



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

DIANA PEREIRA NUNES

Saúde do Trabalhador no SUS em Pernambuco: realidade ou utopia?

**RECIFE
2014**

DIANA PEREIRA NUNES

Saúde do Trabalhador no SUS em Pernambuco: realidade ou utopia?

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Práticas em Instituições de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Francisco

RECIFE
2014

N972s

Nunes, Diana Pereira

Saúde do trabalhador no SUS em Pernambuco : realidade ou utopia? / Diana Pereira Nunes ; orientador Ana Lúcia Francisco, 2014
122 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Psicologia
Clínica, 2014.

1. Psicologia clínica. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde - Pernambuco. 4. Trabalhadores - cuidados médicos - Pernambuco.
I. Título.

CDU 159.9:61(81)

Nunes, Diana Pereira

Saúde do Trabalhador no SUS em Pernambuco: realidade ou utopia?

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em 02 de Outubro de 2014.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Ana Lúcia Francisco (orientadora) – UNICAP

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas (examinador interno) – UNICAP

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto (examinador externo) – PUC Minas

A Deus pela riqueza de detalhes na tessitura da minha vida.

À minha família pelo esforço, dedicação e (in)compreensão, em todas as etapas de tessitura dessa dissertação. Amo vocês.

A Jorge Marcelo por ser meu ancoradouro nos momentos de calma e tempestades. Te amo.

À Ana Lúcia Francisco que me ensinou que *apesar de*, a vida segue seu rumo.

AGRADECIMENTOS

Fazendo um retrocesso de meu percurso, faço minhas as palavras de Fernando Sabino, “de tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estou sempre começando, a certeza de que preciso continuar e a certeza de que serei interrompida antes de terminar”. Sendo assim, terei que “fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte e da procura um encontro”.

Então, agradeço a Deus, presente em todos os momentos da minha vida, me dando a oportunidade de sempre começar.

À minha mãe pela certeza de que preciso continuar. Com ela aprendi os primeiros pontos do crochê, inspiração para o trabalho em renda. Um exemplo de simplicidade, força, coragem e superação a ser seguido. Quantas noites e feriados dava plantão no hospital como enfermeira, sacrificando seus sonhos em favor dos sonhos das suas filhas...! Esta dissertação é para a senhora que aplaude minhas conquistas. Me espelho muito na senhora, és um exemplo a se seguir!

À minha tia Albinha (Albanize), outro exemplo a ser seguido e com quem aprendi a costurar e a costurar a vida. Ela também me faz ter certeza de que preciso continuar. Agradeço-te por todos os anos que zelou pela minha vida, abdicando-se de seus anseios para cuidar de mim. Agradeço pela comida sempre pronta, pelas reclamações, pelos lembretes da hora de comer, pelo amor, pelo carinho, pela dedicação, pela preocupação e pré-ocupação.

Às minhas irmãs Danielly e Danúbia pela ausência, paciência e compreensão. Vocês são meu suporte me dando força e coragem para continuar.

À minha família, tio(a)s e primo(a)s – em especial Rogério, Isabelly, Alex, Millena e tia Deilza – pela ausência em muitas comemorações e pela compreensão de todos vocês.

À Jorge Marcelo, pela enorme paciência, muitas vezes suportando minhas irritações repentinas. Pelo companheirismo, presente nas alegrias e nas tristezas, me apoiando e me incentivando para seguir em frente, não permitindo que eu desistisse. Pelo amor incondicional, pois ele é o alicerce que me permite lutar. Pela admiração por mim, já que ela me instiga a estar fazendo sempre o melhor e fazer com que sintas orgulho de mim. Obrigado pelo teu carinho, tua alegria, tua generosidade, tua disposição em me ajudar, tua atenção, tua vibração com as minhas conquistas e teu ombro em cada momento difícil que atravessei. Sem você, essa conquista não teria sentido. Você me traz paz e sei que sempre poderei contar com você em tudo! Eu te amo!

Aos que se foram, especialmente duas pessoas, minha avó Regina e Dr. Paulo Bastos de Acioli Lins, pai afetivo. Os dois me ensinaram, literalmente, a “fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte e da procura um encontro”. Vocês ficarão eternamente na minha memória.

À minha orientadora Professora Doutora Ana Lúcia Francisco pelo apoio, confiança e estímulo amigo e, principalmente, pela delicadeza em conduzir todo o processo da dissertação. *Apesar das perdas no meio do caminho*, foi uma grande alegria poder conviver com a senhora e é uma honra tê-la como orientadora.

