza a todas as necessidades e aspirações humanas, deve se subordinar absolutamente” (MÉSZÁROS, 2011, p. 800).

Ao refletir sobre a contradição interna do próprio capital, Mézáros (2011, p. 802) indaga sobre o papel do trabalho no capital, haja vista que se tenha obtido um nível elevado de produtividade. Visando superar as contradições do capital, é primordial que mudanças ocorram as condições imediatas de trabalho e nas diversas dimensões da vida social, política e cultural. O autor afirma que:

[...] O capital, ao contrário, pode produzir somente as condições materiais necessárias para o desenvolvimento do indivíduo social autônomo, de modo a negá-las imediatamente. Também as nega materialmente quando ocorrem crises econômicas, bem como políticas e culturalmente quando é do interesse de sua própria e contínua sobrevivência como estrutura final de dominação (MÉSZÁROS, 2011, p. 802).

Percebe-se, portanto, que o capital, em momentos de crise, nega as condições materiais para a produção e reprodução do trabalhador; aprofundando o seu domínio sobre todas as esferas da vida humana, capturando a subjetividade e a força humana.

Ao considerar que o capital só pode atuar por meio de contradições, Mézáros (2011, p. 802) advoga que os “[...] Seres humanos são, ao mesmo tempo, absolutamente necessários e totalmente supérfluos para o capital. Se não fosse pelo fato de que o capital necessita do trabalho vivo para sua autorreprodução ampliada[...]”.

Ao tecer considerações sobre a crise estrutural do capital, Antunes (2009) assinala que a acumulação de capitais decorreu ao longo do ápice do fordismo e da fase keynesiana, destacando que o capitalismo desde o início da década de 1970 apontou um cenário crítico, revelando as particularidades, no que se refere a queda da taxa de lucro, gerada pelo aumento do preço da força de trabalho e pelas lutas sociais dos anos 1960, que intencionavam o controle social da produção; esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, dado pela inabilidade de responder à

retração do consumo, cuja realidade constitui-se como resposta ao desemprego estrutural que se instaurava.

Sobre a crise estrutural do capital e seu sistema de produção, Antunes (2009) exprime outras características que configuram essa realidade: hipertrofia da esfera financeira e sua relativa autonomia frente aos capitais produtivos, posicionando o capital financeiro como espaço privilegiado para a especulação na nova fase do processo de internacionalização; maior acumulação de capitais, com as fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do *Welfare State* ou do “Estado do bem-estar social” e dos seus mecanismos de funcionamento provocaram a crise fiscal do Estado capitalista e a retração dos gastos públicos, que redundou em sua transferência para o capital privado; e o aumento das privatizações, fomentando as desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho (ANTUNES, 2009).

Reafirma-se que a crise do fordismo e do keynesianismo revelou a *crise estrutural do capital*, com a tendência decrescente da taxa de lucro. Essa crise aponta o aspecto *destrutivo* da lógica do capital, pela intensificação da *lei de tendência decrescente do valor de uso* das mercadorias, quanto da *incontrolabilidade* do sistema de metabolismo social do capital (ANTUNES, 2009, destaque do autor).

Ao se deter sobre a crise estrutural do sistema do capital, Mészáros (2011,) reflete sobre a produção de riqueza, assinalando que a subordinação das necessidades humanas à reprodução de valor de troca- no interesse da autorrealização ampliada do capital-tem caracterizado o sistema do capital desde o seu primórdio. Assim, intencionando consolidar a produção da riqueza como o principal finalidade da humanidade, separou-se o valor de uso, do valor de troca, sob a supremacia do último. O capital orientou-se para a produção e a reprodução ampliada do valor de troca.

Mészáros (2011) assinala a necessidade de conjugar a crítica socialista das relações-de-valor, a afirmação do papel vital do valor de uso, sinalizando as contradições das formas pré-capitalistas de intercambio socioeconômico à medida que emergem da aproximação ao valor de uso. O autor afirma que:

[...] Na teoria de Marx, a maior ênfase na determinação orientadora do valor de uso em uma sociedade socialista futura é inseparável da questão do desenvolvimento *em todos os aspectos das necessidades e capacidades produtivas* do indivíduo social. Tal desenvolvimento apenas é possível na estrutura irrestrita – ou seja, não mais determinada por interesses e conflitos de classe- da “relação universal” do “*intercâmbio universal*” e *capacidades*

*e realizações humanas[...] enquanto oposto ao valor de troca universalmente dominante.* (MÉSZÁROS, 2011, p.610).

Como observado pelo autor, a sociedade socialista apresenta características diferentes da sociabilidade do capital, presente em sua forma mais ofensiva no Brasil. Logo, almeja-se que a sociedade civil e os movimentos sociais organizados busquem a concretização de uma nova sociedade, não mais pautada pelos interesses e conflitos de classe. Nas palavras de Mézszáros (2011, p.610)

Durante o desenvolvimento histórico do capital - que impôs à humanidade a produção da riqueza como a finalidade que a tudo absorve -, o caráter real da riqueza propriamente dita desapareceu do horizonte. Foi obliterada por uma concepção reificada, associada a estruturas materiais e relações igualmente fetichizadas que determinam o sociometabolismo geral em todas as suas dimensões.

Refletindo sobre a autorrealização por meio da riqueza de produção, Mézszáros (2011, p.610) alerta que:

A produção ou é conscientemente controlada pelos produtores associados a serviço de suas necessidades, ou os controla impondo a eles seus próprios imperativos estruturais como premissas da prática social[...]. Portanto, apenas a *autorrealização* por meio da *riqueza de produção* ( e não pela *produção de riqueza* alienante e reificada), como a finalidade da atividade-vital dos indivíduos sociais, pode oferecer uma alternativa viável à cega espontaneidade autorreprodutiva do capital e suas consequências destrutivas. Isto significa a produção e a realização de todas as potencialidades criativas humanas, assim como a reprodução continuada das condições intelectuais e materiais de intercâmbio social (MÉSZÁROS, 2011, p.613)

De diversas formas, o trabalhador é afetado pela produção de riqueza alienante e reificada, as quais podem subjugar a vida social e cultural da pessoa, sobretudo nas condições impostas pelo capital, em sua fase financeira.

Destaca-se, ainda, a contribuição de Antunes (2009), ao salientar a intensidade da crise do capital, que desestruturou parcela do Terceiro Mundo, excluiu os países pós-capitalistas do Leste Europeu e repercutiu no centro do sistema global de produção do capital. Tal crise também se estendeu ao império dos EUA, na década de 1980, em um cenário no qual se identifica a perda da competitividade tecnológica para o poder econômico do Japão (ANTUNES, 2009,p.34).

Em continuidade, o autor afirma que, desde os anos 90, com a retomada dos níveis produtivos e a expansão dos EUA, essa crise, pautada pela mundialização do capital, atingiu o Japão e os países asiáticos. Assim, denota-se a expansão dos países excluídos desse movimento de crescimento dos capitais produtivos e financeiros e do padrão tecnológico, afetando a dinâmica desses países, no que concerne ao aumento do

desemprego e à precarização da força humana de trabalho. Logo, ao reconfigurar a divisão internacional do sistema do capital, tal caráter destrutivo resulta na desmontagem de regiões que estão em processo de exclusão da esfera industrial e produtiva, sobretudo pela forte diferença da concorrência mundial. (ANTUNES, 2009, p. 35).

Compreender os elementos constitutivos da crise do capital reveste-se de complexidade, considerando que, no início dos anos 1970, emergiram “mutações intensas, *econômicas, sociais, políticas, ideológicas*, com fortes repercussões no *ideário, na subjetividade* e nos valores constitutivos da *classe-que-vive-do-trabalho*, mutações de ordens diversas e que, no seu conjunto, tiveram forte impacto”. (ANTUNES, 2009, p. 37).

Essa crise estrutural trouxe como consequência a implementação da reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo reprodutivo, que, trouxe repercussões intensas ao mundo do trabalho. Assina-se que as lutas entre o capital e o trabalho galgaram seu ápice nos anos 1960; no entanto, esse fato não resultou na instalação de um novo projeto hegemônico do trabalho contra o capital. Portanto, o próprio capital trouxe a sua resposta para a crise.

Assim, coube o capital implementar o processo de reorganização do ciclo reprodutivo, conservando os seus fundamentos. Assim, procedeu-se uma mutação no interior do padrão de acumulação, e, não no modo de produção, com a finalidade de dinamizar o processo produtivo, que então apontava para o início de seu esgotamento. Nesse contexto, presencia-se a transição do padrão taylorista e fordista para as novas formas de acumulação flexibilizada (ANTUNES, 2009, p. 38).

Importa salientar que o binômio taylorismo/fordismo, expressão do sistema produtivo e do processo de trabalho, perdurou na grande indústria do século XX, notadamente a partir da segunda década, caracterizada pela produção em massa de mercadorias, e pela produção homogeneizada e verticalizada. O padrão produtivo pauta-se pelo trabalho parcelar e fragmentado, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades, resultando no trabalho coletivo produtor dos veículos.

Sobre esse processo de produção, Antunes (2009, p. 39) assim se pronuncia:

Paralelamente à perda de destreza do labor operário anterior, esse processo de *desantropomorfização do trabalho* e sua conversão em *apêndice* da máquina-ferramenta dotavam o capital de maior intensidade na extração do sobretrabalho. À mais-valia extraída extensivamente, pelo prolongamento da

jornada de trabalho e do acréscimo da sua dimensão *absoluta*, intensificava-se *de modo prevacente* a sua extração *intensiva*, dada pela dimensão relativa da mais-valia. A *subsunção* real do trabalho ao capital, própria da fase da maquinaria, estava consolidada.

Evidentemente, esse modelo taylorismo/fordismo corroborou para o capital intensificar a extração da mais-valia, sobretudo pela ampliação da jornada de trabalho, o que se denota a *subsunção* real do trabalho ao capital, conforme as palavras do autor. Nesse contexto, assinala-se que o trabalhador assalariado vivencia o processo de adoecimento, sobretudo pelas precárias condições de trabalho.

Segundo avalia Antunes (2009) ao refletir sobre o processo de trabalho taylorista/fordista que esse modelo, fundado ao longo do pós-guerra, pautou-se pelo “compromisso” e pela “regulação” restrito a uma parcela dos países capitalistas avançados. Sob essa questão, o autor afirma que essa realidade “[...], ofereceu a ilusão de que o sistema de metabolismo social do capital pudesse ser *efetivada, duradoura e definitivamente* controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho mediado pelo Estado”(p. 40).

As palavras do autor demonstram que o metabolismo social do capital não foi efetivamente controlado pela aliança entre o capital e o trabalho, mediado pelo Estado, uma vez que essa relação é inconciliável em face do antagonismo entre as classes sociais: burguesia e trabalhador assalariado.

O ciclo de expansão e vigência do *Welfare State*, entretanto, deu sinais de crise. Além das várias manifestações de esgotamento da sua fase de “regulação”keynesiana, houve a ocorrência de outro elemento decisivo para a crise do fordismo: *o ressurgimento de ações ofensivas do mundo do trabalho e o conseqüente transbordamento da luta de classes*. ( ANTUNES,1990, p. 42).

Consoante o pensamento de Antunes ( 1990) no final dos anos 60 e início dos anos 70, surge o *operário-massa*, parcela hegemônica do proletariado da era taylorista/fordista que atuava no universo concentrado no espaço produtivo. Nesse contexto, forma-se “o *novo proletariado*, cuja forma de sociabilidade industrial, marcada pela massificação, ofereceu as bases para a construção de uma nova identidade e de uma nova forma de consciência de classe” ( ANTUNES,1990, p. 42-43). Sob esse prisma, vivenciou-se um contexto de crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, a partir dos anos 70, como manifestação de uma crise estrutural do capital. Tal realidade fez com que o capital implementasse um processo de reestruturação, no

intuito de recuperar o seu ciclo reprodutivo e, revitalizar seu projeto de dominação societal (p. 49).

Mais uma vez consoante Antunes (2009), o padrão de *acumulação flexível* agrega elementos de *continuidade* e de *descontinuidade* que produz algo *relativamente* distinto do padrão taylorista/fordista de acumulação. Assim, constitui um processo de organização do trabalho, que visa a *intensificação das condições de exploração da força de trabalho*, com a conseqüente diminuição do *trabalho improdutivo*, que não cria valor. Sob esse prisma, o autor acrescenta que: “[...] Na era da acumulação flexível e da “empresa enxuta” merecem destaque as empresas que dispõem de *menor* contingente de força de trabalho e que apesar disso têm maiores índices de produtividade” ( p. 55).

É de suma importância compreender o trabalhador nesse contexto de crise do capital. Consoante Antunes (2009), a *classe-que-vive-do-trabalho*, a classe trabalhadora, engloba a totalidade dos que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo *central* os trabalhadores *produtivos*, conforme o sentido dado por Marx. O autor acrescenta que:

[...] incorpora a *totalidade* do trabalho social, a totalidade do *trabalho coletivo assalariado*. Sendo o trabalhador *produtivo* aquele que produz *diretamente* mais-valia e participa diretamente do processo de *valorização do capital*, ele detém, por isso, um *papel de centralidade no interior da classe trabalhadora*, encontrando no *proletariado industrial* o seu núcleo principal. ( ANTUNES, 2009, p. 102).

Percebe-se que o trabalhador produtivo produz mais-valia e participa do processo de valorização do capital. Contudo, Antunes(2009) acrescenta que a *classe-que-vive-do-trabalho* abrange os trabalhadores *improdutivos*, “aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia”.

Ao refletir sobre as novas dimensões da precarização do trabalho nas condições do neodesenvolvimento no Brasil, Alves (2014) preconiza que o neodesenvolvimentalismo, novo modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil emergiu na década de 2000, no contexto do capitalismo global do século XXI. O autor afirma que o neodesenvolvimentalismo

[...]é parte compositiva do *bloco histórico do capitalismo neoliberal*. Embora haja distinções significativas entre *neoliberalismo* e *neodesenvolvimentalismo*, o *neoliberalismo* da década de 1990, governo Fernando Henrique Cardoso, e *neodesenvolvimentalismo no Brasil*, governos Lula da Silva e Dilma Rouseff, se inserem no mesmo *bloco histórico*: o bloco

histórico do capitalismo flexível ou capitalismo neoliberal sob dominância do capital financeiro.

Ao ponderar sobre a precarização do trabalho, Alves ( 2014, p. 12) afirma que constitui um traço estrutural do modo de produção capitalista, que se manifesta nas formas de ser no plano da efetividade histórica. “Acrescenta ainda que “[...] a força de trabalho como mercadoria está imersa numa precariedade salarial que pode assumir a forma histórica de *precariedade salarial extrema* ou a forma histórica de *precariedade salarial regulada*”(p.12).

Nessa perspectiva, o que regula a precariedade salarial é a correlação de força e poder entre as classes sociais, expressa pela materialidade sócio-histórica da luta de classes. Alves ( 2014, p. 12), afirma que “[...] Trata-se, portanto, de uma regulação social e política. Nas condições históricas do capitalismo global surgiu um novo tipo de precariedade salarial: a *nova precariedade salarial* ou precariedade salarial do trabalho flexível” (ALVES, 2014, p.12)

Ao tecer considerações sobre a precarização do trabalho no século XXI, Alves (2014, p. 18) declara que não se restringe apenas à precarização salarial. Porém, emergiram novas formas de precarização do trabalho,

(1) *precarização existencial*, decorrente do modo de vida *just-in-time*; que produz *vida reduzida* e provoca *carecimentos radicais* nas pessoas-que-trabalham; (2) e a precarização radical do homem como ser genérico, a *precarização do homem-que-trabalha*, decorrente dos adoecimentos laborais.

Em face da nova forma de produção de capital ( a manufatura), constitui-se uma nova dimensão da precarização do trabalho, como precarização existencial, uma vez que, “ na sociedade em rede, [...] o trabalho estranhado como trabalho abstrato, invade a vida social, impregnando a totalidade social de *formas derivadas de valor*, promovendo assim, a redução do tempo de vida a tempo de trabalho”(ALVES. 2014, p. 46).

Na década de 2000, constitui-se no Brasil a “ nova precariedade salarial”, configurando-se a nova morfologia social da exploração do trabalho assalariado nos locais de trabalho reestruturados. A característica da nova condição salarial é seu caráter flexível. No caso do Brasil há uma flexibilidade estrutural do trabalho, concorrendo para a histórica exploração da força de trabalho (ALVES, 2014 ).

Ao ponderar sobre a precarização do homem-que-trabalha, Alves ( 2014, p.112) assinala que essa realidade

[...] é produto da *síndrome da nova superexploração da força de trabalho* que caracteriza o desenvolvimento do capitalismo no Brasil na era da mundialização do capital. Ela decorre predominantemente dos impactos da nova precariedade salarial, principalmente da gestão toyotista acoplada às novas tecnologia informacionais, na subjetividade (corpo e mente) do trabalhador assalariado. Com exemplo, salientamos acima, o assédio moral; e como sintoma crucial, a proliferação de transtornos psicológico, por conta da crise do trabalho vivo ( a precarização do homem-que-trabalha).

Importa salientar que a precarização estrutural do trabalho nas condições históricas do século XX implica a precarização salarial e precarização do homem-que-trabalha, cuja realidade gera o adoecimentos laborais. A precarização do homem-que-trabalha alcança a nova organização do trabalho que articula gestão toyotista com novas tecnologias informacionais. Sob esta questão, Alves ( 2014,p. 113) advoga que:

A precarização do homem-que-trabalha é função da pressão laboral(P) que propicia a intrusividade da vida pessoal pelos parâmetros do trabalho estranhado (I) e a redução do tempo de vida a tempo de trabalho(R). A *lógica da pressão laboral*- pressão por metas abusivas de produção e assédio moral- cresceu bastante na década de 2000 no Brasil, principalmente entre trabalhadores assalariados formalizados, tornando-se um traço compositivo das novas formas de gestão sob o espírito do toyotismo.

Na primeira década do século XXI, configura-se no Brasil um novo padrão de desenvolvimento do capitalismo, como consequência da ofensiva neoliberal. Alves (2014, p. 128 ) contextualiza aspectos da historicidade da política brasileira,destacando que

A passagem para a década de 1990 foi a passagem para a nova etapa da temporalidade histórica do capitalismo global, inaugurada com a crise capitalista de 1973-1975. No plano do capitalismo central, enquanto a conjuntura histórica da década de 1970- principalmente os anos de 1973-1975 – até 1980,caracterizou-se como sendo a conjuntura de crise e luta de classes, [...]e a conjuntura histórica da década de 1980 caracterizou-se pela expansão e afirmação da contra-revolução neoliberal, com a vigência da financeirização e barbárie social; a década de 1990 pode ser considerada a década da integração/afirmação da nova ordem neoliberal, caracterizada pela financeirização e pela barbárie social.

A partir da segunda metade da década de 2000, surgiram movimentos sociais e políticos de contestação à globalização neoliberal nos EUA e Europa ocidental. O surgimento dos movimentos anti-globalização e a realização do I Fórum Social Mundial em Porto Alegre(Brasil), em 2001, expuseram a insatisfação social candente com a nova

ordem burguesa conduzida pelo capital financeiro e suas tecnoburocracias globais (FMI e Banco Mundial). (ALVES, 2014, P. 129)

No Brasil, pólo mais desenvolvido das economias latino-americanas e elo mais forte do imperialismo no Cone Sul, o novo projeto capitalista de desenvolvimento alternativo às políticas neoliberais da década de 1990, denominou-se “neodesenvolvimentismo”. O primeiro ciclo histórico do neodesenvolvimentismo, ocorreu com os governos Luis Inácio Lula da Silva (2003-2010). Na verdade, foi a partir do segundo governo Lula (2006-2010), que se tornou mais claro a vigência do novo padrão de desenvolvimento capitalista no Brasil.(Não trataremos do segundo ciclo histórico do neodesenvolvimentismo- o governo Dilma Rouseff – 2011 a 2014)

O projeto neoliberal no Brasil na década de 1990, conduzido pela aliança política PSDB-PFL, apresentou-se como um projeto burguês capaz de inaugurar um novo modelo de desenvolvimento capitalista no país( o que só ocorreria ironicamente na década de 2000, com o projeto burguês neodesenvolvimentista). Os governos neoliberais da longa década de 1990, uma década que começou em 1990 e só terminou em 2002- promoveram uma profunda reestruturação do capitalismo no País, adequando-o à nova ordem hegemônica mundial sob a condução do bloco histórico neoliberal. (ALVES, 2014,p. 130).

A agenda neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso se orientou pelo trinômio: abertura econômica, privatizações e desregulamentação do Estado. É claro que o governo FHC criou as agencias reguladoras, mas elas tornaram-se meros simulacro de regulação, tendo em vista que têm muito pouco capacidade para impor critérios e regras públicas a um sistema de competição pesado que ocorre hoje em escala internacional. No padrão de desenvolvimento do capitalismo neoliberal, o Estado deixou de ser o principal indutor da economia e delegou esse papel para o mercado. (ALVES, 2014, p. 130).

Ao tecer reflexões sobre o governo Lula, Alves (2014, p. 131 ) declara que o projeto político do lulismo era o neodesenvolvimentismo, “afirmação periférica do reformismo social-democrata, que atribuía à parceria do Estado com o mercado, o papel de indutor da economia capitalista no Brasil”. Sob esse prisma, o autor preconiza que o Estado capitalista incorpora com projeto neodesenvolvimentista a função primordial, no que se refere a caracterizar como Estado financiador, seja como Estado investidor.

## 2 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

A Constituição Federal inaugurou o tripé da seguridade social com a assistência social, saúde e previdência, instituindo no Brasil um sistema de proteção social. O processo de desmonte da seguridade social está associado ao processo de precarização do trabalho, com as contrarreformas realizada pelos governos FHC, Lula e Dilma Rouseff. As políticas sociais e a seguridade social, no contexto do Estado social ampliado, de tendência universalista, participaram do processo de reprodução ampliada da força de trabalho, na condição de política subsidiária aos direitos do trabalho, atuando para universalizar o acesso a bens e serviço (BOSCHETTI, 2017, p.107).

Com a mundialização do capital, mantém-se a centralidade do trabalho e das relações sociais de produção para a compreensão da vida social e cultural, cuja realidade é manifesta nas formas de expressões do modo capitalista globalizado de produção: “ criação e reprodução da desigualdade e classes antagônicas; ampliação e diversificação da subclasse, da miséria e das tensões sociais em escala planetária; novas formas de resistência e luta, associadas à nova dimensão de defesa do planeta e da humanidade” (FREIRE, 2010, p. 44).

Ao refletir sobre o trabalho, deve-se compreender como ocorre a organização social da produção, reconhecendo que as expressões do trabalho no mundo contemporâneo e as contradições que permeiam o desenvolvimento das forças produtivas repercutem sobre a saúde, uma vez que revelam os processos de adoecimento e de perda do reconhecimento e da identidade social do trabalhador, afetando sua subjetividade e as condições de viver ( MENDES; WÜNSCH, 2011).

No âmbito da dinâmica das relações do trabalho, a saúde do trabalhador visa atender a demandas organizacionais e sindicais, porém com perspectivas díspares, uma vez que os interesses são antagônicos. Contemporaneamente, a desestruturação do mercado de trabalho passou a ser uma fonte acionadora de pressões sociais e psicológicas, originando fenômenos coletivos e individuais que passaram a ser objeto privilegiado de estudo no novo território ampliado, designado por alguns como Psicologia Social do Trabalho e das Organizações.

Quando as ideias de Taylor foram absorvidas na organização produtiva instaurada inicialmente pelo fordismo, o grau de intensificação dos ritmos de trabalho e

o nível de parcelamento das tarefas atingiram pontos extremamente elevados. Neste contexto, diversos estudos e práticas em torno da produtividade da classe trabalhadora, especialmente da psicologia, visavam a busca da eficiência e eficácia máximas do trabalho, em que a dimensão mental do “fator humano” funcionasse de modo otimizado em direção a esses objetivos.

A perspectiva era de harmonizar o bem estar psíquicos dos assalariados aos planos econômicos das empresas. À medida que se expandiu a implantação da automação, dos processos computadorizados e de *tecnologias de ponta*, de modo geral, novos problemas e novas necessidades foram sendo identificadas tanto porque tais tecnologias demandam outras modalidades de “participação mental” no trabalho, quanto porque as correlações de poder capital-trabalho têm evoluído de modo desfavorável para os assalariados. Assim, paralelamente ao desenvolvimento técnico e ao crescimento econômico de muitos países, começa a surgir também o questionamento do que vem acontecendo nos contextos de trabalho e em relação ao meio ambiente: a dominância de princípios e lógicas econômicas que contrariam prioridades de ordem ética como o respeito à dignidade e à saúde humana.

A *submissão* dos assalariados às imposições que afeta a dignidade humana e atingem a saúde pode relacionar-se a expansão de uma servidão voluntária. Indaga-se acerca dos aspectos que poderiam explicar o aumento dessa submissão e do consentimento. Essa realidade constitui campo de reflexões contemporâneas sobre a dimensão psicossocial do trabalho precarizado (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 58).

Importa salientar que precárias condições de vida e de trabalho estão relacionadas à precária condição de saúde dos trabalhadores que se inserem no mundo da produção nas “novas formas” de trabalho da globalização excludente (LOURENÇO, 2016).

Consoante Dejours (1998), a injustiça e o sofrimento no trabalho fazem parte da vida e da história humana. O trabalho situa-se no centro da complexidade dos fenômenos, podendo emergir mudanças contemporâneas.

Importa refletir sobre carga de trabalho, assinalando que representa o conjunto de esforços, desenvolvido para atender às exigências das tarefas, englobando a dimensão física e mental (cognitiva e psicoafetiva).

Ancorado na ética, essa compatibilização deve considerar as características e as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do trabalhador. No que se refere à

*aferição das cargas de trabalho*, visando a análise das situações de trabalho, salientam-se algumas aspectos fundamentais: “é necessário relacionar a existência dos riscos sociais (desemprego e desamparo social) e, simultaneamente, a gestão dos riscos do trabalho propriamente dito, considerando as condições do meio ambiente do trabalho e as injunções sociais” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 87-88).

Em face da concepção da Saúde Coletiva que propõe a compreensão histórica do processo coletivo de produção de saúde-doença, com enfoque da Epidemiologia Crítica, a qual reflete sobre a complexidade da unidade dos processos biológico e social (BREILH, 1991). A exploração produz a exaustão, repercutindo na consciência e subjetividade dos trabalhadores e o processo de alienação (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 23).

O chamado *continuum* dos fenômenos saúde-doença tem sido pesquisado nas Ciências da Saúde, e Sociais. Considera-se que existem processos que estimulam maior vitalidade ou de maior fragilização da saúde ao longo da vida dos indivíduos inseridos em diferentes realidades sociais, destacando o cenário de socioeconômica. Considerando a realidade social e os diversos momentos da história, as forças políticas e sociais envolvidas nesses processos concorrem para favorecer ou fragilizar a saúde das pessoas, conforme os contextos macrossociais e situações específicas do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 34).

Os contextos de trabalho constituem-se fonte de saúde ou de adoecimento. Nessa direção, deve-se compreender a dimensão do macrocontexto onde se tece a divisão internacional do trabalho, mediado por forças políticas e econômicas (GORZ, 2000).

As multicausalidades do processo saúde e doença em sua relação com o trabalho, constitutivas de determinações sociais, devem ser definidas como demandas sociais que necessitam da intervenção do Estado. Os estudos que realçam a conexão saúde-doença são do campo multidisciplinar, tendo em vista a diversidade metodológica e teórica; abrangendo suas determinações na vida laboral, cuja pesquisa deve nortear-se pelas diretrizes éticas (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 40).

Com base na história brasileira, Fleury (1994) afirma que o atendimento dessas demandas está vinculado a capacidade dos atores sociais em transformarem as necessidades em demandas políticas.

Sob esse prisma, o Estado deve intervir nos impactos gerados pela desigualdade social, constituindo-se dessa forma os sistemas de proteção social, que representa estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais que repercutem sobre o processo saúde e trabalho.

Urge que se compreenda a saúde na perspectiva da integralidade, buscando refletir sobre a dimensão social, econômica e política da sociedade brasileira. Conforme apregoa Mendes (2003), a saúde é produzida com base na satisfação das necessidades básicas, as quais devem ser garantidas por meio das políticas sociais, na perspectiva do direito de cidadania, o que requer o diálogo entre as diversas interfaces sociais, o que redundará na configuração do binômio saúde/doença.

Os princípios que nortearam o Sistema Único de Saúde no Brasil, com base na concepção ampliada de saúde, fomentam a construção de políticas que visem a atender as necessidades em saúde. São princípios constituídos pela universalidade, integralidade e equidade e pela defesa da promoção à saúde, participação da população e dever do Estado. Nessa direção, é primordial que sejam implementadas políticas sociais e ações intersetoriais que concorram para o enfrentamento do processo de saúde e doença.

Conforme Mendes e Wunsch (2011), as determinações sociais do processo de saúde-doença expressam as condições sociais objetivas de vida e de trabalho, salientando que a saúde e a doença constituem-se como processo social, pautados na materialidade de sua produção e na articulação de processos biológicos e sociais.

Essa realidade foi expressa nos estudos de Laurell (1983), que ressaltou que o adoecer/morrer caracteriza-se de forma diferente em relação às diversas classes sociais, revelando que as doenças podem ser produzidas em um determinado contexto socio-histórico. Conforme a autora, o processo saúde-doença da coletividade pode ser compreendido como o modo específico pelo qual o processo biológico de desgaste e reprodução do trabalhador ocorre no grupo. Dessa forma, a autora afirma que

[...] o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade (LAURELL, 1983, p.11).

Segundo Conti (1972), a análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em

seu conjunto, condicionam o conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, o conceito de doença está centrado na biologia individual, sem considerar o caráter social.

Conforme Laurell (1983, p.10), o conceito de doença revela um componente ideológico, “que não deixa ver além de uma parte da problemática. O caráter parcial, deste modo, não permite avançar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas”.

Laurell (1983, p.12) advoga que o processo saúde-doença do grupo demonstra sua historicidade, uma vez que está socialmente determinado. Afirma que: “[...] para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social”. A autora acrescenta ainda que o estudo do processo saúde-doença coletivo deve buscar compreender o problema da causalidade, pois ao focar o modo como o processo biológico ocorre socialmente, readquire a unidade entre “a doença” e “a saúde”, dicotomizada no pensamento médico.

Nessa direção, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção.

A saúde do trabalhador pode ser compreendida como um processo dialético saúde-doença, mediado pelos aspectos das organizações, processos e relações sociais no trabalho. Conforme o pensamento de Laurell e Noriega ( 1989, p. 36), o processo de trabalho pode ser entendido como

[...] um modo específico de trabalhar-desgastar-se e como enfrentamento de classe em termos de estratégias de exploração e de resistência, que, por sua vez, determinam padrões específicos de reprodução. A combinação especial entre os processos de desgaste e de reprodução origina o nexo biopsíquico humano, historicamente específico. Nesta concepção, não há uma separação entre o social e o biopsíquico, que logo se unem por um vínculo de mediação externo, pois o processo de trabalho é ao mesmo tempo social e biopsíquico.[...].

Com arrimo nas ideias dos autores, pode-se afirmar que o processo de trabalho abrange simultaneamente as dimensões social, biológica e psíquica, cuja realidade faz emergir o processo de desgaste, compreendido como “[...] perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular

isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos”(LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115).

No processo de desgaste está associado à noção de carga de trabalho, a qual diz respeito “ao movimento dinâmico dos elementos do processo de trabalho” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

O desgaste afeta tanto o âmbito do trabalho como do capital, com enfoques diferentes, destacando-se que para o capital reflete as características exigidas da força de trabalho, relacionando-se com a produção e a mais-valia; no entanto, para o trabalho alude em que condições ocorrem os processos vitais, constituindo-se um aspecto referente a vida (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 117).

A categoria “carga de trabalho” enseja conceituar de forma precisa a noção de “condições ambientais” concernente ao processo de trabalho, buscando salientar, na análise do processo de trabalho, os elementos que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, concorrendo para gerar os processos de adaptação que se expressa em desgaste, definido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Nesse horizonte, pode-se assinalar que “[...]O conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexu biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de “andar a vida”[...]” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Com esteio no pensamento dos autores, afirma-se que as cargas de trabalho podem ser agrupadas em diferentes tipos: cargas físicas (ruídos e calor), químicas(fumaça), biológicas (microorganismos) e mecânicas(fraturas), as quais revelam uma materialidade externa ao corpo, e produzem transformações em sua interação com os processos corporais; no entanto, as dimensões fisiológicas e psíquicas adquirem materialidade no corpo humano pelas transformações realizadas em seus processos internos (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 111).

[...] As cargas psíquicas, expressas em função de suas manifestações somáticas e psicodinâmicas, abrangem-se dois grupos: o primeiro refere-se aos fatores que podem gerar uma sobrecarga psíquica, englobando as situações de tensão prolongada; o segundo diz respeito à subcarga psíquica, revelada pela impossibilidade de desenvolver e aplicar a capacidade psíquica (FRANKENHAEUSER; GARDELL, 1976 apud LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112).

Analisando o significado de cargas psíquicas, Laurell e Noriega ( 1989, p. 112) assinalam que “ [...] são socialmente produzidas e que não podem ser compreendidas como “riscos” isolados, ou abstratos, à margem das condições que as geram. Todavia, isso é também certo para o restante das cargas, incluindo aquelas que têm materialidade externa à corporeidade humana”.

Estudos na área da sociologia e antropologia do trabalho enfatizam as formas de dominação, condições de trabalho, impactos sociais e psicológicos resultantes da metamorfoses do trabalho, relacionando as consequências da precarização social, vinculado ao capitalismo contemporâneo como a terceirização (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 104).

Estudos revelam o esvaziamento do sentido do trabalho para aqueles que o realizam, que acompanham as transformações em que o trabalho se torna abstrato e menos humano (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 108).

Importa reconhecer que a maior expressão histórica da alienação que afeta o ser social é o adoecimento humano, produzido pelo trabalho e pelo modo de vida estranhado. O capitalismo global, flexível, financeirizado e manipulatório produzem a alienação que atinge a perda do sentido de si pelos trabalhadores, alcançando o ambiente laboral e o convívio social em outros espaços da vida (LOURENÇO, 2016, p. 17).

Consoante Lourenço ( 2016), determinados “acidentes de trabalho” e de doenças do trabalho apresentam certa característica que revelam a degradação da pessoa-humana-que-trabalha, compreendendo uma crise de sociabilidade, de vida pessoal no contexto de trabalho.

Neste momento histórico de 2017, no Brasil, o governo ilegítimo do presidente Temer tem efetivado o ajuste fiscal, demandado pelo capital e reproduzido pelos defensores que ocupam o Congresso e o Senado, cuja realidade tem repercutido no desmantelamento dos equipamentos públicos de proteção social, atendimento ao trabalhador e flexibilização dos direitos.

### 3.3 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

A proteção social estrutura-se por meio de políticas sociais que se efetivam pela intervenção do Estado, no intuito de obter a satisfação das necessidades humanas. Essas políticas expressam as contradições da sociedade capitalista. Conforme Fleury e Ouverney (2008), a proteção social reconhece os direitos sociais concernentes à condição de cidadania, demonstrando caminho para o enfrentamento da questão social. Nessa direção, a proteção social abrange a noção de seguridade social, que rompe com o seguro social, presente nas primeiras legislações sociais.

A seguridade social pode ser materializada por meio de políticas públicas que atendam os contextos de vulnerabilidade social, provenientes das relações sociais de produção e da dinâmica dos ciclos vitais. Consoante Mendes e Wunsch (2011, p.473), “[...] a proteção social se afirma como mediações que concretizam direitos sociais, na inter-relação entre o político e o econômico na sociedade capitalista, uma vez que expressa a correlação de forças e embates políticos entre as classes sociais”.

Considerando o campo da saúde do trabalhador, Mendes e Wunsch (2011) exprimem a ideia de que a proteção social passa a delimitar as condições de vida da classe trabalhadora, além de sinalizar as condições de reprodução social proveniente do ofensivo movimento do capitalismo sobre o trabalho humano.

No Brasil, a Seguridade Social abrange as três políticas sociais como constitutivas da proteção social: a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social, demonstrando avanço no campo da política de saúde, pela sua universalidade, e pelo reconhecimento da Assistência Social como política pública. Emerge uma nova relação entre o Estado e a sociedade, caracterizada pela descentralização e participação dos cidadãos.

A seguridade social brasileira compreende um sistema amplo de direitos sociais, caracterizado por um sistema híbrido que encerra os direitos relacionados com o trabalho, como seguro social proveniente da previdência social; direitos universais, conforme a Sistema Único de Saúde; e direitos seletivos, consoante a política da assistência social (BOSCHETTI, 2004).

Reconhecendo as conquistas preconizadas pela Carta Magna de 1988, o conceito de seguridade social deveria abranger os direitos sociais previstos no art. 6º da

Constituição Federal, os quais devem ser contemplados por um sistema de proteção social que sobrepuje a dimensão contratualista do seguro social, e caminhe na efetivação de uma cidadania com direitos universais e equânimes (BOSCHETTI, 2004).

A seguridade social no Brasil, inscrita na Carta Constitucional de 1988, não foi implementada como tal e o seu desenho inicial está sendo modificado, em relação aos direitos e ao alcance social. Lopes da Silva (2012) afirma que os fatores limitadores de implementação da seguridade social no Brasil abrangem a condição contemporânea do trabalho, marcada pelo desemprego elevado e prolongado, as relações de trabalho precarizadas e o crescimento da economia informal.

Destacam-se também os seguintes aspectos: as orientações macroeconômicas hegemônicas que favorecem o capital, a crescente cooptação dos movimentos sociais pelas forças políticas no poder, o arrefecimento das lutas sindicais. Nesse horizonte, a seguridade social “desfigura-se sistematicamente, por meio da crescente mercantilização da saúde e da previdência e da expansão da assistência social” (LOPES DA SILVA, 2012, p.147).

Nessa perspectiva, a seguridade social, ainda que inconclusa, conforme afirma Fleury (2004), em um cenário de baixa pressão popular e pouco compromisso dos governos com sua consolidação, revelando-se em um campo de luta permanente dos trabalhadores; concorre para a redução das desigualdades sociais, constituindo-se a base do sistema de proteção social no Brasil, que encontra extensão em outras políticas sociais (LOPES DA SILVA, 2012, p. 148).

A seguridade social brasileira vai constituindo-se em um contexto de crise estrutural do capital globalizado, ocorrido nos anos 1970. As lutas democráticas foram impulsionadas por essa crise que contribuiu para o fim do regime autocrático brasileiro, instaurado em 1964, corroborando a institucionalização legal de várias reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988. Por conseguinte, a sociedade brasileira, na década de 1980, presenciou um processo de democratização política e uma crise na economia, estendendo-se ao mundo do trabalho contemporâneo. A transição democrática não redundou em muitos ganhos materiais para a massa da população, pela abordagem conservadora após 1988.

Nessa década, novos sujeitos sociais participaram da discussão sobre a saúde e as condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, produzindo um debate que permeou a sociedade civil. Participaram desse

momento, os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, defendendo a saúde e o fortalecimento do setor público; os partidos políticos de oposição suscitaram os debates no Congresso sobre política de saúde, e os movimentos sociais urbanos instigaram a articulação com outras entidades da sociedade civil. Esses diferentes sujeitos individuais e coletivos integraram o movimento sanitário que lutou pela Reforma Sanitária Brasileira (BRAVO, 2008).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou um momento político e histórico, com a participação da sociedade no cenário de discussão sobre a política da saúde. Os debates emergiram dos fóruns específicos e da participação de entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamentares. Como resultados desses debates emergiram a proposição da Reforma Sanitária e de criação do Sistema Único de Saúde.

Concernente a dimensão jurídica, salienta-se que a promulgação da Constituição de 1988 revelou a afirmação dos direitos sociais no cenário de crise e de enfrentamento das desigualdades sociais. No contexto de tensionamento do regime autocrático, o movimento sanitário integrou o conjunto dos movimentos sociais que emergiram no âmbito político, visando à garantia do direito universal à saúde pública, a democratização do Estado brasileiro e por uma política social que sobrepujasse o modelo fragmentado.

O movimento sanitário incorporou a luta contra-hegemônica contra a racionalidade da política de saúde, do Estado brasileiro e do modelo de sociabilidade capitalista. Esse movimento era constituído pelos diversos segmentos que apregoavam uma nova ordem societária, ancorados pela busca emancipatória; e os que, em contraposição, preconizavam um melhoramento da ordem burguesa, com ênfase na social democracia (SOARES, 2012).

Consoante afirma Teixeira (1989), o movimento de reforma sanitária assinalou três direções para a política de saúde na década de 1980: a) a politização da saúde, com a superação da racionalidade instrumental burocrático e tecnicista do modelo biomédico; b) a mudança da norma constitucional, com a inclusão do direito à saúde como direito público e universal, conceituando a saúde em uma dimensão ampliada; e c) alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais. No final da década de 1980, emergiram incertezas no que concerne à implementação do Projeto de Reforma Sanitária:

[...] pela fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da

população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988 (BRAVO, 2008, p.99).

A mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, o pensamento pós-moderno e a contrarreforma do Estado compõem o conjunto de respostas à crise do capital, intencionando a sua expansão e maximização. A crise do capital, a singularidade da estrutura social e do Estado brasileiro constituíram-se os limites para a materialização da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde, consoante o marco legal constitucional e suas leis orgânicas.

Na década de 1990, inaugura-se o processo de contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro e sua influencia sobre o Sistema Único de Saúde. Nesse cenário, o projeto privatista na saúde ganha força, em sintonia com as orientações do Banco Mundial, cuja atuação compreende a formulação e socialização da racionalidade da contrarreforma. O ajuste estrutural do Estado com base nos preceitos neoliberais iniciou-se nos governos Collor de Melo e Itamar Franco. Concernente à saúde, a contrarreforma concretizou-se pela criação de entraves para a efetivação do SUS, conforme o marco legal.

Mesmo assim, o movimento sanitário galgou conquistas nesse período, ressaltando a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Inaugura-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. A Reforma do Estado ou Contrarreforma norteia-se pela premissa de que o Estado se deslocou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, afetando o modelo econômico em curso. O Estado deixa de atuar como o responsável pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades antes executadas pelo setor público. Esse Plano propôs a criação de uma esfera pública não estatal que exerça as funções públicas, conforme as leis do mercado (BRESSER PEREIRA, 1995).

Conforme Bravo (2008, p. 100), a hegemonia neoliberal no Brasil constitui o principal responsável “pela redução dos direitos sociais e trabalhista, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”. A autora afirma que a saúde se vinculou ao mercado, instalando-se as parcerias com a sociedade civil, a qual assume os custos da crise. Nesse cenário político, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Como já se destacou o Projeto de Reforma Sanitária, proveniente de mobilização dos profissionais de saúde e da articulação com o movimento popular, tem como uma de suas estratégias, o Sistema Único de Saúde. Esse projeto preconiza a atuação do Estado em função da sociedade, apoiando-se na concepção de Estado democrático, responsável pelas políticas sociais e pela saúde. Em oposição, destaca-se que o projeto de saúde, pautada pela política de ajuste e vinculada ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, preconiza a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2008).

Segundo Costa (1997), as propostas desse projeto abrangem um caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio das orientações básicas para a saúde, ampliação da privatização, apoio ao seguro privado, descentralização dos serviços, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

No governo Fernando Henrique Cardoso, a contrarreforma do Estado realiza-se de forma ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). O projeto da Reforma Administrativa do Estado situa a saúde como área não exclusiva do Estado, cujos serviços podem ser prestados por organizações sociais. Esse modelo de gestão na saúde, inicialmente, não foi implementado em sua amplitude, restringindo-se a experiências em estados e municípios, em virtude do processo de resistência social e política da sociedade civil em torno desse projeto (SOARES, 2012).

Foram várias estratégias de fragilização do projeto de reforma sanitária. Todavia, o subfinanciamento do setor foi o que mais impactou, apresentando como diretriz uma política focalizada na assistência emergencial e na fragmentação do sistema de seguridade social.

Considerando a afirmação de que as relações político-sociais estão mediadas pela dinâmica das relações econômicas de exploração do capital/trabalho, é primordial estabelecer a relação das políticas sociais com a base econômica, no movimento contraditório do capitalismo em sua fase monopolista. Em uma realidade de capitalismo periférico e dependente, como a brasileira, a crise capitalista aprofunda as desigualdades sociais, mas também provoca os trabalhadores a resistirem.

Nesse contexto de crise e ao mesmo tempo de reorganização do setor saúde, deve-se refletir sobre as políticas de proteção à saúde do trabalhador. Mendes e Wunsch (2011, p.473) pontuam as contradições históricas do modelo da seguridade social, cuja

realidade repercute sobre o trabalho e a saúde do trabalhador. As autoras assinalam que “[...] Factualmente o que se constata é que as refrações das expressões do trabalho presentes na saúde do trabalhador são respondidas pelo Estado de forma insuficiente”.

Assim, busca-se a elevação do papel do Estado no que concerne a perspectiva contra-hegemônica dos trabalhadores frente à imposição do capital sobre o Estado. Reconhece-se que as conquistas nesse campo são produtos históricos, de luta dos trabalhadores pela efetivação de seus direitos (MENDES; WÜNSCH,2011).

Nessa linha de compreensão, Mendes e Wünsch (2011) exprimem a ideia de que a saúde do trabalhador se constitui um processo dinâmico, social, político e econômico, com diferentes expressões de agravos relacionados ao trabalho e a vida social, cuja realidade necessita de articulação de conhecimentos e de intervenções que sejam capazes de mudar as condições do processo saúde-doença e de proteção social.

A saúde do trabalhador galgou conquistas na dimensão jurídico-institucional que incluem os direitos sociais, os quais na prática deparam-se com dificuldades para a sua efetivação, sobretudo pelo contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público e pelo recuo do movimento social dos trabalhadores.

Afirma-se, portanto, a importância da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais. No entanto, a política de saúde no Brasil passou por momentos de retrocesso, uma vez que as diretrizes de saúde como direito são questionadas pela ideologia conservadora, emergindo propostas de normatizações que intencionam fortalecer a contrarreforma do Estado no que concerne às políticas sociais, e de forma específica a área da saúde (OLIVAR, 2010).

Nesse horizonte, constrói-se a saúde do trabalhador no Brasil, caracterizando-se como campo político, tensionado por resistências intra e intersetoriais, expressando uma realidade institucional híbrida, composta pelo Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, demonstrando a fragmentação de suas ações.

Ao longo da década de 1990, foram traçadas estratégias que visavam consolidar a área de saúde do trabalhador no SUS, com destaque para a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994; a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost - Portaria 3.908/98); a publicação da Portaria nº 3.120/98, que instituiu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do

Trabalhador; e da Portaria nº 1.339/99, que instituiu a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Nesse cenário, integrantes da área técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat), vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, elaboraram uma proposta para a constituição de uma rede de saúde do trabalhador.