Ao Professor Doutor Marcus Túlio pelas discussões filosóficas que trouxeram grandes contribuições para embasar meus estudos.

Aos meus amigos da linha de pesquisa Práticas Psicológicas em Instituições: Wellington, Jorge, Sarah, Fátima Neves, Wedna, Ana Lisboa, Moema, Sandra e Sasha. Vocês trouxeram enormes contribuições para minha dissertação!

Aos meus grandes amigos do **LACLIFE**: Armida Portela, Socorro Furtado Bastos e Otaviano pelas horas dispensadas para me ouvir. Guardo vocês no coração.

Às minhas grandes amigas das linhas de pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise e Família e Interação Social, Gabriela Nunes, Janaína Tenório, Pauleska Nóbrega, Fabíola Castell, Rafaela Paixão, às Marcianas e tantas outras que me ensinaram que amizades são feitas, apesar das diferenças.

Às equipes dos CEREST em Pernambuco, aos que restaram e aos que se foram, em especial, à equipe do CEREST Jaboatão dos Guararapes. Vocês foram minha motivação em realizar este trabalho.

À equipe do CAPS Espaço Vida, também separada pelo tempo. Obrigada pelo suporte nas minhas ausências. Apesar da distância, admiro todos vocês.

Às Professoras Doutoradas Bárbara Cabral e Ana Magnólia por acreditarem que esta dissertação seria possível.

Ao Conselho Estadual de Saúde, pela aprovação do meu trabalho, garantindo-me a isenção de minhas colocações.

À Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes por me dispensar para os estudos.

À Professora Doutora Lucinda que fez parte da minha formação no curso de Psicologia e agora está presente nesse momento especial.

Ao Professor Doutor João Leite Ferreira por suas enormes contribuições.

E, finalmente, a todos que não mencionei e que me perguntam *e aí, terminasse?* O que respondo: ainda tenho um longo caminho a percorrer...

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

APRESENTAÇÃO

O campo do cuidado à Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores (movimento sindical, academia e serviços públicos de saúde – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador) situados em lugares sociais distintos e apoiados por uma perspectiva comum e, o que é mais importante, com a gestão participativa dos trabalhadores.

O processo de institucionalização deste campo, legitimado com a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) foi um passo importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde que ultrapassa o modelo hegemônico da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ainda que não promova uma ruptura com o mesmo. Não há dúvida quanto à extrema importância da conquista de um aparato legislativo que garanta o acesso universal à saúde do trabalhador e coloque o Estado como responsável por isto; todavia, é necessário, também, que esse movimento não se esgote com essa garantia. Na verdade, a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é apenas parte de um longo caminho.

Desta maneira, realizar esta dissertação tornou-se um desafio pois pretende-se, como objetivo geral, colaborar com o SUS e investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST em Pernambuco no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador, almejando-se contribuir com ações mais efetivas e coerentes com o referencial da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Para tanto, elegeu-se como objetivos específicos: descrever as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de descentralização das ações, no âmbito regional e o trabalho em rede; e, investigar a integralidade na atenção à saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco, no contexto do processo de descentralização das ações e serviços do sistema de saúde. Com a finalidade de obter os objetivos propostos, esta dissertação foi composta por três artigos e uma reflexão sobre os achados encontrados na pesquisa.

O primeiro artigo intitulado *Meandros e Melindres da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora* abordou, por meio de análise documental, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, destacando-se as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de

descentralização das ações, no âmbito regional. Partiu-se da percepção de contradições no interior da própria política - a universalidade da atenção à saúde do trabalhador e a real efetivação da equidade de direitos, objetivando-se apreender possíveis entraves que pudessem estar dificultando a implantação e consolidação desta política, regionalmente. O artigo desenvolveu uma análise dos determinantes que levam ao surgimento desta política, seus objetivos, princípios, diretrizes e estratégias, com o intuito de que este exame possa contribuir para a compreensão das dificuldades e possibilidades quanto à sua real efetivação. Considerou-se relevante esta análise, tanto pelo seu caráter de novidade, quanto pela necessidade de aprofundamentos e reflexões para a busca da melhoria da qualidade de serviços prestados aos trabalhadores, e por desdobramento, à população.