Nesse contexto, de falta de recursos e ausência de uma política estruturada para a área, foram empreendidos debates na coordenação nacional de saúde do trabalhador, para rever a estrutura da área. Assim, afirma-se a importância de garantir a inserção de práticas assistenciais e de vigilância em todos os níveis de atenção no SUS.

Em 1999, realizou-se em Brasília o “Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios para a construção de um modelo estratégico”, evento que reuniu representantes de órgãos públicos, setores governamentais, como Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), universidades, movimentos sindicais, Central Única dos Trabalhadores (CUT), entre tantos outros (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Esse encontro revestiu-se de relevância social e política, visando primordialmente avaliar a trajetória da Saúde do Trabalhador desde a Constituição Federal, refletindo o cenário que contemplava o mundo do trabalho e propondo novas formas de atuação para a promoção da vida dos trabalhadores, fundamentando o planejamento de ações da área no Brasil, no que tange à vigilância, assistência, informação, formação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

Como estratégia político-institucional, no apagar das luzes do governo Fernando Henrique Cardoso foi instituída a Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002 que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS e dá outras providências. A Renast objetiva criar uma rede, articulando as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços no país e visibilidade à área na estrutura do SUS.

Em seguida, foi aprovada a Portaria nº 656/GM de 20 de setembro de 2002 que estabelece as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Essas normatizações vêm dar seguimento a estratégia histórica do Ministério da Saúde de induzir políticas por meio de normas e incentivos financeiros para garantir a implantação de suas propostas em todo o território nacional.

A criação de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde emergiu como fruto de uma análise crítica em relação à atuação dos programas de saúde do trabalhador, destacando que os mesmos não estabeleciam vínculos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados. Contudo, a ideia de organização do SUS em rede já estava prevista na Constituição Federal de 1988, conforme o seu artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Por conseguinte, a Renast emerge no contexto da rede SUS, visando criar interações entre os serviços de saúde do trabalhador, a rede de saúde do Brasil e demais segmentos da sociedade, comprometidos com a saúde dos trabalhadores.

Na gestão do presidente Lula, em 2003, inaugura-se a área técnica de saúde do trabalhador (Cosat) no âmbito da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde. Referida área visava a reformulação e a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

A Renast visava articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada. A rede devia estar articulada entre as esferas de governo (MS e secretarias estaduais e municipais) e a organização de ações de saúde do trabalhador em três contextos: rede de atenção básica e do programa Saúde da Família; rede de centros de saúde do trabalhador (estaduais e regionais); e ações na rede assistencial de média e alta complexidade.

Na Renast, os Cerests configuram-se como serviços articuladores da rede e de retaguarda do SUS, conforme preconiza a Portaria nº 1.679/2002:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como polos irradiadores [...] assumindo a função de suporte técnico e científico [...]. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção (BRASIL, 2002, p.7).

Considerando o aspecto financeiro e a ampliação de Cerest no Brasil, afirma-se que a Renast, como estratégia de articulação das ações de saúde do trabalhador no SUS obteve resultados (VASCONCELLOS, 2007). A necessidade de incorporar novas

formas de atuação convergiu para a publicação da Portaria nº 2.437/2005, visando ampliar e fortalecer a Renast, por meio da organização de serviços e municípios-sentinela; implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; fortalecimento do controle social; e aumento do repasse financeiro.

Conforme a Portaria nº 2.437/2005, a Renast objetivava integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de desenvolver as ações de saúde do trabalhador. Desse modo, os Cerests atuariam como unidades especializadas de retaguarda técnica para as ações. Nessa Portaria, adotou-se a nomenclatura de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, e recomendada sua denominação em todos os estados da Federação (BRASIL, 2005).

Conforme preconiza o Art.3º, da Portaria nº 2437/2005, o Plano de Ação Nacional em Saúde do Trabalhador, de caráter operativo, pauta-se pelas metas do Plano Nacional de Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 2.067/04, assim como as estratégias de gestão descentralizada, pactuadas entre as esferas de governo, devendo contemplar as diretrizes para a:

I - organização de ações assistenciais em Saúde do Trabalhador, no âmbito da Atenção Básica, na rede de Média e Alta Complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar; II - estruturação de ações de vigilância em Saúde do Trabalhador[...]; III - sistematização das informações em Saúde do Trabalhador, [...]IV - política de comunicação em Saúde do Trabalhador; V - fiscalização, normatização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador ou de medicina do trabalho, próprios ou contratados, das instituições e empresas públicas e privadas; VI - estruturação e o cronograma de implantação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; [...]VII - ampliação, modificação e adequação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; VIII - educação permanente em Saúde do Trabalhador, segundo a Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS, definida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde; IX - promoção da Saúde do Trabalhador por meio da articulação intra e intergovernamental nas três esferas de governo (BRASIL, 2005).

Com suporte na estrutura da Renast, afirma-se que as ações assistenciais no campo da Saúde do Trabalhador devem ser concretizadas em todos os níveis de atenção à saúde, assim como as ações voltadas para a dimensão da vigilância em saúde. A Portaria nº 1.679/2002 e a nº 2.437/2005 relacionam os profissionais que devem compor os recursos humanos dos Cerest, destacando a categoria de médicos, enfermeiros, técnicos de segurança do trabalho, entre outros.

A necessidade de adaptar a Portaria nº 2.437/2005, ao Pacto pela Vida e de Gestão, de 2006, contribuiu para a publicação da Portaria nº 2.728/2009, que dispõe

sobre a implementação da Renast (BRASIL, 2009), salientando a importância de pactuação nas comissões intergestoras bipartite e tripartite (CIB e CIT), conforme a gestão do sistema que busca o consenso interfederativo.

A Renast é definida como uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção, qualificando a atenção à saúde no SUS. Sua estrutura compõe-se dos centros de referência em Saúde do Trabalhador, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios sentinela organizados em torno de um dado território, cuja configuração objetiva estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

As portarias que criaram a Renast e estabeleceram as diretrizes para implantação dos Cerest só vão se efetivar no primeiro mandato do governo Lula, a partir de 2003. A origem do Partido dos Trabalhadores com seu vínculo orgânico com o movimento sindical vai na aparência se revelar favorável a implantação da política de saúde do trabalhador à nível nacional.

Por outro lado, os governos eleitos pelo Partido dos Trabalhadores não rompem com as estratégias macroeconômicas da política neoliberal. Assim, assiste-se a uma nova etapa de contrarreforma na política de saúde, pela continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social.

As políticas sociais no governo Lula são submetidas à lógica econômica conservadora apropriada ao ajuste e à contrarreforma neoliberal. Conforme postula Bravo (2008), as ações do Ministério da Saúde exprimem uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista: a reforma sanitária é enfatizada nos documentos e na agenda do ministério; são efetivadas mudanças na sua estrutura organizativa, com a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa; a convocação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, para a definição das diretrizes do plano plurianual e a participação do Ministro no Conselho Nacional de Saúde.

Desta forma, no governo Lula presencia-se

[...] o transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre estas, as do movimento sanitário. Isto possibilita aos muitos defensores da saúde pública se engajar na produção e defesa de “inovações” na gestão da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização sanitária, quando, na verdade, a estão negando (SOARES, 2012).

Nesse momento histórico, a Política de Saúde depara-se com três projetos em confronto: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária. O projeto do SUS possível é defendido por algumas lideranças do Movimento Sanitário que com base nos limites da política econômica advogam a flexibilização da reforma sanitária, definindo esse processo de reatualização e de modernização. Este projeto corrobora a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos estão imbricados pautados em uma mesma racionalidade que avança na disputa hegemônica (SOARES, 2012).

Mesmo nesse contexto contraditório com projetos político em disputas, a política de saúde do trabalhador segue pela força da militância política que ocupa vários espaços institucionais no Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que o movimento sindical também realiza a pressão para sua implementação.

Mesmo assim, Renast compreende uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, investigação, pesquisa, controle social, comunicação e educação em saúde do trabalhador, em sua trajetória demonstra entraves a sua efetiva implementação.

Conforme preconizam Leão e Vasconcellos (2011, p. 93), a Renast depara-se com as seguintes dificuldades em sua estruturação como rede:

1) a ausência de uma concepção de integralidade; 2) a ênfase desproporcional em uma das partes da atenção – o assistencialismo; 3) a ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; 4) a heterogeneidade da inserção institucional dos centros de referência; 5) o reconhecimento impróprio dos membros dos Cerest em relação a seu papel; e 6) a ausência de uma missão estruturante.

Assim, a estratégia de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências contribuíram para ampliar os conhecimentos e as experiências nesse campo; embora a área permanesse a margem das políticas de saúde.

[...] se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que de modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área à margem das políticas de saúde do SUS, na medida que estes centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005, p.63).

Nessa linha de pensamento, Vasconcellos (2007) assinala que a ênfase na dimensão assistencial das ações pode contribuir para gerar práticas similares com os

equipamentos assistenciais organizadas na rede de atenção a saúde, concorrendo para que a rede perceba que não é de sua competência realizar ações no campo da saúde do trabalhador. Nesse horizonte, os profissionais que atuam na rede de atenção a saúde tendem a encaminhar os trabalhadores para os Cerests, sobretudo nos contextos em que ocorrem acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

Ressalta-se também que essa realidade pode gerar sobrecarga de trabalho para a equipe dos Cerests, principalmente, pelas ações voltadas a assistência; cuja prática contribui para deslocar a atenção que deveria priorizar as atividades de planejamento, vigilância, ensino e articulação intra e intersetorial, principalmente com as instâncias de controle social (VASCONCELLOS, 2007).

Outra estratégia relevante da Renast é instituir uma Rede Sentinela, que correspondem a serviços de assistência à saúde, indicados para executar procedimentos, diagnósticos, tratamento e notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Nessa direção, denota-se que a Renast vem se organizando como um polo assistencial, podendo caracterizar como ambulatórios especializados na rede de atenção à saúde do SUS.

A definição de Municípios Sentinela que propiciem a produção, sistematização e disponibilização da informação em saúde do trabalhador deve ser estabelecida "a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde dos trabalhadores, oriundos de processos de trabalho em seus territórios"(BRASIL, 2009, p.1) e pactuada na CIB e na CIT, de acordo com a Portaria nº 2.728/2009.

Ainda no primeiro governo Lula, ocorreu a convocação da 3ª Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador, pelos três ministérios: saúde, Trabalho e Previdência Social por intermédio da Portaria Interministerial, nº 748, de 2005. A conferência teve como tema; “Trabalhar sim, adoecer não”.

A referida conferencia presidida pelo ministro de Estado da Saúde teve como objetivo propor diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e a efetivação do controle social. O debate ocorreu em torno das três questões que constituem os eixos orientadores da CNST: 1) como garantir a integralidade e a transversalidades da ação do Estado em saúde dos trabalhadores? 2) como incorporar a saúde dos trabalhadores nas políticas de

desenvolvimento sustentável no país? 3) como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2005).

A Conferência trouxe elementos conceituais contraditórios com enfoque conservador, uma vez que a concepção de saúde do trabalhador junto a categorias como “segurança do trabalho”, “desenvolvimento sustentável”. Convém ressaltar que o discurso do desenvolvimento sustentável esvazia conteúdos ideológicos, historicamente, consolidados, caso da luta de classes e da relação capital-trabalho (OLIVAR, 2010).

O segundo governo de Lula, em 2006, traz uma nova diretriz política, conjugando ação desenvolvimentista, com forte atuação do Estado, cuja estratégia redundou na criação de postos de trabalho e na ampliação da assistência por meio de um conjunto de ações, denominadas de PAC (Programa de Aceleração do Crescimento 2007-2010). Referido programa caracterizava-se como uma política de governo, objetivando fomentar o protagonismo do Estado na dinamização da economia, visando alcançar os núcleos do Estado, com destaque para a saúde (OLIVAR, 2010).

Maranhão (2009) preconiza que no contexto brasileiro surgiu um novo ciclo ideológico do desenvolvimento, visando reconstituir as promessas burguesas por meio da criação de novas políticas de intervenção estatal que acoplem aumento na acumulação capitalista com o desenvolvimento social. A política de saúde integra esse modelo de desenvolvimento, estimulando o financiamento da indústria nacional (produtores públicos e privados), criando as condições para a expansão da saúde suplementar, contribuindo para a ampliação do SUS e para a expansão do mercado privado, por meio das diversas modalidades de Parceria Público-Privado (PPP), características inerentes do PAC (SOARES, 2012).

No que se refere à saúde do trabalhador, o PAC da Saúde tinha como meta fortalecer a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Portanto, a estratégia central do PAC na área temática de saúde do trabalhador no Sistema Único da Saúde ressalta a assistência em detrimento da vigilância, com a ampliação progressiva da rede assistencial de atendimento à saúde do trabalhador.

No governo Dilma Rousseff, presencia-se a mesma orientação no que concerne a política de saúde. Essa realidade é percebida pelas ações do governo que tencionam essa política pela institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto de privatização das políticas sociais representado pelas fundações estatais de direito privado (SOARES, 2012).

Por outro lado, nesse período é convocada a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pela Portaria GM/MS nº. 2.808/12. 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)”.

Orientada por esse eixo principal, a 4ª CNSTT desenvolveu-se, em todas as suas etapas, em torno dos seguintes sub-eixos: 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 (BRASIL, 2015).

A 4ª CNSTT cumpriu o seu objetivo e representou um momento de relevância para o processo de aperfeiçoamento do SUS no Brasil e na discussão da PNST, suas estratégias e implementação. O Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS apresentava-se revigorado. A PNST era legitimada como estratégia da ação institucional e a Renast como estratégia de estruturação das ações de saúde do trabalhador em sua perspectiva de rede do SUS e das relações com os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2015).

Destaca-se que as conferências se configuram em espaços estratégicos de formulação de propostas e *locus* do fazer político, como campo contraditório e de conflitos, onde se manifestam diferentes interesses em debate e disputa (OLIVAR, 2010).

Nessa direção, reafirma-se a importância das Conferências de Saúde do Trabalhador, como instância de luta para a garantia dos direitos dos trabalhadores.

A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, PNSTT (BRASIL, 2012), contemplou as propostas das entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Enquanto que a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011) pretendeu responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência.

Gomez (2013) afirma que o documento da PNSTT expressa as reflexões e as práticas dos setores acadêmicos, movimentos de trabalhadores e profissionais que atuam nos serviços de saúde do trabalhador, abrangendo os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais.

A PNSTT integra as políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos 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 (BRASIL, 2012).

Ao refletir sobre a PNSTT, Gomez (2013) pontua como desafio para os profissionais e gestores que atuam na área, a implementação da Política pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), destacando o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) no seu território de abrangência, considerando que esse aspecto constitui um dos objetivos prioritários da Política.

O autor afirma que a Política de Saúde do Trabalhador definiu um modelo amplo de ações a serem realizadas pela Visat, cuja efetivação não foi concretizada, uma vez que são limitadas às possibilidades de atuação do quadro técnico atual, conforme os inventários sobre a execução de ações da Renast, realizados a fim de identificar lacunas e potencialidades. Portanto, é importante que ocorra a mudança na cultura assistencial que persiste no âmbito do SUS, cuja realidade constitui entrave à prática do conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento dessas ações em todos os Cerest, conforme a meta da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (GOMEZ, 2013).

Dessa forma, devem-se traçar um planejamento estratégico no campo da Política de Saúde do Trabalhador, compreendendo: analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a Visat com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a

articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar os profissionais e os gestores (BRASIL, 2012).

No contexto brasileiro, um dos instrumentos para promoção da política de saúde do trabalhador é a vigilância em saúde, considerando a relação saúde-trabalho-ambiente. A implementação das ações de vigilância em saúde sobre as relações saúde, trabalho e ambiente tem sido um desafio.

A vigilância em saúde no Brasil apresenta entraves quanto à integração das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador no campo institucional. A fragmentação das vigilâncias no SUS (ambiental, sanitária, epidemiológica) e de programas de vigilância da água, do ar, exposição química e desastres (MACHADO et al., 2011), entre outros, além da ênfase assistencial no SUS são questões que dificultam ações integradoras.

A vigilância em saúde deve atender a demandas internas do campo da saúde pública, além de se posicionar diante dos fenômenos como a globalização da economia e seus impactos no mundo do trabalho. Nessa direção, a vigilância em Saúde do Trabalhador como uma área de promoção da saúde exige pela natureza de suas práticas um enfoque transdisciplinar e uma ação transversal inter e intrassetorial.

A vigilância em saúde do trabalhador, historicamente, desenvolveu-se em torno do setor industrial, cujas ações voltaram-se para as relações e o ambiente de trabalho fabril. E as cadeias produtivas abrangem o setor industrial e a agricultura e os serviços, cuja realidade impõe o desafio de desenvolvimento de novos métodos de intervenção para a vigilância (LEÃO; VASCONCELLOS, 2015).

O avanço nas atuações de intervenção em vigilância em saúde do trabalhador apresenta entraves institucionais, destacando-se pouco financiamento, a sobrecarga de trabalho das equipes de vigilância nas secretarias de saúde, dificuldades nas atuações intersetoriais entre os órgãos do governo, em suas instâncias regionais, que têm interesses contrários às ações de vigilância no confronto capital-trabalho-ambiente (LEÃO; VASCONCELLOS, 2015).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve intervir sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores, constituindo-se como estratégica para o enfrentamento das situações que põem em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (PINHEIRO, 1996).

Os desafios postos à política de saúde e a política de saúde do trabalhador descritas até aqui, encontram-se em momentos de mais incertezas, após o golpe parlamentar midiático com apoio do judiciário, que depôs a presidente Dilma Rousseff. Depois da posse do presidente ilegítimo, a agenda neoliberal foi reatualizada e está sendo implementada de forma mais radical do que nos governos de Fernando Henrique Cardoso. A aprovação da EC 95/2016, que congelou os gastos públicos, excluído os gastos com a dívida pública; aprovou a reforma trabalhista e está em vias de aprovação da reforma da previdência social irão ter um impacto muito grande, ainda não possível de mensurar sobre as condições de vida dos trabalhadores e de efetivação das políticas sociais, em especial, saúde e educação.

## 4 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NO ESTADO DO CEARÁ: A VISÃO DOS ATORES

### 4.1 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEARÁ: HISTORICIDADE E CONSTRUÇÃO COLETIVA

É importante trazer algumas referências às lutas para a construção da política de saúde do trabalhador no Ceará, antes da aprovação da Portaria nº 1679/2002 que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS. Em face do cenário político brasileiro na década de 1980, caracterizado pela organização do movimento sindical que lutava pela democratização do país, destaca-se que, no estado do Ceará, esse movimento sindical e social tinha uma representação de atores sociais que buscavam dar visibilidade as questões relacionadas ao trabalho. A fala da coordenadora realça esses aspectos:

Esse movimento político que houve no Brasil como um todo tinha uma grande representação no Ceará.[...] Então queria dar visibilidade a questão do trabalho.[...] no meio do movimento sindical e do movimento social que lutavam pela reforma política, que culminou com a nova constituição e que lutava pela reforma sanitária, que culminou com a criação do SUS. Então, são movimentos que caminharam juntos (Coordenadora 1).

Evidencia-se na fala da entrevistada o reconhecimento da importância do contexto político vivenciado na década de 1980 que redundou na criação do Sistema Único de Saúde. No intuito de adentrar a historicidade desse período, deve-se pontuar que a crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos 1970, corroborou para o fim do regime autocrático e, com isso, para a institucionalização legal das demandas dos movimentos sociais na Constituição de 1988. Ao refletir sobre esse momento, Soares (2012, p.86) destaca a luta dos movimentos sociais para garantir a universalização da saúde.

No tensionamento e crise do regime autocrático, o movimento sanitário integra o conjunto dos movimentos sociais que eclodem naquele momento, lutando pelo direito universal à saúde pública, pela democratização do Estado brasileiro e por uma racionalidade política que superasse o modelo autoritário e fragmentado da política social brasileira.

A entrevistada menciona ainda que os atores que participaram da construção da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará estavam engajados nesses movimentos, que criaram os núcleos de saúde dos trabalhadores nos sindicatos. A fala

revela a força do movimento para gestar essa política, que veio sendo construída a partir das bases:

[...] eu participava do movimento de oposição no Ceará[...], começou a participar do movimento sindical [década de 1980],[...]Em termos de movimento, eu participava já do movimento estudantil,[...]. Na época em que a repressão ainda estava no regime militar e nós tínhamos um movimento de liberdade (Coordenadora 1).

[...]já vinha imbuída desse espírito sindicalista e político. A gente queria um sindicalismo livre, autônomo e independente. Esse movimento começou a se preocupar com a questão da saúde também[...]. No sindicato dos bancários [década 1980], já começou a criar um núcleo de saúde dos bancários[...] Depois, na CUT, nós criamos um coletivo de saúde[...](Coordenadora 1).

Os sujeitos que participaram da implantação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará tem uma trajetória política, vinculada a Central Única dos Trabalhadores (CUT), com forte inserção no movimento sindical, sobretudo no sindicato dos bancários do Ceará, cuja experiência fortaleceu a discussão sobre as questões relacionadas a saúde do trabalhador e a criação de um núcleo específico para abordar referida temática. Assim, importa refletir sobre a atuação dos sindicatos no processo de construção dessa política.

[...] sindicatos é grandes parceiros do Cerest. O Cerest tem que ouvir a voz do sindicato[...]. [...] a gestora [...]é muito articulada com o sindicato. Ela tem noção do controle ( Ex-coordenadora 1 ).

Que a saúde do trabalhador não se dá só no SUS, ela se dá em várias instâncias. Eu venho desse movimento sindical[...] E fiquei mantido dentro de uma corrente que tinha dentro do Partido dos Trabalhadores(PT) [...].Mas tem uma conjuntura, eu participava do PT e eu era do núcleo do comitê de saúde. Eu participava do setor da saúde e do setor do meio ambiente. Era do PT estadual[...] (Coordenadora 1).

É indispensável indagar sobre o pensamento ideológico que embasou o movimento sindical nesse tempo histórico, considerando o engajamento político dos sujeitos nesses espaços de luta. Assim, mesmo com a repressão e controle durante a ditadura militar, procedeu-se uma mudança na luta de oposição no Brasil, sobretudo a partir de 1978, no qual renasceu as greves operárias, o que desencadeou um novo movimento sindical dos trabalhadores, no final da década de 1970, denominado de “novo sindicalismo”, de onde procedeu a liderança sindical e operária de Luiz Inácio Lula da Silva. Portanto, o Brasil reconquistava uma luta operária que denotava um cenário de *ruptura* com a ordem burguesa dominante, com forte lutas sociais de classe, expresso no movimento de greves dos diversos segmentos de trabalhadores, como os operários industriais (ANTUNES, 2011, destaque do autor).

Nesse horizonte de lutas, surgiram as centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores(CUT), criada em 1983, cuja origem pauta-se em um sindicalismo *classista, autônomo e independente* do Estado. Assinala-se que o estágio alcançado pela luta de classes no Brasil nessa década esteve entre os mais representativos em todo o mundo capitalista. Todavia, no início da década de 1990, emergem as tendências econômicas, políticas e ideológicas que influenciaram a inserção do sindicalismo brasileiro no movimento regressivo e de recuo na luta entre as classes, o que concorreu para a reestruturação produtiva do capital em curso em nível global, que foi adotada no Brasil na década de 1990, e o surgimento do neoliberalismo que, no período do governo de Fernando Collor de Mello(1990-1992) exigiu mudanças do Brasil, conforme as determinações do Consenso de Washington. Aprofundando a estratégia neoliberal, o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) expandiu uma política de privatização e antissocial, de base neoliberal, no qual a racionalidade burguesa, característica do seu governo em seus oito anos de neoliberalismo, denominava de social-liberalismo ( ANTUNES, 2011, destaques do autor).

Na culminância da fase da financeirização do capital e da expansão tecnocientífico, o Brasil experienciou uma mutação do trabalho que gerou mudanças em sua *morfologia*, na qual a informalidade, a precarização e o desemprego estruturais avultaram-se. Esse cenário contraditório produziu intensas transformações para a luta de classes. Assim, assistia-se ao desmoronamento do “ novo sindicalismo”, no qual a política de “convênios”, “apoios financeiros”e “parcerias” com a social-democracia sindical, principalmente a europeia, repercutiu, nesse quadro de mudanças, o influenciando o sindicalismo de classe no Brasil ( ANTUNES, 2011). Esse contexto contribuiu para “metamorfosar a CUT, criada com uma proposta independente e de claros contornos classistas, em uma central sindical cada vez mais burocratizada, institucionalizada e negocial” (p.142).

Nesse período histórico da década de 1980, a CUT mantinha sua base política e ideológica em um sindicalismo de classe e independente do Estado. Logo, afirma-se que os sujeitos desta pesquisa participaram da implantação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará, motivados pela sua vivencia política nos movimentos da Reforma Sanitária e nos sindicados.

Importa compreender o contexto político do Estado do Ceará a partir da década de 1980, caracterizado pelo “governo da mudanças”, sob a liderança de Tasso Jereissati

( 1987 a 2006), no intuito de apreender a dinâmica das relações e das forças políticas, considerando que a implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará ocorreu nesse período histórico.

As transformações socioeconômicas e políticas que ocorreram no Ceará desde a década de 1960 contribuíram para produzir mudanças no interior da burguesia local. Essa realidade foi expressa pela disputa eleitoral de 1986, quando se posicionaram de forma díspar os antigos chefes políticos locais e os empresários do Centro Industrial do Ceará(CIC), os quais obtiveram a vitória no pleito. Nesse contexto, denota-se que as forças partidárias populares e de esquerda não manifestaram projeto de modernização para confrontar com o poder constituído ( COSTILLA; NOBRE, 2011, p.37).

Costilla e Nobre (2011) declaram que as condições da sociedade brasileira desde a redemocratização e as transformações econômicas e políticas do Ceará no período corroboraram a concretização dos “governos das mudanças”(1987-2006). Os autores afirmam que: “[...] Neste estado federativo, além de consentir uma maior expressão das demandas dos setores populares, a redemocratização esteve também associada à negação de práticas políticas conservadoras e do tradicional modelo clientelista de administração[...]” (p.42). Nesse contexto, denota-se que a nova elite concretizou a modernização administrativa e a política.

Consoante Costilla e Nobre (2011, p. 50), o processo de redemocratização do país representou maior demanda por inclusão dos direitos sociais e políticos, cuja realidade posicionou o grupo de empresários cearense em condições para galgar sua hegemonia, e atender as demandas, com enfoque na perspectiva de modernização neoliberal conservadora, uma vez que havia à recusa ao tradicional modelo clientelista de administração e de acumulação agrário-industrial.

No “governo das mudanças” (1987-2006), a política nacional manteve-se alinhada com a elite política local (os oito anos de Fernando Henrique Cardoso e do PSDB na presidência da República), estabelecendo acordos e investimentos para a manutenção desse ciclo de poder (MONTE, 2016).

Refletindo sobre a organização partidária e a formação de acordos políticos entre lideranças no Ceará, Barreira (2008) define o pacto político como os diversos momentos em que a elite política cearense articulou acordos para assegurar o domínio sobre o Estado e vencer as novas forças emergentes.

Importa salientar que embora os partidos de esquerda obtenham bom desempenho eleitoral, os conflitos internos impediram a construção de uma hegemonia que pudesse contrapor-se ao “governo das mudanças”. Assim, outro grupo político vinculado ao PMDB, de Juraci Magalhães, ocupou espaço político, consolidando os novos valores da modernidade capitalista, flexibilidade do mercado e poder político (COSTILLA; NOBRE, 2011, p.81)

O contexto em que ocorreu a campanha para a prefeitura de Fortaleza em 2004 sinalizou o encerramento de um ciclo político, representado por Juraci Magalhães e Antônio Cambraia os quais ocuparam a esfera política, como prefeitos, por um período de 1990-2004.

No entanto, os fragmentos da fala pontuam que, no estado do Ceará, o Conselho Estadual de Saúde e os movimentos sindicais reconheciam a importância de desenvolver ações de saúde do trabalhador e já reivindicavam sua implantação; todavia, no segundo governo Tasso Jereissat (1995 -2002) assinalava que essa política não configurava estratégia prioritária em sua gestão. Apesar dessa realidade, em 2003, com o governo de Lúcio Alcântara (2003-2006) ocorre a articulação política no estado do Ceará para implementar essa política.

[...] no estado do Ceará foi implantado já com o governo Lúcio Alcântara [2003 – 2006], em 2003. Antes disso, por mais que o Conselho Estadual de Saúde (Cesau), os movimentos sindicais, os movimentos populares reivindicassem do gestor maior do Estado, [...] para assumir a Política de Saúde do Trabalhador, ele sempre dizia: não é prioridade implantar a Política de Saúde do Trabalhador aqui no Ceará[...] (Coordenadora 3).

Ao refletir sobre o cenário nacional que influenciou o processo de construção da Política de Saúde do trabalhador no estado do Ceará, a entrevistada ressalta que havia um ambiente político que corroborava o crescimento dessa política no início do governo Lula, em 2003, no qual o movimento sindical representava essa força política.

A gente tinha força no início do governo do PT, o movimento popular tinha força, ele foi perdendo força ao longo do governo [...]. FHC [1995-2002] tinha colocado a criação do Centro de Referência no final do governo dele [...]. Eu estou falando desse aspecto político porque é importante pra gente entender a força com que vem os Centros de Referências no Brasil inteiro[...] (Ex-coordenadora 2).

Ao ponderar sobre o contexto político no qual Lula foi eleito, em 2002, assinala-se o expressivo recuo de parcela dos movimentos sociais, com destaque para o PT, o qual experimentava forte processo de institucionalização. Logo, com o apoio das principais correntes da esquerda brasileira, Lula obteve vitória, depois de um período de “desertificação social,

política e econômica do Brasil, consequência da implantação do neoliberalismo nos governos Collor e FHC” ( ANTUNES, 2011, p.143).

Todavia, quando Lula venceu as eleições em 2002, em vez da força das lutas sociais dos anos 1980, o contexto era de mutação, sobretudo no aspecto forte do PT em sua origem, que era a sua vinculação com as lutas populares. Antunes (2011, p. 143, destaque do autor) afirma que “ Lula havia se convertido em mais um instrumento da velha conciliação brasileira. Uma das mais destacadas lideranças operárias desse ciclo do *novo sindicalismo* havia sido metamorfoseada em um novo instrumento das classes dominantes”.

Posto isto, assinala-se que embora os participantes deste estudo, que construíram a política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, tenham vivenciado a militância nos partidos de esquerda e nas centrais sindicais, (PT; CUT), afirma-se que o *transformismo* do PT contribuiu para arrefecer o sindicalismo, o qual passou a agir em consonância com uma prática institucionalizada e negocial.

Portanto, esses atores que participaram das lutas políticas, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), implantaram também seus núcleos de saúde. Essa realidade exprime a ideia de que os movimentos sociais representaram força política na construção de uma política de saúde, norteadas pelos princípios da universalidade e integralidade.

Esse mesmo grupo que participava dessa instância que criou a CUT, CTB, criou seus núcleos de saúde, que disputava seu sindicato de uma forma geral: sindicato da saúde, sindicato dos médicos. Esses atores foram dentro do SUS exigir a saúde do trabalhador (Coordenadora 1).

Ao ponderar sobre a fala da entrevistada, deve-se considerar que o PT, partido que se originou das lutas sociais e de esquerda no fim dos anos 1970, desde os anos 1990 vem apresentando atitudes dúbias entre a resistência ao desmonte neoliberal e o consentimento da política da moderação e da adaptação à ordem do capital (ANTUNES, 2011).

Nesse contexto, uma das evidências do refluxo dos movimentos combativos de esquerda revela-se na assistência como estratégia de ação de determinados movimento sindical. A execução de serviços por sindicatos, o que já era uma prática antiga, e suas centrais em um cenário de contrarreformas, com a retirada do caráter universal dos direitos sociais, indica uma reatualização de práticas corporativas, colocando em cheque a autonomia sindical e sua autenticidade (BRAVO; MENEZES, 2012). Com arrimo no pensamento das autoras, assinala-

se que a fala da entrevistada revela que os movimentos sindicais, sobretudo as centrais CUT e CTB estão assumindo uma prática assistencial, a medida que cria os núcleos de saúde.

Ao se pronunciar sobre a construção da Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará, a entrevistada aponta como principal articuladora da implantação dessa política, a farmacêutica Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira, a qual coordenou, no período de 2000 a 2006, a Vigilância Sanitária (Visa) da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa). Sob a sua coordenação, foram implantados o Cerest estadual e os Cerests regionais: Sobral, Juazeiro do Norte e Maracanaú.

[...] foi muito dinâmica e foi o braço forte mesmo para implantar os Cerests aqui no estado do Ceará; foi a Diana, exatamente, quem liderou, [...] encaminhou e coordenou toda a implantação da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará; claro que eu estava junto, porque eu era da equipe, mas a coordenação da equipe era dela[...].

Nesse momento histórico da implantação da política no estado do Ceará, outros profissionais da saúde participaram dessa construção, com destaque para as enfermeiras Rogena Weaver Noronha Brasil e Francisca Lúcia Nunes Arruda e a médica Raquel Maria Rigotto, as quais se engajaram politicamente no processo de construção da política e do controle social, sobretudo do conselho gestor do Cerest estadual.

Que eu não estava no SUS, quem estava era [...], Rogena Weaver, Lucia Nunes Arruda, [...] que brigava pela saúde do trabalhador. Raquel Rigotto já tinha influencia também. Eles queriam criar cinco Cerests em Fortaleza, mas acabou criando só um; foi na Parangaba onde ele ficou (Coordenadora 1).

Dessa época, participava aqui a [...], Rogena Weaver, toda essa turma que hoje faz o Cesau, que fazia o movimento sanitarista; eles faziam o movimento partidário, mas aqui, eles faziam o movimento SUS. Aí eles criaram os Cerest, primeiro o estadual, depois os outros e eles criaram o controle social do Cesau, então essa turma implantou na realidade os Cerests (Coordenadora 1).

Denota-se que esses profissionais que protagonizaram a implantação da política de saúde do trabalhador no Ceará também participaram do movimento da reforma sanitária e da criação do controle social. Ressalta-se que alguns desses profissionais continuam desenvolvendo sua atuação política no âmbito do Conselho Estadual de Saúde.

As diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador nortearam o processo de implantação desta Política no estado do Ceará, consoante a Portaria nº 1679/2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Em 2003, os profissionais que atuavam no âmbito da Célula de

Vigilância em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente, da Vigilância Sanitária (Visa), iniciaram a implantação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará, com a participação e apoio do controle social, expresso pela Câmara Técnica em Saúde do Trabalhador do Conselho Estadual de Saúde(Cesau).

[...]A Vigilância Sanitária tinha e continua tendo a célula [...], tinha o setor de Política de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente, aí eles eram todos juntos. [...]o Conselho de Saúde (Cesau), mesmo sem o Estado assumir a Política de Saúde do Trabalhador do SUS, fazia o controle social da Política de Saúde do Trabalhador, que era resolvida e verificada na Vigilância Sanitária, que ainda hoje tem a responsabilidade de fazer isso, principalmente nos ambientes da saúde [...].(Coordenadora 3).

[...] a partir de 2003, esta Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente, lá do Setor de Vigilância Sanitária, junto com a assessoria da Câmara Técnica do Cesau[...] iniciaram o trabalho de implantação da Política de Saúde do Trabalhador da Renast aqui do Estado do Ceará. A política de saúde do trabalhador no SUS então começa a ser ampliada aí. E que a gente inicia esse trabalho através da macro [...] ( Coordenadora 3 ).

No contexto histórico de 2003, a regionalização da saúde do Ceará estava representada por três macrorregiões de saúde: Sobral, Fortaleza e Cariri. Nesse período, organizou-se um seminário para discutir a Política de Saúde do Trabalhador e o processo de implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

[...] iniciamos um grande debate, um grande seminário, todos sobre essa política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, aliado aos quatro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que já estavam ao mesmo tempo sendo implantados, tanto o Estadual, quanto de Sobral, quanto de Fortaleza, que era lá em Maracanaú, passou dois anos lá, não funcionou, foi pra Horizonte, quanto do Cariri, depois que surgiu os outros (Coordenadora 3).

O Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador Manoel Jacaré (Cerest estadual) foi habilitado em 9 de maio de 2003, conforme a Portaria nº 109/SAS/MS. Em 2005, iniciou seu funcionamento no espaço do Hospital Geral César Cals, e posteriormente, passou a funcionar no prédio histórico<sup>1</sup>, localizado a Av. Imperador, nº 498, Centro, Fortaleza-Ceará. No mesmo ano, houve a inauguração da sede, tendo como primeira coordenadora a farmacêutica Lúcia de Fátima Sales Costa no período de agosto 2005 a março de 2007.

Quem acolheu o Cerest foi o Hospital Cesar Cals, porque não tinha uma estrutura, uma organização do Estado pra acolher [...]e a gente começou com o controle social se reunindo; então, ele tinha o controle social bem forte, isso foi em 2004, foi ainda no governo Lula[...] ( Ex-coordenadora 2)

Então, quando foi para estruturar fisicamente, o Cerest Estadual foi naquele castelinho que é tombado, e ali levou muito tempo[...] mas precisava

organizar a equipe, então eu acho que por essa razão ficou ocupando espaço no Hospital Cesar Cals ( Coordenadora 3).

O Cerest estadual desempenha as funções de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores; proporciona 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; atua como centro articulador e organizador das ações intra e inter setoriais 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 (CEARÁ, 2017).

Na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa), o Cerest Estadual vinculava-se a Superintendência da Rede de Unidades(SRU); no entanto, a partir de 2016, passou a inserir-se na Coordenadoria de Políticas Públicas (Copas), por meio do Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAST). Mantém articulação política com a Vigilância em Saúde (Visa) e a Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (Coprom/Nuvam/GT-Visat), com o CGTES, por meio da Comissão de Saúde do Trabalhador e Avaliação de Riscos, as Coordenadorias Regionais de Saúde(CRES) e demais setores estratégicos da Secretaria da Saúde do Estado(CEARÁ, 2017).

---

<sup>1</sup> Prédio histórico do médico e industrial Thomaz Pompeu de Sousa Brasil. Foi tombado como patrimônio público.

O ano de 2005 foi promissor para a ampliação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará, no qual foram implantados e habilitados três Cerests regionais, os quais integram a rede estadual de saúde: Sobral, Juazeiro do Norte e Horizonte.

O Cerest regional de Sobral, com uma área de abrangência de 47 municípios, englobando quatro CRES: 11<sup>a</sup> Região de Sobral, 12<sup>a</sup> Acaraú, 15<sup>a</sup> Cratêus, 16<sup>a</sup> Camocim, vem desenvolvendo ações nos seguintes núcleos técnicos: atendimento e acolhimento aos trabalhadores; educação e capacitação profissional permanente em saúde do trabalhador; mapeamento dos processos produtivos; matriciamento em saúde do trabalhador; vigilância de ambiente e processos de trabalho e vigilância epidemiológica e informação em saúde do trabalhador. Desempenha também as seguintes atividades:

campanhas educativas, ações de apoio aos municípios, promoção de encontros sobre saúde e segurança no trabalho, apoio ao controle social nas questões de saúde do trabalhador e realização de pesquisas na área de saúde do trabalhador. A equipe é composta de 15 profissionais: gerente, engenheiro de segurança do trabalho, técnica de enfermagem, técnico de segurança do trabalho, fisioterapeuta, fonoaudióloga, três enfermeiras, médica do trabalho, psicóloga, motorista, vigia, auxiliar administrativa, auxiliar de serviços gerais.

O Cerest regional de Juazeiro do Norte integra a rede estadual, com área de abrangência de 45 municípios, englobando cinco CRES: 17ª Região Icó, 18ª Iguatu, 19ª Brejo Santo, 20ª Crato e 21ª Juazeiro do Norte. Desenvolve capacitação da rede de serviços de saúde; investigações, com o apoio da Vigilância em Saúde, e estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender os trabalhadores com as doenças e os agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória. A equipe é composta de 14 profissionais: médico do trabalho, advogado, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, técnico em segurança do trabalho, técnico em enfermagem, agentes administrativos, secretária executiva, recepcionistas e motoristas.

Com relação à macrorregião de Fortaleza, o município que recebeu os recursos para o Cerest regional foi Macaranaú, no entanto, não houve compromisso do gestor em efetivar a sua implantação. A fala da entrevistada ressalta a força que a Política de Saúde do Trabalhador expressava no início da implantação da Política no estado do Ceará.

[...] No estado do Ceará, a gente começa com o Cerest Estadual [ano 2003] e com os Centros de Referências que era Juazeiro do Norte, Sobral e Maracanaú [2005]. [...] Maracanaú não conseguiu fazer a implantação [...]. A política tinha tanta fortaleza nessa época [...]. Maracanaú recebeu recurso e não fez nada, isso já foi colocado em CIB; o secretário de Horizonte estava lá e eles conseguiram trazer de Maracanaú para Horizonte, e foi tão forte essa política nessa época que a gente conseguiu que Maracanaú devolvesse todo esse recurso recebido do Fundo Nacional [...] ( Ex-coordenadora 2).

A fala demonstra a ação política do prefeito de Horizonte, o qual pactuou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que o seu município seria contemplado com o Cerest. Nesse contexto, a prefeitura de Maracanaú teve que devolver os recursos federais destinados ao equipamento.

O Cerest regional de Horizonte, com área de abrangência de nove municípios, englobando duas CRES: 1ª Região Fortaleza e 22ª Região Cascavel, desempenha apoio

matricial às unidades de saúde; realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador; mapeamento dos processos produtivos e promove educação permanente. A equipe é formada de seis profissionais: diretora, técnica de segurança do trabalho, médica do trabalho, enfermeira, técnica de enfermagem do trabalho, socióloga.

Convém ressaltar a importância da ampliação da Rede de Atenção a Saúde do Trabalhador no estado do Ceará, visando primordialmente fortalecer as ações de promoção à saúde. A fala demonstra a expansão dos equipamentos: “[...]quando o Cerest de Fortaleza surgiu, só tinham três Cerests regionais; em 2005, foi que surgiu a proposta do Cerest de Fortaleza, da capital, e depois surgiu Quixeramobim, Aracati e Tianguá, e por último Limoeiro do Norte”( Ex-coordenadora 2).

A implantação do Cerest regional de Fortaleza também está vinculada a ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao governo municipal, no qual a prefeita Luizianne Lins (2004 a 2008) assumiu o poder.

Em 2004, a campanha para a prefeitura de Fortaleza ocorreu em uma temporalidade de transição de ciclos políticos. Em face de concentração de forças políticas, os partidos da frente de esquerda participaram da disputa. O candidato Inácio Arruda, do PC do B, liderou a coligação de partidos de esquerda (PC do B, PT, PSB,PTB e PDT), com o apoio das principais lideranças nacional e estadual do PT. Em contraposição, a candidata Luizianne de Oliveira Lins, do PT, não recebeu o apoio das direções nacional e estadual do seu partido; porém,construiu aliança com à esquerda do PT (CARVALHO, 2009). Com a sua vitória fortalece-se a luta para ampliação da Política de Saúde do Trabalhador na capital do Estado

O Cerest regional de Fortaleza foi habilitado pela Portaria SAS/MS, nº 614/2006. No período de agosto de 2006 a janeiro de 2008, as ações em saúde do trabalhador desenvolveram-se no âmbito da Célula de Vigilância Sanitária e Ambiental (Cevisa/SMS).

Eu participei da implantação do Cerest de Fortaleza. Nessa época favoreceu o Secretário de Saúde do Município, Odorico, um expoente da saúde e ele defendia a criação de cinco Cerests em Fortaleza, um em cada regional. Nessa época, a prefeitura, era Luizianne de Oliveira Lins[2004-2008; 2009 – 2012]. [...] a gente participou de todo o processo de eleição dela, fazendo campanha. Toda essa história de esquerda. Quando ganhou a prefeitura[...], que Odorico foi ser o secretário de saúde, aí entrou no projeto por demanda dessa turma do movimento social, principalmente do SUS (Coordenadora 1).

Em 2008, o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Odorico Monteiro, à época do PT, expressou seu compromisso com a saúde do trabalhador, inaugurando o Cerest de Fortaleza, cuja primeira coordenadora foi a enfermeira Islene Ferreira Rosa.

O Cerest regional de Fortaleza, com área de abrangência de 34 municípios, englobando cinco CRES: 1ª Fortaleza; 2ª Caucaia; 3ª Maracanaú; 4ª Baturité; 6ª Itapipoca. Os municípios de Eusébio, Itaitinga e Aquiraz estão sob a responsabilidade do Cerest de Horizonte, conforme pactuação. Realiza atendimento e avaliação denexo causal, educação e pesquisa em saúde do trabalhador e capacitação permanente para os profissionais do SUS. A equipe é composta por 12 profissionais: gerente, uma assessora técnica, uma enfermeira do trabalho, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, dois técnicos de segurança do trabalho, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, um agente de administração e um assistente de gestão.

Denota-se que em 2007 foi um ano propício à expansão da rede de Cerests regionais. Em um cenário político, no qual, em 2006, o partido dos trabalhadores (PT) apoiou, em uma composição partidária, o candidato ao governo do estado do Ceará, Cid Gomes (2007 a 2010).

Em 2005, Ciro Gomes articulou a vinculação do seu grupo para o PSB, partido da esquerda brasileira e um dos apoiadores tradicionais do PT. Com o ingresso dos Ferreira Gomes, o PSB tornou-se uma das maiores forças políticas locais. Liderou também um movimento, no intuito de construir uma aliança para apoiar a candidatura de Cid Gomes ao governo do Estado em 2006. Assim, além do PSB, a coligação “Ceará vota para vencer” incorporou oito siglas: PT, PC do B, PMDB, PV, PHS, PMN, PP e PRB, com a adesão de nomes representativos da política. Nesse contexto, a disputa pelo governo resultou na vitória de Cid Gomes no primeiro turno, elegendo Inácio Arruda, do PC do B, ao Senado, e Ciro Gomes à Câmara Federal (MONTE, 2016).

Assim, o grupo liderado por Cid e Ciro Gomes, apoiado pela coligação de centro-esquerda, alcançou o poder político no Ceará. Fortalecidos pela aliança nacional com o lulismo e mantendo certa proximidade com os governos das mudanças (1987-2006), alicerçou um novo ciclo de poder, caracterizado pela heterogeneidade de sua base de sustentação política e pelo compartilhamento de poder entre os partidos que construíram alianças (MONTE, 2016).

Em 2008, ao proceder a campanha para a prefeitura de Fortaleza, o grupo dos Ferreira Gomes tomou caminhos opostos: Ciro Gomes apoiou a campanha de Patrícia Saboya, que disputava o cargo pelo PDT; enquanto o governador Cid Gomes (2007-2010) apoiou a reeleição da prefeita Luizianne Lins. Esse fato evidenciou que a cultura política no Ceará pautou-se pela lógica da lealdade e da troca de apoios (MONTE, 2016).