No segundo artigo, *Sobre os fios que tecem a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador*, abordamos a noção de rede, já que no mundo contemporâneo, as redes estão por toda parte, tornando-se, ao mesmo tempo e simultaneamente, um paradigma e personagem principal das mudanças em curso. Como não poderia deixar de ser, os serviços de saúde que suportam a sociedade contemporânea também são apresentados como redes. No Brasil, há anos vem se tentando estruturar redes de serviços públicos de saúde como forma de garantir a efetividade das políticas públicas frente à constatação do esgotamento do modelo burocrático, estático, fragmentado, hierárquico e formal. Entretanto, organizar estes serviços em rede demanda muito mais do que apenas agregar serviços ou organizações, tornando imprescindível garantir uma institucionalidade, uma organicidade e governança com a finalidade de potencializar seus recursos e meios. Este artigo propôs analisar a rede de atenção à saúde do trabalhador em ação nos conduzindo a um campo diferente, alargando nosso foco das investigações na tentativa de compreender os desdobramentos na difícil, mas não impossível, área da saúde do trabalhador.

O terceiro artigo *Tecendo a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco* trata, especificamente, do estudo realizado. Uma pesquisa de natureza descritiva-exploratória com abordagem qualitativa e que teve como *locus* de investigação apenas os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Estado de Pernambuco. Os sujeitos participantes foram no total quatro, sendo três profissionais dos CEREST e um representante da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador Estadual (CIST) – sujeitos que fazem o Controle Social. Os instrumentos utilizados foram documentos primários referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012, os quais foram analisados e a *conversação*, na qual utilizou a seguinte questão disparadora: *como tem sido sua experiência com a implantação dos CEREST?* A análise das conversas foi focada em um tema central – *O Trabalho no CEREST* – pois, praticamente todos os enunciados estavam relacionados com as

dificuldades das atividades desempenhadas pelos profissionais para a garantia do processo de regionalização das ações para a Rede de Atenção à Saúde do SUS. Os resultados apontam que ainda temos que percorrer um longo caminho para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco na busca de melhorias no atendimento a todos os trabalhadores e trabalhadoras.

Finalmente, frente a constatação de um longo caminho a percorrer pela saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco, trazemos uma reflexão sobre o trabalho em equipe dos profissionais do CEREST. Para tal, utilizamos a metáfora da renda, pois ao contrário da metáfora da rede, largamente utilizada em relação à comunicação e informação, a renda diz mais de uma ação. A proposta de pensar a renda, tal como o trabalho na saúde do trabalhador no SUS, diz mais de um *modo de fazer*, de construir que depende de quem está fazendo. O *como fazer* é justamente a renda, a construção que não é levada em consideração. Então a renda depende e muito das pessoas que estão tecendo, ou seja, dos profissionais de saúde. Devemos atentar para o fato de que um trabalho em renda pode ampliar a autonomia dos sujeitos envolvidos, extrapolando a ação individual do profissional para com a Rede de Atenção à Saúde do SUS, criando possibilidades de aumentar a participação dos sujeitos.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco	78
Mapa 2 – Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco.....	79
Mapa 3 – Localização e área de abrangência dos CEREST no estado de Pernambuco no período de 2005 a 2007 de acordo com as Portarias 1.679 de 19/09/2002 e 2.437 de 07/12/2005 do Ministério da Saúde – RENAST.....	79
Mapa 4 – Localização e abrangência dos Centros de Referência Regionais de Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco a partir de 2009.....	80