Nesse contexto, a candidata a prefeita da capital Luizianne Lins, em 2008, configurou-se como situacionista, uma vez que pertencia ao partido do presidente Lula, do PT, contando com o apoio do governador Cid Gomes, do PSB. Uma frente partidária apoiou sua candidatura: PT/PSB/PCdoB/PMDB/PV/PHS/PNM/PSL/PTN/PRB. (CARVALHO, 2009).

Ao longo do período de 2006 a 2016, o grupo dos Ferreira Gomes configurou-se como a principal força política do Ceará, como consequência de rede de alianças, formada pela maioria dos deputados federais, deputados estaduais, prefeitos e vereadores, com o apoio das grandes forças partidárias do Estado (MONTE, 2016).

Nesse contexto, os núcleos de saúde dos partidos da base aliada que elegeram o governador Cid Gomes (2007-2010) participaram do planejamento, no qual foi proposto o fortalecimento da política de saúde do trabalhador “ [...] nesse planejamento, nós ficamos com a parte de saúde do trabalhador. Então, nós fizemos uma proposta de governo para implementar essa política, porque ela já estava iniciada” (Coordenadora 1). Como consequência dessas forças políticas, foram criados os Cerests regionais de Aracati, Quixeramobim, Tianguá, e habilitados pela Portaria SVS/MS, nº 48, de 31 de dezembro de 2007.

O Cerest regional de Aracati, com área de abrangência de quatro municípios referente a 7ª CRES- região de Aracati, vem desempenhando ações de fortalecimento da rede de serviços assistenciais e de vigilância em saúde do trabalhador; promove capacitações e ações educativas no campo da saúde do trabalhador; identifica o perfil do território, das atividades produtivas e riscos ocupacionais da população trabalhadora formal; coordena, acompanha, controla e avalia a aplicação dos recursos; e apoia as ações do controle social em saúde do trabalhador (CEARÁ, 2017b). A equipe compõe-se de quinze profissionais: coordenador(contador), médico do trabalho, fisioterapeuta, psicólogo, dois enfermeiros, fonoaudiólogo, técnico de vigilância em saúde do trabalhador, técnico de segurança do trabalho, agente administrativo; técnico de

enfermagem do trabalho; pessoal de apoio- recepcionista, serviços gerais e um motorista.

O Cerest regional de Quixeramobim, com área de abrangência de 20 municípios, englobando três CRES: 5ª Região Canindé, 8ª Quixadá e 14ª Tauá, vem desenvolvendo ações de promoção a qualidade de vida e a vigilância em saúde do trabalhador; realiza investigações sobre a saúde do trabalhador, estabelece convênios de cooperação técnica e formulação de políticas públicas. A equipe compõe-se de três profissionais: coordenadora (enfermeira); enfermeira do trabalho, psicólogo, duas assistente social, fisioterapeutas, médico do trabalho, técnica de segurança do trabalho, educadora física, técnica de enfermagem, um motorista, um auxiliar de serviços gerais, agente administrativo, psicólogo.

O Cerest regional de Tianguá, com área de abrangência de oito municípios, incluindo apenas a CRES- 13ª Região de Tianguá, desenvolve ações de vigilância em saúde do trabalhador; atua na assistência, promoção, prevenção e reabilitação; realiza pesquisa e projeto na área de saúde do trabalhador e meio ambiente; estimula a participação do controle social. A equipe compõe-se de dez profissionais: coordenadora, enfermeira do trabalho; técnica de enfermagem; duas fisioterapeutas; assistente social; fonoaudióloga; médica do trabalho; psicóloga; engenheiro agrônomo,engenheira civil, agente administrativo, motorista, serviços gerais.

Por fim, em 2014, foi inaugurado o Centro de Referência em Saúde, Trabalho e Ambiente, Cerest Rural Zé Maria do Tomé, em Limoeiro do Norte, com área de abrangência de 16 municípios, incluindo duas CRES: 9ª Região Russas e 10ª Região Limoeiro do Norte. O nome deste Cerest traz a marca das forças políticas que o impulsionaram. Zé Maria do Tomé foi um ambientalista, líder comunitário, vinculado aos movimentos de luta contra os agrotóxicos na Chapada do Apodi, assassinado em 2010. O Cerest desenvolve estratégias e ações de promoção, proteção, prevenção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador e saúde ambiental, articuladas com os atores sociais, visando à garantia da integralidade da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras rurais. Recebe apoio de Aracati para desenvolver as ações(CEARÁ, 2014). A equipe é composta por quatro profissionais: enfermeira do trabalho que exerce a função de diretoria geral, um diretor administrativo-financeiro, um médico e um motorista.

Todas essas estruturas regionais estão sob orientação da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, cuja atribuição é coordenar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conforme a Portaria nº 3965/2010 (BRASIL, 2010). No entanto, o financiamento do Cerest não provém dessa Secretaria, mas da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), expressando a incongruência em sua vinculação.

Existe uma coordenação geral da saúde do trabalhador que está dentro da SVS, que inclusive quando o Cerest iniciou, ela não era mais SVS, era na SAS que o financiamento do Cerest é média e alta complexidade, não é vigilância, já tem aí uma dicotomia, porque ele está dentro da vigilância, mas o financiamento não é pela vigilância é pela atenção a saúde, ainda hoje continua ( Ex-coordenadora 2 ).

Cabe ainda enfatizar o papel do Ministério da Saúde nesse processo, com a designação de um orientador para a implantação dessa política por região do país. A entrevistada ressaltou a importância das reuniões promovidas pelo Ministério da Saúde com a participação desse orientador, o que concorreu para o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador a nível nacional e regional. Nesses momentos, os coordenadores dos Cerests participavam dessas reuniões, as quais contribuíram no processo de socialização dos conhecimentos e das experiências. A fala pontua a importância desses encontros:

No começo [...] o Ministério tinha criado os orientadores por região; região Nordeste tinha um orientador que fazia reunião com os coordenadores dos Centros de Referências na macrorregião e isso facilitava que a gente conhecesse o trabalho do outro e se fortalecesse [...] (Ex-coordenadora 2).

A entrevistada menciona outro aspecto importante no que concerne a realização de reunião anual em Brasília com os coordenadores dos Cerests, reconhecendo a sua contribuição para fortalecer as relações dos profissionais que atuavam no campo da saúde do trabalhador. “E a gente tinha uma reunião com todos os coordenadores anual em Brasília, isso fazia com que a gente se aproximasse, [...]” (Ex-coordenadora 2). Acrescentou ainda que desde 2013 esses encontros não mais se concretizaram, argumentando que o Ministério da Saúde não proporcionou apoio no contexto atual “ [...] por isso que estou dizendo que o Ministério deixou de dar apoio [...]”.

Ao refletir sobre a dimensão histórica da política, a coordenadora destacou que no período de 2015 a 2016, o Cerest estadual passou por embates em busca de garantir sua identidade enquanto política de defesa a saúde do trabalhador. Esses embates foram desgastantes, causando inclusive problemas de saúde para alguns de seus protagonistas.

[...] esse processo histórico que o Cerest passou, com muitas dificuldades políticas também. É uma política que teve muitas vezes de brigar por espaço, [...] brigar inclusive porque teve desvios de objetivos até por parte do próprio controle social em alguns momentos; então, foram muitos embates. [...] a política de Saúde do Trabalhador do Estado do Ceará para se efetivar passou por embates quase sobre-humanos, assim de gestores que assumiram esses lugares, Nuast, Cerest Estadual especificamente, e que tiveram inclusive sérios comprometimentos de saúde, por que a coisa é muito forte, primeiro que é uma política difícil de ser implementada, é uma política contra-hegemônica, uma política que apesar de ter seu financiamento próprio, mas que ela é difícil de ser priorizada[...] ( Coordenadora 2 ).

No que concerne a política de saúde do trabalho, a coordenadora teceu considerações sobre a presença do controle social, destacando que havia uma relação contraditória, pois tinha momentos que essa relação apresentava dificuldades, sobretudo pela dimensão político-partidária.

[...] a gente também não pode achar que porque é do Controle Social é livre dessa concepção política equivocada que a gente tem hoje, se a gente for parar para pensar, o que está acontecendo em nível macro é resultado do que acontece no micro[...], a gente está na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, na Comissão Intersetorial da Saúde Mental, na Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador, tudo a gente tem assento mesmo, lá no Conselho Estadual de Saúde, então essa relação ela é boa, mas ela também é difícil em alguns momentos, exatamente por essa dimensão político-partidária que ainda perpassa esses espaços inclusive nos espaços de Controle Social (Coordenadora 2).

O Cerest estadual, em sua segunda gestão (setembro de 2007 a fevereiro de 2010), teve como coordenadora Rosemary Cavalcante Gonçalves, psicóloga, a qual desenvolveu prioritariamente ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Em face do contexto de crise interna do Cerest estadual, provocada pela influencia de forças política e sindicais, em meados de 2010, “a Coordenadora do Cerest estadual [Rosemary] foi muito pressionada e adoeceu,[...] e disse que não ia ficar mais”(Coordenadora 1).

A entrevistada reconheceu que no período de 2006 a 2011, os Cerests do estado do Ceará estavam fortalecidos, sobretudo pelo apoio mútuo e desenvolvimento compartilhado das ações em saúde do trabalhador “ quando a gente se fortaleceu aqui, que foi nos anos de 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, os Cerests aqui no estado do Ceará trabalhavam juntos; a gente procurava um ao outro, a gente ia ao município um do outro” (Ex-coordenadora 2).

A fala revela a presença do Conselho Gestor como uma estratégia de fortalecimento das ações da Política no âmbito do Cerest estadual.

[...]mas como a gente tinha um conselho do Cerest estadual bem forte, porque aí tinha a representação das universidades, do sindicato dos médicos, sindicato dos enfermeiros, alguns sindicatos de trabalhadores, tinha da federação dos trabalhadores, então era um Conselho bem forte, inclusive com questionamentos [...] ( Ex-coordenadora 2).

Por que estou pensando nisso, aí a Rose desistiu do Cerest estadual, a Bernadete(Nuast) me convidou, quem me indicava era essas forças que vinham desse meu chão anterior.[...] Vou fazer o que a gente queria desde lá de trás (Coordenadora 1).

No período de março de 2010 a fevereiro de 2014, assumiu uma nova gestão do Cerest Estadual. A coordenadora pontua os entraves para consolidar as ações, destacando a necessidade de organizar a estrutura material e financeira. No entanto, reconhece que a atuação do Conselho Gestor como importante para fortalecer a concretização das ações, sobretudo pela presença do sindicato, como uma força que luta pelos direitos dos trabalhadores.

Você não tinha um carro, [...] não tinha dinheiro, então ia dificultando as ações. A gente fez uma ação de vigilância lá em Russas, por que a gente tinha um conselho gestor, que tinha representante de várias forças sindicatos, de vários sindicatos. Um deles era o sindicato da polícia militar. [...] nós fomos no carro da polícia fazer essa vigilância. [...]E fizemos um relatório, foi interessante, mudou tudo lá. Foi uma intervenção do Estado, apoiada pelo movimento sindical. [...] outra ação veio do Mova-se, quando vem esse empoderamento fica mais fácil à gente atuar ( Coordenadora 1).

Considera-se que o engajamento político dos sindicatos com as questões pertinentes a saúde do trabalhador concorreu para efetivar a atuação nesse campo, norteado pelas lutas de classes.

Ao refletir sobre a construção dessa política no estado do Ceará, a coordenadora declara que, na gestão do dr. João Ananias Vasconcelos Neto, Secretário de Saúde do Estado do Ceará, em 2010, foram desenvolvidas ações do Programa de Atenção Integral a Saúde do Homem no âmbito do Cerest estadual. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, os sindicatos e os órgãos de defesa da saúde do trabalhador se posicionaram contrário a essa realidade.

[...] o secretario de saúde João Ananias, em 2010, implantou no Cerest Estadual a saúde do homem, descaracterizando toda a saúde do trabalhador. Houve uma intervenção social, [...]. Então houve todo um movimento contrário a isso, a partir do Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Estadual do Ceará (Mova-se), do Nuast, da Procuradoria Regional do Trabalho, do próprio Ministério de Saúde que exigiram que essa política fosse retirada do Cerest estadual [...] ( Coordenadora 1).

Em face desse contexto, a coordenadora reconhece que o desenvolvimento de ações da Política de Saúde do Homem no âmbito do Cerest estadual contribuíram para

descaracterizar a Política de Saúde do Trabalhador, ressaltando que houveram muitos embates, visando primordialmente encerrar as ações voltadas a saúde do homem.

[...] teve uma dificuldade porque existia uma outra política, funcionando no mesmo espaço físico, que era a Política de Saúde do Homem, [...], foi um embate muito forte para que essa Política Saúde do Homem saísse do espaço físico do Cerest para não descaracterizar a Política de Saúde do Trabalhador[...] poderia ter uma articulação, óbvio, com a Política de Saúde do Trabalhador, ela perpassa todas, mas não tornar o Cerest um grande ambulatório em saúde do homem, acho que descaracterizou muito, então esse momento foi muito delicado para o Cerest estadual ( Coordenadora 2) .

Teve um momento em que o Cerest estadual se confundiu aí, e colocou a saúde do homem para ser atendida dentro do Cerest estadual. Foi uma época complicada, o Ministério [...] fez a interferência. Essa questão da saúde do homem foi uma questão dos sindicatos, aquela falta de entendimento de que Cerest não ia ser continuidade ou política da saúde do trabalhador do sindicato. Cerest era a extensão ou a execução da saúde do trabalhador do SUS [...]( Ex-Coordenadora 2).

Ao refletir sobre essa questão, assinala-se que a Política de Saúde do Trabalhador tem interface com outras políticas sociais, no entanto, essa realidade vivida pelo Cerest estadual mostra a necessidade de fortalecer essa política, com a participação dos atores sociais e das instâncias do controle social.

No período de 2010 a 2014, a gestão do Cerest estadual foi caracterizada pela presença dos movimentos sociais no processo de construção das ações em saúde do trabalhador, culminando com a realização do seminário sobre a atuação do movimento sindical em saúde do trabalhador.

Eu fui indicada pela CUT, trabalhadores, que era a base de onde eu vinha. A gente fez uma gestão com todas as Centrais Sindicais. O primeiro seminário que a gente fez foi à atuação do movimento do sindicato na saúde do trabalhador. Chamou todas as centrais[...] para dialogar. Isso foi um ganho político muito grande e dr. Raimundo José Arruda Bastos [secretário de saúde estadual] gostou muito ( Coordenadora 1).

Em 2010, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest estadual) e o Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público Estadual do Ceará (Mova-se) organizaram seminário “Ação sindical em saúde do trabalhador”, no intuito de integrar o movimento sindical no debate sobre a saúde dos servidores públicos, buscando melhores condições de trabalho e qualidade de vida (CEARÁ, 2010). O secretário de saúde do Estado, Raimundo José Arruda Bastos participou do evento.

Minha forma de gestão era a forma dos trabalhadores organizados. A gente conseguiu apoio da Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), da Central Sindical e Popular (CSP- Conlutas), da Força Sindical(FS) , dentre outras, que disputavam entre si, que brigavam muito, mas que na

saúde do trabalhador, a gente estava junto, que era a causa comum de todos (Coordenadora 1).

Faz-se, pois, imperativo reconhecer que a presença do sindicato, mais uma vez fortaleceu as ações de saúde do trabalhador, principalmente, pelo apoio do Secretário de Saúde Estadual.

A gente se apoderou politicamente com a base dos trabalhadores, e o Secretário de Saúde Dr. Raimundo José Arruda Bastos (PC do B) era muito sensível. Ele acolhia tudo que a gente fazia e [...]deu muito apoio. Apesar de ter toda uma oposição interna, de uma parte do partido dele, uma parte do pessoal da saúde do homem que ficou inconformado da saúde do homem sair de lá, mas a nível macro foi bastante interessante (Coordenadora 1).

Em face do novo contexto político, no qual Ciro Ferreira Gomes é nomeado, em 2013, como Secretário de Saúde do Estado, fomentando mudanças e realizando diversas negociações para implementar a Política de Saúde do Estado do Ceará. Sob esse prisma, a fala da coordenadora expressa que o novo gestor não tinha conhecimento sobre a saúde do trabalhador, cuja realidade culminou com mudanças na esfera das forças políticas que intencionavam concretizar a Política de Saúde do Trabalhador.

O novo Secretário de Saúde, Ciro Gomes, não sabia o que era Saúde do Trabalhador. [...]E logo que ele chegou, muitas forças políticas mudaram, e muita gente fez negociação. Como o Cerest estadual é objeto de desejo de muitas forças políticas; é um lugar que você pode fazer muitas coisas [...].(Coordenadora 1).

Esse contexto de lutas políticas culminou com o afastamento da coordenadora do Cerest estadual no período de 11 de junho de 2014 a novembro de 2015. Todavia, em dezembro de 2015, reassumiu novamente.

Em 28 de fevereiro de 2014, os diretores do Cerest estadual foram exonerados pelo Secretário de Saúde do Estado, Ciro Ferreira Gomes, passando a responder interinamente a Sra. Rejane Feijó de Vasconcelos no período de março a junho de 2014.

Em 2014, houve uma junta governativa no Cerest estadual, no intuito de identificar alguma irregularidade[...]. Depois, assumiu outra gestora por seis meses. Em seguida, o Cerest Estadual permaneceu um período, sem o coordenador ser oficialmente nomeado (Coordenadora 1).

Nesse período de afastamento da coordenadora do Cerest estadual, assumiu a gestão, uma profissional, com formação e experiência em Política de Saúde do Trabalhador, no período de 11 de junho a 31 de dezembro de 2014.

A entrevistada assinala que, no período de junho a dezembro de 2014, o Cerest estadual buscou potencializar as ações do conselho gestor. Contudo, havia um equívoco no que se refere a compreensão da atuação do Cerest, uma vez que o sindicato

manifestava o entendimento de que a saúde do trabalhador deveria atender as suas demandas. Nessa perspectiva, a coordenação argumentou que a Política de Saúde do Trabalhador é para atender os usuários do SUS.

[...]a gente participou de algumas reuniões[em 2014], o conselho[gestor] ainda era ativo, a gente tentou potencializar, criando um calendário de treinamento para o próprio conselho, mas era um pessoal que já vinha desmotivado, por essa confusão, que eu lhe falei: eles achavam que iam constituir o Cerest como saúde do trabalhador do sindicato, e aí se deparam com o Cerest Estadual, fazendo saúde do trabalhador no SUS[...] (Ex-coordenadora 2).

A fala revela uma realidade presente no Cerest estadual, no que se refere a influência do controle social no processo de decisão das ações em saúde do trabalhador. Expressa a dicotomia entre as relações de poder, no qual em determinado momento, o gestor proporciona um espaço de consentimento, e em outro momento, posiciona-se contrário a demanda do sindicato.

Em alguns momentos ela [coordenadora do Cerest estadual] vai ceder ao controle social e em alguns momentos ela vai ter que dizer não a esse controle social, aí o pessoal vai dizer: como é que você vai dizer não, se você veio daqui, se foi nós que colocamos você (Ex-coordenadora 2).

A entrevistada acrescenta o poder político presente na política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará, ao afirmar que “[...] pessoas politicamente influentes que fazem parte dessa esquerda, aí fazem pressão. [...] tem que ter muita força política para ser diretor de uma unidade do Estado; [...]tem força política. Força do sindicato, não é por uma questão técnica” (Ex-coordenadora 2).

Em face de questões políticas e mudanças no governo estadual, com a vitória, em 2015, de Camilo Santana, do PT, o Cerest estadual passa a ser coordenado, por um período de janeiro de 2015 a junho de 2016, por um profissional, que já atuava no campo da saúde do trabalhador. Ressalta-se que a citada coordenação não foi nomeada oficialmente pelo Secretário de Saúde do Estado, conforme relato: “[...]O Cerest estadual permaneceu um período sem o coordenador ser oficialmente nomeado. No entanto, outro gestor assumiu durante o período de 2015 a 2016[...]” ( Coordenadora 1).

Nesse contexto de conflitos ideológicos e políticos, com conseqüente mudança de gestão do Cerest Estadual, convém destacar que a equipe multiprofissional executaram as ações preconizadas pela política de saúde do trabalhador: [...]“eles priorizaram a vigilância.[...] Ele conseguiu fazer uma vigilância só com atores, como a médica”[...] ( Coordenadora 1).

Importa ressaltar que, a partir de julho de 2016, o ambiente do Cerest estadual pautou-se por um movimento de oposição que contribuiu para atingir a dinâmica das atividades no que tange a dimensão da gestão e das ações no campo da saúde do trabalhador. A fala expressa essa realidade: “[...] e a Vigilância foi prejudicada, por conta de questões internas. A pessoa que ia conduzir [...] entrou no movimento de oposição [...]. E isso dificultou a[...]gestão, porque tem a disputa interna também” ( Coordenadora 1).

Em continuidade à análise sobre a política, a entrevistada assinala que “ [...] hoje consigo visualizar isso : o enfraquecimento do Ministério de não estar junto com os Cerests, você deixa o coordenador no embate direto com o gestor ”(Ex-coordenadora 2). Essa fala mostra a importância do apoio dos gestores do SUS em nível da União e dos Estados, os quais devem assegurar a concretização das ações da política. Contudo, em um cenário político regressivo, após o golpe que derrubou a presidenta Dilma Rousseff, com um governo que mostra claramente sua orientação política, contrária aos interesses dos trabalhadores, dificilmente, vai se identificar ações favoráveis a política de saúde do trabalhador.

Por outro lado, o cenário estadual, mesmo tendo como governador Camilo Santana, do Partido dos Trabalhadores, as decisões pelo corte de gastos públicos, as disputas políticas e denúncias de irregularidades vão afetar o funcionamento da PNSTT. Em maio de 2017, iniciou-se o processo de mudança do Cerest estadual para a Secretária Estadual de Saúde (Sesa), cuja realidade afetou a dinâmica do trabalho, com a reestruturação do espaço físico, no qual o Cerest passou a funcionar com duas salas: uma para a coordenação e a diretoria técnica e a outra para a equipe multiprofissional. Nessa nova estrutura, no momento, não há espaço para o atendimento aos usuários.

Quando a gente começou (Cerest estadual) o processo de mudança para a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) foi que a coisa ficou difícil. Você sair de um prédio de três andares[...]. A gente estava saindo da crise com a administradora, que criou toda essa confusão e transtorno. Houve várias denúncias [...]. Os servidores procuraram o movimento social ( Coordenadora 1).

A entrevistada reconhece que a gestão do Cerest estadual, ao longo de sua construção histórica, caracterizou-se por momentos de tensão, expressa por disputas políticas e técnicas, ressaltando que essa realidade corrobora a construção de um ambiente que entrava as ações.

No Cerest tem disputa política, tem disputa técnica, tem pessoas de direita, pessoas de esquerda, pessoas que disputam[...]. E nesse embate que teve, isso

paralisa muito a unidade, porque você cria um clima insustentável.[...] (Coordenadora 1).

A fala revela aspectos da realidade subjetiva da dinâmica dos Cerests, com destaque para as dimensões individuais, ideológicas e políticas que perpassam as relações e os processos de trabalho. Assinala que nesse contexto, podem-se desenvolver ações de saúde do trabalhador, embora reconheça o movimento dialético que pode contribuir para a realização ou bloqueio das ações, salientando também a existência de contexto de transição.

Então, você tem questão pessoal, questão de personalidade, questão ideológica, questão de grupos políticos organizados que disputam o território, [...]Assim, você tem dentro do Cerest; que é um objeto de desejo de muitas forças.[...] É um processo meio adoecido também pelo que eu percebo. Mas que é possível trabalhar, é possível fazer muitas coisas. Tem contexto que é mais difícil; tem contexto que é mais fácil; e tem contexto que é de transição (Coordenadora 1).

Com arrimo nas reflexões, constata-se a referência a grupos políticos organizados, os quais manifestaram a intenção de disputar o espaço do Cerest estadual, principalmente, por constituir-se em um campo com inúmeras possibilidades de ações para efetivar a política de saúde do trabalhador. Reforça ainda que essa esfera de disputas políticas pode contribuir para emergir sofrimento psíquico da equipe.

Convém salientar as reflexões da coordenadora sobre esse contexto de mudança, afirmando a necessidade de proceder ao alinhamento das ações com a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas), argumentando a importância do Cerest estadual permanecer vinculado a Copas .

[...] Nós diminuimos um pouco por conta dessa confusão interna e diminuimos um pouco, porque estava no processo de nos alinhar com a Copas. E a Copas não é vigilância, a Copas é assistência.[...]E quando a gente assumiu, nós dissemos que queríamos ficar na Copas[...]; aqui, era mais estratégico ficar na Copas, que é onde o Nuast já estava, e onde a gente fazia vigilância (Coordenadora 1).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) 2010 analisou os objetivos e as metas estruturantes do Plano Estadual de Saúde 2008- 2011. O monitoramento e a avaliação constituíram estratégias do modelo de gestão por resultados do governo do estado, Cid Ferreira Gomes(PSB) (Períodos 2007-2010; 2011-2014), visando a convergência entre os objetivos, programas, projetos e resultados das políticas públicas por meio de mapas estratégicos e indicadores (CEARÁ, 2011).

Em 2010, a 1ª Programação Anual de Saúde, instrumento de monitoramento dos objetivos do Plano Estadual de Saúde, contemplou como indicadores de

acompanhamento aqueles resultantes dos compromissos e pactuações entre gestores do SUS. Ressalta-se que o objetivo atinente a “garantir as ações e serviços de saúde com resolutividade no nível secundário em todas as Microrregiões de Saúde” contemplou ações de Saúde do Trabalhador (CEARÁ, 2011).

No intuito de apoiar tecnicamente, fortalecer e qualificar a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador, em 2010, foram realizados encontros regionais da Renast Ceará, promovidos pelo Nuast em parceria com os Cerest, tendo em vista planejar, avaliar e discutir as estratégias e implementação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, bem como esclarecer acerca do uso de protocolos dos agravos de notificação à Saúde do Trabalhador (CEARÁ, 2011).

A entrevistada explicita outros aspectos para reflexão. Entre estes, a atuação do Cerest Estadual no processo de fortalecimento do controle social e do movimento sindical, destacando que historicamente esse papel foi desempenhado.

Fortalecer o controle social, movimento sindical, essa relação historicamente ela sempre aconteceu, e aconteceu de forma positiva na grande maioria das vezes, então eu acho que essas ações macro de preparar essa rede, preparar essa articulação e fortalecimento da política, eu acho que a gente desempenha isso de forma muito positiva ( Coordenadora 2).

Dessa forma, os movimentos sindicais, com apoio do Cerest estadual, promoveram um seminário para discutirem questões pertinentes a saúde do trabalhador. Ressalta também a participação na implantação das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (Cists municipais)

[...]um seminário do próprio movimento, seminário, fortalecendo o movimento sindical;[...] onde todas as centrais, por mais que elas brigassem e disputassem estavam presentes, dialogando, e assim, foi um momento muito bonito mesmo, e na própria participação também do Cerest nos seminários de implantação das Cist's Municipais por exemplo, sempre vai, faz uma fala, então isso é fortalecer também o Controle Social no nível micro ( Coordenadora 2).

Declara ainda a relevância do papel do Cerest estadual para dar suporte aos Cerests regionais, contribuindo, dessa forma, para a realização das ações de saúde do trabalhador no território. Ressalta a importância de estabelecer diálogo com a Atenção Primária a Saúde, visando primordialmente inserir ações de saúde do trabalhador.

[...] é papel nosso de estar possibilitando que os Cerests regionais desenvolvam essas ações no seu território; cada Cerest desenvolva no seu território e que a gente tenha essa articulação macro,[...] eu acho que tem que ter esse diálogo e esse fortalecimento de dizer, Atenção Primária vem cá, vamos aqui conversar ( Coordenadora 2).

O pensamento da entrevistada está em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, no que concerne a desenvolver ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária a Saúde. Por isso, o Cerest estadual está se empenhando para galgar espaços de diálogos e articulação com os gestores, visando primordialmente inserir a política de saúde do trabalhador no contexto do projeto Qualifica APSUS.

[...] estamos participando das reuniões de consultorias [...] para fazer esse desenho: de que forma a gente pode estar trabalhando via Qualifica APSUS? No momento é o que eu vislumbro mais de estratégia de longo alcance, [...] porque eles estão trabalhando nessa metodologia de multiplicação, e eles estão acompanhando esses processos lá também. [...] nada melhor e mais potente do que a gente trabalhar Saúde do Trabalhador lá no Qualifica APSUS, porque aí sim vai ter um alcance, envolvendo Cerests Regionais, porque tem que envolver, inclusive o Cerest Fortaleza ( Coordenadora 2).

Ao abordar sobre o contexto político e histórico da criação do Cerest estadual, denota-se que os movimentos sociais ocuparam lugar de destaque na construção dessa política no estado do Ceará. A seguir, será apresentado a trajetória de criação do Cerest regional de Fortaleza.

#### **4.1.1 A trajetória do Cerest Regional de Fortaleza**

No concernente a dimensão histórica da Política de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo Município de Fortaleza, importa ressaltar que no ano de 2005, sob a égide da gestão municipal da prefeita Luizianne de Oliveira Lins, são tecidas as primeiras experiências do Núcleo de Saúde do Trabalhador, o qual integrou a Célula de Vigilância Sanitária e Ambiental (Cevisa/SMS), subordinada a Coordenadoria de Política de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Em face do cenário político no qual o gestor municipal pautou suas estratégias de governo ( 2005 a 2008), norteado pelos valores de uma sociedade igualitária, fruto do seu engajamento com os movimentos sociais e com o pensamento socialista, frise-se que esse contexto corroborou a implementação de políticas estratégicas estruturantes da Secretaria Municipal de Fortaleza, visando primordialmente a organização e a gestão do Modelo de Atenção Integral à Saúde, ancorado na “ ética do cuidado e humanização; participação social e gestão partilhada; Estratégia Saúde da Família, Sistema Municipal Saúde-Escola e gestão do trabalho”(FORTALEZA, 2007, p. 45)

Corroborando essas estratégias, cabe observar a constituição de um “modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, [...]organizado por meio dos arranjos organizacionais de Redes de Atenção à Saúde (RAS)”(FORTALEZA, 2007).

Nesse contexto de construção de uma política de saúde integral, como já relatado, em 2006, foi habilitado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest Fortaleza) conforme a Portaria nº 614/2006 do Ministério da Saúde. Em 2006, o Cerest de Fortaleza contemplou ações de capacitação, com a realização de oficinas de saúde do trabalhador do SUS: conhecendo meu ambiente de trabalho e a oficina sobre as ações de saúde do trabalhador na 1ª CERES de Fortaleza; participação na oficina de ações para implantação de saúde do trabalhador no humaniza SUS do ministério da saúde e a construção de mapas de risco dos serviços de saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2006).

O Plano Plurianual (PPA) constitui um instrumento de planejamento da ação das administrações públicas, definindo as diretrizes, os objetivos, metas e programas a serem implantados no quadriênio. O PPA 2006-2009 de Fortaleza foi elaborado com a participação popular, no qual os cidadãos elencaram as prioridades e os programas que devem ser implantados no período. Cabe destacar um aspecto relevante do PPA no que concerne ao macro-objetivo no campo da atenção a saúde:

Assegurar o direito à saúde, à qualidade de vida e à ética do cuidar, como ação integral, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar a realização desses princípios, será ampliada a cobertura das equipes de saúde da família, dos atuais 15,6% (95 ESF's), para 60% (393 ESF's), incluindo as equipes de saúde bucal, como parte da equipe mínima do PSF. O reforço à atenção à saúde materno-infantil, à saúde bucal, às doenças crônicas degenerativas, ao idoso, ao trabalhador e à vigilância à saúde constituem alguns dos componentes dessa concepção integral da atenção à saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

É importante o reconhecimento da relevância das ações desenvolvidas no campo da saúde do trabalhador e da vigilância a saúde, expressas no Plano Plurianual 2006-2009 da Prefeitura de Fortaleza. Esse plano revelou o compromisso da gestão com a Política de Saúde do Trabalhador.

Consoante preconizou o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, gestão 2010 a 2013, a Saúde do Trabalhador contemplou os objetivos referentes ao matriciamento das ações de prevenção, promoção e assistência em saúde do trabalhador e saúde ambiental

no Município de Fortaleza e área de abrangência do Cerest Regional; articulação das ações de vigilância em saúde do trabalhador e saúde ambiental com as demais vigilâncias e fortalecimento da participação e do controle social na Política de Saúde do Trabalhador (FORTALEZA, 2014).

Tendo como referência os objetivos propostos pelo Plano, delinearam-se as seguintes metas: ampliação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e da Rede de Serviços Sentinelas, com vistas a investigação e a notificação dos acidentes de trabalho fatal, grave e com crianças e adolescentes, e com os demais agravos em Saúde do Trabalhador, conforme a Portaria nº 777/GM/2004; capacitação de todos os novos serviços incluídos na Rede Sentinela; envolvimento do controle social no acompanhamento das ações; inspeção conjunta em ambiente de trabalho com as vigilâncias, controle social, Ministério Público e outras políticas afins, de acordo com demanda (FORTALEZA, 2014).

Na gestão de Socorro Martins, Secretária de Saúde do Município de Fortaleza, o Cerest Regional de Fortaleza passou a integrar a Coordenadoria de Vigilância a Saúde/COVIS. Essa mudança teve como cenário político, a gestão do Prefeito Roberto Cláudio, iniciada em 2013, o qual manifestou o compromisso de realizar a estruturação e a implementação da Política Municipal de Saúde, com base nas Redes de Atenção à Saúde.

[...]Nós tínhamos a pretensão de mudar para outra casa, mas o contexto político era de integração mesmo das estruturas; então a proposta da doutora Socorro Martins foi nos levar todos, inclusive a estrutura física, para a coordenaria de vigilância que hoje se encontra atuante[...] (Ex-coordenadora 1).

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza implantou um Plano Diretor de Fortalecimento de Atenção Primária que contemplou ações de melhoria na estrutura das unidades, nos processos de trabalho das equipes e no monitoramento e avaliação dos resultados. A consultoria coordenada pelo Dr. Eugênio Vilaça vem norteando a implantação de um Modelo de Gestão de processos com foco em resultados, com a construção do mapa estratégico e desenho das ações de estrutura, processos e resultados.

Concernentes aos processos, concretizou-se as pactuações para a organização das Redes Temáticas de Atenção: Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e

Emergências, bem como o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica. Efetivou-se também a pactuação do fortalecimento da Vigilância em Saúde, a partir da integração das vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e da Saúde do Trabalhador.

Nesse contexto de organização das Redes de Atenção à Saúde, procedeu-se a reestruturação do organograma da Secretária de Saúde do Município, com a criação da Coordenadora de Vigilância a Saúde, agregando todas as vigilância em saúde e a Saúde do Trabalhador. Essa mudança foi considerada estratégica para a construção da Política de Saúde do Trabalhador, sobretudo pela importância de buscar a articulação das ações de Saúde do trabalhador, com os outros componentes da vigilância.

Foi um marco a fundação da Coordenadoria de Vigilância a Saúde. O Cerest Regional de Fortaleza fez essa história. Sofremos pela perda da nossa sede, mas em termo de história, de construção da política, fortaleceu muito as estratégias, que a portaria nº 1823/2012 nos mostra para conseguirmos atingir os objetivos, que é exatamente a integração com os demais componentes da vigilância, conseguir chegar numa atenção primária[...] (Ex-coordenadora 1).

Os profissionais do Cerest Fortaleza vivenciaram essa mudança e sua inserção em uma nova estrutura organizacional como um momento de tensão e sofrimento, uma vez que suscitaram sentimentos de que o Cerest esteve em processo de encerrar suas atividades.

Inclusive dentro da história da construção, isso foi considerado pelos membros do Cerest na época como se o Cerest estivesse acabado. Foi uma luta pessoal, muito minha tentar fazer com que as pessoas compreendessem que era um contexto que a gente estava vivendo.[...] acho que hoje as pessoas estão compreendendo que a questão do professor Vilaça e todo o planejamento da cidade de Fortaleza envolve também o planejamento de saúde e que eles precisam dentro dos objetivos dele cumprir determinadas metas ( Ex-coordenadora 1).

No entanto, essa mudança é fruto da implementação da Política Municipal de Saúde em Fortaleza, com o apoio da consultoria para orientar, monitorar e avaliar os momentos de organização dos processos de trabalho da APS. Nesse contexto de mudança e valorização da Atenção Primária a Saúde, a fala revela que, durante o período de 2013 a maio de 2017, a coordenadora empenhou-se para inserir as ações de saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

Todo o início do professor Vilaça em Fortaleza, foi o primeiro município do Ceará que passou por toda essa reforma que ele está implantando. Isso tudo

está sendo fundamentado pela qualificação profissional através do APSUS, onde nós estamos tentando inserir a questão da saúde do trabalhador nessa formação que está sendo dada no Estado todo. Não é fácil inserir, mas já temos uma abertura e foi o que eu tentei fazer na época em que o professor Vilaça e toda a sua equipe tentou chegar em Fortaleza.[...] Eu passei nesses últimos quatro anos, de 2013 a 2017,[...] muito junto a gestão e trabalhei, auxiliando os planejamentos, indo para as reuniões [...] professor Vilaça e toda a sua equipe que mudou dentro de um planejamento para Fortaleza, não só da saúde, como da cidade inteira, e a saúde entrou também nessa mudança em que ele trabalha principalmente as doenças crônicas e foi muito difícil incluir a saúde do trabalhador dentro da lógica do professor Eugênio Vilaça [...] ( Ex-coordenadora 1).

Percebe-se o engajamento da coordenadora visando primordialmente garantir que a saúde do trabalhador seja contemplada no processo de construção dos processos de trabalho nas Redes de Atenção a Saúde, sobretudo na Atenção Primária a Saúde. Galgando esse propósito, denota-se a sua participação nos diversos momentos de planejamento para a elaboração do novo modelo de gestão da saúde, buscando assegurar que a temática saúde do trabalhador seja incorporada no processo de formação dos profissionais e gestores que atuarão nas Redes de Atenção a Saúde.

A entrevistada revela a experiência de embate no âmbito dessas mudanças ocorridas para implementar a nova configuração da Coordenadoria de Vigilância a Saúde/SMS, no qual foi proposto a denominação de Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

[...] dentro do organograma teve na época o nome de célula de vigilância em saúde do trabalhador; então o Cerest Regional Fortaleza estava incluído na célula de vigilância de saúde do trabalhador. [...] muita luta, questionando isso com a doutora Socorro, muita luta para que isso mudasse. Quando foi agora no final de 2016, saiu uma Portaria em que o nome da célula foi mudado para o nome célula de referência em saúde do trabalhador que se tornou um pouco mais próxima do Cerest; eles botaram uma barra Cerest. Então, isso é uma luta: dá visibilidade ao Cerest; é uma luta dizer que o Cerest é muito mais que vigilância, mas seguindo a estrutura que está em Brasília, está atrelada a Coordenadoria de Vigilância[...]( Ex-coordenadora 1).

Essa realidade contribui para arrefecer o reconhecimento da importância das ações de Saúde do Trabalhador, conforme preconiza a Política de Saúde do Trabalhador. No entanto, a fala demonstra a atitude da coordenadora, a qual buscou dar visibilidade ao Cerest, argumentando a inconsistência teórica que o nome expressava. Como fruto dessa luta, conquistou-se mudança, no qual, com base no decreto nº 13.922/2016 (FORTALEZA, 2016), denominou-se Célula de Referência em Saúde do Trabalhador/ Cerest.

A entrevistada exprime a ideia de que o empenho para assegurar que a saúde do trabalhador fosse contemplada na Rede de Atenção a Saúde galgou êxito, considerando o apoio político expresso pela gestora da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS/SMS), sobretudo pela sua participação nas negociações e nos planejamentos.

Eles tentaram nos inserir nas negociações do professor Vilaça, em todas as reuniões de planejamento, todas as reuniões estratégicas, nós estávamos lá. E nós só conseguimos isso por que a estrutura favoreceu, por que se nós não estivéssemos a saúde do trabalhador estaria totalmente por fora. Então foi muito desafiador, nós conseguimos estar dentro da lógica dele e sempre lutando por visibilidade. [...] Essa é a lógica deles: é reduzir os custos, é juntar estruturas, [...]em que a atenção primária seja ordenadora de todas as coisas, mas os núcleos pensantes estão centralizados para dialogarem entre si e tentarem realizar ações integradas [...] (Ex-coordenadora 1).

Reconhece que essa ação estratégica corroborou a ideia de inserir a saúde do trabalhador nas Redes de Atenção a Saúde, salientando que se não houvesse o empenho do gestor, o campo da saúde do trabalhador não teria sido contemplado pela implementação da Política de Saúde do Município de Fortaleza. Afirma que a Saúde do Trabalhador não é prioridade no enfoque do Modelo de Gestão de processos com foco em resultados.

[...]temos que crescer muito em termos de visibilidade, por que nós não somos prioridade dentro dessa lógica que está sendo construída aqui; as prioridades são as doenças crônicas, inclusive a saúde mental sofreu muito para entrar como uma das redes a serem trabalhadas [...] (Ex-coordenadora 1).

Os fragmentos da fala asseveram que a Política de Saúde do Município tem como foco central atuar na construção das Redes de Atenção a Saúde, no qual a Atenção Primária a Saúde enfatiza a Rede de Atenção às Condições Crônicas.

Então a saúde do trabalhador vai ser uma rede que vai ser trabalhada pela consultoria, mas eles disseram que em médio prazo, em curto prazo eram as doenças crônicas, era o câncer, eram essas redes. Basicamente é isso que está acontecendo aqui. Essa transformação está sendo em todo o Estado. O APSUS é uma lógica do pensamento da fundamentação teórica do Eugênio Vilaça[...] (Ex-coordenadora 1).

Cabe ressaltar um aspecto relevante no que concerne ao processo de reorganização do modelo de atenção primária à saúde, tomando como base a reestruturação da atenção primária nos municípios, iniciada em 2014, com a Planificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará. Com fundamento na proposta do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a Secretaria da Saúde do Estado (Sesa) procedeu a planificação da Atenção Primária à Saúde em Tauá, constituindo como um laboratório.

A qualificação da Atenção Primária à Saúde vem ocorrendo em outros municípios cearenses, como Sobral e Fortaleza, por iniciativa própria. Os resultados auferidos pela reorganização e qualificação dos processos de trabalho, com impacto na melhoria dos indicadores de saúde desses municípios, concorreram para a expansão da planificação, por meio do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica APSUS Ceará (CEARÁ, 2016).

Importa ressaltar que a Secretaria de Saúde do Estado inaugurou o Projeto Qualifica APSUS Ceará em janeiro de 2016, intencionando nortear a reorganização do modelo de atenção a saúde a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e implementação das Redes de Atenção a Saúde (RAS). Referido projeto está vinculado à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas) da Sesa, cuja missão é fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das Redes de Atenção.

Cabe destacar a presença atuante dos sindicatos, os quais encaminhavam os trabalhadores para o Cerest Fortaleza, o qual funcionou durante o período de 2008 a março de 2013 na Regional IV. As falas demonstram que essa localização contribuiu para o acesso dos trabalhadores, os quais procuravam de forma espontânea, ou eram encaminhados pelos sindicatos.

A sede era perto do terminal para favorecer com que o trabalhador tivesse mais acesso. Nós tínhamos certo movimento em Parangaba, mas que em minha opinião também não era satisfatório em termo do trabalhador está lá, mas por ser perto do terminal ele ia. Quando ele sabia, principalmente sendo encaminhado pelos sindicatos, mas não por ele (Ex-coordenadora 1).

[...]O ponto escolhido pelo Odorico foi estratégico, foi Parangaba, que é onde circula a maior parte dos trabalhadores [...]só que, infelizmente, houve um período que a Renast não depositou o dinheiro e aí ficavam as demandas chegando e o dinheiro não chegava e muita coisa não foi feito. [...]o dinheiro chegou da Renast, mas a questão dos coordenadores dos Cerests não serem ordenador de despesa dificulta todo o processo,[...] mas aí fica na própria Secretaria de Saúde e tem toda a burocracia (Profissional 1).

Ainda sobre o Cerest Fortaleza, os entrevistados reconhecem que, nesse período, houve intensa movimentação, fomentada pela presença dos sindicatos que buscavam garantir os direitos dos trabalhadores.

No período de 2006 a 2009, a primeira coordenadora do Cerest Fortaleza empenhou-se no processo de composição da equipe multiprofissional, no intuito de desenvolver ações relacionadas a saúde do trabalhador, conforme demonstra a fala: “ [...] contratar as pessoas para compor a equipe e formação mesmo da equipe na questão do que é saúde do trabalhador [...]”(Profissional 1).

Assim, nessa época, procedeu-se o reconhecimento da área de abrangência, e a socialização dos conhecimentos sobre a política de saúde do trabalhador: “[...]No início, logo com a primeira gestora, nós tentamos reconhecer o nosso território dos 34 municípios, [...] íamos explicar primeiro o que era o Cerest;[...]e conseguimos fazer essas visitas à todas as CRES, [...]” ( Profissional 2).

No período de 2008 a 2011, foram realizadas as ações de saúde do trabalhador no âmbito do Cerest Fortaleza, com destaque para a estruturação da rede sentinela em toda a área de abrangência

[...] esse desafio diário de abrangência, principalmente do Cerest Regional de Fortaleza. É impossível, ele tem que cuidar só da capital,[...]tentar redimensionar as áreas do Cerest, [...] nós trabalhamos na implantação dessa rede sentinela, nos hospitais da nossa área, no interior [...] Em 2008 a 2011, foi esse turbilhão de implantar a rede (Ex-coordenadora 1).

A segunda coordenadora (2009-2013) do Cerest Fortaleza vivenciou momentos de mudanças no país, com o governo petista de Lula e Dilma e, no estado do Ceará, com a prefeita Luizianne Lins(2009-2012), do PT, destacando o apoio recebido, o qual corroborou a construção de um espaço de diálogo com o Secretário Municipal de Saúde e com o sindicato, sobretudo pelo seu engajamento político com os movimentos sociais. “A segunda gestora, muito articulada com o sindicato, fez um trabalho muito voltado para o sindicato e meio ambiente no Cerest lá em Parangaba ainda e aí depois que ela saiu,[...] veio a nova gestão em 2013[...](Profissional 1).

Sobre esse engajamento político, a fala demonstra que esse apoio contribuiu para efetivar as ações em saúde do trabalhador, sobretudo com os sindicatos, cujos trabalhadores apresentavam precárias condições de trabalho, como os motociclistas.

Na segunda gestão do Cerest de Fortaleza,[...], a gente teve bem mais facilidade, devido a questão política, de ter acesso à Secretaria de Saúde;[...], [...] foi um ano que nós conseguimos carro, [...] conseguimos fazer um trabalho mais efetivo[...].Nós trabalhamos com os sindicatos, começou a ficar bem mais forte, [...]aí teve essa facilidade muito grande de se fazer esse trabalho com alguns sindicatos, dos motociclistas, com sindicato dos Correios, e com alguns outros[...] ( Profissional 2).

A gente tinha um trabalho muito grande com os agentes de endemias; exatamente por que os sindicatos eram muito atuantes[...]. Então tinha muita movimentação lá, mas não pela localização do Cerest, mas sim por que os sindicatos dos agentes de endemias na época estavam querendo tirar a escada [...]. O Cerest foi demandado para fazer um trabalho; então, por isso que tinha muito movimento [...]. No começo nós tínhamos uma sede própria [...]. Eu vejo que se perdeu muito, mas no começo, nós tínhamos ações diretamente com os agentes de endemias, diretamente com os sindicatos, com os motociclistas e sindicatos dos correios (Profissional 2).

Merece relevo a atuação do Cerest em defesa dos direitos dos trabalhadores. As falas destacam a atuação do sindicato, sobretudo no período de 2009 a 2012, no intuito de garantir a saúde dessas categorias profissionais. Nesse período, o Cerest desenvolvia suas atividades em um espaço físico amplo, com uma equipe multiprofissional, corroborando o desenvolvimento de ações de promoção a saúde do trabalhador.

Em continuidade, as pontuações do entrevistado são relevantes e demonstram ambiguidade; por um lado, reconhece que, no período da segunda coordenadora, o Cerest de Fortaleza realizou ações de vigilância em saúde do trabalhador e proporcionou suporte técnico aos municípios de sua área de abrangência; por outro, destaca que com a mudança de gestão em 2013, as ações em saúde do trabalhador foram arrefecidas.

Nós tínhamos várias ações, a qual nós fazíamos inspeções, dávamos todo um suporte a demanda que chegava [...]. Conseguimos fazer o trabalho nos 34 municípios? Não. [...] A gente conseguiu fazer alguma coisa no começo? Conseguia pouco, mas se conseguia; conseguia fazer uma visita no município, em uma CRES, [...]mas com o passar da mudança das gestões, isso foi se perdendo[...].Hoje a gente consegue fazer alguma? Consegue. Nós trabalhamos, temos muitas reuniões, mas eu percebo que [...] não é com afinco, como se era antigamente, e essas ações, hoje em dia, elas existem mais propriamente dentro do próprio contexto do SUS[...] (Profissional 2).

No entanto, em 2013, o Cerest Fortaleza passou a funcionar em uma sala dentro da Coordenadoria de Vigilância a Saúde (Covis/SMS), cuja mudança afetou a dinâmica do trabalho, sobretudo pela dificuldade de acesso dos trabalhadores e dos sindicatos. Nesse contexto, o gestor e os profissionais vêm desenvolvendo ações estratégicas para implementar a saúde do trabalhador na rede de atenção a saúde do SUS.

Hoje com certeza a procura do trabalhador lá onde ele está hoje é muito pouca, muito reduzida. Hoje em termos de ação, é uma ação mais estratégica mesmo, de articulação; não do trabalhador que está indo lá,[...].É um trabalho que tem que ser em termos de Cerest, de articulação, não é nem muito de atendimento. Porque quem tem que atender é a rede[...] (Ex-coordenadora).

Importa salientar que o período de 2013 a 2017 pautou-se pelo novo cenário da Secretaria de Saúde do Município, norteado pelas orientações da consultoria do dr. Eugênio Vilaça Mendes.

[...] veio a nova gestão em 2013 que foi na época que começou também o trabalho do Doutor Eugênio Vilaça aqui em Fortaleza, fazendo a consultoria, mudando todo o processo de trabalho, organização do trabalho da atenção primária. E aí nova gestão, [...], ficou muito presa à questão dessa consultoria e o que a gente conseguiu inserir no Cerest foi o projeto "Saúde para Saúde", porque senão a consultoria tinha passado, sem nada de saúde do trabalhador (Profissional 1).

A fala reconhece que, no período de fevereiro de 2013 a abril de 2017, a terceira coordenadora do Cerest Fortaleza desenvolveu ações que corroboraram a ideia de dar

visibilidade a política de saúde do trabalhador no contexto da Secretaria Municipal de Saúde.

[...]o fortalecimento dentro da própria Prefeitura quanto ao reconhecimento de que nós estamos aqui, nós existimos, o próprio Cerest, que na minha visão foi uma contribuição imensa da gestora [...]; ela conseguiu fazer com que o Cerest fosse visualizado realmente dentro da própria Prefeitura.[...] ( Profissional 2).

Em face do contexto político que culminou com a reeleição do prefeito de Fortaleza Roberto Cláudio, em 2016, a Secretaria de Saúde Municipal empenhava-se na reorganização do modelo de atenção a saúde, sob a orientação da consultoria do dr. Eugênio Vilaça.

A entrevistada se pronuncia ainda sobre o contexto social e político vivido desde o início da consultoria, ressaltando a importância de perceber o que é prioritário nesse momento histórico “ Cada um faz aquilo que é mais forte no seu território. Aqui em Fortaleza, forte no território, pelo menos nos últimos quatro anos, foi tentar entrar na lógica do Vilaça, se não você fica de fora[...]” (Ex-coordenadora 1).

Por sua vez, a entrevistada se pronuncia sobre o papel do Nuast e do Cerest Estadual , propondo que: [...]o Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nuast) deveria fazer seu papel a nível estadual; [...] ele deveria conversar com a Superintendência Regional do Trabalho (SRT), conversar com o INSS, traçar essa política entre as instituições, e o Cerest Estadual é potencializador dos Cerests Regionais ( Ex-coordenadora 2)

A Coordenação da Saúde do Trabalhador, no período de 2003 a 2004, estava vinculada ao Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adulto/Copas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. No entanto, nesse primeiro momento não exerceu papel importante na implantação da Política de Saúde do Trabalhador, conforme percebe-se na fala da entrevistada.

O Nuast chegou muito depois como estrutura física dentro da organização da saúde,[...] pois, ele estava dentro da saúde do idoso dentro da Sesa. A Coordenação da Saúde do Trabalhador estava dentro da saúde do adulto, depois que ele entra no organograma da saúde como Nuast, ligado a Copas. Era na Copas, mas não tinha núcleo, não era uma célula forte. O Nuast é o articulador da política estadual de saúde do trabalhador (Ex-coordenadora 2).

Convém ressaltar que a enfermeira Arlete Cavalcante Girão, técnica responsável pela Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador, desenvolveu as ações de saúde do trabalhador, propondo, em 2008, estratégias para implementar a política. Contudo, essas ações foram concretizadas pela enfermeira Bernadete Santos Maciel, quando coordenou o Nuast.

O Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (Nuast) foi criado em 2008 e teve como gestora a enfermeira Bernadete Santos Maciel, no período de 2008 a 2015, cuja atuação estava voltada para a realização de ações descentralizadas, com reuniões nos municípios, sede dos Cerests. Esse conteúdo é revelado pela entrevistada:

A gente tinha reunião mensal; tinha reunião descentralizada. A reunião dos Cerests era nos municípios para a gente conhecer o trabalho dos outros. O Centro de Referência é um mecanismo de agregar, porque tudo que você junta, tudo que você faz as pessoas conhecerem, você agrega. Isso ela fez (Ex-coordenadora 2).

Considerando o contexto político do estado do Ceará, no qual assumiu em 2015 o governador Camilo Santana, tendo como Secretário de Saúde, o médico sanitário Carlile Lavor. Nesse contexto de mudanças, o Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (Nuast) vivenciou um momento de transição, afetando a sua dinâmica de funcionamento, principalmente pela desintegração da equipe e ausência de um gestor. Essa realidade é percebida pela fala: “ O Nuast tinha sido desfeito; está de refazendo” (Coordenadora 2).

Os fragmentos das falas revelam que no período da primeira gestão (2008 a 2015), o Nuast desenvolveu ações voltadas para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, ressaltando a realização de visitas técnicas, seminários com a participação dos Cerests.

A coordenadora do Nuast tinha uma metodologia que ela fazia visita, fazia seminário regional e seminário estadual para eles virem. Tinha reunião que era aqui, ela chamava todos os Cerests. [...]ela teve um modelo de gestão, dentro da forma de articular que ela tinha(Coordenadora 2).

Em face de um contexto de mudanças da Política de Saúde do Estado, com o apoio de uma consultoria, nota-se que, em 2015, o Nuast passou por mudanças em sua gestão e organização, no qual assumiu um novo coordenador, que buscou desempenhar ações de articulação com os Cerests e seminário de avaliação das ações.

Importa salientar que o Nuast passou um período sem coordenação, uma vez que, por questões políticas, o gestor não deu continuidade as ações da Política. No entanto, em 2016, a força política dos sindicatos contribuiu para a nomeação dos coordenadores da Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará.

A nova coordenadora assumiu agora a pouco tempo, com o Nuast ainda muito reduzido, faltando técnico, ela não tem assessor. O Nuast está se reorganizando. Além disso, ela está com uma metodologia excelente, que é através desse comitê que foi formado, onde vai reunir todos os Cerests. Vai reunir a intersetorialidade [...](Coordenadora 1).

Quando nós chegamos em 2010, tinha o Nuast, e nós [Cerest Estadual] fazíamos com ele. [...]Quando a gente voltou em 2016 não tinha Nuast. Nosso primeiro planejamento foi sem o Nuast. Quando passou três meses e viemos conversar com dr. Ivan, foi que articulou o Nuast. Mesmo antes do Nuast ser articulado, a gente já estava atuando (Coordenadora 1).

Chama a atenção na fala de uma das entrevistadas o conflito entre o Cerest estadual e o sindicatos, sobretudo ao perceber que a Política de Saúde do Trabalhador deve contemplar todos usuários do SUS, e não atender as demandas particulares dos movimentos sociais.

O Cerest Estadual teve uma briga política com os sindicatos, quando os sindicatos começaram a perceber que o Cerest não ia fazer a Saúde do Trabalhador do sindicato, mas ia fazer a saúde do trabalhador do SUS, isso criou um confronto entre os sindicatos, por isso acho que um pouco de retaliação, um pouco de falta de motivação, por exemplo, para o conselho gestor continuar com aquela fortaleza que ele veio no começo[...] ( Ex-coordenadora 2).

Ao refletir sobre as competências dos gestores do Cerest estadual, os fragmentos da fala expressam a importância do coordenador embasar sua prática profissional em conhecimentos teóricos e na legislação pertinente a saúde do trabalhador. Nessa direção, afirma que “ [...]a doutora Lúcia de Fátima, ela é técnica da vigilância sanitária,[...] então quando ela recebeu o Cerest estadual, ela foi seguir as orientações, ela não foi criar lógicas[...]” ( Ex-coordenadora 2).

A entrevistada se pronuncia ainda sobre a participação do gestor em movimento sindical, afirmando que essa inserção contribui para a formação de um discurso político consolidado, que pode sobrepujar a dimensão técnica.

[...]quando você vem com uma pessoa que vem da militância do sindicato, então você tem um discurso político muito mais forte, do que o discurso técnico, [...]a gestão é uma coisa e o controle social é outra, a experiência do controle social assumir a gestão não é muito bom no nosso país, percebe;[...] ( Ex-coordenadora 2).

Contudo, tece crítica em relação a presença do controle social, interferindo nas ações do Cerest estadual. Afirma ainda que o conhecimento técnico não constitui a base nas ações. “ [...] por isso o Cerest estadual, [...] a questão técnica, ela não é preservada; você não segue o rigor técnico [...] isso que a política se coloca, tem uma certa dificuldade, e a opinião pessoal, ela interfere muito nesta questão técnica” ( Ex-coordenadora 2).

A fala sinaliza que o controle social não demonstrava consciência coletiva, destacando que no período (2006 a 2007) em que a professora Raquel Maria Rigotto

participou do Conselho Gestor do Cerest estadual evidenciava-se a construção do consenso coletivo. O Conselho Gestor foi criado em 2003, pelo Conselho Estadual de Saúde.

[...]quando eu cheguei na saúde do trabalhador,[...]o controle social [...]não tinha consciência de coletividade, ele iniciou com o consenso coletivo, quando a professora Raquel estava; tinha os sindicatos, [...] mas o conselho gestor do Cerest estadual existe até hoje [...] ( Ex-coordenadora 2).

Ao tecer considerações sobre a atuação do Nuast e do Cerest estadual, a entrevistada preconiza a importância do fortalecimento dessas instâncias de gestão estadual. Reconhece a relevância do conselho gestor para a consolidação da política, propondo que o Cerest estadual tenha uma atitude agregadora.

[...] Está faltando, o empoderamento do Nuast e do Cerest estadual, enquanto gestão estadual. [...]E quanto a questão do fortalecimento da rede de referência. O comitê vai ter papel fundamental para isso. [...] o Cerest Estadual tem que ter uma característica mais agregadora. A agente não consegue visualizar[...] apoio de gestão mesmo Estadual(Cerest estadual) [...] a prática não condiz com a fala ( Ex-coordenadora 2).

A atual gestão do Nuast, iniciada em 2016 até o presente momento, está buscando consolidar a Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará, tendo como estratégia a construção do Comitê Gestor.

O comitê está fazendo esse papel agregador. Por isso, estou depositando a confiança nele. Agregar seria eu pegar os parceiros da rede e conversar com eles, e as decisões sobre a saúde do trabalhador seriam compartilhadas, com a contribuição de todas, com todas as realidades que o Estado do Ceará tem [...] (Ex-coordenadora 2).

Reconhece que no início, os Cerests ocupavam a centralidade da política; no entanto, com a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador passaram a atuar como articuladores da política no âmbito da Rede de Atenção a Saúde.

[...] Antes eram só os Cerests, ponto central da política. Nós perdemos esse ponto central, para ser articulador da rede. A gente foi atuar na própria rede. Nesse momento, foram criadas as coordenações estaduais e municipais de saúde do trabalhador. Aqui no Ceará é o Nuast ( Coordenadora 2).

Ao refletir sobre o papel do Nuast, a coordenadora expressa como prioritário a ação de monitoramento dos Cerests Regionais, destacando a importância do apoio do Cerest estadual no processo de implementação da Política no estado do Ceará.

O Nuast tem um papel de monitoramento dos Cerests regionais, vendo o que eles estão fazendo, pedindo relatório e apoiando.[...] O Nuast faz um elo com o próprio Ministério e com a Secretaria de Saúde do Estado.[...] O Cerest Estadual e o Nuast é para estarem juntos, implementando a política ( coordenadora 2).

Cabe ressaltar o recorte da fala da coordenadora, com ênfase na reflexão sobre a atuação conjunta Nuast e Cerest estadual, os quais desempenham o papel de articuladores da rede de atenção a saúde do trabalhador: “A gente fazia os encontros com os Cerests regionais e as visitas; sempre fizemos juntos. O Cerest estadual e o Nuast são articuladores da rede, com a primazia do Nuast [...]” (coordenadora 2).

O Cerest é uma unidade orçamentária e nós temos verbas próprias que vem do Ministério da Saúde com contrapartida do estado. Tem Cerest que tem pouca contrapartida do município, que vive praticamente do recurso que vem do Ministério. Que é 30.000,00/mês. O Recurso vai ser centralizado na Sesa, um bloco só. Uma conta só. A prestação é do Secretario de Saúde. Cerest o que você fez? Nuast o que a saúde do trabalhador está fazendo. Justificar para o Ministério onde aquele dinheiro está aplicado (Coordenadora 2).

Ao analisar as competências dos órgãos estaduais da política de saúde do trabalhador, a entrevistada preconiza que “o Cerest, ele é operativo, tem que fazer as ações; o Nuast, ele é a supervisão, é o avaliador, é o acompanhante, [...] você pode intervir na discussão política, da política como um todo, de todos os Cerests” (Coordenadora 3).

Ainda sobre a competência do Nuast, a entrevistada acrescenta que seu escopo abrange o campo da supervisão de todos os Cerests regionais e a proposição de ações para serem discutidas de forma coletiva pelos atores dessa política.

Nossa obrigação é acompanhar todos os Cerests. Nós não somos operadores da política, eles (Cerest) vão fazer assistência, a capacitação, os diagnósticos, [...] mas nós somos responsáveis de oferecer proposta pra ser discutida, o entendimento de como fazer dentro da política [...], foi escolhido o Cerest estadual como coordenador disso[...] (Coordenadora 3).

Ao ponderar sobre a Política, a entrevistada destaca que no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 tem uma meta que contempla a ampliação e implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará. Nessa direção, os Cerest devem empenhar-se para atender essa meta. Contudo, reconhece que os Cerest não tem equipe para galgar o cumprimento desse propósito.

Porque lá no Plano Estadual de saúde, que vai até 2019, tem uma meta [...] que engloba as outras, é ampliar e implantar a política de saúde do trabalhador do estado do Ceará, [...] os Cerests, em sua maioria, não têm a equipe mínima determinada pela portaria para fazer um trabalho de política de saúde do trabalhador e existe uma dificuldade imensa das regionais de saúde atender muito mais além da sede do município que está sediado o Cerest (Coordenadora 3).

A entrevistada ressalta que o Nuast promoveu dois encontros no ano de 2016 com a participação de todos os Cerests Regionais, no intuito de acompanhar as ações desenvolvidas nos seus territórios. Como consequência desses encontros, percebeu-se a necessidade de criar esse instrumento Comitê Estadual de Saúde do Trabalhador, no intuito de traçar estratégias coletivas para atender as metas do PPA.

[...] os dois encontros do ano passado(2016) nos levaram a ver que era necessário criar esse instrumento para poder ver se a gente atendia o que era necessário e o que está sendo pedido no PPA, aí nós criamos o comitê, estamos trabalhando com ele[...] já vamos entrar nos seminários, para fazer nosso plano de trabalho, tudo com a participação de todos os Cerests[...] (Coordenadora 3).

O Comitê Estadual em Saúde do Trabalhador realizou o primeiro encontro em março de 2017, tendo como escopo a apresentar as ações e metas dos Cerests Regionais, bem como uma proposta de formação de um Comitê de Articulação em Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. No tocante a essa realidade afirma que:

No primeiro encontro que nós tivemos foi aqui no Cesau, [...] no dia 31 de março de 2017[...] na parte da manhã, nós vimos a apresentação dos trabalhos com os Cerests, ação, meta e prazo[...]; na parte da tarde, o Nuast apresentou uma proposta de constituição de um Comitê de articulação em política de saúde do trabalhador e da trabalhadora, visando a contribuir com a organização dos trabalhos dos Cerests e no acompanhamento da implementação da política de saúde do trabalhador e trabalhadora nas cinco macro regiões do estado do Ceará (Coordenadora 3).

No concernente a atuação do Comitê Estadual em Saúde do Trabalhador, a entrevistada assevera a importância de desenvolver ações no âmbito das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), uma vez que é nesse âmbito que ocorrem as pactuações.

[...] o Nuast junto com Cerest está puxando um Comitê Estadual em Saúde do Trabalhador exatamente para que a gente retorne as Regionais porque é lá que ocorre a pactuação, é lá que ocorre , então a ideia é a gente retornar para as CRES (Ex-coordenadora 2).

Importa salientar que o Cerest estadual tem a competência de coordenar o Comitê Gestor, conforme a entrevistada “o Cerest estadual vai coordenar o comitê e o Nuast vai coordenar a política que está sendo proposta[...]. Você tem que ver que o Nuast está praticamente acabado, uma equipe de duas pessoas” ( Coordenadora 3).

No intuito de atender a meta do PPA, foram definidas duas estratégias de ações, destacando que a primeira refere-se a notificação dos acidentes de trabalho grave, fatal e em crianças e adolescentes e a outra diz respeito aos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

[...]foram escolhidas duas linhas de trabalho para iniciar, que é a questão das notificações dos agravos e acidentes, e também a questão dos transtornos mentais[...]. Este ano 2017, nós vamos fazer três seminários,[...] a mesma temática, é uma atividade para o Estado todo, então aí você vai ter um banco de dados para você fazer um planejamento mais correto (Coordenadora 3).

Convém ressaltar que a construção desse Comitê Estadual em Saúde do Trabalhador corrobora a formação de um banco de dados que fundamentará no processo de planejamento das ações.

Nesse contexto de implementação da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, deve-se refletir sobre os governos Lula, assinalando que sua política primou pela continuidade das contrarreformas neoliberais e intensificou as políticas sociais de caráter focalizado e segmentado. Essas medidas contribuem para o desfinanciamento da política de saúde (BRAVO et al. 2012).

Os governos pós-neoliberais de Lula(2003-2010) e Dilma(2010 a 2016) caracterizam-se pela manutenção do metabolismo político do Estado neoliberal, instituído na década de 1990 no Brasil, considerando sua dimensão restrita, como sociedade política e estrutura burocrático-administrativa; e sua dimensão ampliada, como sociedade civil e seu sociometabolismo(ALVES,2014).

Sob a dimensão política que norteia o campo da saúde do trabalhador, a fala ressalta a relação entre esse campo e o cenário político nacional, destacando a sua complexidade, no qual pode-se vivenciar momento de crescimento e de recuo. Reconhece a dinâmica dos processos, assinalando que, por um lado, as ações são construídas em um determinado momento político; e, por outro, essas ações podem ser desconstruídas. Esses elementos revelaram como a política de saúde do trabalhador ainda não se tornou uma política de Estado, mas de governo, que varia conforme as escolhas políticas dos governantes e de suas prioridades.

[...] a saúde do trabalhador está sempre relacionada com o contexto maior, de avanços e retrocesso diante do cenário político. Isso nacionalmente. São as dificuldades, às vezes, você constrói, vem alguém destrói; tem momento favorável. [...] Estar favorável, vamos pedir coisas; vamos pedir mais Cerests. Esse fluxo é reflexo do movimento social[...] ( Coordenadora 1).

As palavras da entrevistada denotam que a política de saúde do trabalhador no estado do Ceará vivenciou momentos de avanços no que se refere a concretização das ações em saúde do trabalhador, sobretudo nos momentos em que se articulou politicamente com os movimentos sociais e com o poder constituído.

Posto isto, pode-se afirmar que o governo Lula e Dilma, apesar de dar continuidade ao Estado neoliberal, contribuiu para implementar a Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará.

Em fase da historicidade da construção da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, afirma-se a importância de pontuar as ações desenvolvidas pelo Cerest estadual e pelo Cerest regional de Fortaleza no contexto da Rede de Atenção a Saúde.

#### 4.2 AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR DESENVOLVIDAS PELOS CERESTS NAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Fundamental é enfatizar que um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST-SUS) preconiza a importância de garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, o que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

##### 4.2.1 Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito dos Cerests

Importa ressaltar que o Cerest de Fortaleza desenvolve ações de atenção integral a saúde dos trabalhadores no âmbito de sua sede, visando primordialmente identificar as demandas dos trabalhadores e os processos de trabalho que geram o adoecimento.

Nessa perspectiva, a entrevistada assinala que o atendimento aos usuários pauta-se pelo acolhimento e pela atitude investigativa, buscando compreender o contexto de vida e de trabalho que podem estar relacionado ao processo de adoecimento, contribuindo para o estabelecimento donexo causal.

A consulta do Cerest ela é uma consulta de escuta, escuta do trabalhador, as condições que ele traz, [...] se esses exames nos levam a uma suposição que realmente ele está adoecido, os exames e a conversa dele, que ele está adoecido pelo trabalho e essa consulta investigativa, de acolhimento, ela tanto pode já fechar o nexoo, [...] (Profissional 1).

Considera-se que o atendimento aos usuários está ancorado pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), atuando com base em orientações clínicas, éticas e políticas, que se materializam em determinados arranjos de trabalho,

reconhecendo o acolhimento, como uma das diretrizes de maior relevo (BRASIL, 2003).

No campo da saúde do trabalhador é de suma importância estabelecer a relação entre o trabalho e o processo de adoecimento. Nessa perspectiva, ao proceder a análise donexo causal deve-se compreender as dimensões subjetiva, ética, ideológica, jurídica. Dantas (2010) advoga a importância de considerar três aspectos: definição do diagnóstico do agravo à saúde, doença, ou sequela, e seu impacto sobre a saúde física ou mental; identificação da presença no ambiente de trabalho de riscos ocupacionais que podem causar o agravo à saúde; e o estabelecimento da relação entre o agravo à saúde e o ambiente de trabalho, revelando, assim, o nexocausal.

Outro aspecto diz respeito ao laudo médico, explicando que para complementar os dados e encerrar esse laudo, as vezes, é necessário proceder uma visita as empresas, com a presença do sindicato, no intuito de identificar o contexto de produção e as condições de trabalho que possam evidenciar o risco ocupacional. Assinala-se que o conhecimento da realidade dos processos produtivos e o histórico do adoecimento concorrem para o estabelecimento do nexocausal, para fins de notificação do sistema de informação Sinan. A fala mostra esse conteúdo.

[...]é a questão do laudo, então muitas vezes para gente fechar um laudo é necessário uma visita na empresa. Então antes do laudo, a gente tinha que fazer uma visita à empresa, junto com o sindicato; avaliar aquele local onde o trabalhador, que veio adoecido, executa suas funções e aí a gente ver se realmente há presença daquele risco,[...] e trazia as informações para fechar ou não nexocausal (Profissional 1).

Em face do atual contexto do Cerest de Fortaleza, no qual a equipe não dispõe de médico, desde 2014, o atendimento não se concretiza. No entanto, esse trabalhador é encaminhado para o Cerest estadual. Contudo, explica o fluxo do atendimento, no qual o usuário é acolhido pela enfermagem que procede a *anamnese*; em seguida, é encaminhado para o médico, que estabelece o nexocausal.

Quando vem um usuário, a gente manda para o Cerest estadual, porque sem o médico[...]. O fluxo seria passar pela enfermagem para fazer a triagem inicial e começar a *anamnese*; depois [...] passa para o médico, ele faz o resto da *anamnese*, se ele ver a necessidade de passar pelo fisio ou fono, ele encaminha[...]. Mas, sem o médico, fica meio sem fluxo.[...]a gente não pode assinar uma homologação.[...] a gente não pode fechar um laudo [...](Profissional 3).

A fala demonstra que a equipe multiprofissional, no momento atual, não está realizando o atendimento aos trabalhadores, principalmente, pela inexistência do profissional médico. Logo, percebe-se que o saber médico constitui-se como o principal conhecimento que definirá o nexu causal.

No que concerne a reabilitação, a fala relata que o Cerest de Fortaleza não atende a essa demanda, afirmando que os profissionais encaminhavam o usuário para a Rede de Atenção a Saúde, visando realizar os exames que esclareçam a relação trabalho e processo de adoecimento, com a finalidade de estabelecer o nexu causal.

[...] nós nunca tivemos reabilitação; [...]. quando a fonoaudióloga ou alguém precisava de algo mais aprofundado, voltava os trabalhadores para a rede SUS, [...] para a Unidade de Saúde e pedia aquele exame tal; [...] eles já iam com todos os documentos, com todos os exames. Sempre o Cerest fazia o nexu causal; quando não fechava o nexu, [...] a médica pedia outros exames (Profissional 2).

Ao tecer ponderações sobre a reabilitação, a entrevistada considera que essa ação não é compreendida, argumentando que as demandas dos trabalhadores devem ser acolhidas e encaminhadas para a rede de atenção a saúde.

[...] essa questão da reabilitação, ela é mal interpretada, quando você fala de reabilitação, não significa: eu faço assistência, eu faço reabilitação. Eu não estou dizendo que o Cerest vai ter uma academia de reabilitação, não, estou dizendo que [...] as problemáticas estão sendo pontuadas, e essas problemáticas devem ser encaminhadas para o lugar certo dentro do SUS para fazer a reabilitação e a recuperação. Não é o Cerest que vai operar, ele vai encaminhar [...] (Coordenadora 3).

No que se refere a reabilitação, as entrevistadas compreendem que esse processo não se constitui competência dos Cerests estadual e regional, cujo entendimento está em consonância com a PNSSTT: Art 14. Cabe aos Cerest, no âmbito da Renast: “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 de sua área de abrangência”. (BRASIL, 2012, p. 12). Com arrimo dessa competência, afirma-se que o Cerest deve coordenar os projetos que abordam a produção do cuidado integral, os quais devem ser executados nos diversos pontos de atenção à saúde.

Ao refletir sobre a prática da assistência, a fala revela que essa ação não deve ser prioritária no escopo do Cerest; no entanto, afirma a sua importância, uma vez que

o Cerest é uma porta de entrada e unidade de referência para as doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Eu vejo que não é prioridade, porém ela é necessária. Porque o Cerest é um serviço de porta aberta, por exemplo, é uma unidade de referência para a doença relacionada ao trabalho, então a gente não pode voltar esse trabalhador, e eu acho necessário para o fechamento de estabelecimento de nexos causais, pra questão de organizações de vigilância, pra priorizar por onde eu vou começar. Então é importante realmente essa questão da assistência. [...]é um serviço de referência que realmente tem que ter atendimento lá. Mas eu vejo que o foco maior é a descentralização dessas ações e, principalmente as ações de vigilância (Ex-coordenadora 3).

Na sua fala, a entrevistada aponta que o atendimento contribui para o estabelecimento do nexo causal, e para a organização de ações de vigilância em saúde do trabalhador. Esse pensamento está em consonância com a PNSTT, conforme preconiza o Art 6º:

Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;[...] (BRASIL, 2012)

Na ótica da entrevistada, os Cerests constituem-se porta de entrada para o processo de cuidado a saúde dos trabalhadores, no qual deverá ser acolhida sua demanda, e realizado os procedimentos de orientações no campo da saúde e jurídica, e encaminhado para a rede de atenção a saúde ou para a rede socioassistencial e jurídico.

Mas é a porta de entrada mesmo. Não precisa essa regra, o trabalhador pode procurar também o Cerest, porque não? [...] a atenção primária é a porta de entrada, que é por onde começa, mas quando estou dizendo a porta de entrada pra iniciar o processo; quando um trabalhador chega aqui, que pode ser de ordem jurídica, pode ser de saúde, [...], mas ele vem aqui para poder ver para onde vai encaminhar, vai para atenção básica, ou para a Superintendência Regional do Trabalho(SRT), [...]ou você vai para o Caps, que lá tem a equipe para atender e fazer a triagem(Coordenadora 3).

Conforme preconiza a Portaria nº 4.279 /2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, a “Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2010).

Ao ponderar sobre os atributos da RAS, no qual a Atenção Primária em Saúde é a coordenadora do cuidado, denota-se que as entrevistadas têm essa

compreensão; no entanto, compreendem que os Cerests devem acolher as demandas dos trabalhadores, no intuito de compreender a realidade social e de trabalho desses usuários, visando primordialmente proceder o estabelecimento do nexos causal, as orientações e os encaminhamentos pertinentes para a rede de atenção a saúde do SUS.

A fala da entrevista revela que no Cerest estadual tem o eixo da atenção integral, englobando a assistência.

[...] tem o eixo da Atenção Integral, que aí entra a assistência como um todo, entra os atendimentos [...], aqueles procedimentos em saúde do trabalhador; e isso desde que o Cerest foi fundado. O acolhimento a essas demandas dos trabalhadores [...] (Coordenadora 2).

Ao refletir sobre o atendimento no contexto do Cerest estadual, a entrevistada enfatiza que a demanda era espontânea e de portas abertas. No entanto, relata as dificuldades, principalmente por que o Cerest não estava na regulação.

Qual é a dificuldade em termos de assistência? A gente não estava na regulação, [...] a gente atendia as necessidades dele, fazia a escuta, a notificação, fazia o nexos, fazia tudo que tivesse ao nosso alcance, mas se dependesse de um exame, ele tinha que voltar para a atenção primária para começar o referenciamento dele, porque a gente não estava na regulação. Então a gente ano passado também solicitou entrar na regulação [...] (Coordenadora 2)

Na percepção da entrevistada, o Cerest estadual deve ter um espaço para realizar a assistência ao usuário, entendendo que esse momento deve constituir-se no processo de compreender a realidade social e de trabalho do usuário.

[...]eu acho que tem que ter uma equipe mínima de referência, tem que ter uma assistência, com o espaço assistencial para um caso mais complexo que seja encaminhada pela rede, e a gente tentar discutir, encaminhar, e fazer a referência e a contrarreferência. [...] todo mês a gente tem que mandar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) para a regulação do município, [...] então isso é muito característico do ambulatório [...] (Coordenadora 2).

Esclarece que o atendimento ambulatorial realizado pelo Cerest deve configurar-se como um momento de acolhimento e escuta, reconhecendo que o usuário deve ser acolhido na atenção primária a saúde..

[...]a responsabilidade do Cerest que é prioritariamente capacitar e preparar essa rede para o trabalhador ser atendido lá, porque um acidente de trabalho ele não vai vir para o Cerest, [...], a gente não tem como fazer exame [...] a gente tem que fazer um atendimento ambulatorial nessa perspectiva, em uma primeira escuta, de um primeiro acolhimento, que ao mesmo tempo, a gente acredita que deve ser feito na atenção primária (Coordenadora 2).

Ao refletir sobre as ações realizadas no âmbito do Cerest de Fortaleza, a fala revela que a homologação sempre foi uma ação concretizada pela médica do trabalho, argumentando a favor dessa prática no âmbito do Cerest.

Algumas pessoas dizem que o Cerest não deve fazer homologação e a gente ficava nesse limbo, porque na hora que eu faço homologação, eu dou a esse trabalhador, que até então está desempregado, a possibilidade de uma vaga de emprego e isso é saúde do trabalhador; está desempregado adocece o trabalhador. E aí existe ainda uma desconexão entre os pensamentos na área, mas mesmo assim o Cerest Fortaleza até a saída da Dra Eugênia, acho que foi 2013/2014, até enquanto ela esteve aqui, nós tínhamos a questão da homologação. Eu acho que a homologação pode ser feita por qualquer médico, inclusive do Cerest[...] ( Profissional 1).

No entanto, reconhece que a homologação pode ser realizada pela rede de atenção a saúde. Salieta que essa ação contribui para garantir o direito dos trabalhadores a inserir-se no mercado de trabalho formal; por isso defende que trata de uma ação que configura saúde do trabalhador.

A homologação, por exemplo, as empresas têm que cumprir a cota de contratação de pessoas com deficiência [...] eles procuram para saber tanto se ele está apto, quanto se ele ainda está com aquela deficiência, geralmente eles já vêm com todos os exames, mas a gente nem está mais oferecendo esse atendimento, a gente já atendeu nessa perspectiva de entender que seria uma demanda do trabalhador, porque o trabalhador procurou o Cerest e a gente atendeu, tanto é que não é era uma demanda excessiva[...] (Coordenadora 2).

Em relação a essa temática, considera-se que o Cerest não deve fazer homologação, uma vez que a competência da equipe deve voltar-se para dar retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda a rede SUS.

O Cerest estadual como ele é responsável pelo Estado inteiro ele tem que ser um eixo articulador, ele não pode estar assumindo alguns papéis dentro dessa Rede, ele tem que estar articulando, ele tem que estar mobilizando a Rede para que a Rede assumam[...] (Coordenadora 2).

No que concerne a homologação, a fala revela que o Cerest estadual desde o início realizou essa ação. No entanto, a equipe tem analisado a pertinência deste procedimento no âmbito do Cerest, destacando que as demandas eram encaminhadas pelos sindicatos.

Teve um momento que o Cerest começou a atender homologação, os sindicatos mandavam as pessoas com deficiência para receber um atestado de uma deficiência X para que eles ingressarem no mercado de trabalho a partir das cotas que a lei exige da empresa.[...] não era nem para o Cerest fazer isso[...]se é demanda de trabalhador não interessa o que está na portaria, a gente acolhe, atende, e aí a gente vai discutindo essa questão da homologação ao longo do tempo, até que houve uma decisão da equipe toda de que a gente não deveria atender homologação realmente, que a gente deveria estar

encaminhando e aí isso não aconteceu, mas no geral é demanda livre, demanda espontânea (Coordenadora 2).

Contudo, esclarece que o fato do Cerest estadual, em 2017, está em fase de mudanças para uma nova realidade e espaço físico, a equipe está em processo de discussão sobre a ação de homologação no âmbito desse dispositivo.

A vinda para cá (Copas/Sesa) ainda está meio, a gente ainda está para trabalhar esse processo da assistência, mas a gente é unidade ambulatorial, a gente todo mês, a gente alimenta o SIA/SUS com as informações do Boletim de Produção Ambulatorial(BPA), a gente não tem uma produção alta[...]a gente não está fazendo, a rede tem que estar fazendo[...] (Coordenadora 2).

Porém, ressalta que a produção relacionada ao BPA ocorre de forma ínfima. Salientando que a RAS deve acolher esse usuário em sua integralidade.

[...]o papel do Cerest não é fazer, assumir essa reabilitação, o papel do Cerest é realmente trabalhar para que a rede assuma isso, [...] a fala da Renast é que a assistência vá a um nível tal de chegar ao ponto de dizer que não tem mais assistência no Cerest, que a rede está pronta, está recebendo, está atendendo, está acolhendo, então eu acho que o ideal é isso mesmo Cerest (Coordenadora 2).

Ao refletir sobre as ações em saúde do trabalhador no âmbito dos Cerests regionais, a entrevistada afirma que os profissionais procedem o monitoramento das notificações das doenças e agravos relacionados a saúde do trabalhador.

O Cerest tem feito também monitoramento, o Cerest está tendo acesso às notificações. [...] todo mês, eu repasso o banco de dados das notificações de acordo com a área de abrangência de cada Cerest, então foi uma forma de fazer com que o Cerest acompanhe um pouco o retrato do que está acontecendo em sua área; então isso desde 2013, a gente está conseguindo fazer( Ex-profissional 1).

Convém ressaltar que as demandas do Cerest estadual são provenientes do sindicato, do INSS, demanda espontânea; no entanto acrescenta que a Atenção Primária a Saúde não tem encaminhado o usuário para ser atendido nesse dispositivo de atenção a saúde dos trabalhadores.

Às vezes, vem via sindicato, vem via INSS; às vezes; vem encaminhado, dificilmente vem encaminhado de uma Unidade de Saúde [...]; dificilmente vem da Atenção Primária[...]; geralmente vem com uma demanda muito mais de atestado, de garantir um diagnóstico que dê a proteção que ele precisa (Coordenadora 2).

Em face do exposto, pode-se afirmar que as ações desenvolvidas pelos Cerests estadual e regional caracterizam pela assistência individual, compreendida como um

momento em que se busca conhecer a realidade de vida e de trabalho, no intuito de analisar o nexo causal e efetivar a notificação das doenças e dos agravos relacionados a saúde no sistema Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Também, como consequência desse atendimento, o usuário deverá ser orientado e encaminhado a rede de atenção a saúde, utilizando a estratégia de referência e contrarreferência, visando a garantir o atendimento integral do usuário.

Apresentam-se as reflexões da entrevistada sobre a atuação do Cerest estadual, no que se refere a promover a capacitação dos profissionais que atuam no âmbito dos Cerests regional, e apoiar as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (Nuast).

O papel como Cerest regional foi de promover a capacitação e apoiar o Nuast nas ações; ações de fazer visita técnica e ver quais as demandas, as necessidades [...]. Nós fazíamos o nosso planejamento estratégico e a gente pedia que eles viessem, apresentasse o que eles tinham feito. Eles faziam o relatório em forma de apresentação[...] ( Coordenadora 2).

Registram-se as reflexões da entrevistada quanto a atuação do Cerest estadual, destacando que é de sua competência promover educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção a Saúde. Portanto, no âmbito do Cerest ocorre o processo de planejamento dessas ações.

Como se evidenciou, as contribuições advindas das reflexões abordadas nesta seção indicam a importância das ações em saúde do trabalhador, desempenhadas no âmbito do Cerest estadual e regional de Fortaleza, com destaque para as ações de acolhimento e atendimentos aos usuários do SUS, os quais apresentam demandas originadas do processo de trabalho e sua relação com o adoecimento, cuja abordagem visa compreender esse contexto e identificar a existência de nexo causal. Julga-se este momento importante para ponderar sobre as ações em saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

#### **4.2.2 Ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reconhece a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) ao propor a estratégia de estruturar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no contexto da Rede de Atenção a Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Importa ressaltar a contribuição da Atenção Primária à Saúde no processo de cuidado integral à saúde dos trabalhadores, sobretudo pela sua inserção nos processos produtivos, com destaque para a organização da atenção no âmbito do SUS, consoante as premissas do campo da Saúde do Trabalhador.

Em consonância com o pensamento da Saúde Coletiva, o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores se organizou como prática de saúde integral, com ênfase na indissociabilidade das ações de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde, com a participação dos trabalhadores como sujeitos sociais na construção das ações em todas as fases dos processos.

Importa salientar que, no Brasil, o Decreto 7.508/2011 e a Portaria 4.279/2010, que norteiam as redes de atenção a saúde, atribuem à Atenção Primária a Saúde (APS) o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, reconhecendo sua capacidade de agir de forma resolutiva frente as demandas de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Nesse horizonte, reafirma-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redefinida pela Portaria nº 2.488/2011, preconizam as diretrizes para a organização da Atenção Básica, definindo suas particularidade no campo da produção do cuidado a saúde:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 2).

Ao tecer considerações sobre a compreensão do especto da Política de Atenção a Saúde, percebe-se o alcance de suas ações no que se refere a dimensão da integralidade do cuidado, propondo-se a atuar na perspectiva de estimular a autonomia das pessoas.

Outro aspecto importante sobre a PNAB diz respeito aos princípios que orientam a Atenção Primária a Saúde, destacando a universalidade, a acessibilidade, a formação de vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, equidade e a participação social. Assim, configura-se como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, no qual o usuário é reconhecido em sua singularidade e em sua inclusão sociocultural (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador(Renast) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, pressupõe ações de Saúde do Trabalhador no âmbito da Atenção Primária a Saúde. Sob esse prisma, apresentam-se as ações desenvolvidas pelo Cerest regional de Fortaleza na APS.

No ano de 2006, o Cerest regional de Fortaleza desenvolveu ações de saúde do trabalhador, com enfoque em educação em saúde, no qual realizou oficinas: “conhecendo meu ambiente de trabalho”; construiu mapas de risco dos serviços de saúde; promoveu oficina sobre ações de saúde do trabalhador na 1ª Cores de Fortaleza; e participou da oficina de ações para implantação de saúde do trabalhador no humaniza SUS do Ministério da Saúde (FORTALEZA, 2006).

Em continuidade, no período de 2007 a 2009, os profissionais desenvolveram ações de saúde do trabalhador, com destaque para o reconhecimento e mapeamento do território de Fortaleza e de sua área de abrangência e visita técnica as Coordenadorias Regionais de Saúde(CRES), visando primordialmente abordar sobre a importância da política, além de promover capacitação no campo da saúde do trabalhador.Os fragmentos das falas revelam essa realidade.

[...]No início, logo com a primeira gestora, nós tentamos reconhecer o nosso território dos 34 municípios, [...]nós íamos visitar, íamos explicar primeiro o que era o Cerest;[...]e conseguimos fazer essas visitas à todas as CRES, [...]nós não visitamos os municípios diretamente pela inviabilidade do transporte e financeira, [...]mas, nós conseguimos reunir os municípios nas CRES[...](Profissional 2).

Nesse período, a gente começou realmente a mapear todo o território de abrangência do Cerest de Fortaleza. Nós desenvolvemos um instrumento que era o levantamento do perfil dos municípios que agregava a questão epidemiológica, os processos produtivos e quais os serviços públicos que tinham naqueles municípios[...] (Profissional 1).

A fala demonstra ainda a construção de um instrumento que identifique o perfil dos municípios, congregando aspectos atinentes a epidemiologia, aos processos produtivos e a relação dos serviços públicos no território.

Um dos objetivos da PNSTT visa promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, o que pressupõe a “contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente” (BRASIL, 2016,p.3). Em consonância com essa política, o Cerest desde a sua criação, em 2006, vem desenvolvendo ações de promoção e proteção a saúde, expressa pelas ações sócio-educativas.

Conforme observam Dias e Silva (2013), as ações educativas e de promoção da saúde integram o cotidiano das equipes da APS, cuja prática necessita a construção de relação de confiança e de vínculo entre equipes de saúde e usuários/comunidades.

Sob esse prisma, as ações de promoção da saúde no campo da saúde do trabalhador devem estar pautada pelo reconhecimento do trabalho como um espaço que pode contribuir para gerar adoecimento. Portanto, Dias e Silva (2013) advogam que essas ações corroboram o processo de empoderamento dos trabalhadores, “por meio do conhecimento e de informações sobre as relações trabalho-saúde-doença e do estímulo à organização dos trabalhadores”(p.33).

Sob essa questão, os fragmentos da fala evidenciam que a equipe desenvolveu ações de educação em saúde, ministrando palestra nas escolas, abordando conteúdos relacionados ao trabalho infantil. “ [...] palestra nas escolas sobre trabalho infantil a gente fez muito, os prejuízos do trabalho infantil para saúde da criança. [...]”(Profissional 1).

A fala demonstra que as ações de educação em saúde contribuíram para fortalecer as ações do SUS. Sob esse prisma, são desenvolvidas palestras com enfoque em saúde do trabalhador para a Rede de Atenção a saúde. Acrescenta ainda que essas ações podem ser realizadas no âmbito de empresas privadas, englobando palestras e capacitações.

[...]e fora isso toda a questão de palestras , porque também é um suporte para o SUS, palestras e capacitações para a própria rede SUS e uma ou outra empresa privada, isso existia também, ou até como hoje ainda existe, essa questão de palestras[...](Profissional 2).

A estratégia de desenvolver ações de promoção a saúde dos trabalhadores do SUS converge com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, com destaque para o art. 3º

[...]promover políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos relacionadas à saúde do trabalhador do SUS; promover a atenção integral à saúde do trabalhador do SUS de forma descentralizada e hierarquizada, conforme critérios epidemiológicos, respeitando a legislação em vigor e as responsabilidades de cada empregador; promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando o Trabalho Decente, a desprecarização de vínculos trabalhistas, a humanização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho[...] (BRASIL, 2012)

A pesquisa revela que a equipe desenvolveu ações de promoção e de vigilância à saúde dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Conforme

preconiza a PNSTT, em seu art.14, uma das competências do Cerest deve contemplar “[...]a coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência”(BRASIL, 2012).

Corroborando essa competência, assinala-se que, no período 2007 a 2009, foi desenvolvido o Projeto Saúde para a Saúde para atender os trabalhadores que atuam na Atenção Primária a Saúde. Ao se referir a esse projeto, a entrevistada ressalta seu escopo no que concerne a promover a saúde desses profissionais. Destaca-se que esse projeto requer a construção do mapeamento de risco das Unidades de Atenção Primária a Saúde(UAPS) e a capacitação dos próprios trabalhadores dessas unidades, visando primordialmente ampliar seus conhecimentos sobre a importância de cuidar de si e dos usuários.

[...] Saúde para a Saúde, que é um projeto voltado para os trabalhadores da saúde de Fortaleza nas Unidades de Saúde; vai vir toda a questão de mapeamento de riscos das Unidades de Saúde, de capacitação para os próprios trabalhadores da saúde dessas unidades[...] (Profissional 2).