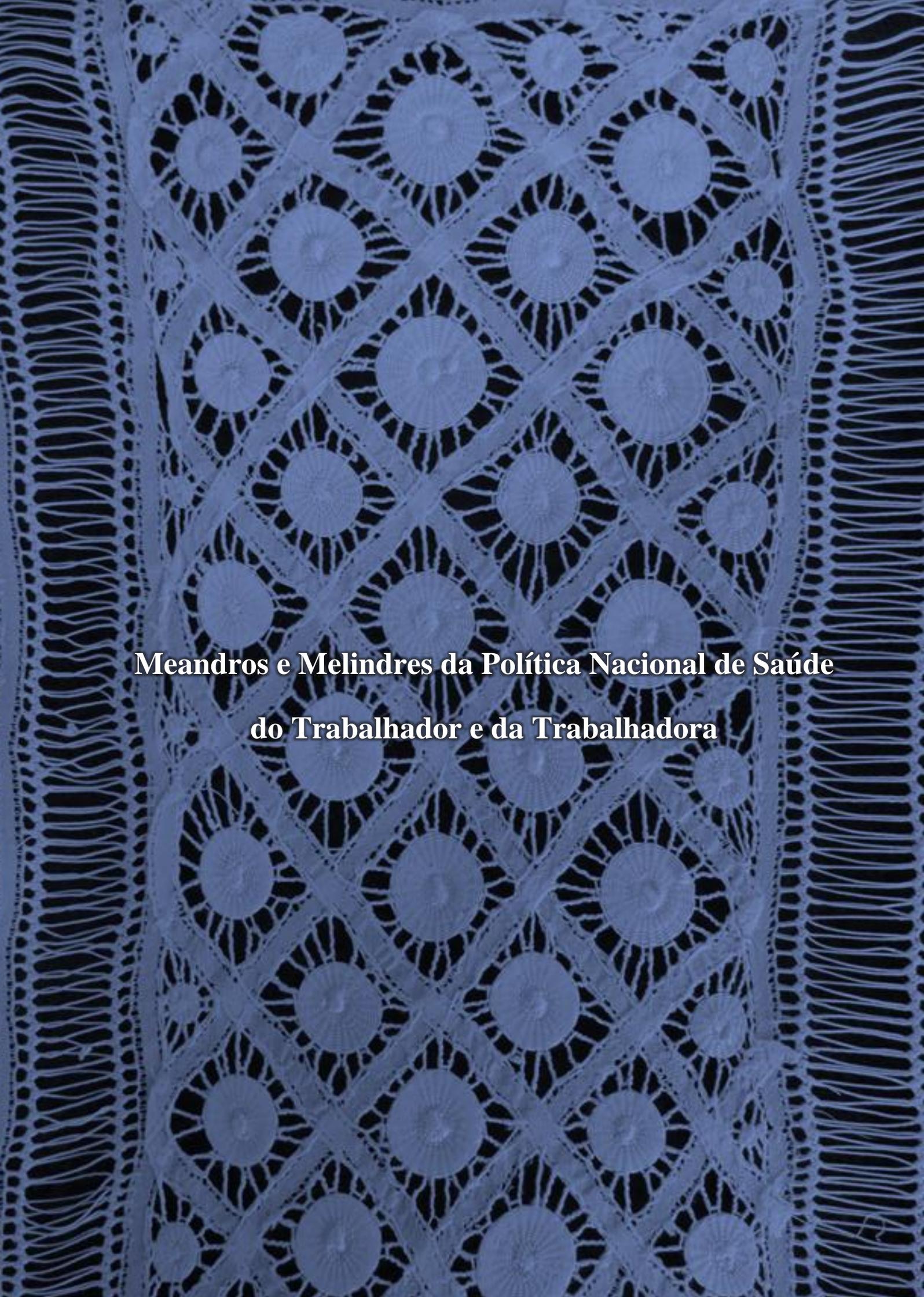
LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAST	Núcleo de Atenção em Saúde do Trabalhador
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAVS	Programação de Vigilância em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	Plano Plurianual
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde

SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

MEANDROS E MELINDRES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	16
RESUMO	16
ABSTRACT	17
INTRODUÇÃO.....	18
MÉTODO.....	19
BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	20
PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORTEADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	25
AS ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	41
SOBRE OS FIOS QUE TECEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	45
RESUMO	45
ABSTRACT	46
INTRODUÇÃO.....	47
MÉTODO.....	50
O COMEÇO DE TUDO: O ENTRELAÇAMENTO DOS FIOS RENAST, CEREST E VISAT.....	51
SAÚDE DO TRABALHADOR: REDE-RIZOMA?	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	62
TECENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO.....	68
RESUMO	68
ABSTRACT	69
INTRODUÇÃO.....	70
PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS	73
PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS.....	74
<i>Locus da pesquisa</i>	76
<i>Participantes</i>	81
<i>Instrumentos de coleta dos dados</i>	83
<i>Procedimentos éticos para a coleta dos dados</i>	85
<i>Procedimentos para a coleta dos dados</i>	86
<i>Procedimentos para análise dos dados</i>	87
ANÁLISE DOS DADOS	88
RESULTADOS E DISCUSSÃO	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	110
OS ENRENDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO.....	114
REFERÊNCIAS	122