Os fragmentos da fala ressaltam que esse projeto se propõe a desencadear um pensar crítico sobre o processo de adoecimento produzido pelas relações de produção no trabalho, destacando que os trabalhadores podem melhorar sua condição de trabalho e, conseqüentemente, reduzir o risco de adoecer.

O Cerest na atenção primária tem trabalhado o projeto Saúde para a Saúde que é tentando fazer com que os trabalhadores da saúde comecem a perceber que o trabalho adoeca e que muitas coisas que existem no ambiente de trabalho e que podem melhorar sua condição de trabalho e reduzir o risco estão nas mãos deles, que eles podem organizar muita coisa (Profissional 1).

Percebe-se um equívoco teórico ao atribuir ao trabalhador a responsabilidade de melhorar as condições de trabalho e reduzir o risco, como se o trabalhador tivesse o domínio e a propriedade das condições materiais de produção. Contudo, a dinâmica das relações de produção na sociabilidade do capital contribui para criar um ambiente de trabalho, caracterizado pela precarização das condições objetivas e subjetivas de vida. Nessa direção, assinala-se que o trabalhador não tem o “poder” de mudar as condições de trabalho, e, não tem o “poder” de reduzir o “risco”, haja vista que esse “risco” é inerente aos processos de produção do capital ( destaque do autor).

Ao refletir sobre a precarização do homem-que-trabalha, Alves (2014, destaques do autor) advoga que essa precarização é produto da *síndrome da nova*

*superexploração da força de trabalho* que demarca o desenvolvimento do capitalismo no Brasil na era da mundialização do capital. Assim, ela é proveniente dos impactos da nova precariedade salarial no contexto da gestão toyotista e das novas tecnologias informacionais, na subjetividade do trabalhador assalariado. Portanto, afirma-se que esse contexto gera os adoecimentos laborais.

Esse projeto tem um alcance em seu escopo, no que tange a compreender o trabalhador que atua na UAPS em Fortaleza, de forma integral, estimulando a criação do prontuário para esses profissionais da saúde, além de supervisionar a realização de exames periódicos. Nessa direção, a fala revela que a centralidade desse projeto é a qualidade de vida no trabalho.

A gente tem mostrado a importância de a atenção primária ter o prontuário do seu trabalhador, acompanhar se esse trabalhador está fazendo exames periódicos, porque como serviço público ele não tem a fiscalização do Ministério do Trabalho [...] colocar a saúde do trabalhador em foco; [...] então esse projeto, ele incentiva a criação de comissões locais de saúde do trabalhador, aí para ver tudo, acidente de material biológico, como é que vai fazer o fluxo, para onde leva o paciente, como é que investiga, como é que está a vacina (Profissional 1).

Ainda sobre este projeto, a equipe do Cerest se propõe a criar as comissões locais de saúde do trabalhador, destacando que essas comissões têm diversos espectos de ações, com destaque para a notificação dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, especificando os procedimentos e fluxos necessários para a resolutividade da questão relacionada a saúde do trabalhador.

Ao refletir sobre esse projeto, reconhece a sua contribuição para a promoção da saúde e de ambientes saudáveis, no qual a fala demonstra o seu significado, como um caminho para compreender a realidade vivida no trabalho, bem como instigar momentos de discussões sobre as temáticas relacionadas ao trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador.

Ações específicas para o ambiente de trabalho, a gente poderia estar pensando no projeto Saúde para a Saúde que a gente fez e vem fazendo essa ação de promoção a partir da discussão, a partir da fala, para que o trabalhador incorpore essa questão da saúde do trabalhador e a partir daí ele também seja capaz de promover seu ambiente saudável (Profissional 1).

Outro aspecto destacado na fala diz respeito ao processo de aprendizado sobre a saúde do trabalhador, cujos conhecimentos podem ser aplicados em sua vida e no

contexto de trabalhador, cuja ação pode ser revestida em prática no território, onde as pessoas resignificam o seu viver.

Porque se o trabalhador não tiver envolvido, o ambiente saudável nunca vai existir, porque ele é um ator fundamental no processo[...]Então é nessa questão, o projeto Saúde para a Saúde, ele tem essa missão de incorporar o trabalho na visão dos profissionais da saúde, levando essa questão de promoção, promovendo ambientes saudáveis e, conseqüentemente, quando eu aprendo para mim, eu aprendo para os outros e aí ele pode está levando isso para o território (Profissional 1).

Importa salientar que no período de 2009 a janeiro de 2013, o projeto Saúde para a Saúde não desenvolveu ações de Saúde do Trabalhador na UAPS, uma vez que a coordenadora priorizou outros projetos voltados para o fortalecimento do controle social, com a participação dos sindicatos, os quais demandavam determinadas ações de proteção à saúde do trabalhador. A fala mostra essa realidade.

[...]Esse projeto, ele era feito em 20 horas, então os trabalhadores da atenção primária trabalhavam 8 horas, uma turma vinha pro curso de manhã e a outra vinha à tarde, [...] e a gente conseguiu em duas unidades;[...]depois da primeira gestão, esse projeto não foi priorizado e aí aquilo que você não visita e revisita cai em desuso (Profissional 1).

O projeto Saúde pra Saúde iniciou no final da primeira gestão. Fizemos duas unidades. Quando foi no tempo da [...], não levamos adiante em nenhuma unidade. Na gestão da [...]então ela reativou, de uma forma diferente, mudança total. Passou a ser só um dia, pela manhã. A gente fazia explanação sobre saúde do trabalhador, riscos e agravos, e a tarde tinha confecção de mapa de risco ( Profissional 3).

Nesse horizonte, a partir de fevereiro de 2013, o projeto Saúde para a Saúde passou por um processo de análise em sua metodologia de intervenção. Também os trabalhadores estão vivenciando outro cenário, com carga horária de seis horas ininterruptas. Nesse contexto, esse projeto contempla momentos de participação em uma roda de conversa, no intuito de discutir sobre a elaboração do mapa de risco, destacando os diversos riscos ocupacionais que podem emergir nos processos e ambientes de trabalho.

[...] a gente tem uma roda de conversa, [...] ensina a fazer o mapa de risco para que eles comecem a entender o risco químico, físico e biológico, e discute a possibilidade da comissão, então a única unidade que formalizou essa comissão foi UAPS Waldemar de Alcântara, mas houve mudança da gestão e a gente deu uma paradinha. Nós estamos até devendo um momento de planejamento das ações da comissão, que a gente acredita que vai ser retomado depois da Conferência de Vigilância em Saúde e até de uma forma mais forte, porque esse tema Saúde para a Saúde vai ser discutido na Conferência de Vigilância (Profissional 1).

É relevante a discussão sobre a dimensão dos riscos ocupacionais, uma vez que o termo risco remete a compreensão conceitual relacionada a medicina do trabalho, ancorada no pensamento cartesiano e positivista, cuja realidade tem base nas Normas Regulamentares e no arcabouço legislativo com base na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho- PNSST, conforme o decreto nº 7602, de 7 de novembro de 2011.

Consoante preconiza a PNSST, os objetivos visam “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”( BRASIL, 2011).

O Mapa de Risco dos acidentes de trabalho está preconizado na Norma Regulamentadora (NR) nº 5; no entanto, esta norma refere-se à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa), cujo objetivo compreende a “prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador”.

Nessa perspectiva, destaca-se que uma das atribuições diz respeito a identificação dos riscos do processo de trabalho, e elaboração do mapa de riscos, com a participação dos trabalhadores, sob a assessoria do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (Sesmt), onde houver; e a elaboração do plano de trabalho que contribui para a ação preventiva na resolutividade de problemas de segurança e saúde no trabalho (BRASIL, 2011).

O Risco Ocupacional está pautado na Norma Regulamentar(NR) 32, a qual aborda sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, visando a “estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral” (BRASIL, 2011 ).

Em face dessas Normas Regulamentares, que norteiam as ações do projeto Saúde para a Saúde, pode-se assinalar que esse projeto configura-se como um caminho para a promoção da saúde do trabalhador; em oposição a essa realidade, deve-se reconhecer que seus princípios estão pautados na perspectiva cartesiana.

Outro aspecto pertinente a esse projeto alude a formação dos profissionais de saúde das UAPS, visando capacitá-los no manejo do mapa de risco. Assim, alguns municípios da área de abrangência têm participado de curso ofertado pela Escola de

Saúde Pública, destacando que esses conhecimentos devem ser aplicados no território.

A fala a seguir revela esse conteúdo:

Essa capacitação da atenção primária para atender o trabalhador em sua área foi mais fortemente feita em Maracanaú e Pacatuba. Em Fortaleza, a gente tem tido alguns profissionais da atenção primária, participando dos cursos promovidos pela Escola de Saúde Pública para começar a fomentar a saúde do trabalhador no território (Profissional 1).

A entrevistada destaca que a equipe do Cerest Fortaleza participou do processo de capacitação, incluindo conteúdos voltados aos riscos ocupacionais, visando atuar no projeto Saúde para a Saúde no âmbito da UAPS, destacando que realizaram a formação em vinte unidades.

[...] nós conseguimos fazer uma oficina onde os trabalhadores daqui foram capacitados no projeto de saúde para saúde nas coisas básicas. Quais são os riscos inerentes no seu ambiente de trabalho? Nós conseguimos chegar em 20 unidades de saúde [...] Não foi fácil; em um contexto de Copa do mundo, dentro do contexto de Zika, Chikungunya e Dengue [...] (Ex-coordenadora).

Por sua vez, as considerações de uma das entrevistadas sobre esse projeto apontam para o seu alcance no que concerne ao processo de cuidado e de produção da saúde, os quais abrangem a dimensão individual do próprio trabalhador da saúde e a dimensão coletiva que inclui todos os usuários do SUS.

O projeto saúde para saúde, [...] a gente não fala só pra cuidar da saúde deles, a gente também fala pra cuidar do usuário. A gente mostra que a notificação, ela não acontece só em tais pontos que eles também são pessoas que podem identificar o acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho, tudo depende do olhar dele e da sensibilidade na hora da *anamnese*. Eu estou com uma dor nesse braço, você trabalha com que? [...] saber que aquela dor tem haver com o trabalho ( Profissional 3).

Em face desse processo de cuidar, o projeto fomenta a capacidade dos profissionais de saúde de estarem ampliando o seu olhar para compreender a relação entre o trabalho e o processo de adoecimento. Nessa direção, o profissional deve ser capaz de identificar as doenças e os agravos relacionados ao trabalho, principalmente aqueles de notificação compulsória e universal.

Consoante preconizam Dias e Silva (2013), o acolhimento e a consulta constituem momentos essenciais para a identificação do usuário como trabalhador. Assim, o profissional de saúde deve conhecer as queixas e os problema de saúde exposto pelo usuário, buscando identificar a relação com o trabalho, por meio da coleta da história ocupacional. Sob esse prisma, advoga-se que o estabelecimento da relação do agravo ou doença com o trabalho deve produzir a notificação no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (Sinan), bem como o planejamento das ações de vigilância e intervenções em ambientes de trabalho.

Assim, fala demonstra que o Projeto Saúde para a Saúde concorre para capacitar os profissionais a compreenderem o contexto de vida e de trabalho dos usuários que produzem o adoecimento, visando a intervenção e notificação no Sinan.

Ao tecer considerações sobre o esse projeto, a entrevistada revela sua atuação no processo de inserção das ações de saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Primária a Saúde, sobretudo em um contexto de mudança da política de saúde do estado do Ceará, sob a orientação da consultoria que estava priorizando as ações do Qualifica APSUS.

Essa questão de inserir dentro da lógica da Consultoria, o projeto saúde para a saúde, pra mim eu vejo como muito importante apesar da gente não ter conseguido atingir os objetivos, que a gente se propunha fazer. Não por nossa culpa, mas na hora da oficina, os trabalhadores eram liberados e não participavam. Então ele tinha todo o potencial, 100% de potencial de ser um sucesso, de ser uma maravilha pra aquela unidade, mas digamos que teve só 70%, porque os trabalhadores eram liberados e não iam. Saúde pra saúde foi pra atenção primária, que era pra toda Fortaleza (Ex-coordenadora 1).

Importa destacar o desenvolvimento de ações de promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, com destaque para a implementação de outros projeto que abrangem o mesmo propósito. Nessa direção, o Cerest de Fortaleza planejou e executou o projeto Circuito Saúde para atender os trabalhadores que atuam no mercado informal, como os catadores de material reciclável

Aludido projeto visa atender o segmento de trabalhadores que se encontram em condições de vulnerabilidade. Logo, intenciona alcançar os catadores de materiais recicláveis, no intuito de garantir os seus direitos enquanto cidadão. A fala mostra que no primeiro momento realizou-se o mapeamento das associações desse público-alvo, para dimensionar a realidade vivida em seu território.

A gente já trabalha a questão do trabalhador de maior vulnerabilidade, que a gente trabalha com os catadores de material reciclado. A gente começou esse trabalho mapeando essas associações, fazendo palestras, depois tem o circuito saúde com eles e aí é um trabalho que está sendo continuado (Profissional 1).

Uma das estratégias da PNSTT preconiza a estruturação da Renast no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe o desenvolvimento de ações de Saúde do

Trabalhador na esfera da atenção primária em saúde. Nessa direção, uma das ações diz respeito a

[...]inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe de família desempregado ou subempregado, criança e adolescentes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho( acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio[...] (BRASIL, 2012, p.6).

Percebe-se, portanto, que esse projeto Circuito Saúde, operacionalizado na Atenção Primária a Saúde, corrobora a ideia de fortalecer a Renast, sobretudo porque desenvolve ações para proteger o trabalhador inserido no mercado informal.

Importa ressaltar que tal projeto contempla a construção de um cadastro desses trabalhadores nas UAPS em seu território. Essa ação é primordial para vincular o trabalhador em seu território de pertença, no qual podem acessar a rede de apoio social. Outra ação diz respeito à busca pela garantia de sua cidadania ao adquirir os documentos que podem contribuir em sua formação, como sujeito de direitos. Portanto, uma das ferramentas de trabalho que norteia as ações multiprofissionais reside no campo das orientações no que concerne aos direitos políticos e sociais. A entrevistada aponta essa realidade.

Outro projeto importante pra mim foi o Circuito Saúde, com os catadores[...]. Nós fizemos todo esse cadastro do trabalhador, não no Cerest de Fortaleza, mas na unidade que ele mora. Às vezes, ele estava em uma área descoberta, a gente tentava conversar com a unidade;[...] nós tínhamos que orientar como ele adquirir a documentação para o trabalho(Ex-coordenadora 1).

Outra dimensão importante na concretização do projeto Circuito Saúde diz respeito ao diálogo estabelecido com os profissionais da UAPS, visando capacitá-los no que concerne a perceber a relação trabalho e processo de adoecimento, buscando identificar as doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e universal. A fala ressalta que ao proceder o atendimento, no qual realiza-se a *anamnese*, deve-se conhecer a relação trabalho e saúde, no intuito de estimular a identificação do nexos causal.

[...]a gente conversava com os profissionais para que eles comessem a ver nessas *anamneses* se as queixas e problemas que traziam se tinham ou não relação com o trabalho[...] tiveram dermatoses realmente relacionados a contaminação por conta do lixo, por conta do uso indevido de medicamento que eles fazem[...] (Profissional 1).

A fala corrobora a importância desse projeto, sobretudo pela sua capacidade de promover a saúde dos usuários em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, foram construídos os mapas de risco com o apoio dos alunos em processo de formação, o que denota a interface entre educação e prática profissional.

[...]A gente fez mapa de risco com os alunos, aí veio integrada a educação permanente, cuidar do ambiente, e cuidado com essa população vulnerável.. E a gente identificou os catadores. A gente fez o mapa de risco pra eles também lá (Ex-coordenadora 1).

Salienta-se que esse projeto é de suma importância para atender os trabalhadores inseridos no mercado informal; todavia, a fala da entrevistada revela que esse projeto não foi realizado no ano de 2017, haja vista que a profissional que coordenava foi demitida. Essa realidade merece ser refletida, pois demonstra que os trabalhadores da saúde estão inseridos em relações de trabalho precarizadas que não garantem a segurança no trabalho.

[...]Nós tínhamos o projeto que era diretamente ligado ao pessoal que não é celetista,[...]os catadores de material reciclável. Tentou-se trabalhar esse projeto, mas as pessoas, que trabalhavam diretamente com eles foram saindo (Profissional 2).

E o Circuito Saúde[...] ele acontecia na unidade mais próxima das associações, [...]e aí a gente direcionava para a unidade básica, quem estava à frente desse serviço [...] foi demitida, então o projeto esse ano de 2017 com a mudança de gestão deu uma parada(Profissional 1).

Outro fator é o componente político, presente principalmente quando há mudança de gestão, cuja realidade afeta a estabilidade da equipe, pois nesse contexto ocorrem demissões e contratações por indicação política-partidária.

Com arrimo nas falas dos sujeitos desta pesquisa, pode-se afirmar que os projetos Saúde para a Saúde e Circuito Saúde corroboram a ideia de promover a saúde dos trabalhadores na perspectiva da integralidade e da garantia dos direitos sociais e de cidadania. Assinala-se que as ações desenvolvidas no âmbito desses projetos abrangeram o campo da vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo ao inserir o mapeamento de risco e a análise da relação entre o trabalho e o processo de adoecimento.

Como se observa, as reflexões sobre esses projetos direcionam a outras ponderações essenciais para a aproximação dos objetivos desta pesquisa no que se

refere a “Analisar as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas na Rede de Atenção a Saúde”.

Um dos objetivos da PNSTT visa promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, o que pressupõe a “contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente” (BRASIL, 2016,p.3). Em consonância com essa política, o Cerest de Fortaleza desde o início de sua criação, em 2006, vem desenvolvendo ações de proteção, com destaque para as palestras sócio-educativas.

Sob essa questão, os fragmentos da fala evidenciam que o Cerest de Fortaleza desenvolve ações de educação em saúde, ministrando palestra nas escolas, abordando conteúdos relacionados ao trabalho infantil. “[...] palestra nas escolas sobre trabalho infantil a gente fez muito, os prejuízos do trabalho infantil para saúde da criança. [...]”(Profissional 1).

A fala demonstra que as ações de educação em saúde contribuem para fortalecer as ações do SUS. Sob esse prisma, são ofertadas palestras com enfoque em saúde do trabalhador para a rede de atenção a saúde. Acrescenta ainda que essas ações podem ser realizadas no âmbito de empresas privadas, englobando palestras e capacitações.

[...]e fora isso toda a questão de palestras , porque também é um suporte para o SUS, palestras e capacitações para a própria rede SUS e uma ou outra empresa privada, isso existia também, ou até como hoje ainda existe, essa questão de palestras[...] (Profissional 2).

A fala assinala que o Cerest prioriza atender as demandas procedentes dos sindicatos, sobretudo pela dimensão da coletividade. Ressalta que os profissionais atendem pouco as demandas das empresas para ministrar palestras nas semanas interna de prevenção de acidentes ( Sipats).

[...] palestras das empresas é uma demanda que a gente faz muito pouco, porque a gente prima por atender mais a questão dos sindicatos, porque se a gente for em 34 municípios atender a demanda de dar palestras nas semanas interna de prevenção de acidentes (Sipat) em todas as empresas, a gente não vai fazer mais nada na vida[...]. Então a gente só vai mais para palestra solicitada pelos sindicatos, porque aí tem o sentido de coletividade, está realmente mais direcionado ao público trabalhador (Profissional 1).

Importa salientar a importância das ações desenvolvidas no âmbito dos movimentos sociais e sindicais, sobretudo pela dimensão política de formação da cidadania e do compromisso com a saúde coletiva dos trabalhadores.

Fundamental é enfatizar que a Educação Permanente em Saúde (EPS) pauta-se pelos princípios da ética e da dimensão política-pedagógica, visando primordialmente a qualificação da atenção à saúde, dos processos formativos e das práticas de educação em saúde. Nesse horizonte, deve-se fomentar a organização das ações e dos serviços de saúde, ancorados na perspectiva intersetorial.

Nessa direção, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade. Essa política intenciona realizar mudanças nas práticas do trabalho, propondo a interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2004).

Uma das estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que preconiza o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos alinha-se ao propósito dessa Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Em face dessa estratégia da PNSTT, atinente ao desenvolvimento de recursos humanos, o que pressupõe “ capacitação para a aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador[...]”. Nessa direção, a fala ressalta que o Cerest Fortaleza desenvolve a capacitação de protocolos no contexto da UAPS.

O fragmento da fala revelam que, desde o início, o Cerest de Fortaleza promoveu a capacitação para a aplicação de protocolos das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Essa ação foi desenvolvida na sede do Cerest e nos municípios de sua área de abrangência.

[...] a gente começou a fazer muita capacitação em cima dos protocolos do Ministério da Saúde, tanto aqui em Fortaleza, como nos outros municípios. O período da Islene de 2007 a 2009 foi assim de muito trabalho, [...]contratar as pessoas para compor a equipe e formação mesmo da equipe na questão do que é saúde do trabalhador [...] (Profissional 1).

Importa salientar que a capacitação dos protocolos das doenças e agravos relacionados ao trabalho constitui uma das principais ações desenvolvidas pelo Cerest. Portanto, essa ação foi fortalecida durante a segunda gestão, principalmente pela parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP).

Em algumas unidades conseguimos fazer capacitação em protocolos, em outros não. Muitos cursos da Escola de Saúde Pública em parceria com o Cerest Estadual.[...] Tem muita coisa que a gente dá suporte a rede com a capacitação. O Cerest Regional de Fortaleza sempre foi referência. A gente sempre foi muito demandado quando tinha curso da escola (Ex-coordenadora 1).

No início das ações de saúde do trabalhador, o Cerest Fortaleza desenvolvia ações de capacitações para atender a demanda dos profissionais da rede SUS.

[...]e fora isso toda a questão de palestras , porque também é um suporte para o SUS, palestras e capacitações para a própria rede SUS e uma ou outra empresa privada, isso existia também, ou até como hoje ainda existe, essa questão de palestras[...] (Profissional 2).

Um aspecto relevante aparece na fala da entrevistada, a qual pontua a importância da presença dos sindicatos, destacando a realização de seminários, com enfoque na relação entre saúde mental e trabalho; e assédio moral. Nesse contexto político, destaca-se a ação conjunta com os sindicatos, principalmente com o Sindicato dos Trabalhadores em Correios, Telégrafos e Similares do Estado do Ceará ( Sintect-Ceará).

Nós fizemos vários seminários intersetoriais, sempre com apoio deles[sindicatos]. Tem esse momento do planejamento, que é com a participação intersetorial.[...] Nós fizemos quatro seminários em relação a questão da saúde mental e trabalho; nós fizemos cinco seminários, apoiando e em parceria sobre assédio moral no trabalho[...]. Questão da vida, questão do suicídio, que a gente fazia com os sindicatos dos correios[...] (Coordenadora 2).

O fragmento da fala mostra a importância da formação política do gestor, cuja compreensão contribui para a participação do sindicato nas ações em saúde do trabalhador: “[...] porque eles não conseguiram mais fazer essa ação de parceria, porque depende do gestor. Como a gente tem esse perfil sindical, então a gente tem essa ação[...] porque tudo depende das relações que você tem, das relações sociais e das relações políticas”.

A política de educação permanente para o SUS visa primordialmente capacitar os profissionais para atuarem na rede de atenção a saúde, embasado no compromisso com a qualidade de vida e promoção do cuidado a saúde.

Em consonância com a estratégia VI da PNSTT, a qual exprime a importância do desenvolvimento e capacitação de recursos humanos no campo da saúde do trabalhador, a pesquisa mostra que os Cerests regionais e o Cerest estadual atuam no campo da capacitação, com enfoque em conteúdos voltados para a aplicação de protocolos.

A fala expressa que o Cerest de Fortaleza vem desenvolvendo capacitação para os profissionais da UAPS, principalmente para atender a sua demanda. Também

realizam a formação em serviço com os acadêmicos, no intuito de proceder a territorialização, identificando os trabalhos formais e informais.

[...]E sempre demanda da gente, por exemplo, esse posto está precisando de capacitação para os enfermeiros sobre material biológico; então a gente ia à atenção básica. Outra coisa é a educação permanente no território com os alunos. Nós recebemos várias instituições de estágio. [...]A gente levava pra atenção primária, para eles fazerem a territorialização, conhecer no território os trabalhos formais e informais [...] com alguns alunos conseguíamos que eles participassem da oficina saúde pra saúde; conseguimos que eles fossem para o circuito saúde[...] (Ex-coordenadora 1).

A PNSTT preconiza como um dos seus objetivos fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), destacando como uma ação primordial a “ identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território” (BRASIL, 2012, p.2). Nessa direção, pode-se assinalar que o Cerest Fortaleza caminha para atender a esse objetivo.

Importa salientar a referência a formação das Comissões de Saúde nas UAPS registrada pela entrevistada. Sobre o assunto, assinala-se que essas comissões constituem o elo de comunicação entre o Cerest de Fortaleza e as Unidades.

A parte da formação das comissões de saúde pra trabalhar nas unidades. Tentamos formar nas 20 unidades comissões, para que não fosse só aquela capacitação e ficasse pra sempre. Em algumas unidades nós conseguimos formar, a UAPS Waldemar Alcântara. Outros não se interessaram em formar; a gente não pode obrigar; mas existe comissão formada e essas comissões são um elo com o Cerest de Fortaleza[...] (Ex-coordenadora 1)

Convém salientar que o Cerest de Fortaleza não galgou êxito na formação dessas comissões, uma vez que os profissionais não expressaram interesse em participar. Buscou também articulação com a Coordenadoria de Gestão e Educação e Trabalho (Cogest), visando promover um curso sobre os protocolos na modalidade semipresencial. No entanto, esse intento não foi alcançado, sobretudo pela mudança da gestão.

A gente já estava conversando com a Cogest para fazer um curso em EAD, introdutório nos protocolos para que os trabalhadores pudessem ter acesso. [...] uma das estratégias que a gente pactuava com a Cogets era fazer esse curso [...] (Ex-coordenadora 1).

A entrevistada se pronuncia ainda sobre a capacitação no âmbito da atenção primária a saúde, realizada pelo Cerest de Fortaleza em um dos municípios de sua área de abrangência, destacando que Maracanaú foi contemplada, uma vez que um profissional atuou como articulador para viabilizar a ação.

Maracanaú eu tive, porque tinha uma pessoa lá que articulou toda a atenção primária em um evento que a gente passou lá.[...] Aqui em Fortaleza, como a

gente estava fazendo Saúde para Saúde, que demanda grande capacitação. Os protocolos ficaram difíceis dar. Qual a estratégia aqui em Fortaleza? Era construir um curso a distância. Era mais viável em Fortaleza. Depende do território (Ex-coordenadora 1).

[...]a gente leva esses alunos para o campo, então a gente vai muito para a atenção primária para eles avaliarem o risco dos trabalhadores da saúde;[...]e a gente tem que trabalhar muito junto a UFC, a UECE, várias universidades procuram aqui o Cerest [...] ( Profissional 1).

Ainda sobre a capacitação, cabe ressaltar que essa ação foi intensificada no período de 2013 a abril de 2017, principalmente pela articulação com a Escola de Saúde Pública. As falas mostram que a capacitação ocorre no âmbito da Rede de Atenção a Saúde, com a participação de todos os Cerests Regionais.

Investiu muito na capacitação dos profissionais; investiu muito na capacitação da rede. [...]. Em parceria com a ESP que demandou muito ( Ex-coordenadora 1).

[...] A Escola de Saúde Pública tem oferecido muitos cursos, então a gente tem participado[...]. A gente teve agora uns dois anos seguidos de muitos cursos de protocolos. [...]fazia logo todo mundo dos Cerests, pessoas da secretaria, das coordenadorias,[...]depois a gente descentralizava esses cursos para os municípios[...] (Profissional 1).

A fala assinala que a capacitação para a aplicação de protocolos de doenças e agravos relacionados ao trabalho foram ministrados em parceria com a ESP com a participação de todos os Cerests, além de profissionais que atuam em outros equipamentos que tem interface com a saúde do trabalhador.

[...]se fosse ter aqueles equipamentos de medição, aferição, avaliação de acidente de trabalho são cursos que a gente precisa ter, tanto de manuseio desses equipamentos, como curso de análise de acidente de trabalho.[...] nós tivemos um curso de análise de acidente de trabalho em 2008, mas foi um curso de 20 horas, mas que precisa ser atualizado (Profissional 1).

No início da implantação da Política no estado do Ceará, o Cerest Fortaleza desenvolvia ações de promoção a saúde do trabalhador, com foco em educação em saúde, com destaque para as campanhas com os mototaxistas. A fala mostra essa realidade “ [...] depois disso vieram os projetos, as ações mais específicas, que foram as campanhas, campanhas com os mototaxistas[...] (Profissional 2).

Importa salientar que o Cerest Fortaleza continua desenvolvendo essa ação de promoção a saúde, sobretudo pela sua importância no contexto do cuidado integração e produção de saúde. O fragmento da fala revela essa realidade:

A gente continua hoje desenvolvendo ações de promoção a saúde quando a gente faz a questão das campanhas ligada às questões das datas

comemorativas, a gente é subsídio técnico para o SUS, quando tem alguma dúvida em relação ao adoecimento de usuário do SUS ( profissional 1).

Sobre as ações desenvolvidas, a fala revela a ideiação de um projeto a ser executado em 2018 que visa a concretização de uma nova territorialização nas UAPS, identificando os processos produtivos e o mapeamento dos riscos produzidos no âmbito no trabalho.

É um projeto que ainda não está totalmente fundamentado que é promover uma nova territorialização, colocando agora os processos produtivos e os riscos que ele tem para o trabalhador e para o meio ambiente no processo de territorialização da atenção primária, então essa territorialização está sendo pensada e eu acredito que vai ser uma parte do meu mestrado[...] (Profissional 1).

Importa ressaltar que uma das estratégias da PNSTT alude ao desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos. Nessa direção, o Cerest Estadual desenvolveu ações no campo da educação permanente, promovendo em 2006 um curso para capacitar profissionais a atuarem como instrutores em Saúde do trabalhador. “O Cerest Estadual bancou uma formação para instrutores, foi feito com a professora Raquel e ela convidou outras pessoas do Brasil.[...] Fizemos a formação de instrutores da saúde do trabalhador” (Ex-coordenadora 2).

Os relatos mostram que o Cerest estadual atuou no campo da formação dos profissionais, promovendo cursos de especialização com foco na vigilância em saúde do trabalhador. Promoveu uma capacitação sobre a vigilância em saúde do trabalhador, com a participação de todos os Cerests. Essa formação foi necessária, sobretudo porque os participantes não atuavam nos dispositivos da política. A fala da entrevistada exprime essa realidade.

[...] começou a capacitar os profissionais para fazer a vigilância. Teve um curso de especialização com ênfase na vigilância, mas o pessoal que a gente capacitou não estava no Cerest; os que estavam no Cerest inicialmente não se envolveram muito. A gente resolveu fazer uma capacitação própria, trazendo Alexandre José Ribeiro Jacobina, que é uma referencia nacional em vigilância, oferecido para todo o Cerest (Coordenadora 1).

O Cerest estadual realizou em 2012, o I Curso de capacitação em Vigilância da Saúde do Trabalhador, com ênfase nos ambientes e processos de trabalho para técnicos da Renast do estado do Ceará, compreendendo três módulos: teórico-conceitual e prático; prático e teórico-conceitual e prático. O curso, contou com a participação dos Cerest's regionais e representantes de órgãos da intersetorialidade, totalizando 43

profissionais. O módulo prático do curso resultou em visita técnica, sob a orientação dos técnicos da Cesat/Bahia (CEARÁ, 2012).

Convém ressaltar que o Cerest estadual no período de 2010 a fevereiro de 2014 desenvolveu ações no campo da educação permanente, no intuito de capacitar os atores que atuavam na Rede de Atenção a Saúde do Trabalhador no estado do Ceará. A fala mostra a necessidade de formar recursos humanos, especialista em saúde do trabalhador.

[...]tinha que criar quadros que fizesse saúde do trabalhador. Ainda na primeira gestão [...] no Cerest Estadual, com apoio do Nuast, começou a formular o 1º curso de especialização em saúde do trabalhador, em 2010. A Portaria exige que tenha especialista em saúde do trabalhador no Cerest.[...]Desde quando a Rose Cavalcante assumiu o Cerest Estadual em 2007, mas ele veio acontecer mesmo em 2010 a 2012. Foram dois anos.[...] (Coordenadora 1).

Sob esse aspecto, a fala retrata que o curso de especialização em saúde do trabalhador foi financiado com recursos do Ministério da Saúde, com a participação de todos os profissionais dos Cerests Regionais e de outros órgãos do Cesa que apresentam interface com a saúde do trabalhador, principalmente os profissionais da vigilância a saúde. Esses cursos visam primordialmente capacitar os profissionais, inseridos na RAS, no intuito de fomentar ações no campo da saúde dos trabalhadores.

[...] Projeto de educação permanente para capacitar a rede, a gente conseguiu capacitar desde que o Cerest foi fundado inclusive com curso de especialização em Saúde do Trabalhador. [...] a gente conseguiu capacitar profissionais de todos os municípios do Estado do Ceará,[...] porque a gente está na rede o tempo todo, então a gente precisa preparar essa rede para fazer esse atendimento, esse acolhimento[...](Coordenadora 2).

[...] em 2013,[...] capacitação dos protocolos, que acabou se transformando em um curso de aperfeiçoamento de 180 horas. O Cerest estadual pensava e a ESP executava[...]. E fizemos descentralizados, todos os municípios participaram do curso. Muito investimento financeiro, muito investimento político. O curso foi quem deu base, tanto para fazer assistência como para fazer a gestão.[...] (Coordenadora 1).

A fala revela a dimensão política que embasou a formação no campo da saúde do trabalhador, uma vez que os conhecimentos podem fomentar o pensamento crítico sobre a realidade do mundo do trabalho.

Ainda sobre a educação permanente no campo da saúde do trabalhador, a fala expressa que a Rede Sentinela também foi contemplada com cursos de formação,

visando primordialmente capacitar os profissionais que atuam na Rede de Atenção a Saúde nos protocolos sobre as doenças e os agravos a saúde do trabalhador.

[...] a gente fez um curso para preparar os protocolos.[...] Agora vamos capacitar essa Rede Sentinela[...]. Então a gente investiu muito em educação permanente para os profissionais em todos os níveis de atenção e nas unidades sentinelas (Coordenadora 1).

[...]quando nós fazemos educação permanente não só para os profissionais, mas a gente faz para a comunidade, faz para o controle social, a gente está também contribuindo[...](Coordenadora 1).

Cabe ressaltar que o Cerest Estadual promoveu em 2016 capacitação a nível de aperfeiçoamento, abrangendo 120hs, com enfoque nos transtornos mentais relacionados ao trabalho. A fala evidencia que participaram desse curso os equipamentos da rede de proteção a saúde mental, visando construir a interface entre saúde mental e saúde do trabalhador.

Novamente para toda a rede, chamando os Caps, as coordenações da saúde mental, para se construir a interfase, porque a saúde mental e a saúde do trabalhador, eles não se cruzam para ver o transtorno mental no trabalho (Coordenadora 1).

Ao se referir as ações na esfera da educação permanente, a fala indica que houve avanços no estado do Ceará, cuja ação atende a uma das estratégias da PNSTT, no que concerne ao desenvolvimento de recursos humano, o que pressupõe “ investimento na qualificação de todos os técnicos dos Cerest, no mínimo, em nível de especialização” (BRASIL, 20120, p.8).

Sob esse aspecto, a fala expõe a necessidade de realizar o mapeamento dos profissionais que participaram do curso de formação em saúde do trabalhador, no intuito de sensibilizá-los para atuarem no Cerests.

Em termos da educação permanente, a gente avançou muito, que é uma estratégia. Nós estamos fazendo um mapeamento de todas as pessoas que fizeram o curso pra dizer onde eles estão. Tem muita gente afastada da rede que não estão no Cerest e não estão fazendo saúde do trabalhador. É uma questão de recursos humanos. Vê se a gente consegue trazer essas pessoas capacitadas para a rede. É uma estratégia futura (Coordenadora 1).

Em face da importância de qualificar as ações em saúde do trabalhador, assinala-se que o Cerest estadual e os Cerests regionais desencadearam ações de educação permanente, conforme relato da entrevistada.

O Cerest estadual e os Cerests regionais investiram muito em capacitação, [...] os profissionais diziam que não faziam saúde do trabalhador porque não

eram capacitados, não tinham esse olhar que o determinante e o condicionante da saúde podiam ser o risco do ambiente de trabalho, então se investiu muito em capacitação[...]. O Cerest estadual basicamente, ele bancou mais a capacitação dos próprios Centros, das próprias formações dos profissionais de saúde que compunham os Cerests (Ex-coordenadora 2).

Em face da nova gestão do Cerest estadual, iniciada em julho de 2016, a fala pontua o movimento de oposição que interferiu na realização das ações de vigilância em saúde do trabalhador, cuja realidade concorreu para a redução dessas ações.

Houve uma quebra da vigilância. A outra pessoa que era técnica de segurança do trabalho que era com quem eu contava pra fazer vigilância também entrou no movimento de oposição. Tem muito movimento de oposição dentro do Cerest [...]. E houve um embate administrativo (Coordenadora 1).

Outro aspecto evidenciado nas falas diz respeito às ações desenvolvidas pelo Cerest estadual no que se refere à promoção a saúde dos trabalhadores no âmbito do seu território. Nessa perspectiva, a entrevistada afirma que ao realizar “um seminário para a sociedade civil, a gente está fazendo promoção, através da informação[...]”. Acrescenta ainda que ao proceder “palestras para os sindicatos [...] falar sobre prevenção, sobre assistência, como eles podem estar evitando acidentes[...] então a gente está fazendo promoção de saúde também” (Coordenadora 1).

Nessa direção, as falas mostram que as atividades realizadas pelo Cerest estadual, englobando campanhas nacionais, como a erradicação do trabalho infantil, e ações de atenção a segmentos de trabalhadores, inseridos em atividades com elevados riscos ocupacionais, como os motoristas de transporte de carga pesada, concorreram para a promoção a saúde desses usuários.

[...] nós temos campanhas nacionais de erradicação de trabalho infantil,[...] de atenção aos trabalhadores, motorista de transporte de carga pesada, pelo grande índice de acidentes[...];nessas campanhas, estamos fazendo promoção também de saúde pública,[...] (Coordenadora 1).

[...] o Cerest vai à praça para fazer o dia de homenagem às vítimas de acidente de trabalho; a gente faz prestação de serviços; faz divulgação, [...]a gente dá informação sobre seus direitos, junto com outras secretarias, então é uma ação rotineira que a gente faz (Coordenadora 1).

[...] o trabalho de prestação de serviços em campanhas de grande porte; por exemplo, Abril Verde. A gente vai para praça, dia do Trabalhador faz essa grande mobilização popular. [...] a gente tem divulgação desses momentos de campanha também; [...]a gente já fez um curso de fotografia que era fotografando a vida do trabalhador[...] ações pontuais mesmo (Coordenadora 2).

No que se refere às ações desenvolvidas pelo Cerest Estadual no âmbito da Atenção Primária a Saúde, os fragmentos da fala exprimem a ideia de que compete ao

Cerests regionais promover a articulação com as UAPS. No entanto, assevera que, ao proceder a uma ação de vigilância em saúde do trabalhador, busca conhecer a Unidade de Saúde do entorno da organização, o intuito de traçar ações de intervenção que visem a promover a saúde do trabalhador.

[...] Os Cerests Regionais têm mais esse papel de articulação com a atenção primária.[...] ao fazer uma inspeção no ambiente de trabalho, a gente procura saber qual é a Unidade de Saúde no entorno daquela empresa, se a gente puder fazer uma intervenção lá, conversar com eles[...] (Coordenadora 2).

Ainda sobre as ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária a Saúde, a entrevistada contextualiza uma experiência profissional no campo da vigilância em saúde do trabalhador, ressaltando a interconexão realizada, no intuito dos trabalhadores serem atendidos pela médica da UAPS, com o apoio da equipe do Cerest estadual e do Cerest regional de Fortaleza.

[...]a gente fez uma inspeção no ambiente, a gente fez uma pactuação com a gerente da empresa para ela liberar um percentual de trabalhadores para serem atendidas no Posto de Saúde do entorno, então a médica atendeu [...] com a nossa anamnese ocupacional, [...]Quem atuou em Amontada foi o Cerest Estadual, o Cerest de Fortaleza, a Vigilância Sanitária da Regional da CRES de Itapipoca (Coordenadora 2).

Cabe ressaltar que esta ação, na qual a equipe orientou o profissional da UAPS, configura apoio matricial, conforme preconiza a PNSTT. Uma das estratégias da política refere-se à estruturação da Renast no contexto da RAS, o que pressupõe ações de Saúde do Trabalhador no âmbito da atenção primária a saúde. Para atender a esse propósito, deve-se proceder a “ articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda a rede SUS”(BRASIL, 2012, p.6).

A entrevistada salienta o compromisso do Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (Nuast) com a homogeneização das ações realizadas pelos Cerests, pontuando o desenvolvimento do matriciamento, principalmente nos municípios-sede, com o apoio do gestor municipal. No entanto, reconhece que essa ação reveste-se de dificuldades, sobretudo pela extensa área de abrangência.

[...]sempre o Nuast tem tentado buscar uma homogeneidade de ação para os Cerests em suas funções,[...] O Cerest tem buscado fazer o matriciamento que não é tranquilo,[...] com essa divisão geográfica e territorial dificulta muito, e na verdade eles conseguem fazer isso nos municípios sede, mas têm

feito ações em sua área de abrangência a partir do apoio que recebe do município sede, que controla os recursos que esses Cerests recebem. Então [...] todos eles têm dificuldades em acessar esses recursos, [...]e alguns conseguem, no lidar com o gestor local, recursos para fazer suas ações e alguns têm feito[...] (Ex-profissional 1).

Ao mesmo tempo em que ressalta a importância do apoio do gestor para a realização do matriciamento, reconhece que os Cerests têm dificuldades em acessar os recursos para concretizar as ações em saúde do trabalhador.

As reflexões direcionam a outras ponderações essenciais para a aproximação dos objetivos desta tese. Desta forma, na próxima seção, serão abordadas as ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Urgência e Emergência e na Atenção Especializada em Saúde.

#### **4.2.3 Ações em Saúde do Trabalhador na Urgência e Emergência e na Atenção Especializada em Saúde**

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deve estar em consonância com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, ancorados pelo princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, reconhecimento o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

A estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no âmbito da Rede de Atenção à Saúde pressupõe o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência. Com base nesta estratégia da política, constata-se o processo de implementação das ações da Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará contemplou ações nessa unidade de atenção a saúde.

Nessa direção, as urgências e emergências dos hospitais que foram definidos como rede sentinela em saúde do trabalhador devem atender o usuário e proceder a avaliação da relação entre o adoecimento e o trabalho, no intuito de realizar o nexo causal e realizar a notificação no Sinan. Ressaltar que as unidades da rede sentinela são pactuadas nas instâncias de negociação do SUS.

Essas unidades sentinelas são pactuadas pra fazer essas notificações, agora além de notificação, o que a rede sentinela faz? Ela faz todo um atendimento, é uma unidade de referência para ela fazer desde o acolhimento ao trabalhador, fazer o diagnóstico, investigação de nexo, o tratamento, a reabilitação e a notificação[...] (Coordenadora 1).

No Ceará, realizou-se a pactuação em 2010, na CIB, com a composição de 81 unidades sentinelas, destacando que todos os Cerest's são unidades sentinelas, incluindo as redes de atenção secundária e terciária. Sob esse prisma, todos os Cerests devem desenvolver ações de apoio matricial, o acompanhamento e a supervisão dessas unidades de saúde. O Cerest estadual tem sete unidades sentinelas de responsabilidade direta: Hospital Geral Dr. César Cals; Hospital Geral de Fortaleza; Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studant Gomes; Hospital de Saúde Mental de Messejana; Hospital Infantil Alberto Sabin; Hospital São José de Doenças Infecciosas; Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CEARÁ, 2010).

Em face desse contexto, a fala da entrevistada afirma o empenho do Cerest estadual em desenvolver “ capacitação em educação permanente nas unidades sentinelas como um todo” (Coordenadora 1).

Ao refletir sobre a rede sentinela no estado do Ceará, a entrevistada afirma que não há pactuação para a rede sentinela a nível municipal e regional, reconhecendo a necessidade de ampliar essa rede, uma vez que tem unidade de saúde especializada, como o instituto do câncer que não consta como rede sentinela.

Em saúde do trabalhador foi pactuado em nível de Estado, foi pactuado em nível de CIB; então, não existe ainda uma pactuação para a rede sentinela em termo regional ou municipal, só tem essa rede estadual, que a gente vai ampliar. Nós estamos para ampliar essa rede sentinela, porque tem mais unidade em condições, com capilaridade, com condições técnicas e com o perfil para se tornar uma unidade sentinela, por exemplo, o hospital do câncer não é uma unidade sentinela, nós temos o câncer relacionado ao trabalho, é um erro gravíssimo que temos que corrigir [...] ( coordenadora 1).

Acrescenta ainda a necessidade de estabelecer pactuação para inserir o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) como unidade sentinela para os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

O município de Fortaleza não tem nenhum Caps que estivesse pactuado para os transtornos mentais relacionados ao trabalho, então a gente precisa urgentemente pactuar os Caps de Fortaleza. Para essa pactuação tem um acordo entre o gestor municipal e a gestão estadual e, além disso, depois de fazer essa pactuação, e definir quais as unidades que seriam pactuadas como unidades sentinelas ( coordenadora 1).

No que se refere às ações de saúde de trabalhador junto a urgência e emergência, a fala revela que o Cerest de Fortaleza desenvolveu ações no âmbito do Samu, no intuito de sensibilizar a equipe para que identifique a relação entre o acidente e o processo de trabalho, principalmente os acidentes que acontecem no trajeto do trabalho.

A gente fez mais na época da copa. Trabalhou muito com o Samu, tentando fazer com que eles reconhecessem que o trabalhador que eles atendem, se foi um acidente de trabalho, por que eles pegam na hora. Para que eles fizessem isso(Ex-coordenadora 1).

Ao tecer considerações sobre as ações de saúde do trabalhador na urgência e emergência, a entrevistada destaca que o Cerest de Fortaleza realiza o monitoramento das notificações das doenças e agravos relacionados ao trabalho e as capacitações para aplicação de protocolos.

Na urgência e emergência, a gente trabalha mesmo só em termos de monitoramento e capacitação em termos de notificação do acidente grave e fatal nos hospitais. Eu tentei fazer nas urgências e emergências, tentar tipo assim busca ativa, tentou fazer em uma época, para saber daqueles pacientes que estavam internados; acabou que a equipe é muito pouco, está desestimulada com alguma coisa.[...] (Ex-coordenadora 1).

Ao ponderar sobre as ações no âmbito da urgência e emergência, a fala expressa que o Cerest estadual vem desenvolvendo ações de monitoramento das notificações dos agravos nas unidades da Rede Sentinela. Afirma que essa ação configura apoio matricial, conforme preconiza a PNSTT: articulação com as equipe técnicas e os Cerest para proporcionar suporte técnico especializado, consoante seu papel no apoio matricial a Rede de Atenção a Saúde.

[...]Aí é onde entra esse monitoramento das Unidades Sentinelas, especificamente do Cerest Estadual, a gente tem uma atuação maior nessa rede de urgência e emergência, [...], o Cerest Fortaleza, por exemplo, tem o IJF; a gente tem o HGF, são redes diferentes. Então a gente tem esse trabalho de fazer esse apoio matricial mesmo, esse monitoramento, tanto para ver a questão da notificação como do acompanhamento em si dos agravos (Coordenadora 2).

Cabe destacar que o Cerest de Fortaleza realiza o monitoramento das notificações dos agravos a saúde, sobretudo dos acidentes de trabalho. Essa ação ocorre quinzenalmente, visando primordialmente analisar a qualidade das fichas de notificação de doenças e agravos a saúde a serem registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Hoje o que a gente tem feito é o monitoramento dos acidentes de trabalho, das notificações de acidentes de trabalho. Quinzenalmente, os profissionais vão as unidades ver a qualidade da ficha, recolher as fichas, ver quantos acidentes aconteceram e também alguns hospitais têm convidado, principalmente, o técnico de segurança para falar sobre Cipa, como formar uma Cipa, já pensando na saúde do trabalhador da saúde em nível de hospital (Profissional 1).

A fala relata a experiência de monitoramento das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no âmbito do IJF, destacando que o contato ocorre com o

Núcleo de Epidemiologia. Declara que esse monitoramento abrange análise da ficha de notificação para identificar alguma inconsistência no que se refere ao preenchimento dos campos.

[...]existe uma pessoa lá responsável pela Saúde do Trabalhador, pelas notificações. Todas fazem notificação, só que existe uma pessoa sempre a quem eu me reporto, todas as pessoas do Núcleo de Epidemiologia (Nuep) do IJF.[...]esse trabalho realmente de monitoramento, [...] de ver a quantidade, porque diminuiu,[...] a qualidade da própria notificação, do preenchimento de campos, [...] (Profissional 1).

Sob o monitoramento das notificações, a entrevistada afirma que não existe um acompanhamento no espaço da emergência; porém a análise da qualidade da ficha de notificação ocorre no âmbito do Núcleo de Epidemiologia da Unidade (Nuep).

[...] existe a questão do acompanhamento de acidentes de trabalho que podem chegar lá, que aí é onde justamente ocorrem as notificações, existe essa questão do acompanhamento do trabalho do Núcleo de Epidemiologia (Nuep), da Unidade quanto à notificações, agora não existe um trabalho direto na emergência[...] (Profissional 2).

Outra ação que merece destaque diz respeito a ação com enfoque em educação em saúde no âmbito do IJF, com a participação dos trabalhadores e os usuários. Ressalta-se o empenho da equipe para identificar os acidentes relacionados ao trabalho para que sejam notificados no Sinan.

No IJF. No monitoramento das unidades sentinelas. Em 2009, a gente fez uma ação dentro do IJF, em abril, em comemoração ao dia internacional das vítimas de trabalho. A gente fez uma semana no IJF com os trabalhadores, com os pacientes, que chegavam para tentar identificar e não perder a notificação ( Profissional 3).

Ao refletir sobre as ações desenvolvidas nas urgências e emergências, a entrevistada revela a importância do apoio matricial no que se refere a realizar visita as unidades de saúde, analisando as ficha de notificação das doenças e agravos a saúde, no intuito de verificar as inconsistência dessas informações.

[...] uma das formas de matriciamento é estar sempre visitando, indo nessas unidades de saúde, nessas unidades da rede, e analisando as informações, a inconsistência dessas informações, dialogando com os profissionais da importância dessa notificação, da importância de correlacionar essa doença dele com o trabalho, de notificar, de emitir CAT; então fazendo toda essa sensibilização para que esses profissionais da urgência e emergência também entendam que esse usuário que chega lá, ele pode ser um trabalhador que se acidentou ou que adoeceu no trabalho (Ex-coordenadora 3).

Ao ponderar sobre o apoio matricial em saúde do trabalhador no contexto da unidade de urgência e emergência, deve-se compreender a dimensão conceitual. Na perspectiva de Campos e Domitti (2007), o apoio matricial e equipe de referência dizem respeito a arranjos organizacionais e metodologias de gestão do trabalho em saúde, visando ampliar as possibilidades de intervenção sanitária, a construção do diálogo com a equipe multidisciplinar e asseverar a produção do cuidado em saúde de forma integral.

A Portaria 3.252/2009 propõe as diretrizes para o matriciamento da vigilância em saúde, que devem ser realizadas pela Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), destacando o planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas; e educação permanente dos profissionais de saúde, com enfoque nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (BRASIL, 2000).

Dessa forma, reafirma-se a importância do apoio matricial às equipes de saúde que atendem no âmbito das urgências e emergências, visando assegurar que os usuários sejam contemplados com o cuidado integral e com o entendimento de que seu processo de adoecimento pode estar relacionado com o trabalho.

É de fundamental importância refletir sobre o mundo do trabalho contemporâneo em um contexto de políticas neoliberais, no qual vivencia o processo de exclusão e exploração do trabalhador. Tecendo reflexões sobre o trabalho, Alves (2014) advoga que a precarização do homem-que-trabalha corrobora a ideia de intensificar os adoecimentos laborais. O autor afirma que: “[...]a doença do trabalho (ou a morte devido o trabalho) representa apenas a situação-limite da precarização do homem-que-trabalha, isto é, o *desequilíbrio sociometabólico da pessoa humana que trabalha* na sua forma extrema” (p. 112). O autor declara que os locais de trabalho reestruturados, no qual predomina a nova precariedade salarial, constituem espaço de desequilíbrios sociometabólicos do homem-que-trabalha.

Dessa forma, reafirma-se que os profissionais da saúde devem reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, procurando em seu cotidiano incluir em sua escuta qualificada a compreensão da relação entre trabalho, saúde e ambiente.

Cabe ressaltar a imperiosa necessidade de sensibilizar os profissionais da urgência e emergência, visando primordialmente ampliar sua compreensão de que o

usuário que está adoecido ou que sofreu acidente, essa condição pode estar relacionado ao trabalho.

Importa reconhecer que a capacitação realizada para os profissionais que atuam no âmbito das Unidades de Saúde de urgência e emergência contribui para ampliar a notificação dos agravos relacionados ao trabalho. Essa realidade é percebida pela entrevistada, ao afirmar que o Cerest estadual promoveu curso de capacitação desde 2010.

Então a partir [...] da ação do Cerest estadual com uma ação de capacitação, frequente, sistemática e anual, desde 2011, a situação para os agravos relacionados ao trabalho, a notificação, que para mim é um retrato dessa ação do Cerest, o que a gente vê que tem aparecido mais, então ela está mais sistemática, mais constante[...] (Ex-profissional 1).

No que se refere à estruturação da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (Renast) no Estado do Ceará, constata-se que a Rede Sentinela constitui uma das principais estratégias para efetivar a política em saúde do trabalhador.

A Resolução nº 149/2010, da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará-CIB/CE, aprovou a composição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, formada pelas Unidades Assistenciais. “ A Unidade Sentinela será responsável por identificar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças/agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho, subsidiando ações de promoção, prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador”(BRASIL,2010, p.1).

Ao refletir sobre a rede sentinela, a entrevistada sinaliza a necessidade de repensar essa rede, uma vez que a portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Portanto, considera que os acidentes de trabalho com exposição a material biológico; acidentes de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes; intoxicação exógena, por substâncias químicas, intoxicação exógena relacionada ao trabalho, após investigação e confirmação, e a violência relacionada ao trabalho e violência infantil, após investigação e confirmação, são de notificação compulsória universal ( BRASIL, 2016).

Em face da Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016, a qual define a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância

em unidades sentinelas e suas diretrizes, a fala da entrevistada declara que a rede sentinela está fragilizada.

A nossa rede ela está muito fragilizada, hoje o que a gente tem são as unidades de sentinelas que de certa forma desde 2010, com a Resolução nº 149, que hoje é a Portaria 204 e 205, a 204 especificamente colocou o acidente de trabalho, o acidente de material biológico como notificação compulsória, então boa parte das nossas unidades de sentinela elas perderam o perfil de ser sentinela, porque agora o agravo é de notificação compulsória, universal (Profissional 1).

A fala pontua a necessidade de construir e pactuar uma nova rede sentinela para Fortaleza e sua área de abrangência.

Então a nossa rede, a gente precisa realmente, uma das coisas que a gente já colocou nessa nova gestão é a gente partir para o campo e formalizar uma nova rede. Nós temos contato direto dentro dessa rede, mas com as Secretarias Regionais de Saúde do Estado, dentro da Secretaria Regional do Estado existem técnicos que trabalham com a Vigilância Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador que são os nossos contatos, mas assim dentro dos municípios mesmo, a gente ainda não tem essa formalização, a gente precisa ampliar essa rede e é uma proposta para agora final de 2017 e 2018, a gente formalizar essa rede, fortalecer essa rede[...] (Profissional 1).

Uma das ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência diz respeito ao monitoramento da rede sentinela. A fala da entrevistada revela que o Cerest de Fortaleza procedeu a sistematização desse monitoramento no que se refere a analisar as fichas de notificação de agravos e proceder a análise crítica.

A questão do monitoramento da rede sentinela; nós conseguimos ter essa sistematização mais, pelo menos na época um pouco mais consistente em termos de olhar e analisar [...]. Está acontecendo alguma coisa, há dois meses que não notifica? Vamos voltar lá. [...]Não é só saber quantas notificações tinham, mas saber analisar. [...]trabalhar com a equipe essa lógica muito da análise da informação; [...]Entravam no Sinan, tiravam o relatório e analisavam os dados. [...] (Ex-coordenadora 1).

[...]tendo que dá conta de Caucaia, Maracanaú, Itapipoca e Baturité. Demos conta? Não! Itapipoca e Baturité, a gente não consegue nem chegar perto de tão distante. A gente consegue via monitoramento, via capacitação que a gente chama e eles vêm[...] Já Maracanaú é mais perto, a gente tentou formar uma Cist lá para trabalhar com controle social (Ex-coordenadora 1).

No período de 2008 a 2011, o Cerest de Fortaleza empenhou-se na implantação da rede sentinela em Fortaleza e em sua área de abrangência. No entanto, não foi possível implantá-la em todos os municípios, devido a extensão de sua área. Contudo foram desenvolvidas ações nos municípios de Caucaia e Maracanaú.

[...] esse desafio diário de abrangência, principalmente do Cerest Regional Fortaleza, é impossível, ele tem que cuidar só da capital,[...]tentar

redimensionar as áreas do Cerest, mas com elas duas, nós trabalhamos na implantação dessa rede sentinela, nos hospitais da nossa área, no interior; formando, capacitando, como é que notifica[...] Em 2008 a 2011, foi esse turbilhão de implantar a rede (Ex-coordenadora 1).

A fala expressa que o Cerest de Fortaleza realizou o monitoramento das unidades sentinelas, visando acompanhar as notificações dos agravos. Nesse período, registravam-se poucas notificações. Acrescenta que o Ministério da Saúde está repensando essa estratégia da rede sentinela, reconhecendo que a estratégia deve considerar a Atenção Primária a Saúde, como ordenadora do cuidado a saúde.

Depois nós passamos a monitorar redes, ver os sistemas. Os números eram pouquinhos, agora está melhorando; [...] mas, que ainda está muito incipiente, mas ela mostra ações do Cerest, ela mostra essa melhora. [...]E hoje o ministério está repensando essa questão de sentinela, se essa estratégia foi a melhor. E hoje ele está vendo que a estratégia é via atenção primária[...] (Ex-coordenadora 1).

Acrescenta ainda que a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (Cosat) do Ministério da Saúde está analisando a questão da rede sentinela, considerando que os agravos de notificação compulsória universal de doenças e agravos relacionados ao trabalho devem ser notificados em toda a rede de atenção a saúde do SUS.

A fala da entrevistada contextualiza o processo de notificação no âmbito do IJF, destacando a importância de identificar os agravos relacionados ao trabalho, visando primordialmente proceder a notificação. No entanto, pontua que esse usuário não é contrarreferenciado para a UAPS, gerando um problema de fluxo na rede de atenção a saúde.

No IJF, qual é o perfil? Intoxicação e acidentes. Quantos desses acidentados aqui foram só de trânsito ou foram relacionados ao trabalho?. Identificação, notificação e tratamento eles fazem, os encaminhamentos aí eles voltam para a atenção primária por conta própria, que aí é onde falha a rede SUS. [...]a atenção primária não toma conhecimento, a não ser quando o agente de saúde passa lá e identifica [...] (Profissional 1).

Um aspecto relevante refere-se a avaliação qualitativa da ficha de notificação, no intuito de garantir o registro desses dados no Sinan. Procedem-se a capacitação em relação ao preenchimento da ficha, no intuito de aumentar as notificações,

Então, assim, o Cerest entra como parceiro, [...]faz avaliação da qualidade da ficha, porque tem muita ficha mal preenchida, com dados erradas, então a gente faz avaliação antes de ir para o sistema, vai no local, treina pessoal, as pessoas mudam e a gente está sempre nesse fluxo de apoio (Profissional 1).

Outro aspecto diz respeito a busca ativa que ocorre na enfermaria, no qual o profissional do núcleo de epidemiologia preenche a ficha de notificação.

[...] quando o pessoal do núcleo de epidemiologia vai ao leito, conversa com esse trabalhador, e diz está relacionada ao trabalho, ele vai abrir uma ficha de notificação, ele preenche todos os dados [...] (Profissional 1).

A entrevistada preconiza a necessidade de ampliar a rede sentinela, no sentido de que toda a rede SUS pudesse acolher o usuário, compreendendo como um trabalhador, além de desenvolver as ações de saúde do trabalhador na RAS.

Então a rede sentinela na realidade, ela faz o tratamento, o ideal era que todo SUS, ele fosse atendimento universal em saúde do trabalhador, e pode ser. A unidade sentinela se ela não notificar, ela tem uma penalidade, ela paga uma multa e as outras unidades, elas não tem obrigação, mas elas podem notificar também;[...] a rede sentinela faz uma vigília desses agravos em saúde do trabalhador para o SUS, que vai gerar, por sua vez, políticas, que vai gerar, por sua vez, investimentos[...] (Coordenadora 1).

Conforme pontua a entrevistada, almeja-se que toda a unidade de saúde seja capaz de realizar ações de saúde do trabalhador, no qual o usuário é acolhido em todos os momentos do processo de cuidado. Nessa direção, o Cerest Estadual empenhou em fomentar a discussão para inserir ações de saúde do trabalhador no Qualifica SUS.

[...] a ideia inicial da rede sentinela era que tentaria se criar um núcleo de saúde do trabalhador em cada unidade dessa, mas hoje a postura é mais ousada, se quer que toda a rede daquele hospital, da unidade, faça saúde do trabalhador, desde a porta de entrada, desde o acolhimento até a especialidade, [...] o Qualifica SUS, que está qualificando a atenção primária, secundária, terciária, para levar junto a questão da saúde do trabalhador, nessa replanificação da atenção primária ( Coordenadora 1).

A entrevistada reconhece que, embora o Cerest estadual desempenhe ações voltadas para o monitoramento das notificações e o matriciamento, afirma-se que há uma subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

[...] a gente faz um monitoramento, faz visitas as unidades, a gente faz matriciamento, A gente vai à vigilância epidemiológica de cada hospital que faz essas notificações, porque como é que eles vão notificar se eles não têm esses conhecimentos, então, a partir do momento que eles notificam, a gente vai criando dados que vão para os municípios, que chegam para o Sinan, aí a gente tem uma realidade do Estado das doenças notificadas, mas ainda tem muita subnotificação [...] (Coordenadora 1).

A fala assinala as principais ações realizadas no âmbito da rede sentinela, destacando a notificação, assistência, reabilitação, capacitação, apoio matricial, treinamento em serviço, cujas ações visam promover a saúde do trabalhador

A rede sentinela é basicamente a notificação, a assistência, a reabilitação [...] É acompanhamento sistemático dessas ações, a educação permanente, apoio matricial, realização de seminário *in loco*, treinamento em

serviço, são essas as ações que a gente desenvolve, rodas de conversa, historicamente tem sido dessa forma ( Coordenadora 2).

Outro aspecto alude a importância da visita técnica as unidades de saúde da rede sentinela e a sensibilização dos gestores para que compreendam a importância de fortalecer as ações de saúde do trabalhador.

A gente tem atuado a partir de visitas, de sensibilização de gestores, de profissionais, e é um trabalho que não termina porque geralmente muda direção de hospital, a gente tem que ir lá de novo, apesar de ter a pactuação, muitos deles não conhecem, não sabem nem que são Unidade Sentinela[...]. Coordenadora 2).

Os fragmentos da fala expressam que as notificações em saúde do trabalhador estavam sendo registradas de forma intensa nos serviços de saúde que não configurada rede sentinela, conforme avaliação do Ministério da Saúde. Essa realidade mostra que a saúde do trabalhador deve ser concretizada em todos os pontos de atenção da RAS.

[...]a noção rede Sentinela é achar que aquela unidade é mais propícia para o atendimento de tal agravo. Na saúde do trabalhador, isso não acontece muito; tanto é que a avaliação própria do ministério é que as notificações em saúde do trabalhador estavam muito mais fora da unidade Sentinela do que propriamente nas unidades Sentinelas que foram eleitas (Ex-coordenadora 2).

Registram-se as reflexões de uma das coordenadoras quanto a prática de realizar visita as unidades sentinelas, afirmando que essa visita reveste-se da capacidade de indagar sobre as ações realizadas em saúde do trabalhador, buscando compreender as dificuldades de operacionalizar a ação de notificação dos agravos a saúde do trabalhador.

Ano passado (2016), a gente fez essa visita na intenção de chegar para eles e dizer: [...]Unidade Sentinela que há 5 anos não notifica nem um agravo relacionado ao trabalho, ao mesmo tempo o Cerest Estadual deu todo o suporte, porque ofereceu capacitação, capacitou a rede, então assim, qual é a dificuldade? (Coordenadora 2).

Ao refletir sobre a rede sentinela em Fortaleza, a fala evidencia a necessidade de repensar a metodologia aplicada no processo de capacitação dos protocolos nas unidades que notificam no âmbito da urgência e emergência. Nessa direção, propõe que seja realizado treinamento em serviço, promovendo a discussão dos fluxos.

[...] chegou à hora da gente deixar desse formato de educação permanente que a gente já cumpriu com essa etapa, e que agora tem que chegar junto do serviço, fazer treinamento em serviço, discutir fluxo no serviço, então a gente começou a fazer isso ano passado(2016).[...] é um projeto do Cerest fazer um desenho mesmo de apoio matricial nessa concepção, treinamento em serviço,

é um técnico de referência para cada unidade dessa, para ir lá toda semana, conversar com a epidemiologia daqueles hospitais,[...] fazer busca ativa dentro da unidade, sentar junto com o profissional para atender[...] (coordenadora 2).

A fala ressalta a necessidade de realizar um redesenho da rede sentinela do estado do Ceará, destacando que o Nuast e o Cerest estadual poderiam fomentar essa discussão.

É uma pactuação de gestão, eu acho que seria uma discussão que poderia ser puxada pelo Nuast, pelo Cerest estadual. Um redesenho dessa rede. Todo o Cerest regional tem um Caps de referência em sua pactuação. [...] no caso dos Cerests regionais tem as discussões em nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), e depois trás para a CIB[...] (Coordenadora 2).

Ao tecer considerações sobre a rede sentinela no estado do Ceará, assinala-se a importância de ampliar essa rede, construindo a pactuação com os gestores municipais e estaduais, cuja pactuação deverá ser aprovada pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), respectivamente.

Desta forma, e consoante se compreende, as ações de saúde do trabalhador devem ser realizadas no âmbito da Rede Sentinela do estado do Ceará, visando assegurar que o trabalhador o processo de cuidado a saúde de forma integral e humanizada. Com base nesta compreensão, serão apresentadas as ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), conforme preconiza a PNSTT.

No que tange as ações desenvolvidas na atenção especializada, a fala assinala que o Cerest de Fortaleza já desenvolveu ações junto ao Caps. Contudo, há quatro anos que essas ações não são concretizadas. Relata seu empenho em inserir as ações de saúde do trabalhador no âmbito da rede de atenção psicossocial, contribuindo para a construção da linha de cuidado em saúde mental.

No Caps, a gente fez antes. Nesses últimos quatro anos, o próprio Caps estava desestruturado.[...] A gente tentava marcar reunião, não conseguia. [...]. Eles estavam construindo a linha de cuidado em saúde mental.[...] Participei da discussão da formação da linha de cuidado das questões de saúde mental. Levei uma parte imensa de Saúde do Trabalhador pra ela. [...] Pra estar inserindo na linha que eles estavam construindo a saúde do trabalhador (Ex coordenadora 1).

A fala explícita que o Cerest de Fortaleza tem buscado apoio no que concerne as questões relacionadas ao assédio moral. No entanto, a equipe não dispõe de psicólogo para atender essa demanda.

Hoje quem mais procura é o pessoal da atenção à saúde mental, a questão do assédio. O Caps, ele sempre tem pedido para a gente fazer alguma coisa em relação ao assédio moral, mas o problema é que a gente tem tido aqui no Cerest Fortaleza é a falta do psicólogo, que é uma demanda que já foi levada para a Secretaria de Saúde[...] (Profissional 1).

Importa refletir que o Cerest de Fortaleza não se articulou com as instâncias de pactuação para construir as ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada. No entanto, a fala revela a potencialidade para construir essa rede, uma vez que os profissionais do Caps participaram do curso de atualização em saúde mental com enfoque para os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Nós não temos nenhum serviço ainda, nós não temos formado. Os Caps de Fortaleza tiveram agora alguns profissionais que fizeram curso de atualização em Saúde Mental, transtorno mental relacionado ao trabalho, que foi um curso de 120 horas promovido pelo Cerest Estadual com a Escola de Saúde Pública (Profissional 1).

Convém ressaltar que o Cerest de Fortaleza vem realizando articulações, no intuito de inserir ações de saúde do trabalhador no âmbito da Policlínica, sobretudo ações de notificação dos agravos relacionados ao trabalho. Também as UAPS já realizaram notificações, conforme expressa a fala: “[...]a Policlínica está começando agora. [...] e as UAPS municipais para começarem a notificar. Caps tem que notificar. Quando a gente estava com psicólogo era bem mais” (Profissional 3).

Nesse contexto, afirma-se a importância de serem desenvolvidas ações que fortaleçam as práticas de saúde do trabalhador na atenção especializada, com o apoio do Nuast e do Cerest estadual.

Importa ressaltar que o Cerest estadual vem desenvolvendo ações de saúde do trabalhador nas unidades sentinelas dos serviços de saúde de atenção especializada, como o Centro Dermatológico Dona Libânia, destacando a visita técnica de monitoramento e o apoio matricial.

[...]visitas técnicas de monitoramento e apoio matricial tanto aos Cerest's Regionais quanto às Unidades Sentinelas[...]o ano passado(2016), a gente fez em Dona Libânia uma reunião, uma sessão clínica de médicos para falar sobre dermatose ocupacional [...]a gente passou quase duas horas sensibilizando [...](Coordenadora 2).

Ao refletir sobre as ações desenvolvidas no âmbito da atenção especializada, afirma-se a importância da atuação do Cerest como retaguarda técnica especializada, considerando o seu papel no apoio matricial. A fala revela o empenho da equipe para inserir saúde do trabalhador nas ações, cuja estratégia contemplou a sensibilização da equipe e sessão clínica, no qual foram discutidos aspectos da política de saúde do trabalhador.

Desta forma finaliza-se esta seção, recorrendo às reflexões que considera-se a síntese do resultado do caminho percorrido na análise das ponderações tecidas pelas entrevistadas no que se refere as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador nas Redes de Atenção a Saúde.

#### 4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: A REALIDADE NO ESTADO DO CEARÁ SOB O OLHAR DOS ATORES

É preciso compreender a vigilância em saúde do trabalhador inserida no contexto da vigilância em saúde, conforme a Portaria GM-MS 1.378/ 2013, que define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Tal portaria preconiza que a Vigilância em Saúde abrange um processo contínuo de atividades de captação, consolidação e análise dos dados sobre os eventos concernentes à saúde.

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

A portaria estabelece oito ações de vigilância em saúde, destacando a vigilância em saúde do trabalhador. Por conseguinte, há uma necessidade de conceituar essa ação específica que se desenvolve na Renast e que os entrevistados fizeram questão de salientar a compreensão conceitual acerca da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), definindo como uma ação contínua que ocorre nos ambientes de trabalho e nos processos de adoecimento relacionados a atividade produtiva, reconhecendo que o

trabalhador deve participar em todo o processo, como principal ator que conhece a dinâmica do trabalho e a realidade vivida.

É uma ação contínua presente em todos os locais, [...] voltada para os ambientes de trabalho e voltada para os adoecimentos relacionados ao trabalho.[...] ela tem um objeto fixo, formado, que é o trabalhador e nessa vigilância, [...] não pode faltar é a fala do trabalhador, você não faz vigilância do trabalhador sem ouvir o trabalhador, sem ter os saberes daquele trabalhador como ponto de pauta, como ponto de análise para todo o processo da vigilância; então, a diferença da Vigilância em Saúde do Trabalhador é exatamente essa participação ativa do trabalhador na vigilância (Profissional 1).

Reconhece que atuar no campo da vigilância em saúde do trabalhador é complexo, haja vista que os ambientes das empresas constituem um espaço de contradição entre o capital e o trabalho. Fragmentos da fala mostram essa realidade: “a vigilância não é fácil. Porque não é fácil? Você vai mexer na relação capital x trabalho. Você vai pra uma empresa e vai ver o que ela faz de errado” (Coordenadora 1). [...] as ações de vigilância que são essas ações articuladas tanto inspeção nos ambientes de trabalho mesmo, [...] avaliar os riscos, como também de fazer notificações, busca ativa de CAT no sindicatos[...] (Coordenadora 2).

Um aspecto relevante diz respeito à dimensão crítica que os profissionais que fazem a vigilância em saúde do trabalhador deveriam cultivar, uma vez que ao adentrar nas empresas devem buscar conhecer os processos produtivos e as formas de adoecimento e sofrimento no trabalho, que essas atividades podem gerar, percebendo as múltiplas formas de precarização do trabalho e das condições de vida que o trabalhador está inserido.

O mundo do trabalho vivencia mudanças nos processos de reestruturação produtiva, desencadeados pela crise do capital e pelo desenvolvimento científico e tecnológico. Nesse sentido, deve-se instigar novas perspectivas para compreender as questões relacionadas às formas de inserção no mercado de trabalho, caracterizado pela precarização das relações de trabalho

As ponderações da entrevistada corroboram a Política de Saúde do Trabalhador, quando ela reconhece a importância da participação dos trabalhadores nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Essa análise do ambiente e dos processos produtivos, no qual o trabalhador representa o principal ator nesse processo de

compreender a dinâmica do seu trabalho e sua relação com o adoecimento. A fala demonstra algumas situações nas quais a equipe viabiliza a participação do trabalhador:

[...] a vigilância dos processos produtivos, a gente faz nos processos produtivos,[...]. Esse ano nós recebemos uma denúncia do Ministério do Trabalho e fomos a determinada empresa, fizemos a análise do ambiente e pegamos uma amostra dos trabalhadores, aleatória e levamos para atenção primária; lá na atenção primária, essas trabalhadoras foram ouvidas em queixas físicas: o que é que elas achavam do trabalho? O que elas poderiam melhorar no trabalho?[...] E essa visão do trabalhador entrou no relatório que foi encaminhado para o Ministério Público do Trabalho[...] (Profissional 1).

Cabe salientar que no início da implantação da Renast no estado do Ceará, o Cerest Fortaleza contemplava ações de investigações de ambientes de trabalho, cuja demanda vinha por denúncias do sindicato ou do próprio trabalhador. Essa Vigilância em Saúde do Trabalhador realizou-se por meio do diálogo construído com a Vigilância Sanitária. A necessidade dessa interlocução ocorre, uma vez que a Visat não tem poder de polícia para adentrar nos ambientes de trabalho, no caso de empresas privadas.

[...] investigações sempre sobre denúncias[...], geralmente pelo sindicato ou então diretamente pelo próprio profissional que ligava, [...] se fosse uma empresa privada, nós entramos em contato com a Vigilância Sanitária, porque nós não podemos adentrar sozinhos; nós não temos esse poder de polícia, como a Vigilância Sanitária tem, na nossa realidade aqui do Cerest Ceará, Fortaleza (Profissional 2).

Na época em que o Cerest de Fortaleza estava localizado na Regional IV, Parangaba, as ações voltavam-se prioritariamente para atender as demandas dos sindicatos, uma vez que, nesse momento histórico, os movimentos sindicais tinham uma atuação dinâmica em defesa dos direitos dos trabalhadores, discutindo a relação entre o trabalho e suas formas de adoecimento. Nesse período, havia um fluxo intenso de trabalhadores, destacando o apoio dos sindicatos que abraçavam as questões pertinentes a saúde no trabalho.

A vigilância em saúde do trabalhador é desencadeada a partir de demandas espontâneas ou referenciada, principalmente pelos sindicatos, na qual o profissional estabelece e prioriza a ação, com a elaboração da análise de risco.

Depende do contexto, do momento, do gestor e da demanda. Tem a demanda espontânea e tem a demanda que a gente prioriza, que a gente estabelece a partir da nossa análise de risco, onde é que a gente vai fazer vigilância. E tem a demanda espontânea que chega, que os sindicatos pedem, que algum organismo pede; o Tribunal Regional do Trabalho (TRT) pede, outros órgãos de outros Ministérios (Coordenadora 1).

Nas palavras da entrevistada, é importante que os profissionais que realizam a Vigilância em Saúde do Trabalhador pautem as avaliações e os relatórios com base nos dados técnicos e na legislação de proteção e de segurança do trabalhador, como as Normas Regulamentadoras(NR) do Ministério do Trabalho. Nesse horizonte, considera essencial o equipamento de aferição dos ambientes de trabalho, os quais podem garantir a construção de um relatório com base científica.

Eu considero importante ter equipamentos de aferição. Volto a dizer, saúde do trabalhador não é medicina do trabalho, mas como existe uma questão normatizada, normas regulamentadoras (NR) e você tem que mostrar o conhecimento técnico também, você tem que ter essas medidas tanto para fortalecer o que você tá dizendo, [...]cheguei no ambiente que a temperatura está menos 1º grau e a trabalhadora está doente por causa dessa temperatura, então aqui a legislação me diz que está fora do limite de tolerância então fortaleceu a minha fala de adoecimento, mas[...] a temperatura ambiente é de 22º graus dentro da norma técnica, [...] mas pela subjetividade existem profissionais x, y que estão adoecidos e aí a gente sugere alguma outra coisa (Profissional 1).

A entrevistada relatou a imperiosa necessidade de qualificar as ações dos profissionais, salientando a importância de um advogado para fundamentar as ações no campo do direito. Sua fala destaca também o valor dos equipamentos de medição para fundamentar os relatórios, frutos das inspeções dos ambientes e processos de trabalho. No entanto, como o Cerest de Fortaleza não dispõe dessa tecnologia, a equipe realiza a avaliação com base em observação da dinâmica do trabalho e da escuta dos trabalhadores. A fala denota que as análises do ambiente e dos processos de trabalho ocorrem de forma subjetiva, ancorada pelos conhecimentos dos profissionais e sua capacidade de interpretar criticamente esse ambiente de trabalho.

[...]a vigilância do Cerest, a gente precisa qualificar ainda mais, nós técnicos para essa demanda. A gente precisava ter um advogado para nos subsidiar em alguns momentos[...] e, assim, apesar da gente não ser medicina do trabalho[...]você precisa de um relatório técnico que vai ser avaliado por outras pessoas também. Eles vão dizer: mas quanto é que estava o grau da temperatura? E aí a gente não tem esses tipos de equipamento, então a gente faz realmente uma vigilância pela escuta e pela visão do que precisa melhorar (Profissional 1).

A entrevistada contextualiza outra experiência de proceder à Vigilância em Saúde do Trabalhador, cuja demanda do Ministério do Trabalho suscitou a investigação, destacando que a percepção dos trabalhadores foi central para a compreensão da realidade vivenciada no âmbito do trabalho. A fala revela a importância de estabelecer o nexos causal entre o trabalho e o adoecimento; no entanto, considera a necessidade de ouvir o trabalhador em outro espaço físico.

[...] eu não vou lá para dizer que tem um risco físico, químico e biológico. Eu tenho que dizer que tem os riscos, mas que naquela empresa é importante o trabalhador [...].a trabalhadora diz assim: olha, eu vivo com dor de estômago,[...] eu só saio 1h30min para almoçar e nesse período todo o máximo que eu posso fazer é beber água[...]um problema mais sério até uma úlcera que está relacionada ao trabalho, mas quem vai tratar lá não vai conseguir fazer esse nexa (Profissional 1).

Consoante a percepção da entrevistada, a vigilância pode promover ambientes saudáveis, uma vez que se propõe a realizar um estudo das condições ambientais e identificar os riscos. Salaria que a vigilância em saúde do trabalhador é realizada, considerando as condições de trabalho e seu impacto na saúde do trabalhador, cuja ação de inspeção poderá produzir um relatório propositivo, com enfoque na perspectiva educativa e de intervenção no ambiente.

Pois é, quando a gente faz vigilância, a gente está promovendo ambiente saudável, porque a vigilância é um estudo das condições ambientais para avaliar riscos e nós fazemos relatórios recomendativos que aquilo seja corrigido, então se está corrigindo não vai mais adoecer, nem vai acidentar, então isso é uma promoção também de saúde ( Coordenadora 1).

Consoante se verifica, tal como o profissional observa, o Cerest de Fortaleza realizava inspeções nos ambientes de trabalho, proporcionando suporte técnico às demandas em saúde do trabalhador, tanto no âmbito local, como na área de abrangência dos 34 municípios. Sob esse prisma, reconhece a necessidade de ampliar a equipe e os recursos financeiros para o desenvolvimento de ações em toda a área. Sobre essa questão, o entrevistado tece algumas indagações:

[...] Conseguimos fazer o trabalho nos 34 municípios? não, na minha visão particular. [...] A gente conseguiu fazer alguma coisa no começo? Conseguia, pouco, mas se conseguia, conseguia fazer uma visita no município, em uma CRES, [...]mas com o passar da mudança das gestões, isso foi se perdendo[...]. Hoje a gente consegue fazer alguma? Consegue. Nós trabalhamos, nós temos muitas reuniões, mas eu percebo que [...] não é com afinco como se era antigamente [...](Profissional 2).

Percebe-se que há um esforço por parte da equipe do Cerest de Fortaleza para realizar as ações de saúde do trabalhador em toda a sua área de abrangência. No entanto, a fala revela que os profissionais realizavam as ações no que concerne a visitar alguns municípios e as CRES, embora julgue que essa atividade passou a ocorrer com pouca intensidade.

O Cerest de Fortaleza realiza visitas domiciliares, no intuito de complementar os dados da ficha de notificação que apresentam inconsistência.

Só de investigação, por exemplo, fichas que chegam para gente que tem inconsistência, que não dá para consertar, tem o telefone, endereço, a gente faz visita, um acidente na mídia que a gente conseguiu pegar o endereço a gente vai fazer a visita (Profissional 1).

A Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), desenvolve o projeto Agente de Vigilância em Saúde (Avisa) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com o objetivo de implantar a sala de situação para o acompanhamento de doenças e agravos do território, além de apoiar na organização dos serviços de saúde e planejamento de ações assistenciais e preventivas. O Projeto conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). As atividades estão sendo desenvolvidas em 14 áreas de atuação (FORTALEZA, 2015).

O Avisa é um projeto adaptado do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), do Ministério da Saúde, implantado em Fortaleza desde abril de 2014. O Projeto é gerenciado pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covis) da SMS.

Em face da implantação da sala de situação, o Cerest de Fortaleza está inserindo nesse espaço o mapeamento dos processos produtivos, o que representa uma ação da vigilância em saúde no âmbito do território.

Fortaleza está começando a colocar a sala de situação nas UAPS e nessa sala de situação, a gente vai colocar também o mapeamento dos processos produtivos.[...] então está sendo uma descentralização da vigilância para o território, não é mais só a epidemiologia e sanitária aqui dentro, a gente está colocando para a atenção primária, na figura do Agente de Vigilância em Saúde(Avisa), geralmente são trabalhadores, agentes de endemias da Funasa, que já vem com uma bagagem de conhecimento[...] e eles que estão à frente dessa sala de situação[...] (Profissional 1).

Ressalta-se a importância da sala de situação para fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador no território da UAPS, no qual serão identificados os processos produtivos que afetam a saúde do trabalhador e do meio ambiente.

Essa sala de situação é exatamente para colocar tudo que tem no território, fazer análise de quantos nascidos vivos, [...] se tem dengue, [...], se tem processo produtivo que está afetando o meio ambiente, então é a sala de vigilância[...]. A gente está começando articular, tentando fomentar a história dos processos produtivos no mapeamento [...] e estamos começando a levar um gráfico dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho para colocar naquela sala, por Regional de Saúde (Profissional 1).

A integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde configura-se como a primeira estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. No referente a essa integração, a entrevistada reconhece que a criação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde em 2013 corroborou a ideia de potencializar a articulação entre as vigilâncias; no entanto, na prática, constata-se a segmentação das ações de Vigilância em Saúde.

Com a criação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, em 2013, essa articulação ficou mais fácil. A gente sempre teve a articulação com a Vigilância Sanitária, porque como o Cerest não tem caráter fiscal,[...]para adentrar em alguns locais ou você vai com o sindicato ou vai com a Vigilância Sanitária que tem poder de polícia no grupo das vigilâncias. [...]apesar da gente está junto, muitas vezes, a caixa ainda está fechada e essa caixinha precisa ser mais aberta para que a gente possa interagir melhor. Mas existe já uma integração relativamente boa, precisa ser melhorada (Profissional 1).

A entrevistada reconhece que a Vigilância em Saúde do Trabalhador não galgou a condição de poder de polícia para adentrar nas organizações e realizar a inspeção nos ambientes de trabalho; por isso necessita da presença da Vigilância Sanitária, dos sindicatos ou da demanda do Ministério Pública para proceder a aludida Vigilância.

Acrescenta que a vigilância em saúde do trabalhador faz interface com outros equipamentos e com o sindicato, o qual deve ter uma participação importante no processo de construção da análise do ambiente de trabalho.

[...] quando nós fazemos a inspeção do ambiente de trabalho, a gente faz uma inspeção sanitária, então nós vamos juntos com a vigilância sanitária. Deveríamos inclusive fazer juntos e não só com ela, porque a gente faz interface fora da Sesa; a gente faz a interface com o sindicato, por exemplo, que tem direito de garantir o ambiente de trabalho saudável, normalmente eles demandam a ação e eles podem e devem ir juntos, principalmente os trabalhadores que fazem a queixa (Coordenadora 1).

O Cerest de Fortaleza tem participado de ações conjuntas com a Vigilância Sanitária. A fala expressa essa articulação, destacando ações que visam identificar o risco ocupacional de determinadas profissões. Como fruto dessa ação, assinala que a Vigilância Sanitária pode ampliar a sua capacidade de analisar esse ambiente de trabalho, com foco no trabalhador.

Por exemplo, na copa, a Vigilância Sanitária capacitou todos os ambulantes. Ela nos chamou para capacitar com ele a saúde do trabalhador a todos os ambulantes. Nas ações de Visat, a gente era chamado. A própria Vigilância Sanitária sempre tem um trabalho com os cabeleireiros. Nós fomos chamados para dar uma olhada na saúde do trabalhador. O risco do

cabeleireiro na questão dele.[...]. A Vigilância Sanitária ampliou o olhar dela[...] (Ex-coordenadora 1).

Os fragmentos da fala mostram a importância da vigilância epidemiológica para realizar um trabalho multiprofissional e intersetorial, uma vez que essa vigilância revela interface com a saúde do trabalhador.

Da vigilância epidemiológica da mesma forma quando a gente levanta a incidência de acometimento, quando a gente ver as notificações, quando a gente faz o levantamento das condições de saúde, seja no setor, seja na população, seja no território, nós também estamos trabalhando a vigilância epidemiológica (Coordenadora 1).

Ainda sobre a articulação da Vigilância em Saúde do Trabalhador com a Vigilância Epidemiológica e os Sistemas de Informação, no que concerne a análise dos dados de notificações sobre os agravos relacionados ao trabalho. Outro aspecto diz respeito ao acompanhamento no Sinan, o qual poderá visualizar os dados para compreender a vigilância epidemiologia em saúde do trabalhador. O acompanhamento do banco de notificação do Sinan, para verificar se há qualidade das informações e se os dados foram registrados de forma coerente.

[...]a minha ação na vigilância é acompanhar esse banco e ver as inconsistências do banco, que inconsistência são essas? duplicidade; [...] erro de digitação, [...]às vezes, você não vê e fica um banco totalmente desqualificado,[...] campos em branco [...]para quem trabalha na saúde do Trabalhador é fundamental[...] analisar onde está havendo o problema (Ex-profissional 1).

A fala evidencia a importância em estabelecer articulação com a vigilância epidemiológica, no intuito de proceder a análise das notificações de doenças e agravos à saúde do trabalhador. Outro aspecto diz respeito à articulação com a vigilância da violência, com foco no trabalho infantil, buscando identificar os acidentes relacionados com a violência.

[...]Tentei me articular com a Vigilância Epidemiológica em termos de notificação. [...] Tentando nos inserir na reunião semanal que acontece com todos os hospitais lá na Covis.[...] Sempre que tinha algo para capacitar, orientar, então a gente estava presente nessas reuniões. Eu tentei junto com a vigilância da violência, que tem outra pessoa que articula com a violência, [...] trabalho infantil, os acidentes que tem haver com a violência (Ex-coordenadora 1).

Cabe salientar que o Cerest de Fortaleza empenhou-se no processo de construção de uma metodologia de análise dos dados nos municípios de sua área de abrangência. No entanto, obteve êxito em Maracanaú, uma vez que este município havia demandado ações em saúde do trabalhador. Outro aspecto diz respeito a inserir o campo ocupação

no prontuário eletrônico, cuja iniciativa poderá fortalecer o reconhecimento dos usuários como trabalhador e suscitar reflexões acerca da atividade produtiva e sua relação com o adoecimento.

[...] Com a epidemiologia, a gente tentou em todo o município construir essa questão da análise dos dados.[...] O máximo que se conseguia fazer foi as capacitações, principalmente, em Maracanaú, que chamaram a gente.. [...] lá tinha o sistema, que a gente estava tentando inserir o campo ocupação, como o campo obrigatório, no prontuário eletrônico (Ex-coordenadora 1).

A fala da entrevistada realça o empenho e a negociação para integrar os dados da saúde do trabalhador nos sistemas de informação em saúde. Essa ação converge para atender uma das estratégias da PNSTT no que concerne a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe a “ garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos [...] sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde” ( BRASIL, 2012, p.4).

É uma luta, porque envolve dinheiro. Essa foi uma negociação enorme [...] A questão do sistema; integrar o SIM, integrar outros sistemas, tentando identificar via sistema o que tem relação com o trabalho. [...]E tinha outras articulações que nos levava a essa integração a outros setores, como por exemplo, os agentes penitenciários vieram nos convidar para fazer um trabalho com eles (Ex-coordenadora 1).

Ao refletir sobre a vigilância em saúde do trabalhador no contexto das empresas públicas e privadas, a entrevistada pontua que não há interesse dessas empresas que ocorra a vigilância. Essa realidade revela que a vigilância em saúde do trabalhador deve adentrar a realidade do mundo da produção e evidenciar as condições de trabalho que podem gerar o adoecimento. Logo, essa vigilância pode revelar momento de tensão e conflito de interesses.

[...] existem essas ações hoje dentro do contexto municipal que são dentro das Unidades de Saúde[...] essa Vigilância, ela é possível até um certo limite, porque muitas vezes as empresas públicas e as empresas privadas não querem aquilo ali[...] (Profissional 2).

Como exemplo, destaca-se a atuação dos sindicatos dos agentes de endemias, apresentando as questões pertinentes à saúde desse segmento, cujo empenho resultou na atuação do Cerest no que concerne a realizar a vigilância em saúde do trabalhador no âmbito da Secretaria de Saúde Municipal. Os fragmentos da fala mostram esse conteúdo:

A gente tinha um trabalho muito grande com os agentes de endemias; exatamente por que os sindicatos eram muito atuantes, a gente fez um trabalho enorme. Então tinha muita movimentação lá, mas não pela localização do Cerest, mas sim por que os sindicatos dos agentes de endemias na época estavam querendo tirar a escada do agente de endemias[...] então eles fizeram um trabalho junto com o Cerest. O Cerest foi demandado para fazer um trabalho; então, por isso que tinha muito movimento; [...]assim mais do que tem hoje (Ex-coordenadora 1).

Merece destaque a fala do entrevistado ao reportar-se sobre a importância de realizar a vigilância em saúde do trabalho em equipe, destacando a sua experiência de realizar vigilância no contexto de empresa privada e pública, como fruto de denúncias dos sindicatos.

[...]Nós fizemos Vigilância em Saúde do Trabalhador, geralmente, sempre através da geração de relatórios, [...]; nós fazemos nosso trabalho aqui em equipe[...]. Mas nós já fizemos em empresa privada,[...] fizemos dentro de[...] três farmácias da rede Pague Menos, sobre denúncia. Nós fizemos dentro dos Correios Centrais[...] também sobre denúncia de sindicato. Nós fizemos [...]na lavanderia lá no Morro Santa Terezinha também sobre denúncia (Profissional 2).

Convém destacar o desmembramento dessa ação de vigilância em saúde do trabalhador, no qual o relatório, fruto da vigilância em saúde, pode ser encaminhado para o Ministério do Trabalho e Emprego; para o sindicato; para a empresa, objeto da vigilância; para a instituição que fez a denúncia e uma via deve constar nos arquivos do Cerest.

[...] nós tivemos outra farmácia da rede Pague Menos também,[...] os trabalhadores estavam trabalhando no prédio em reforma, [...]nós não olhamos só isso, a gente vai para a questão da água[...], para a questão de segurança e de estrutura também[...], se a gente tiver uma dúvida, a gente já manda para o Ministério do Trabalho, para algum outro órgão que também possa fortalecer. [...]a gente manda um relatório para o denunciante, caso não seja anônimo; se for sindicato; manda para a própria farmácia, e fica com um no Cerest ( Profissional 2).

No que tange a participação dos trabalhadores na realização da vigilância em saúde do trabalhador, cabe ressaltar que uma das estratégias da PNSTT advoga que deverá promover o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social nas ações em saúde do trabalhador.

Outro aspecto diz respeito a presença da médica do trabalho do Cerest estadual, a qual realizou interconsulta, cuja ação configura apoio matricial. Também se elaborou relatório para o Ministério do Trabalho, o qual deverá dar o segmento a ação, conforme a legislação pertinente.

[...] então a gente sempre vai com a enfermeira do trabalho, técnico do trabalho[...] a gente pediu a médica do trabalho do Cerest Estadual para acompanhar, até para fazer uma interconsulta com a médica [...] lá do local[...]A gente encaminhou relatório para quem solicitou, que foi o Ministério do Trabalho e aí lá que vai dar os encaminhamentos e as solicitações para empresa (Profissional 1).

Ao proceder a vigilância em saúde do trabalhador, o Cerest estadual articula-se com a vigilância sanitária do Estado ou do Município, uma vez que há um elo entre essas vigilâncias. Esse conteúdo é percebido na fala da entrevistada.

[...]a gente chama a vigilância sanitária pra nos acompanhar, seja do Estado ou seja do Município e juntos nós vamos fazer a inspeção com os recursos que a vigilância Sanitária tem e com o olhar que nós temos também da visão da saúde do trabalhador, que na verdade a vigilância como um todo deveria ter também esse olhar pra saúde do trabalhador, eles estão inteiramente interligados (Coordenadora 1).

A entrevistada reconhece a importância da comunicação e interação das ações entre a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas) e a Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (Copron), construindo um conceito ampliado de vigilância, englobando ações no campo da promoção, prevenção, assistência e vigilância, destacando a dimensão da articulação política, essencial no contexto da política de saúde do trabalhador.

[...]A gente precisa está interligada, Copas e Copron nas ações, porque a política da saúde do trabalhador não é só vigilância, é prevenção, promoção; ela também é assistência, ela também é estudo e pesquisa, ela também é articulação de política; ela precisa está inserida em toda a rede de atenção, desde a atenção primária, secundária, terciária. [...]A saúde do trabalhador se dá com todas as outras vigilâncias (Coordenadora 1).

Importa refletir a necessidade da vigilância em saúde do trabalhador ser realizada em articulação com a vigilância sanitária estadual, visando efetivar uma ação conjunta que promova o bem estar dos trabalhadores.

[...]A nossa primeira articulação é com a vigilância estadual, nem sempre é possível, principalmente com a sanitária, mas a gente também faz articulação com a chefia da vigilância pra poder abrir um apoio, então já fizemos várias reuniões com a chefia do Copron pra discutir a necessidade dessa ação conjunta(Coordenadora 1).

A fala mostra a importância de construir ações comuns entre o Cerest estadual e o Núcleo de vigilância em saúde do trabalhador, destacando a necessidade de discutir uma política comum para o estado do Ceará.

[...] eles (Nuvam/Copron) criaram um Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador que a gente precisa ver as ações comuns [...]discutir uma

política comum do Estado, houve a nossa demanda pra eles de quando tem uma situação emergencial, ou de quando tem uma ação que a gente planeja, mas que é importante que a gente vá com eles, mas nem sempre eles vão (Coordenadora 1).

Um aspecto relevante diz respeito à articulação entre a vigilância do município e a vigilância do Cerest Estadual. Destaca-se a importância de construir ações coletivas para atender as demandas dos trabalhadores.

Agora a gente articula também a vigilância do município; por exemplo, se é em Fortaleza, eu vou pedir que a vigilância do município de Fortaleza e como sendo daqui pode ir do Estado e de Fortaleza. Quando é fora, em outro município, a gente agenda a vigilância do município onde tem o Cerest (Coordenadora 1).

A entrevistada realça o papel do Cerest estadual no que se refere a fomentar a política de vigilância em saúde do trabalhador, principalmente pela oferta de capacitações e negociações com as instâncias que fazem a política na Sesa e com os gestores, como o Secretario de Saúde e o Ministério.

[...] o nosso papel é mais de fomentar a política.[...] qual a política de vigilância que o Cerest Estadual fomenta através dos cursos que ele realiza, através das negociações com os organismo aqui da Sesa e com o próprio Secretário e com o Ministério. Porque o Ministério e a Coordenação Nacional da Saúde também tem toda uma linha pra vigilância, nós vamos articular com eles. Nos encontros estaduais é definida uma prioridade e a gente tenta aqui no Estado fazer um trabalho alinhado com a coordenação nacional (Coordenadora 1).

Nessa perspectiva, busca-se o alinhamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador com as estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador. Ressalta-se que esse “olhar” em uma mesma direção, corrobora o êxito das ações e o fortalecimento da política.

Uma ação importante refere-se a integração entre as vigilâncias para traçar estratégias de efetivação desta política no campo da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo a sua complexidade e contradição. A fala retrata a necessidade de encontros para planejar as ações “A gente faz reuniões, a gente tinha ontem uma reunião marcada com o Nuvan [...]a ideia é sentar para a gente ver que tipo de ações em comum a gente pode estar desenvolvendo, ações complementares,[...] e nessa reunião ela acaba gerando essa integração[...] (Coordenadora 2). Eu acho estratégico, a gente está na Copas, eu acho que não impede da gente está se articulando com as vigilâncias.

No que se refere a atuação e o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador na UAPS, a fala da entrevistada revela que essa ação ocorre de forma

incipiente, afirmando a necessidade de estabelecer estratégias para adentrar na atenção primária a saúde. Sob esse prisma, considera que o projeto Qualifica APSUS constitui um caminho para a materialização da inserção da saúde do trabalhador nesse espaço.

A gente tem em alguns momentos algumas atuações na atenção primária, mas eu considero ainda muito pouca, eu acho que a gente tem que crescer em termos de estratégias de alcance na atenção primária[...]. o caminho que a gente está vislumbrando é via o Qualifica APSUS, que é um momento onde tem articuladores da Atenção Primária[...], a ideia é que eles sejam multiplicadores nos seus municípios, então nada melhor do que a gente trabalhar Saúde do Trabalhador nessa perspectiva também ( Coordenadora 2).

Nessa direção, a perspectiva é sensibilizar os articuladores da atenção primária a saúde para que sejam os multiplicadores das ações de saúde do trabalhador nos seus municípios.

Ao se referir a vigilância em saúde do trabalhador, a fala ressalta que a ação de inspeção reveste-se de uma dimensão educativa, uma vez que tem o papel de orientação sobre as práticas a serem seguidas que podem minimizar os riscos ocupacionais. Ressalta-se que a dimensão propositiva e de orientação não obtiverem resultados exitosos, o relatório poderá ser encaminhado para o Ministério do Trabalho e Emprego.

As ações de vigilância, as campanhas, [...]que é uma ação que gera um efeito, a gente tem as ações de inspeção, que tem um papel de orientação também à essas empresas[...]tenta ver o caminho da educação, não deu certo, então a gente vai para o Ministério Público [...] (Coordenadora 2).

Um aspecto relevante diz respeito à capacidade de empoderamento dos profissionais da saúde, principalmente no momento em que toma consciência de sua condição humana e de trabalho. A fala exprime essa realidade.

[...],o trabalhador da saúde, ele também tem ambientes de trabalho extremamente adoecedor; então quando ele também se reconhece como trabalhador, ele também começa a observar o ambiente que ele está atuando, [...] então há um empoderamento[...]. Quando a gente atende esse trabalhador aqui,[...] a gente também empodera, para que ele entenda o que é um ambiente de trabalho saudável também(Coordenadora 2).

No que se refere a articulação entre as vigilâncias em saúde, a fala revela que há pouca articulação, embora tenha participado de reunião para estabelecer esse diálogo “Muito pobre essa articulação, eu diria que a gente tem tentado fazer, [...]fizemos uma reunião pra discutir isso com o núcleo de vigilância ambiental, mas na discussão o próprio coordenador disse que não ia fazer vigilância em saúde (Coordenadora 3).

O Cerest de Fortaleza desenvolve ações de vigilância em saúde voltada para proteger as crianças e os adolescentes que estejam inseridos em atividades produtivas. No intuito de desenvolver ações, busca-se atuar na perspectiva da intersectorialidade, com o apoio das instituições de defesa e proteção à infância-juvenil.

O trabalho infantil quem era responsável lá no cerest era [...] A gente tentou fazer como sempre articulação com o Peteca. [...], com o MPT, que cobrou muito da gente.[...] Trabalhamos com o trabalho infantil nas vigilâncias dos portais. Porque eles trabalham com aquelas cordas. [...] mas a [...] junto com a equipe foi fazer no período do Portal, a vigilância desses meninos para saber se eles estavam nessas cordas [...] são coisas pontuais (Ex-coordenadora 1).

Ao refletir sobre as competências do Ministério do Trabalho e do Cerest, a fala demonstra o caráter educativo do Cerest. É importante que esse processo seja compreendido, no qual são elaboradas indagações.

O Ministério do Trabalho faz a fiscalização dos ambientes; eles interditam e multam. A gente faz a vigilância sanitária dos ambientes e processos de trabalho. [...] Essa vigilância tem o caráter mais educativo [...] Como a gente vai avaliar? A gente ver todas as inconformidades dos riscos, dos riscos químicos, [...] psicossocial. A gente mapeia esses riscos, e a gente faz os relatórios, colocando as inconformidades e fazendo as sugestões de mudanças (Coordenadora 1).

Outro aspecto diz respeito ao conteúdo do relatório, o que deve abraçar a dimensão pedagógica, no sentido de proporcionar reflexões sobre a realidade do trabalho e propor mudanças nesse ambiente. Dessa forma, devem-se apresentar as recomendações.

A gente faz as recomendações; depois faz o monitoramento pra ver se aquelas recomendações estão sendo aplicadas. A gente manda esses relatórios para outras instituições. A gente manda para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (Sesmt), a gente manda pra quem demandou. Tem a demanda espontânea, e tem o que nós avaliamos que precisamos investigar (Coordenadora 1).

A nova gestão do Cerest Estadual, iniciada em julho de 2016, passou por um momento de reorganização do seu processo de trabalho, sobretudo pelo movimento de oposição e pela ausência de profissional capacitado para atuar no campo da vigilância, cuja realidade concorreu para que houvesse a diminuição das ações de vigilância em saúde do trabalhador, conforme assinala a fala.

Houve uma quebra da vigilância. A outra pessoa que era técnica de segurança do trabalho que era com quem eu contava pra fazer vigilância também entrou no movimento de oposição. Tem muito movimento de oposição dentro do Cerest [...]. E houve um embate administrativo (Coordenadora 1).

A gente tenta fazer articulado, quando chega uma denúncia, por exemplo, quando chega uma denúncia do TRT,[...] aí a gente liga para o Cerest de Referência desse município, mas a gente vai junto[...] até para fortalecer, para pactuar, a gente acaba indo junto para ver e para fortalecer a ação[...] (Coordenadora 1).

Uma dimensão importante relacionada a vigilância em saúde do trabalhador diz respeito a atender os usuários que estão inseridos no mercado informal, uma vez que os trabalhadores do mercado formal, de certa forma, tem garantidos os seus direitos sociais.

[...]Mas quem é que faz a vigilância dos trabalhadores informais, lá da atenção primária, do catador de material reciclado[...]? Atuar no território, nesses processos informais e que adoecem os trabalhadores e aí diferente do trabalhador quando está adoecido em uma empresa, ele tem os seus direitos, paga previdência[...] e o trabalhador informal, a grande maioria nem previdência paga, então ele adocece e pronto e aí onde está a equidade? A gente precisa também, enquanto saúde do trabalhador, ir mais para a questão desse campo, desses trabalhadores desprotegidos e de uma forma integral (Profissional 1).

Convém ressaltar que a vigilância em saúde do trabalhador deve ser concretizada em todos os pontos da rede de atenção a saúde, no qual o profissional busca ampliar o olhar para compreender o usuário como um cidadão de direitos e como um trabalhador inserido em relações de produção desiguais.

Por sua vez, as ponderações da coordenadora demonstram a importância de desenvolver as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador em consonância com a política de vigilância em saúde desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Mas ao mesmo tempo revela as indefinições que permeiam a PNSTT. E ainda a necessidade de planejamento conjunto e definição de atribuições.

Então, nós vamos pensar uma Visat, articulada, planejada, a partir da Sesa, pela primeira vez.[...]Agora nós vamos ter um alinhamento em nível da Secretaria. Quem é que vai fazer vigilância? O Cerest continua fazendo? É a Visat que vai fazer? Nós vamos fazer juntos? [...]. Então é um momento de repensar como vai ser essa vigilância; mas não deixamos de fazer[...] (Coordenadora 1).

A entrevistada se pronuncia ainda sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador, assinalando que, embora o contexto seja de mudança de espaço e reorganização dos processos, o Cerest estadual continua desempenhando as ações de Visat, atendendo as demandas de forma pontual. “Então a gente ainda está atendendo alguma demanda pontual. Mas nesse ano (2017), a gente não teve a mesma expressão que a gente tinha da ação de vigilância” (Coordenadora 1).

A coordenadora explicita outros aspectos para reflexão. Entre estes, a competência do Cerest no que se refere à realização da Vigilância em Saúde do Trabalhador, salientando a importância de ações conjuntas com as outras vigilâncias, com destaque para o Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador(Visat), criado recentemente em 2017, o qual integra o Núcleo de Vigilância Ambiental (Nuvam) da Coordenadoria de Promoção e Proteção (Coprom/Sesa). “O Cerest, ele é pra fazer vigilância. [...] Nós não queremos fazer vigilância sozinho, como estamos fazendo. Nós queremos uma implicação da vigilância, até porque foi criado um Núcleo da Vigilância em Saúde.

#### 4.4 OS AVANÇOS E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO CEARÁ

Ao pensar sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, os participantes elencaram os avanços e os desafios para a sua implementação no estado do Ceará no período de 2003 a 2017, destacando a sua complexidade, pautada por teias de relações contraditórias e conflitantes em um contexto de sociabilidade do capital. Esta seção se propõe a apresentar esses aspectos da política, contextualizando com a realidade do Cerest regional de Fortaleza e do Cerest estadual.

Ao refletir sobre a implantação da política no estado do Ceará, os entrevistados pontuaram os avanços galgados, com o apoio dos movimentos sociais e dos sindicatos. Assim, os dados da pesquisa evidenciaram os seguintes avanços:

1.A política de saúde do trabalhador evidenciou que o trabalho pode adoecer e acidentar o trabalhador.

A implementação da política contribuiu para evidenciar que o trabalho pode gerar processo de adoecimento, uma vez que o trabalhador está inserido em um processo de produção, que explora a força de trabalho. A fala ressalta que o trabalho apresenta dubiedade, uma vez que, por um lado, pode dignificar a vida humana, e por outro pode adoecer e/ou acidentar o trabalhador.

[...] a implantação da política deu a visão de que o trabalhador adoecer e acidenta; que o trabalho nem sempre dignifica;[...]ele mata. Depois da implantação da política não só no estado, mas, no país, como um todo, as pessoas já têm uma visão [...]que é possível prevenir [...] ( Profissional 3).

O Centro de Referência tem ajudado muito na visibilidade do trabalhador se ver, inclusive o próprio trabalhador da saúde se ver enquanto trabalhador, e ver os riscos que são inerentes a cada um, [...] ( Ex-coordenadora 2).

A fala retrata a realidade vivida pelos trabalhadores , os quais se inserem no mundo do trabalho contemporâneo, caracterizado pela precarização existencial, conforme Alves (2014).

Refletindo sobre o trabalho, Mészáros (2011, p. 611) assinala que “ [...] Sob o comando do capital, o sujeito que trabalha não pode considerar as condições de sua produção e reprodução como *sua própria propriedade*. [...], elas agora pertencem a um “ ser estranho” reificado que confronta os produtores com suas próprias demandas[...]”.

Embasado no pensamento do autor, destaca-se que os meios de produção e reprodução pertencem ao proprietário do capital, o qual tem o domínio sobre a vida material e subjetiva do trabalhador, uma vez que este vendeu sua força de trabalho, alcançando a condição de trabalhador assalariado.

Como assinala Mészáros (2011, p. 611), em uma sociabilidade do capital, os sujeitos que produzem vivenciam a degradação do trabalho:

[...] Assim, a relação original entre o sujeito e o objetivo da atividade produtiva é subvertida, reduzindo o ser humano ao status desumanizado de uma mera “ condição material de produção”. [...] Ao mesmo tempo, o eu real dos sujeitos produtivos é destruído por meio da fragmentação e da degradação do trabalho à medida que eles são subjugados às exigências brutalizantes do processo de trabalho capitalista.

O autor destaca que a relação original estabelecida entre o sujeito e a atividade produtiva é subvertida, no qual o ser humano passa a ser subjugado às condições desumanas e de exploração do processo de trabalho. É essa compreensão sobre o trabalho que degrada a pessoa humana que a Política de Saúde do Trabalhador evidenciou em sua prática.

## 2. As ações do Cerest são conhecidas no âmbito do SUS.

Considerando que um dos objetivos da PNSTT diz respeito a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2012).

Esse objetivo expressa que as ações de saúde do trabalhador devem ser efetivadas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Dessa forma, a fala revela

que a criação do Cerest, as articulações e as ações educativas foram estratégias aplicadas para ampliar o conhecimento da política no âmbito do SUS.

[...] saúde do trabalhador hoje ela é bem mais conhecida dentro do próprio SUS; que não era, como da sociedade. A gente avançou um pouco nisso, através desses eventos, da articulação, [...]então é mais fácil hoje identificar um Cerest, que o Cerest é do SUS, que o Cerest é para atender o trabalhador, [...] ( Coordenadora 1).

Nesse sentido, a ampliação dos dispositivos da Política no estado do Ceará, com a implantação de oito Cerests regionais, contribuiu para assegurar a inserção das ações de saúde do trabalhador no SUS, fortalecendo a sua importância. No entanto, ressalta que tem estruturas, mas há poucos profissionais para concretizar as ações.

O Estado do Ceará ele é todo coberto, mas ele é todo coberto assim, Fortaleza mais 34 municípios. Então há um avanço no estado do Ceará, porque nós temos um Núcleo de Saúde do Trabalhador, nós temos um Cerest estadual e nós temos oito Cerest regionais, então a quantidade de Cerest aumentou, é um avanço, mas, ao mesmo tempo,[...] são poucos trabalhadores para um Estado imenso e aí a gente termina não efetivando todas as ações, como gostaria de efetivar.[...] (Profissional 1)

Em consonância com esse avanço, a entrevistada afirma que a implantação dos Cerests contribuiu para dar visibilidade a saúde do trabalhador no estado do Ceará. No entanto, reconhece a importância dos trabalhadores da saúde inserir as ações em seu cotidiano profissional.

A implantação dos Cerests deu visibilidade a saúde do trabalhador, que não existia no Estado do Ceará.[...] Você já vê trabalhador do SUS, falando sobre a saúde do trabalhador[...] A dificuldade é incorporar isso na prática. É fazer com que os trabalhadores saibam que existe uma Política de Saúde do Trabalhador e que ela notifica [...]. ( Ex-coordenadora 2).

Ainda sobre esse aspecto, a fala expressa que a política é reconhecida no contexto do setor saúde, e gradativamente, vem conquistando um lugar social, embora afirme que é uma luta cotidiana.

Eu acho que o próprio reconhecimento dela; a política está ficando cada vez mais disseminada, eu acho que hoje em dia, a gente fala de saúde, eu acho que tem lugar para a saúde do trabalhador, mas é uma luta diária, uma luta constante (Coordenadora 2).

Ao tecer ponderações sobre a luta dos trabalhadores para garantir a política de saúde, é de suma importância pensar sobre a trajetória de luta dos movimentos sociais e da sociedade civil para assegurar a inserção dos direitos dos trabalhadores na Constituição de 1988, e no processo de construção do SUS.

Sobre essa questão, Bravo e Marques (2012, p. 204) advogam que:

[...] no Brasil, durante a década de 1980, no processo de redemocratização do país, a sociedade civil promoveu intenso debate sobre a saúde. O impulso para a realização dessa discussão foi dado pelo movimento sanitário que surgiu no final da década de 1970.[...] Outros segmentos da sociedade foram incorporados à luta da saúde como os movimentos populares de saúde, o sindical, o feminista, as Comunidades Eclesiais de Base e alguns parlamentares, que passaram a fazer parte da mobilização, que buscava, naquele momento, fazer frente ao Estado ditatorial instalado em 1964 e produziu mudanças na sociedade brasileira.

O pensamento das autoras expressa que a política de saúde é consequência de lutas coletivas dos trabalhadores, que engajaram politicamente para assegurar o direito a saúde na perspectiva da universalidade e atenção integral. Assim, a fala remonta a essa realidade de luta dos trabalhadores pela saúde.

As ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Cerest contribuem para ampliar o conhecimento dessa política no âmbito da Rede de Atenção a Saúde, com destaque para as notificação das doenças e agravos a saúde, ao apoio matricial em saúde do trabalhador. A fala retrata esse conteúdo:

[...]o avanço já é as pessoas saberem que a Saúde do Trabalhador existe, saberem que a notificação existe, que eu posso utilizá-la. [...] o matriciamento vai contribuir, porque elas já sabem que existe, [...] esse estabelecimento de risco e denexo com a doença ( Ex-profissional 1).

Assim, a medida que as ações em saúde do trabalhador alcançam maior capilaridade no âmbito dos diversos pontos de atenção a saúde, essa política torna-se mais conhecida, o que contribui para garantir o acesso aos trabalhadores que vivenciam contextos de trabalho precarizado.

3. A política de saúde do trabalhador é compreendida pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

Os fragmentos da fala ressaltam como avanço a Secretária Municipal de Saúde compreender a política de saúde do trabalhador. Esse aspecto tem um sentido no contexto de desmonte das políticas sociais, sobretudo pelo novo modelo da Política de Saúde Municipal, implementada em 2016, sob a consultoria do dr. Eugênio Vilaça, durante a gestão do prefeito Roberto Claudio. Tal modelo prioriza ações de saúde na perspectiva da racionalidade dos recursos com foco na qualidade e nos resultados.

Como avanço, eu identifico dentro do contexto real que a gente está vivendo hoje, a gente ainda está existindo, e existindo, no sentido das pessoas estarem nos compreendendo melhor. [...] O grande avanço pra mim é que a Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza hoje em dia compreende melhor a política, compreende melhor o Cerest. Agora se dá importância, é outra história; se é prioridade é outra história (Ex-coordenadora 1).

É imperiosa a necessidade de buscar compreender o sentido da fala da entrevistada, ao indagar se a política é prioritária em Fortaleza. Esse questionamento suscita repensar o momento político vivido em 2016 no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, no qual o gestor maior estava reconfigurando o modelo de atenção a saúde, em consonância com a Política do Ministério da Saúde que estava implementando o Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde (APSUS).

Em 2016, a Secretaria de Saúde do Estado criou o Projeto QualificaAPSUS Ceará, visando reorganizar o modelo de atenção, com enfoque no processo de reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação das Redes de Atenção a Saúde (RAS).

O Projeto QualificaAPSUS tem como estratégia estabelecer padrões de qualidade para a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da certificação das equipes. A Rede de Atenção às Condições Crônicas abrange as diretrizes clínicas prioritárias: gestante, criança menor de dois anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde do idoso, saúde bucal e saúde mental. A Rede de Atenção às Urgências segue a orientação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde.

Assim, nesse contexto, são valorizadas as redes de atenção às condições crônicas; o que denota-se que a saúde do trabalhador não foi contemplada como prioritária, no entanto, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador, deve-se buscar inserir as ações no âmbito da atenção primária a saúde.

#### 4. Inserção de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

Atribui como avanço dessa política a inserção de ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: “Todas as ações que a gente conseguiu de integração, de estarmos mais próximo da atenção primária, isto eu vejo como avanço” (Ex-coordenadora 1).

Ao abordar sobre a política, a entrevistada destaca como principal avanço a produção e a socialização do conhecimento sobre a Política de Saúde do Trabalhador. Acrescenta que a temática saúde do trabalhador está presente no âmbito do ensino

superior e da graduação, bem como nos cursos técnicos, corroborando a capilaridade dos saberes sobre essa temática nos diversos espaços de formação e aprendizagem.

[...]o avanço real é a disseminação do conhecimento que a partir dessa disseminação, que eu acredito, a gente vai ter mais cobrança da própria população na questão da efetivação da política. Para mim, o avanço dessa política é que mais gente hoje fala em saúde do trabalhador; então, a história de entrar nos cursos técnicos, a história de ir para as faculdades, está discutindo isso nas graduações, receber aluno, isso tem feito muita gente começar a falar de saúde do trabalhador (Profissional 1).

Por outro lado, o mesmo entrevistado indica que os cursos da saúde não contemplam saberes sobre a Política de Saúde do Trabalhador, vem corroborar para uma prática que não identifica o trabalho como determinante do processo saúde-doença. E as questões culturais que envolvem a relação entre trabalho e adoecimento.

[...] pouco conhecimento dos profissionais da saúde na questão da saúde do trabalhador, então de fato a gente não teve formação acadêmica ligada com a saúde do trabalhador e isso dificulta o entendimento e colocar o trabalho como determinante na hora de uma *anamnese* ocupacional [...] A gente tem vários casos de adoecimento relacionados ao trabalho que passam pelas unidades em todos os níveis de complexidade e não são identificados porque é meio que cultural achar que é normal adoecer trabalhando, então não é contabilizado como causa na grande maioria das vezes. Então é uma política difícil por conta do nosso pouco conhecimento enquanto profissional da saúde e difícil também por conta da questão cultural dos próprios trabalhadores, que eles tem um certo medo também de perder o seu emprego, de perder os seus direitos e eles defendem a empresa que os adoecem[...] (Profissional 1).

Embora reconheça o avanço da política, assinala que são poucos e ainda destaca a interferência político-partidária nas questões pertinentes a saúde do trabalho, cuja realidade contribui para que as ações tenham avanços em determinados momentos e em outros retrocessos.

[...] Em termo de ações, eu considero que avançou pouco, [...] a gente tem uma interferência político-partidária, muitas vezes, na questão dos trabalhadores, então você tem hoje a terceirização. [...]então é isso você fica sempre naquele jogo avança e retrocede[...] (Profissional 1).

Ao se referir aos avanços, destaca a dimensão da intersetorialidade das ações em saúde do trabalhador como um aspecto importante desta política, salientando as diversas parcerias realizadas para efetivar as ações.

Na intersetorialidade, a gente avançou muito na parceria com o INSS, com o TRT e a PRT, e a partir do Getrin, [...]que reúne várias outras unidades, inclusive todas as secretárias de governo. Por um lado, o Getrin, durante certo período, ele foi um grande avanço, hoje o Getrin está restrito, reduzido, porque as outras forças sindicais também abandonaram[...] ( Coordenadora 1).

Dentro desse contexto de parcerias para realizar as ações, a entrevistada salienta que o diálogo com o movimento sindical nesse momento histórico está arrefecido, “só não está tendo aquela convivência intersetorial junto com o movimento sindical, isso aí diminuiu, mas isso é uma coisa histórica que está havendo no país todo, um esfriamento[...]” ( Coordenadora 1).

Alude como avanço da política de saúde do trabalhador a educação permanente conforme assinala a fala: “a educação permanente também foi um grande avanço, que a gente deu, não somente para Fortaleza, mas para o Estado, como um todo, que é capacitar a rede, todo o Cerest Fortaleza, por exemplo, foi capacitado a partir das ações do Cerest Estadual” ( Coordenadora 1).

A entrevistada reconhece que a garantia do financiamento para os Cerests é um aspecto importante; porém acrescenta que o valor permanece inalterado. Ao mesmo tempo em que destaca as mudanças que ocorreram em relação ao financiamento do SUS em 2017. Nos seis blocos de financiamento estabelecidos com o Pacto pela Saúde 2006, para repasse fundo a fundo, do Ministério da Saúde, havia o bloco para as vigilâncias, agora, reduziram o financiamento em dois blocos, custeio e investimentos. Nesse contexto, o gestor estadual e o municipal tomam a decisão de como aplicar os recursos.

[...]a própria garantia dos Cerests enquanto unidades que fazem parte da rede de atenção à saúde; a própria manutenção do Cerest, eu acho que o financiamento próprio da Saúde do Trabalhador,[...] apesar de que congelou, [...] e agora vai para o bloco só, era fundo a fundo, só que agora vai vir para o bloco todo para o Estado ( Coordenadora 2).

Voltados ainda para os avanços, a entrevistada reconhece a interface da PNSTT com as políticas setoriais um aspecto primordial, exemplificando com a Política de Saúde do Trabalhador do Campo e da Floresta.

[...]eu acho que as políticas setoriais dentro da Política de Saúde do Trabalhador por exemplo, a Política de Saúde do Trabalhador do campo da floresta, eu acho que é um avanço[...], a gente olhar para o trabalhador do SUS também como um trabalhador que tem suas peculiaridades, então eu acho que teve muito avanço ( Coordenadora 2).

Na ótica da entrevistada, as notificações das doenças e agravos relacionadas a saúde do trabalhador constituem um avanço no contexto da realidade dos Cerests do Estado do Ceará. Nessa direção, denota-se que a perspectiva da política é ampliar essa notificação em 2019, de forma que, todos os municípios estejam notificando.

[...] a expressão de todo esse trabalho no meu entender são as notificações, porque nós ainda trabalhamos numa perspectiva de dar visibilidade à rede

pública. [...] 80% dos municípios do Estado já estão notificando; a pretensão é chegar a 100% até 2019, notificando algum agravo, alguma doença relacionada a problemas na saúde do Trabalhador ( Ex-profissional 1).

Outro avanço diz respeito aos procedimentos que dão visibilidade a Política, destacando que no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) tem ações de vigilância em saúde do trabalhador.

[...] a Política de Saúde do Trabalhador, ela foi regulamentada em 2012, aí em 2013 vieram os procedimentos que dão visibilidade também a essas ações; [...] dentro do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) [...], você já encontra ações de vigilância, as ações de inspeção em ambiente de trabalho já registrada, o que antes a gente não tinha ( Ex-profissional 1).

Sob os avanços da Política, a entrevistada afirma que a atuação do Nuast no processo de inserção das ações de saúde do trabalhador no Plano Plurianual e junto ao Cerest tem contribuído para dar visibilidade a política.

[...] a própria ação do Nuast em inserir essas ações no plano e esse trabalho junto ao Cerest de acompanhamento; então com isso a gente tem dado mais visibilidade a essa política; é um outro avanço, a própria política tem colocado a inserção na rede SUS que começou efetivamente a partir de 2012 aqui no Estado [...]( Ex-profissional 1).

Um dos avanços elencados refere-se à pactuação dos indicadores nas instâncias de negociações para a implantação das ações da Política de Saúde do Trabalhador que ocorreu no final da gestão de Bernadete Santos Maciel, em 2015.

Eu enxergava avanço na época em que os indicadores estavam sendo pactuados, todo mundo falava a mesma língua e todo mundo estava tentando no seu território inserir Saúde do Trabalhador. Lutar nos seus territórios para garantir Saúde do trabalhador. E na época cada um conseguia se enxergar no seu território e saber: eu posso desenvolver isso aqui no meu território. (Ex-coordenadora 1).

E aqui em Fortaleza, como o contexto era a chegada da consultoria de Vilaça, eu vejo que nós conseguimos atingir essa meta. O grande avanço era a gente falar a mesma língua.[...] Eu vi essa unidade, no final da gestão de Bernadete.[...] Vamos fazer nosso plano, fazer o plano estratégico. (Ex-coordenadora 1).

Vistos os avanços desta Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará, importa ater-se nos desafios desta Política na perspectiva de refletir formas de atender e superar esses aspectos que entravam a efetivação das ações em saúde do trabalhador.

Com base no pensamento da profissional, os trabalhadores manifestam atitudes subjetivas no que se referem ao medo de perder os seus direitos, garantidos na legislação trabalhista, cuja realidade concorre para que o trabalhador ao sofrer acidente de trabalho não identifique a relação entre as atividades produtivas e o processo de adoecimento.

Na percepção de um dos atores que participou da construção da política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará, essa política não é prioritária para o Estado brasileiro, indagando que não há condições para a sua execução.

O problema é que a Política de Saúde do Trabalhador, ela é a última das últimas políticas de prioridade. [...]é uma das Políticas muito importantes porque ela trabalha e trata da massa econômica do país, a massa que sustenta, a massa que deveria ser bem tratada[...] ( Ex-coordenadora 2).

[...]eu questiono o por que o Estado brasileiro concebeu uma política, sem ele dar condições para a gente executar a política, sem ele dar forças, sem ele está junto. [...]no começo quando a gente não tinha a política, só tinha a portaria de implantação, vamos dizer a portaria que cria os Centros de Referências, a gente tinha muito mais o apoio do Ministério do que a gente tem hoje com a política implantada ( Ex-coordenadora 2).

Reconhece que a política contempla os trabalhadores que são a força de trabalho para impulsionar a economia do país, os quais deveriam ocupar a centralidade das ações para promover a sua saúde na perspectiva da integralidade.

Outro aspecto apontado diz respeito ao modelo econômico brasileiro, o qual visa primordialmente à mais-valia e nesse contexto o próprio trabalhador da saúde incorpora a dimensão do lucro.

Eu acho que o modelo econômico adotado no país é uma força motriz pra que a gente perca o trabalhador da realidade e de foco. Porque a gente está sempre pensando no lucro, e isso está tão incorporado que até o trabalhador da saúde é movido pelo lucro hoje. A filosofia do trabalhador da saúde se perdeu ao longo dos tempos, e a gente hoje é movido pelo dinheiro ( Ex-coordenadora 2).

O discurso do sujeito demonstra que o capitalismo está tão arraigado a sociedade que interfere na forma de viver dos trabalhadores da saúde, os quais apresentam dificuldades no que se refere a realizar ações de cuidados com sua própria saúde e proceder avaliações do processo de trabalho.

Saúde do trabalhador é um sonho, não sei se chega a ser uma utopia, [...]ela só é possível se todo mundo incorporar, inclusive o próprio trabalhador. Você vai executar algumas ações de cuidados no próprio trabalhador, ele está tão incorporado a questão do capitalismo que ele mesmo não consegue cuidar de si mesmo, ele tem dificuldade de ser tocado, ele tem dificuldade de parar pra avaliar, tem uma série de dificuldades[...] ( Ex-coordenadora 2).

Reflete que esse desafio de implantar a política tem impacto na dinâmica de vida dos trabalhadores, uma vez que a PNSTT é contra-hegemônica aos interesses do capital. Acrescenta ainda que a gestão estadual inseriu no PPA a meta de implantar e ampliar essa política. Logo, reafirma-se que o desafio é atender essa meta e organizar os Cerests em todo o Estado do Ceará.

É implantar a política em todo o Estado do Ceará. [...] a política de saúde do trabalhador vai de encontro aos interesses do capital [...] Quando a gestão do estado coloca no seu plano plurianual(PPA) a meta de implantar e ampliar a política de saúde do trabalhador em todo estado do Ceará[...]. O desafio é a tentativa de implantar e atender a meta que foi proposta e organizar os Cerest em todo o Estado ( Coordenadora 3).

Outro desafio diz respeito a percepção da política pela Rede de Atenção a Saúde, destacando que essa ação contribui para dar visibilidade a política de saúde do trabalhador.

[...] a percepção dessa política pela rede como o todo e que parte também da ação de quem está nela [...]. O desafio é esse tirar dessa invisibilidade essa política e o grande desafio é [...] inseri-la efetivamente no SUS. Essa inserção, no sistema, ela vem sendo construída a margem, essa é a grande dificuldade [...] ( Ex-profissional 1).

Outro desafio importante para a implantação das ações em saúde do trabalhador diz respeito às questões políticas que perpassam as decisões no campo da saúde do trabalhador. A fala retrata que as políticas locais concorrem para impedir a efetivação das ações, destacando que os municípios que priorizam a política, as ações são realizadas, porém, em outros a política não se concretiza.

Ela é possível de se colocar em prática, porém existem muitos entraves, geralmente políticas locais que fazem com que ela não ande, tanto que existe uma diferenciação muito grande em alguns municípios, que ela anda bem melhor, por questão de prioridade do próprio município, e em outros municípios ela não consegue andar porque não é prioridade para aquele gestor,[...] para aquele grupo político naquele momento (Profissional 2).

Como desafio para a implantação da política, a entrevistada ressalta que o Cerest deveria ter governabilidade para tomar decisões sobre os recursos financeiros, e sobre as ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas na Atenção Primária a Saúde. Em face dessa realidade, afirma que a gestão segue o caminho da negociação.

Nessa direção, postula-se que as ações da política são pactuadas nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e nas Comissões Intergestores Bipartite(CIB), com a representação dos gestores da política a nível estadual e municipal.

[...] Eu acho que Brasília deveria se posicionar mais e deveria ajudar mais. Ser mais claro. Deveria facilitar esse repasse de recursos para nós. [...] Eu disse que muitas vezes, eles cobram coisas e que não dão estrutura para os Cerest ter governabilidade de fazer. Cerest sempre vive na dependência de outro pra dizer assim. [...] a gente não tem governabilidade de entrar na atenção primária. Não, a gente tem que perguntar aqueles que gerenciam a rede. É tudo uma negociação (Ex-coordenadora 1).

Outro desafio posto diz respeito à ação integrativa entre os dispositivos da política- Nuast, Cerest Estadual e Cerest Regional, o que representa desenhar um plano

de ação que contemple a unificação dos indicadores, pressupondo um discurso uníssono em relação às metas expostas no plano, considerando as especificidades da realidade social e cultural presente nos territórios.

Então, eu sinto falta desse apoio. Tenho falta dessa voz que unifique. Essa voz que diga é por aqui. Dessa integração mais forte entre o Nuast, Cerest Estadual e Cerests Regionais. É preciso aqui no Ceará ter uma ação mais integrativa. A gente tinha iniciado um processo de unificação dos indicadores, pra que a gente fale a mesma língua no plano. Lógico que respeitando a especificidade de cada território, mas atingir determinadas metas (Ex-coordenadora 1).

Em consonância com esse desafio, a entrevistada ressalta a necessidade de desenvolver ações em uma mesma linha, enfatizando a importância de realizar ações de forma integrativa.

[...]a história dos Cerests mesmo,[...] bem que cada um tem sua particularidade,[...] Fortaleza, como é um grande centro trabalha com essa parte de acidente de trânsito, mas que trabalhasse em uma linha só; vamos fazer uma campanha de trabalho infantil em junho, todo mundo fazia junto; que houvesse integração entre o próprio Cerest[...] (Profissional 3).

Corroborando esse desafio, a fala revela “ que houvesse uma integração, que realmente conseguisse fazer uma integração entre o Cerest Estadual, Nuast e os Cerests Regional. Se trabalhasse integrado” ( Profissional 3).

Os fragmentos da fala expressam a necessidade de redimensionar a área de abrangência do Cerest de Fortaleza, haja vista que apenas um dispositivo não atende a demanda de Fortaleza e dos 34 municípios. Em face dessa realidade, aponta a importância de ser municipalizado o referido equipamento, acrescentando que se devem inserir ações de saúde do trabalhador na RAS.

O desafio também é a questão da área de abrangência. Cerest Regional de Fortaleza tem que ser municipalizado. Na verdade, um só Cerest pra Fortaleza, não dá conta[...]. O grande desafio é dar conta de tantas coisas pra fazer. Se valorizar mesmo a rede e se investir na rede, por parte dos gestores. E construir novos Cerests (Ex-coordenadora 1).

Outro desafio diz respeito a necessidade de municipalizar o Cerest de Fortaleza, haja vista a intensa área de abrangência e a necessidade de qualificar a atenção e o cuidado em saúde do trabalhador.

[...] Tem que ser redimensionado. E municipalizar; inclusive está no plano. Lutar por essa municipalização do Cerest regional de Fortaleza. Redimensionar a área, redistribuir esses municípios para outro Cerest. (Ex-coordenadora 1)

A fala advoga a imperiosa necessidade de municipalizar as ações em Saúde do Trabalhador “O maior desafio do Cerest de Fortaleza é municipalizar. [...]se a gente fosse só Fortaleza, se conseguisse mexer com os recursos.[...]. Agora mudou que o recurso está junto com o bloco da atenção média e especializada(Profissional 3).

A entrevistada realça a necessidade de garantir a estabilidade dos profissionais que atuam nos Cerests, o que requer a realização de concurso público, visando primordialmente formar uma equipe capacitada para executar as ações em saúde do trabalhador. E assim ampliar as equipes para realizar as ações com afinco “ Complementação da equipe, que a equipe fosse uma equipe que tivesse estabilidade, concurso público, não seleção; seleção de dois anos, não é nada; mal você entra, não dá tempo fazer especialização, que fosse um concurso mesmo[...]”( Profissional 3 ).

Diante desse contexto, afirma-se que a realidade histórica dos Cerests é caracterizada pela rotatividade de profissionais, os quais assumem cargos indicados por políticos. Assim, denota-se que a saúde do trabalhador está sempre recomeçando, o que significa que ao mudar a gestão, os profissionais também são desligados; e nova equipe é formada, às vezes, com profissionais sem conhecimento e experiência, o que requer novas capacitações.

Garantir que a gestão seja realmente por profissionais que conheçam a política. Garantir estabilidade para os profissionais. Fazer concurso para que entre pessoas capacitadas; não pessoas indicadas por vereador[...] Fazer concurso e colocar gente competente.[...] Gente nova; sempre recomeçar de novo (Ex-coordenadora 1).

[...] a saúde do trabalhador está sempre recomeçando. O novo gestor vai chegar, vai aprender o que é saúde do trabalhador. Aprender o que é, como faz. [...]Você tem uma equipe e desfaz a equipe. Você perde e vai receber gente nova, e vai capacitar. A estabilidade é um grande desafio a ser vencido (Ex-coordenadora 1).

A fala revela a realidade vivenciada em todos os Cerests do Estado do Ceará no que concerne a esse movimento de compor a equipe em uma gestão, e recompor em outra, o que implica a necessidade de novas capacitações.

Outro desafio diz respeito a mudança de gestão, o que implica mudanças realizadas na dinâmica das unidades de saúde. Ressaltam-se ainda os conflitos e as disputas políticas que ocorrem no interior dos Cerests em todo o Estado do Ceará.

Tem a mudanças de gestão. Você tem toda uma equipe preparada, fez o curso. Vem outro prefeito, bota todo mundo dentro, quebra o trabalho. Tem Cerest que tem carro e não pode usar. Tem Cerest que está agora sem carro, fone e internet, quer dizer está isolado. E tem as brigas políticas também, que às vezes o gestor é de um partido, a indicação é de outro[...] (Coordenadora 1).

Merece destaque o desafio de estimular a participação do controle social nas ações de saúde do trabalhador. Esse desafio está em consonância com o que preconiza a PNSTT ( BRASILL, 2012),

[...] é o desafio do país, é a educação, é a conscientização do povo de que ele é ator fundamental em todas as políticas[...] então o Cerest para mim, um dos grandes desafios é trazer, de fato, o controle social aqui para dentro[...], mas o controle social daquele assim: tem que ter um equipamento? tem que ter; [...]Como é que o Cerest cuida de 34 municípios sem o carro, como é que a gente se desloca? (Profissional 1).

Sob esse aspecto, a fala indaga sobre o papel do sindicato no contexto da política, ressaltando que o mesmo deve buscar a garantia da efetivação das ações em saúde do trabalhador.

Outro aspecto diz respeito a reativar a participação do sindicato nas ações de Saúde do trabalhador, principalmente para fortalecer a política. Relata conflitos com as no interior do Cerest, embora reconheça que houve o manejo da situação.

O grande avanço foi esse adentrar e resgatar o sindicalismo que foi o verdadeiro criador da saúde do trabalhador no SUS, então a gente foi buscar isso, comprometer as centrais sindicais e o sindicato com essa política. Isso foi importante, nem que tenha virado guerra, depois algumas centrais se digladiando: a CUT, a Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), [...] mas a gente procurou trabalhar com todas, chamamos cinco centrais, tentamos fazer os conselhos, eu acho que isso foi o grande ganho ( Coordenadora 1).

Ainda sob o desafio de fomentar a participação do sindicato no Cerest, a entrevistada contextualiza a realidade vivida pelo movimento sindical brasileiro, destacando que no momento atual o controle social está participando pouco das atividades.

[...]o movimento está desorganizado de uma forma geral no Brasil, [...]a saúde do trabalhador neste momento[...]teve um certo abandono,[...] a gente se fragilizou muito, em vários sentidos, mas estamos tentando nos fortalecer, estando próximo da gestão e poder adentrar mais nas políticas do SUS, então essa parte do controle social [...] está mais diminuída, não por nossa vontade, mas pelo próprio contexto ( Coordenadora 1).

Em face do contexto de mudança da sede do Cerest Estadual para a Secretaria de Saúde do Estado, a entrevistada pontua como um desafio essa questão estrutural, de ter um lugar. A fala evidencia que essa realidade está afetando a vida emocional dos profissionais.

[...]a gente está muito envolvida com essa questão estrutural, [...], de ter um lugar, de cuidar de gente que está sofrendo, que está adoecendo[...], um processo difícil, então isso também dar um refluxo até na nossa energia, no nosso tempo; estamos tentando manter algumas ações e avançando. O Qualifica SUS é uma coisa boa que a gente está aproveitando, os seminários regionais do Getrin é uma coisa boa( Coordenadora 1).

Sob esse aspecto, afirma que a dimensão estrutural está gerando fragilidade a equipe a qual está reduzida; no entanto, considera que o aspecto político está sendo fortalecido, haja vista que o Cerest encontra-se próximo a gestão.

Neste momento, a nossa fragilidade está sendo estrutural, por conta do espaço que a gente não está tendo ainda adequado, como a gente tinha, e a fragilidade da equipe que está muito reduzida, a gente está tendo algumas fortaleza, neste aspecto político junto a gestão[...].Estamos conseguindo nos inserir a nível de SUS como a gente nunca tinha, então isso é uma fortaleza, mas ao mesmo tempo, convivendo com outras fragilidades (Coordenadora 1).

Ao refletir sobre os desafios, a entrevistada assinala que a sua expectativa é de que a vigilância em saúde do trabalhador seja efetivada no âmbito da RAS.

Eu espero que avance agora em termos da vigilância, porque a gente fez muitas coisas pontuais, a gente quer que tenha uma política efetiva de vigilância em saúde do trabalhador, e a gente quer que avance no sentido de que todo SUS desde a atenção primária até a especializada, terciária, ela faça seu papel de colocar o trabalho como fator central no processo saúde/doença[...] (Coordenadora 1).

A entrevistada afirma a necessidade da vigilância de saúde do Estado incorporar a vigilância em saúde do trabalhador.

[...], fazer com que vigilância em saúde do trabalhador aconteça de fato a um nível planejado, que as vigilâncias em saúde do Estado incorporem a vigilância de saúde do trabalhador, [...] mas como uma que perpassa todas as vigilâncias e a gente poder ter uma ação planejada e eficaz de vigilância nos ambientes de trabalho. [...]é um papel que nem o Ministério do Trabalho está conseguindo fazer, mas que eram os auditores, as pessoas que cuidavam disso.[...](Coordenadora 1).

Aponta ainda as dificuldades para realizar a Visat, destacando que não há recursos e profissionais

[...] Nós vamos criar condição de fazer vigilância. A gente é muito demandado pela DRT.[...] Mas nós não temos recursos, não temos equipe. Não temos nenhum equipamento de fazer medição. [...]Então a gente quer estruturar uma vigilância a rigor como tem no Centro Estadual de Saúde do Trabalhador ( Cesat) da Bahia.[...]. Eles têm uma vigilância muito articulada(Coordenadora 1).

A entrevistada assinala como um dos desafios para a implementação da política à dimensão macro, destacando que os movimentos sindicatos não estão confrontando essa realidade, e que as políticas públicas também sofreram o desmonte. Reflete ainda sobre o momento político caracterizado pelas perdas dos direitos dos trabalhadores, com repercussões para a saúde do trabalhador.

A gente está num momento de retrocesso das conquistas dos trabalhadores, [...] reforma trabalhista e uma previdenciária que está derrubando pilares de sustentação de direito no trabalho, [...] ele vai adoecer e morrer muito mais. [...] a saúde do trabalhador que já é historicamente uma política difícil, porque ela está direta na relação capital-trabalho, [...] onde o capital está vencendo, o capital internacional, e nós estamos indo em contrafluxo disso [...] então pra mim esse é o maior desafio agora o desafio macro. ( Coordenadora 1).

A entrevistada destaca o nível micro, afirmando a necessidade de inserir as ações de saúde do trabalhador na RAS, contribuindo para dar visibilidade desta política aos gestores a nível estadual e municipal.

[...] e a nível do micro é a gente conseguir se inserir dentro do SUS pra dar visibilidade desde o gestor, o gestor maior, pra que ele compreenda saúde do trabalhador, e compre essa ideia, veja a importância dela, pra que a gente possa ter um movimento dentro da rede, que a gente precisa ter [...] (Coordenadora 1).

A fala ainda expressa o desafio de ampliar os dispositivos da Renast, no qual sugere-se que haja um Cerest em cada regional de saúde, no qual o Cerest desempenharia o papel de articulador dessa política, conforme preconiza a PNSTT.

[...] que a gente adentre o SUS como um todo e é uma meta antiga, era ter um Cerest por cada regional de saúde [...] já seria uma cobertura de unidades que vai fazer a rede se movimentar, os Cerests vão atender todos os trabalhadores, mas vai fazer esse papel de articulador e difusor da política, isso é um desafio e que seria bom para o Estado ter [...] (Coordenadora 1).

Aponta como desafio a competência de gestão e do profissional. Nesse horizonte, o Cerest Estadual realizou formação a nível de especialização, visando capacitar profissional para atuar na rede de atenção a saúde do trabalhador no SUS

[...] e ainda tem outro desafio que é a competência de gestão e do profissional, nós temos poucos técnicos formados, capacitados, especializados nesta área, precisaria investir mais, a gente só fez uma especialização, algumas pessoas estão fazendo mestrado, ou doutorado, [...] e fazendo a ponte com a saúde do trabalhador que é muito bom isso [...] ( Coordenadora 1).

Ao tecer reflexões sobre a política, identifica-se na fala os desafios para a sua implementação no cotidiano das práticas: prioridade de ação e o entendimento de que a saúde do trabalhador é transversal.

Eu acho que é garantir essa prioridade de ação, [...] eu acho que o desafio cotidiano é fazer com que as pessoas entendam que a Saúde do Trabalhador é transversal, que eu não posso pensar numa rede cegonha que vai lidar com um bebê recém-nascido sem pensar na questão do trabalho, [...] fazer com que as pessoas entendam que a Saúde do Trabalhador ela é transversal. ( Coordenadora 1).

Ao ponderar sobre a transversalidade no campo da saúde do trabalhador, almeja-se que os sujeitos que fazem a política alcancem essa realidade em prática

profissional, uma vez que esse desafio está em consonância com a PNSTT, ao afirmar no art. 3º, Parágrafo único:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Um dos desafios da política diz respeito a inserir as ações de Saúde do Trabalho no contexto do modelo de gestão da Secretaria de Saúde do Estado com foco na produtividade. As falas demonstram a importância de estabelecer diálogos e negociações para garantir essas ações.

É caber nessa lógica da consultoria, [...] é o maior desafio porque é uma lógica totalmente que contradiz a política: [...] processos de trabalho dentro da saúde que trabalham na perspectiva da produtividade, [...] então, eu acho que dentro do Estado o desafio é esse: é a gente conseguir dialogar com o que está posto hoje para Estado, o modelo de gestão, [...] e que a gente vai ter que aprender a negociar Política de Saúde do Trabalhador dentro desse contexto aí ( Coordenadora 2).

A fala ressalta ainda a dificuldade em aceitar a lógica de resultado que embasa esse modelo de gestão, afirmando sua atitude de resistência, uma vez que essa perspectiva contrapõe-se aos valores preconizados pelo SUS.

[...]tenho tanta resistência, eu sou assim quase uma rebelde nesse processo, porque eu acho que a lógica, a intenção é realmente qualificar, [...] a atenção, o que não é ruim, [...], talvez a compreensão de SUS que essa consultoria traz que é ruim, [...] eu não reconheço o SUS que eu trabalho, que eu defendo [...] não cabe naquela lógica: [...] eu preciso que você faça um cálculo do processo de trabalho em horas, em pessoas? [...]( Coordenadora 2).

Como se explicitam, a PNSTT tem muitos desafios. Uma das coordenadoras reconhece a rede sentinela como um desses desafios a serem sobrepujados, haja vista que desde o ano de 2010, constitui-se como estratégia de efetivação das ações em saúde do trabalhador. “ [...] rede sentinela, nós ainda estamos muito a desejar, que é a atenção do próprio Cerest, [...] ”(Coordenadora 1).

A rede de unidades sentinela integra os dispositivos da Renast, no intuito de realizar diagnósticos e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Também faz parte de suas competências, a realização de identificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho e a investigações epidemiológicas em saúde do trabalhador. As unidades sentinelas são definidas em nível local e regional por gestores e técnicos dos municípios, cuja habilitação ocorrerá mediante processo de pactuação nos Colegiados de Gestão Regional.

No concernente a rede sentinela, corrobora-se o pensamento da entrevistada, haja vista que essa rede necessita ser repensada em sua pactuação e ampliação no Estado do Ceará; principalmente fortalecendo os profissionais de saúde para que realizem as ações que visem a promoção da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Dentre os desafios da PNSTT, merece destaque o desafio relacionado a necessidade de fomentar o estudo e a pesquisa no campo da saúde do trabalhador no âmbito do Cerest, consoante exprime a fala:

[...]estudo e pesquisa, nós temos muito pouco, até porque não tem perfil de profissionais, e a gente não conseguiu fazer ainda as parcerias devidas, já foi feito parceria com a Unifor, com a UFC, tentamos a parceria com a Fiocruz, mas a gente acabou não dando continuidade a essa pesquisa[...] (Coordenadora1).

Importa ressaltar que este desafio está em consonância com uma a VII estratégia para efetivar a política, o que pressupõe:

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com o envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social(BRASIL, 2012).

Em face dessa estratégia de ação, afirma-se a importância do Cerest estabelecer diálogos com as instituições de fomento aos saberes, visando construir parcerias para a construção de pesquisa no campo da saúde do trabalhador.

Evidencia-se na fala da entrevistada o desafio de compreender os conflitos de interesse no âmbito da política, o que requer estabelecer diálogos com os diversos atores dessa política e construir articulações com as instâncias que executam as ações no campo da saúde do trabalhador e sua interface com outras políticas.

[...] Quando há conflito de interesse, muitas vezes, a gente não consegue. [...]a maioria dos profissionais dos Cerests têm adoecidos, porque há conflito de interesses. Quando eu falo de trabalhador e investimento em saúde e segurança do trabalhador há conflito de interesse. Como é que o Cerest se posiciona nesse conflito de interesse? [...] Então o desafio é muito peculiar, do local, porque ele depende de como a articulação foi feita na saúde do trabalhador naquele local. Se foi feita uma boa articulação e tem um gestor que me dá autonomia[...] (Ex-coordenadora 2).

Destaca-se também a importância do gestor nesse processo, sobretudo se há uma relação de poder no qual os coordenadores dos Cerests do Estado do Ceará podem exercer a autonomia em sua prática e decisões do cotidiano.

A fala da entrevistada explicita outros desafios, definindo-os como desafio macro que a incorporação de uma cultura, no qual há o apoio do gestor no processo de

planejamento e execução das ações da política. Contudo, quando esse apoio não se efetiva, surge o desafio micro, relacionado ao financiamento e a infraestrutura necessária para executar as ações da política.

Vou ter sempre os desafios macro que é a filosofia mesmo da incorporação de uma cultura. Quando eu não tenho a ajuda da gestão, eu vou me debater com os desafios pequenos; é o financiamento que eu não vou ter, é o carro que não vou ter para a equipe sair para fazer o matriciamento. Então são desafios corriqueiros que vão dificultar o trabalho. Isso aí é muito peculiar (Ex-coordenadora 2).

A entrevistada se pronuncia ainda sobre os desafios da política ao afirmar a necessidade de consolidar as ações de saúde do trabalhador na RAS. Corroborando esse desafio, a fala da entrevistada afirma que “[...] o desafio maior que eu diria é o subjetivo, pode ser complexo, [...] mas é a própria incorporação da saúde do trabalhador como ação do SUS dentro da rede de serviço, esse é o maior desafio” (Ex-coordenadora 2).

A fala pontua como desafio os profissionais de saúde abraçarem essa política como prioritária, destacando que a integralidade da atenção a saúde do trabalhador ainda se apresenta fragilizada.

A entrevistada salienta o compromisso do Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (Nuast) com a homogeneização das ações realizadas pelos Cerests, pontuando que os Cerests desenvolvem o matriciamento principalmente nos municípios-sede, com o apoio do gestor municipal. No entanto, reconhece que essa ação reveste-se de dificuldades, sobretudo pela extensa área de abrangência.

[...] sempre o Nuast tem tentado buscar uma homogeneidade de ação para os Cerests em suas funções, [...] O Cerest tem buscado fazer o matriciamento que não é tranquilo, [...] com essa divisão geográfica e territorial dificulta muito, e na verdade eles conseguem fazer isso nos municípios sede, mas têm feito ações em sua área de abrangência a partir do apoio que recebe do município sede, que controla os recursos que esses Cerests recebem. Então [...] todos eles têm dificuldades em acessar esses recursos, [...] e alguns conseguem, no lidar com o gestor local, recursos para fazer suas ações e alguns têm feito [...] (Coordenadora 3)

Ao mesmo tempo em que ressalta a importância do apoio do gestor para a realização do matriciamento, reconhece que os Cerests têm dificuldades em acessar os recursos para concretizar as ações em saúde do trabalhador.

Consoante manifesto na fala de uma das profissionais que atuou na política há o reconhecimento de que a Política de Saúde do Trabalhador galgou avanços no Estado do Ceará; no entanto, em face das mudanças ocorridas em 2016 no que se refere ao

redirecionamento da Política de Saúde do Estado, com o projeto Qualifica APSUS, o qual se propõe a nortear a reorganização do modelo de saúde a partir da reestruturação da atenção primária nos municípios, e implementação das Rede de Atenção a Saúde (RAS), percebe-se que a inserção das ações de saúde do trabalhador na APS apresenta certa dificuldade. ).

[...] a gente conseguiu avançar na implantação da política e com essa mudança, com esse redirecionamento estadual foi difícil; está sendo difícil a inserção dessa política agora, porque era uma equipe que estava começando a estruturar de forma consequente essa política. [...] Então, a gente estava começando a formar uma equipe, e o reflexo estava vindo no Estado ( Ex-profissional 1).

Consoante manifesto na fala, o Cerest Estadual está vivenciando momento de mudanças em sua organização, com a implantação do Qualifica APSUS na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, destacando que nesse contexto, o Cerest deve inserir as ações de saúde do trabalhador).

[...] Nós estamos indo para um novo formato, mas nós não vamos deixar de fazer a vigilância.[...]. Nós vamos centrar agora no QualificaSUS e quando for para o QualificaSUS, nós vamos falar de vigilância. Como é que a atenção primária vai fazer vigilância? Como a atenção primária vai fazer mapeamento do processo produtivo dentro do seu território? [...]Nós vamos fazer o SUS fazer a vigilância, desde a atenção primária, secundária e terciária, onde a gente passa a ser um papel de referência técnica e matriciamento.[...] Então é importante a atividade de vigilância do Cerest, até pra aprender e ter referência, quando for para o SUS ( Coordenadora 1).

Ao refletir ainda sobre a inserção das ações de saúde do trabalhador no Qualifica APSUS, ressalta a importância da vigilância em saúde do trabalhador está presente em toda a rede SUS, reconhecendo que o Cerest exerce o papel de suporte técnico e matriciamento, conforme preconiza a Política.

Na sua análise, a coordenadora aponta a importância de discutir com a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (Copas) e a Coordenadoria de Promoção e Proteção (Coprom), as estratégias para inserir a vigilância em saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção no SUS, ressaltando que o Cerest Estadual tem atuado na capacitação, sobretudo no campo da vigilância em saúde do trabalhador.

[...]Nós somos referência em capacitar o SUS para fazer a vigilância, o monitoramento, a supervisão e o matriciamento. É isso que o Cerest como um todo caminha. [...]Tirar o Cerest dessa centralidade, ele ser um ponto na rede, mas que permeia tanto a atenção integral, como a vigilância, a promoção, a educação permanente. A gente vai negociar com todos os cursos do SUS para que tenham saúde do trabalhador. A gente vai negociar lá na

Seduc para que tenha ações de saúde do trabalhador desde o ensino fundamental[...] (Coordenadora 1).

A reflexão da coordenadora aborda a necessidade de posicionar o Cerest como um ponto na Rede de Atenção a Saúde, uma vez que o mesmo vem ocupando a centralidade das ações em saúde do trabalhador, propondo como estratégia a negociação com os órgãos que fomentam a educação, no intuito de incluir a temática saúde do trabalhador no processo formativo para o SUS e na matriz curricular do ensino fundamental e médio da Secretária de Educação do Estado do Ceará.

Acrescenta ainda como proposição que seja fortalecida a relação com a Superintendência Regional do Trabalho e Emprego (SRTE) e com a Previdência Social, visando primordialmente a concretização de ações conjuntas de Vigilância em Saúde do Trabalhador. “A gente vai lá pra a DRT e INSS para fazer ações conjuntas de vigilância de ambiente e processos de trabalho. Então a vigilância é algo bem mais amplo; e a saúde do trabalhador é algo bem mais amplo também” ( coordenadora 1).

Ao se referir a Política de Saúde do Trabalhador, a entrevistada reconhece as fragilidades para a sua efetivação, destacando que essa política depara-se com conflitos no seu cotidiano. Nessa direção, acrescenta que as ações são realizadas pelos profissionais que almejam concretizar essa política, pontuando que esta não se configura uma política de gestão pública.

Então a política de saúde do trabalhador, ela tem essas fragilidades e eu acredito que os trabalhadores que hoje persistem no Cerest eles são grandes [...] lutadores, porque a gente entra em conflito o tempo inteiro[...]Eu acho que a política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará está muito mais pela intenção do trabalhador de fazer e executar do que propriamente como uma política de gestão pública ( Ex-coordenadora 2 ).

Em consonância com as análises da profissional, pode-se afirmar a necessidade de consolidar a implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, uma vez que constitui um espaço contraditório, revelando-se que os interesses são antagônicos entre o trabalhador e as relações de produção capitalista.

Ao tecer reflexões críticas sobre a realidade atual dos Cerests, a entrevistada reconhece que os gestores não compreendem a política, cuja realidade produz dificuldades concernentes a execução das ações de saúde do trabalhador em sua área de abrangência. “Hoje a gente está tendo dificuldade do entendimento dos gestores, [...]a

gente ver a dificuldade que o pessoal dos Cerests do Estado do Ceará está tendo de executar as ações na área de abrangência deles[...]” (Ex-coordenadora 2).

Em 2017, o Cerest Estadual vem apresentando dificuldades no que tange a mudança estrutural que tem repercussão sobre a dinâmica das ações em saúde do trabalhador.

[...] e no segundo momento, [...]foi a mudança física e estrutural também nesta gestão atual e que a gente, como toda mudança, você vislumbra as coisas positivas, mas você no processo de luta, você só está mesmo com aquela dor que você perdeu, depois você vai reverberando, vai significado, e vai transformando aquilo em coisas boas, mas eu acho que esse momento é bem difícil. ( coordenadora 2).

Ao se reportar a realidade da Política de Saúde do Trabalhador no contexto contemporâneo, a fala da entrevistada expressa que a “ [...] política de saúde do trabalhador vem perdendo espaço, vem perdendo força, e o que está sendo executado ainda hoje é porque os profissionais da saúde do trabalhador querem fazer saúde do trabalhador” (Ex-coordenadora 2).

Esta fala ressalta a realidade vivida no Estado do Ceará, no que se refere a fragilidade dessa política no contexto de mudança da Política de Saúde do Estado e do Município. Os que priorizam a gestão por resultados, bem como as ações desenvolvidas no contexto do projeto Qualifica APSUS, no qual as ações de saúde do trabalhador não estão galgando espaço privilegiado. Contudo, a política de saúde do trabalhador tem desenvolvido suas ações pelo compromisso político dos profissionais que planejam e executam essa política.

As reflexões da entrevistada expressam a realidade atual do Cerest Estadual, no que se refere a nova estrutura no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, cuja competências dizem respeito a dimensão da gestão e do planejamento.

[...] então a gente tem que ter uma equipe de assistência, ao mesmo tempo essa mudança está dificultando um pouco essa ação, como é que a gente vai fazer essa assistência aqui, em uma unidade, em um prédio que é prioritariamente de gestão e de planejamento, onde você não tem um fluxo de pessoas para assistência (Coordenadora 2).

A fala revela que esse contexto de mudança e reorganização do processo de trabalho do Cerest Estadual contribui para a não concretização da Política de Saúde do Trabalhador e conseqüente impede a produção do cuidado integral ao trabalhador.

Chama atenção uma característica forte presente ao longo da construção da política no que se refere ao compromisso dos profissionais que atuam no campo da saúde do trabalhador. No entanto, percebe-se que o contexto de desvalorização dos trabalhadores tem contribuído para fragilizar os profissionais.

[...] são alguns profissionais que se apaixonaram e se envolveram, e que não tem forças pra permanecer. Todos nós, que amamos a política, nos fragilizamos. [...] em todas essas questões de desvalorização do trabalhador. [...] a rede que não tem muita força de segurar seus profissionais (Ex-coordenadora 1).

Os fragmentos da fala demonstram o empenho realizado para inserir as ações de saúde do trabalhador nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente no âmbito das estratégias desenhadas pela consultoria para a Secretaria de Saúde Municipal. Em face desse contexto, a entrevistada pontua as dificuldades para a realização das ações de saúde do trabalhador, sobretudo porque a equipe está sem médico há dois anos.

[...] Fazer em 20 unidades saúde pra saúde, não é fácil, nesse contexto. Monitorar a rede sentinela. Conseguir que as notificações permaneçam, acontecendo[...]. Muitas coisas você não consegue; o médico saiu. Passar dois anos sem médicos.[...]. Hoje em dia a gente está mais integrada; todas as vigilâncias hoje conhecem e falam sobre a Saúde do Trabalhador[...]. Chamavam-me para construir o plano operativo da Copa. [...]Conseguimos colocar naquilo que era informatizado a saúde do trabalhador.[...] Foi um trabalho imenso colocar a saúde do trabalhador, mas ela entrou. [...]Tinha reunião semanal na sala de situação, tinha um painel mostrando que o Samu atendeu tantos acidente de trabalho[...](Ex-coordenadora 1).

Encerra-se esta seção, tecendo às reflexões que sintetiza o resultado do caminho percorrido na análise das ponderações elaboradas pelas entrevistadas em relação aos avanços e os desafios da implementação desta política no Estado do Ceará. Ancorada no pensamento de Yamamoto (2004, p. 21) para realçar que a realidade social é dinâmica e permeada de avanços e desafios. Consoante suas palavras: “sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social”.

Outro aspecto merece ser destacado na fala da entrevista no que se refere a dificuldade dos Cerests do Estado do Ceará realizarem ações de saúde do trabalhador na rede sentinela, afirmando que essa rede não é prioritária.

[...] durante dois anos esta rede sentinela não foi assim uma prioridade, até pela dificuldade que os Cerests estavam tendo [...], poucos estão trabalhando, mas eu acho necessário, a estratégia é fundamental, inclusive para referenciar [...] as unidades reclamam de uma demanda reprimida, que não tem tempo, que é mais um serviço; então pra gente desmistificar isso; é todo um trabalho de educação permanente, de convencimento [...](Coordenadora 1).

Posto isto, afirma-se que a Política de Saúde do Trabalhador no estado do Ceará reveste-se de desafios a serem superados, sobretudo pela capacidade dos profissionais de se engajarem para traçar estratégias de superação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tecer as considerações sobre a implantação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no estado do Ceará, torna-se necessário refletir sobre o campo teórico e político que embasa a construção dos conhecimentos e das práticas em saúde do trabalhador.

A conjuntura contemporânea realça a sujeição do Estado às orientações da política neoliberal, no qual se depara com as consequências de um Estado mínimo no controle das esferas sociais, culturais e econômicas e políticas. Experimentam-se as repercussões da dependência do Brasil as regras determinadas pelo capital nacional e internacional.

Ensejando atender às demandas do capital, as contrarreformas são desenhadas e inseridas nas propostas de governo nas três esferas de decisões, as quais vão infundir no Estado um novo modelo de gerenciar, voltado para atender o interesse do bloco que está no poder. Isto impactará as políticas sociais, entre elas, merece destaque a Política de Saúde do Trabalhador.

Neste âmbito, identifica-se a atual configuração da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, exposta as mudanças, como reflexo de uma estrutura maior que também está experimentando sobreviver em um contexto de crise do Estado brasileiro, frente o golpe vivenciado em 2016.

A caminhada propiciou obter uma análise da implantação da política de saúde do trabalhador no estado do Ceará, dialogando com o contexto social e político experimentado pelos sujeitos desta pesquisa no âmbito do Nuast e dos Cerest Estadual e do Cerest Regional de Fortaleza.

Ao longo desta tese, apresentou-se o contexto histórico e social da construção da política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará; as ações desenvolvidas pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-Cerest, na Rede de Atenção a Saúde; a vigilância em saúde do trabalhador: a realidade no estado do Ceará sob o olhar dos atores da política; e avanços e desafios na implantação da política no estado do Ceará, na atual conjuntura de subordinação da política social ao capital.

No intuito de alcançar estes objetivos perquiriram-se os seguintes aspectos: a construção histórica da Política de Saúde do Trabalhador, materializada nos dispositivos dos Cerests e do Nuast no estado do Ceará; as ações desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da Rede de Atenção a Saúde em Fortaleza e em sua área de abrangência; as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos dispositivos da Renast em Fortaleza e sua área de abrangência, avanços e desafios para a implementação da política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará no período de 2003 a 2017.

Nesta conjuntura de submissão ao capital, ao construir a dimensão histórica da construção da política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará, denota-se os percursos experienciados pelos atores desta política, os quais se depararam com uma realidade no Estado do Ceará, no a política não era considerada prioritária pelo governo estadual à época. Contudo, os sujeitos desta política se mobilizaram com a presença dos sindicatos, e fortaleceram as ações e articulações para implantar a política no estado do Ceará, no qual foi inaugurado o Cerest estadual em 2005.

Assim, consoante se averigua, entre outras questões quanto as ações dos Cerests no âmbito da Rede de Atenção a Saúde em Fortaleza e em sua área de abrangência, pode-se afirmar que o Cerest regional de Fortaleza desde o início em 2006 vem desenvolvendo ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária a Saúde, destacando ações de promoção a saúde e vigilância dos profissionais da saúde que atuam na UAPS, com destaque para o projeto Saúde para a Saúde; apoio matricial a equipe dessas Unidades de Atenção, visando primordialmente orientar no estabelecimento do nexos causal entre o trabalho e o processo de adoecimento, para fins de notificação dos agravos no sistema de informação (Sinan); e promover a capacitação para a aplicação dos protocolos das doenças e agravos relacionados a saúde do trabalhador também visando realizar a notificação.

No referente às ações de vigilância em saúde do trabalhador (Visat) desenvolvidas pelos Cerest estadual e Cerest regional de Fortaleza, constata-se que a ação de vigilância em saúde do trabalhador é demandado principalmente pelos sindicatos, no qual os profissionais adentram as empresas, em conjunto com a vigilância sanitária, uma vez que não tem poder de polícia, ou por demanda do Ministério Público do Trabalho. Importa salientar que a Visat se propõe a analisar o ambiente de trabalho, identificando os processos de trabalho que estão produzindo o adoecimento no

profissional que executa a atividade laboral. Portanto, essa ação tem o caráter educativo, no qual será produzido um relatório, com as propostas de intervenção.

Contudo, a realidade do Cerest de Fortaleza evidencia que os profissionais estão realizando poucas Vigilâncias em Saúde do Trabalhador, uma vez que o médico do trabalho não integra a equipe desde 2013, cujo profissional é importante para o estabelecimento donexo causal.

Outro aspecto diz respeito ao monitoramento das notificações das doenças e agravos relacionados a saúde do trabalhador realizado pela equipe do Cerest junto as Unidades da rede sentinela de Fortaleza. Essa ação visa garantir que os profissionais sejam capazes de aplicar o protocolo em saúde do trabalhador. Portanto, a equipe proporciona apoio matricial para obter o êxito nas notificações.

No entanto, faz-se necessário pensar criticamente sobre as ações realizadas nas unidades rede sentinelas, uma vez que se observa que os profissionais que atuam nessas redes não tem o compromisso de acolher o usuário e buscar conhecer a sua ocupação para identificar a relação entre saúde-trabalho.

No concernente a rede de unidades sentinelas do Estado do Ceará, denota-se que as ações propostas a serem executadas em suas Unidades de saúde não foram efetivas na perspectiva da integralidade até o presente momento, principalmente pela fragilidade da própria política de saúde no estado do Ceará, que não oferece estrutura e insumos e profissionais de saúde para executarem as ações de produção do cuidado em saúde.

No que se refere aos avanços desta política no estado do Ceará, os sujeitos da pesquisa elencaram os seguintes aspectos: a política deu visibilidade no que se refere ao processo de adoecimento no trabalho. Considera-se que esse avanço contribui para desmistificar a compreensão de que o trabalho reveste-se apenas da dimensão subjetiva do “prazer”, negando a dimensão da produção que gera adoecimento e morte no trabalho; conhecer a Política de saúde do trabalhador, este aspecto é importante, pois mostra que nos diversos espaços da vida e do trabalho, a temática saúde do trabalhador é percebida; o gestor municipal compreende melhor a política, este desafio exprime a ideia de que todo esforço foi enviado pelo Cerest de Fortaleza para sensibilizar o Secretario de Saúde no que tange a entender a complexidade nessa política.

Outrossim merece destacar que as ações do Cerest na atenção primária foi percebida como desafio. A pesquisa mostrou que a equipe do Cerest de Fortaleza vem

desenvolvendo apoio matricial na UAPS, materializado por meio do projeto Saúde para a Saúde. Outro avanço diz respeito a socialização do conhecimento e a ampliação dos dispositivos da Política no Estado do Ceará. A dimensão da intersetorialidade das ações de saúde do trabalhador foi apontada como um avanço significativo para a efetivação da política. Outros avanços estão no campo da educação permanente, uma vez que o Cerest Estadual desde o início da política vem promovendo curso de capacitação para os profissionais da RAS; financiamento do Cerest; interface da Política com as políticas setoriais e as ações desenvolvidas pelo Nuast para a efetivação desta política, destacando a criação de um comitê da saúde do trabalhador, o qual se propõe a contribuir para o alinhamento dessa Política no Estado do Ceará.

No concernente aos desafios para a implantação desta política no Estado do Ceará, foram destacados os aspectos: é uma política difícil; e a política não é prioritária para o Estado brasileiro. Esses desafios mostram a complexidade desta política e a atuação do estado, o qual ao longo da história não prioriza as ações de saúde do trabalhador.

Outro desafio diz respeito à implantação da política e a dimensão da governabilidade das ações; ao analisar o percurso da criação da política no Estado do Ceará percebe que as questões política vem constituindo-se um grande desafio para concretizar as ações.

A pesquisa revelou ainda os seguintes desafios: integração entre os equipamentos(dispositivos) da política de Saúde do Trabalhador Nuast e os Cerests; a necessidade de estabelecer a unificação dos indicadores e a pactuação desses indicadores; o redimensionar da área de abrangência dos Cerest de Fortaleza. Esses desafios podem ser alcançados pelo apoio do gestor, engajamento dos profissionais que fazem a política e, sobretudo pela participação do controle social

Merece destaque outros desafios, tais como a garantir a estabilidade dos profissionais do Cerest; a participação do controle social; a mudança de estrutura do Cerest Estadual, qual está na Sesa; a perspectiva de que o Cerest avance na vigilância em saúde do trabalhador; desafio do contexto macro, destacando a dimensão das relações sociais e econômicas; fomentar a inserção das ações de Saúde do Trabalhador no SUS; capacitar os gestores e profissionais no campo da saúde do trabalhador; o desafio do cotidiano para implantar essa política.

Importa ainda refletir sobre os desafios postos no que tange a inserir-se na lógica do modelo de gestão da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza e do Estado do Ceará, os quais estão implementando o programa Qualifica APSUS; o conflito de interesse que perpassa as ações em saúde do trabalhador e os espaços da vida produtiva; desafio macro que é a filosofia da incorporação de uma cultura que deve valorizar a saúde do trabalhador, incorporação da saúde do trabalhador como ação do SUS; os profissionais da saúde considerar a política prioritária; a necessidade de municipalizar o Cerest de Fortaleza, visando principalmente o desenvolvimento de ações de promoção a saúde, considerando que no contexto atual a equipe não tem apoio e estrutura para alcançar a área de abrangência.

Na percepção dos participantes a implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará obteve poucos avanços, destacando que essa política contribuiu para dar visibilidade no que tange a relação trabalho-saúde e processo de adoecimento. No entanto, denota-se que foram elencados muitos desafios a serem perseguidos para que essa política seja realmente implementada no Estado do Ceará.

Julga-se necessário que os gestores assumam o compromisso em fortalecer a implementação desta política de saúde do trabalhador no Estado do Ceará, buscando ações concretas para efetivar a política, destacando a necessidade de concurso público para compor a equipe, espaço físico amplo para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador.

Por fim, reitera-se como parte da expectativa da autora no concernente a esta pesquisa, contribuir para a compreensão do complexo movimento da política de saúde do trabalhador. Espera-se, também, reforçar o entusiasmo pelo campo da saúde do trabalhador, cujo encantamento produzirá estudos e pesquisas, concorrendo para fortalecer as ações.

Infere-se, portanto, que a atitude histórica primordial no século XXI não se restringe a acumular riquezas social, mas, em proceder a sua redistribuição, concretizando o desenvolvimento das potencialidades humanas e a qualidade de vida em sua dimensão ampla da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. O. novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1. reimp. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2005.

ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa Jorge. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves de. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

BALISTA, Salma Regina Rodrigues. Atenção em Saúde para Trabalhadores Informais no SUS campinas. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. 2013.

BALISTA, Salma Regina Rodrigues; SANTIAGO, Sílvia Maria SANTIAGO; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.759-768, abr, 2011.

BEHRING, Elaine R. Política social no contexto da crise capitalista. In: *Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFES/Abepss, 2009.

BRAVO, M.I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAZ, Marcelo. O PAC e o Serviço Social: crescimento para quê e para quem? — os setenta anos da profissão e os seus desafios conjunturais. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, nº 91, 2007.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: Mare/Enap, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei orgânica da saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Anuário Estatístico da Previdência Social. Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília : MPS/DATAPREV, 1993- 2014. v. 23.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social AEPS 2014. Brasília: MPS, 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Anuário Estatístico da Previdência Social – 2014. Principais resultados. Disponível em: <http://cntq.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-AEPS-2014-Alexandre-Zioli-atualizada.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. 2º Inventário da Renast de Saúde do Trabalhador: Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de saúde do trabalhador. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 1994.

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, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do(a) Trabalhador(a) - Cosat. Política nacional de segurança e saúde do trabalhador. Brasília, nov. 2004.

BRASIL. 3ª Conferência Nacional de saúde do trabalhador. Trabalhar sim, adoecer não. Textos de apoio. Coletânea, Brasília, n. 1, 2005.

BOSCHETTI, I. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 79, p. 108-132, 2004.

CABRAL, Lenz Alberto Alves; SOLER, Zaida Aurora Sperli Gerales; LOPES, José Carlos. “Acidente de dupla espécie”: uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.12, p.4699-4708, 2014.

CANGUSSU, Betânia Moreira. A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas Tocantins, 175f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CARDOSO, Evangeline Maria. Análise conjuntural da vigilância em saúde do trabalhador no estado do Amazonas. 2014. 180 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CASTELLS M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CEARÁ. Construindo o cuidado em saúde do trabalhador na rede SUS no ceará. Núcleo de Atenção em Saúde do Trabalhador- Nuast. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde- COPAS. 23/09/13.

CEARÁ. O Cerest. Disponível em:

[http://www.cerest.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=657&Itemid=196](http://www.cerest.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=657&Itemid=196). Acesso em: 20 jan 2017.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v.38, n.127, p: 11-30, 2013.

CONTI, L. Estructura social y medicina. In: BERLINGUER, G. Medicina y sociedad. Barcelona, Editorial Fontanella, 1972. p. 287-324. (Libros de confrontación. Serie sociologia I).

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc. saúde coletiva, v.10, n..4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. (Orgs.). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLEURY, Sônia. Estado sem cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, S; OUVENEYA.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-64.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo:Atlas, 1999.

GADAMER, H. Verdade e Método. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOLDMANN, L. Ciências Humanas e Filosofia. São Paulo: Difel, 1980.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA; Sonia Maria da Fonseca . A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

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

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

HARVEY, David. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 2013.

HOEFEL, M.G.; DIAS, E.C.; SILVA, J.M. A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Coletânea de textos, Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.63.

HOEFEL et al. Acidentes de trabalho e condições de vida de catadores de resíduos sólidos recicláveis no lixão do Distrito Federal. Rev Bras Epidemiol; v.16, n.3, p. 764-85, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

KAREN, Artur. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.3, p.853-868, 2015.

KARINO, Marcia Eiko; MARTINS, Julia Trevisan; BOBROFF, Cristina Cescatto. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. Cienc Cuid Saude, 2011 abr/jun; v.10, n. 2, p.395-400.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Política Nacional de saúde do trabalhador: desafios e dificuldades. In: SANTANA, Raquel Santos et al. (Org.). Averso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

LACAZ, F. A. C. Saúde no trabalho. 1983. 131 f. Dissertação (Mestrado em Medicina).Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro de.Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios.Cad Saude Publica; v.13(supl.2): 7-19, 1997.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saude Publica; v.23, n.4, p.757-766, abr. 2007.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. 435 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva).Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1996.

LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, textos de apoio. Coletânea, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência Social, n. 1, 2005.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

\_\_\_\_\_; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOPES DA SILVA, Maria Lucia. Previdência Social no Brasil.(des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo:Cortez, 2012.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 447-475, jul./set. 2015

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ Francisco Antonio de Castro. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v.38, n.127, p. 44-56, 2013.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Desemprego, precarização do trabalho e os reversos para a saúde dos trabalhadores. In: SILVA, José Fernando Siqueira; SANT'ANA, Raquel Santos; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Sociabilidade burguesa e Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 131-160.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Os desafios para a implantação da política de saúde do trabalhador no SUS: o caso da região de Franca/SP. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RSBO), Brasília, Fundacentro, 2013. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2013.

LEÃO, Luís Henrique da Costa. Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde. 192 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v.38, n.127, p.: 107-121, 2013.

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

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1232-1243, out-dez, 2015.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; CASTRO, Alexandre de Carvalho. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.3, p.769-778, 2013.

LEITE, Magna Dias. Vigilância em saúde do trabalhador e participação social em Lagoa da Confusão (TO): o agronegócio em questão. 86f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, J. M. H. et al. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. *Caderno de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 399-406, 2011.

MACHADO, Kátia. Novidade no SUS: Unidades de Pronto Atendimento. *Radis*, Rio de Janeiro, Fiocruz, n.83, jul.1999.

MACIEL, Terezinha Reis de Souza. Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil. Dissertação ( Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MARANHÃO, C. H. M. C. O “novo” ciclo ideológico do desenvolvimento: a reconstrução do projeto político burguês e as estratégias de desenvolvimento econômico e social no Brasil. Brasil, 2009. 382 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Recife: UFPE, 2009.

MARX, Karl. Contribuição à Crítica da economia política. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. Processo de trabalho e processo de valorização. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). *A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

MENDES, J. M. R. O Verso e o Anverso de uma História: O Acidente e a Morte no Trabalho. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 228 p.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches, 2011. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches, 2011. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MÉSZÁROS, ISTVÁN. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. 1ª Ed. Revista. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec: São Paulo, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs). Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MORIN E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade. São Paulo: Cortez, 1995.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Perfil da acidentalidade no mundo exclui o Brasil das estatísticas atualizadas da OIT. Dados globais, 2010. p. 84-86. Disponível em: . Acesso em: 18 dez. 2013.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 102, p. 314-338, abr./jun. 2010.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. Cadernos de Saúde Pública, v.8, n.2, p. 150-156, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, T. M. M. Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental. O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo, Editora Cortez, 2011.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Controle social do trabalho no setor sucroalcooleiro: reflexões sobre o comportamento das empresas, do estado e dos movimentos sociais organizados. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2004, v. 7, pp. 11-29.

STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica: Uma Controvérsia sobre Método em Filosofia. In: HABERMAS, Jürgen. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SOUZA, R.S. et al. Construção de instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.133-56.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza

Bravo(Orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, Kátia Reis de; BONFATTI, Renato José; SANTOS, Maria Blandina Marques dos (2015). Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 261-282, maio/ago. 2015

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo(Orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

THOMPSON, J. B. A ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TAKAHASHI et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v.35, n.121; p. 100-111, 2010.

TEIXEIRA, M. J. O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.(Orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; GOMEZ, Carlos Minayo ; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.12, p.4617-4626, 2014.

VASCONCELLOS; L.C.F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública - 2007.

VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. São Paulo: Atlas, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lúcia et al. Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ZAMBENEDETTI, G; RAN, Silva. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 14, n.1, p.131-150, 2008.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros Amigos*, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPSAC  
Doutorado em Saúde Coletiva

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEARÁ  
NO PERÍODO DE 2003 A 2017: AVANÇOS E DESAFIOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA  
Gestores e Profissionais da Saúde

## I Caracterização dos sujeitos

Entrevistado (a): \_\_\_\_\_  
 Código da Entrevista: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: / /  
 Município: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_ Duração:  
 Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F  
 Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado  
 Formação profissional: \_\_\_\_\_  
 Nome do cargo: \_\_\_\_\_  
 Vínculo? Estatutário ( ); CLT ( ); Temporário ( ); Terceirizado ( ); Outros-  
 \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: ( ) 1 a 2sm; ( ) 2 a 3sm; ( ) 3 a 4sm; ( ) 4 a 5sm; ( ) 5 a 10sm; ( ) >10sm  
 Representação em órgão colegiado: \_\_\_\_\_  
 Tempo no cargo: \_\_\_\_\_ Tempo no colegiado: \_\_\_\_\_  
 Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Experiência anterior em Saúde do Trabalhador \_\_\_\_\_  
 Endereço profissional: \_\_\_\_\_

## II Política de Saúde do Trabalhador

- 1) O que você entende por Saúde do Trabalhador?
- 2) O que você conhece sobre o início do Programa de Saúde do Trabalhador a partir de 2003?
- 3) Como está a estruturação da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (Renast) no município que você atua e no estado do Ceará?
- 4) Quais as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo Cerest? Fale sobre as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas por você? 4.1. Detalhe as ações na Atenção Primária a Saúde; na urgência e emergência e na atenção especializada?
- 5) Fale sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Cerest? 5.1. Como ocorrem as ações de integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde?

- 6) Fale sobre as estratégias para efetivar a Política de Saúde do Trabalhador no seu município e no Estado do Ceará?
- 7) Quais as ações desenvolvidas pelo Cerest para promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis? 7.1) Quais as ações de articulação intersetorial no campo da saúde do trabalhador são realizadas?
- 8) Como ocorre a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores? Existem grupos de pesquisa ou GT sistematizando as informações sobre Saúde do Trabalhador?
- 9) Fale sobre as ações desenvolvidas pela Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador?
- 10) Como ocorre a participação dos trabalhadores e do controle social nas ações de saúde do trabalhador?
- 11) Fale sobre o desenvolvimento e a capacitação de Recursos humanos no campo da saúde do trabalhador?
- 12) Discorra sobre os avanços e os desafios da Política de Saúde do Trabalhador em seu município e no Estado do Ceará.

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPSAC  
Doutorado em Saúde Coletiva

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEARÁ  
NO PERÍODO DE 2003 A 2017: AVANÇOS E DESAFIOS

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Informantes chaves

#### I Caracterização dos sujeitos

Entrevistado (a): \_\_\_\_\_  
 Código da Entrevista: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: / /  
 Município: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Final: \_\_\_\_\_ Duração:  
 Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F  
 Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado  
 Formação profissional: \_\_\_\_\_  
 Nome do cargo: \_\_\_\_\_  
 Vínculo? Estatutário ( ); CLT ( ); Temporário ( ); Terceirizado ( ); Outros-  
 \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: ( ) 1 a 2sm; ( ) 2 a 3sm; ( ) 3 a 4sm; ( ) 4 a 5sm; ( ) 5 a 10sm; ( ) >10sm  
 Representação em órgão colegiado: \_\_\_\_\_  
 Tempo no cargo: \_\_\_\_\_ Tempo no colegiado: \_\_\_\_\_  
 Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
 Experiência anterior em Saúde do Trabalhador \_\_\_\_\_  
 Endereço profissional: \_\_\_\_\_

#### II Política de Saúde do Trabalhador

- 1) O que você entende por Saúde do Trabalhador?
- 2) O que você conhece sobre o início do Programa de Saúde do Trabalhador a partir de 2003?
- 3) Como está a estruturação da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (Renast) no estado do Ceará?
- 4) Quais as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos Cerests? 4.1. Detalhe as ações na Atenção Primária a Saúde; na urgência e emergência e na atenção especializada?

- 5) Fale sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Cerests? 5.1. Como ocorrem as ações de integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde?
- 6) Fale sobre as estratégias para efetivar a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará?
- 7) Quais as ações desenvolvidas pelos Cerests para promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis? 7.1) Quais as ações de articulação intersetorial no campo da saúde do trabalhador?
- 8) Como ocorre a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores? Existem grupos de pesquisa ou GT sistematizando as informações sobre Saúde do Trabalhador?
- 9) Fale sobre as ações desenvolvidas pela Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador?
- 10) Como ocorre a participação dos trabalhadores e do controle social nas ações de saúde do trabalhador?
- 11) Fale sobre o desenvolvimento e a capacitação de Recursos humanos no campo da saúde do trabalhador?
- 12) Discorra sobre os avanços e os desafios da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará.

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da pesquisa “ Implementação da política de saúde do trabalhador no ceará no período de 2003 a 2017: avanços e desafios”, desenvolvida pela doutoranda Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, sob orientação da Profª Drª Lúcia Conde de Oliveira, que dará origem à tese a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da UECE.

Este estudo está sendo realizado nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador(Cerest), e objetiva analisar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Ceará, no período de 2003 a 2017, contemplando os objetivos específicos: caracterizar os dispositivos e as estratégias para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará; analisar as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, relacionando-as com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador; descrever os avanços e os desafios da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará na perspectiva dos atores sociais.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará por meio de uma entrevista individual. Caso o(a) senhor(a) concorde, a entrevista será gravada e as suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação.

A participação na pesquisa envolve risco mínimo, uma vez que não prevê procedimento invasivo. Os riscos decorrentes de sua participação poderão ser um eventual desconforto emocional ou dificuldades de responder as perguntas formuladas; enquanto o benefício do estudo será contribuir para ampliar o conhecimento sobre a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará e qualificar as ações desenvolvidas em relação a saúde do trabalhador.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação; porém se depois de consentir em participar, o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a) não terá despesa e não receberá remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ce, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos. Horário de funcionamento de 8 às 12 h e 13h as 17h. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, pesquisadora responsável, pelo celular (85) 988816749, pelo e-mail luciarochamaia@yahoo.com.br., e/ou pelo endereço Rua Tenente Roma, 53, Aerolândia, Fortaleza, Ce. Cep 60851-030. Este termo está sendo elaborado em 2 vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

\_\_\_\_\_  
Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia  
Pesquisador responsável

Consentimento de participação

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Fortaleza, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## ANEXO A

## Termo de Fiel Depositário

Eu, \_\_\_\_\_, coordenador do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador, fiel depositário dos documentos deste Centro, situado em e, Ceará, declaro que a pesquisadora Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia, discente do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE, sob orientação da Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira, está autorizada a realizar nesta Instituição a pesquisa: “Implementação da Política de Saúde do Trabalhador no Ceará no Período de 2003 a 2017: avanços e desafios”, cujo objetivo será analisar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Ceará, compreendendo o período de 2003 a 2017. Em decorrência da pesquisa, serão analisados os projetos, programa, relatórios de gestão e outros documentos relacionados ao campo de estudo. A pesquisa ocorrerá durante os meses de julho a setembro de 2017.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos em relação aos dados e informações obtidos, conforme assegura a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a instituição onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_

Coordenador do Cerest



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi - 60.714.903  
Fortaleza - CE FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Tese: "IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO CEARÁ NO PERÍODO DE 2003 A 2017: AVANÇOS E DESAFIOS".

Nome da Doutoranda: **Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia**

Nome do Orientador: **Profª. Drª. Lúcia Conde de Oliveira**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:

*Lúcia Conde de Oliveira*

Profª. Drª. Lúcia Conde de Oliveira (Presidente/Orientadora - UECE)

*João Bosco Feitosa dos Santos*

Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos (1º Membro - UECE)

*Maria Irismar de Almeida*

Profª. Drª. Maria Irismar de Almeida (2º Membro - UECE)

*Liduína Farias Almeida Costa*

Profª. Drª. Liduína Farias Almeida Costa (3º membro - UECE)

*Maria Marlene Marques Ávila*

Profª. Drª. Maria Marlene Marques Ávila (4º Membro - UECE)

Data da defesa: 21/12/2017