**Meandros e Melindres da Política Nacional de Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora**

MEANDROS E MELINDRES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

RESUMO

Este artigo aborda a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, destacando-se as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de descentralização das ações, no âmbito regional. Partindo-se da percepção de contradições no interior da própria política - a universalidade da atenção à saúde do trabalhador e a real efetivação da equidade de direitos, objetiva-se apreender possíveis entraves que possam estar dificultando a implantação e consolidação desta política, regionalmente. Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo descritiva, baseado em publicações de documentos oficiais, tais como leis, políticas, portarias, relatórios, normas e manuais técnicos, assim como artigos e capítulos de livros pertinentes ao tema no período de 2002 a 2012. O artigo desenvolveu uma análise dos determinantes que levam ao surgimento desta política, seus objetivos, princípios, diretrizes e estratégias, com o intuito de que este exame possa contribuir para a compreensão das dificuldades e possibilidades quanto à sua real efetivação. Considera-se relevante esta análise, tanto pelo seu caráter de novidade, quanto pela necessidade de aprofundamentos e reflexões para a busca da melhoria da qualidade de serviços prestados aos trabalhadores, e por desdobramento, à população. Percebe-se, ao longo da análise das evoluções desta política, que a saúde do trabalhador refere-se a um processo social complexo, trazendo as marcas do seu tempo. Este processo é caracterizado pela produção de saberes e fazeres que devem se concretizar em novas modalidades de atenção e cuidado ao sofrimento do trabalhador em toda a Rede de Atenção do SUS. Conclui-se que não há dúvida quanto à extrema importância da conquista de um aparato legislativo que garanta o acesso universal à saúde do trabalhador e coloque o Estado como responsável por isto; todavia, é necessário, também, que esse movimento não se esgote com essa garantia.

Descritores: saúde do trabalhador, políticas públicas, organização e gestão em saúde.

INTRICACIES AND SENSITIVITIES POLICY NATIONAL OCCUPATIONAL HEALTH AND WORKING

ABSTRACT

This article discusses the National Policy on Occupational Health and Working, highlighting the current guidelines and priorities of the comprehensive health care worker model, focusing on the process of decentralization of actions at the regional level. Based on the perception of contradictions within the policy itself - the universality of health care worker and the actual realization of equality rights, the objective is to seize any obstacles that may be hindering the deployment and consolidation of this policy, regionally. This is a study of the literature review descriptive, based on publications of official documents such as laws, policies, regulations, reports, standards and technical manuals, as well as articles and chapters in books related to the theme from 2002 to 2012. The article developed an analysis of the determinants that lead to the emergence of this policy, its objectives, principles, guidelines and strategies, in order that this examination may contribute to the understanding of the difficulties and possibilities as to its real effectiveness. Considers being relevant this analysis, both by its novelty, as the need for insights and reflections to the pursuit of improving the quality of services provided to workers, and by unfolding the population. It can be seen throughout the analysis of the evolution of this policy, that health worker refers to a complex social process, bringing the brands of its time. This process is characterized by the production of knowledge and practices that must be realized in new forms of care and attention to the suffering of workers across the NHS Care Network. We conclude that there is no doubt as to the extreme importance of achieving a legal apparatus that ensures universal access to health worker and put the state as responsible for this; however, it is also necessary that this movement is not exhausted with this guarantee.

Keywords: occupational health, public policy, organization and management of health.

MEANDROS E MELINDRES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

INTRODUÇÃO

Segundo Gadamer (2012), muitas vezes aquilo que consideramos como absolutamente certo pode ser redefinido, mudado e reorganizado pelo ato da leitura, pois é uma experiência muito comum o leitor ser interrompido pelo efeito que o texto pode ter em sua capacidade de surpreender, deleitar, intrigar, confundir. O interessante é que comecei a me surpreender ao organizar as primeiras ideias sobre o tema - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). Percebi, então, que a surpresa se dava à percepção de uma contradição existente na própria organicidade da política que, se por um lado, prescreve a universalidade da atenção à saúde do trabalhador, ao mesmo tempo propõe a equidade de direitos, cuja efetivação ainda se encontrava longe de ser operacionalmente alcançada. No contexto desta temática, o interesse recaiu sobre as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de descentralização das ações, no âmbito regional, para tanto, foram utilizados documentos primários referentes à legislação em saúde do trabalhador no período de 2002 a 2012, bem como o texto final da PNST. Objetivando compreender de que modo estas contradições afetam a operacionalidade desta política, nos propomos, neste artigo, analisar suas condições de emergência, seus princípios, diretrizes e as atuais estratégias voltadas à Saúde do Trabalhador, bem como as mudanças das ações em direção à Atenção Primária à Saúde (APS). Partimos da suposição de que, tanto a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, como os mecanismos que dão suporte à sua efetivação constituem-se como dispositivos, ou seja, “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (Foucault, 1979, p. 244). Tomamos, portanto, a PNST como um dispositivo, que se apresenta como um conjunto de componentes diferentes, com posições e funções diversas e respondendo, historicamente, a demandas e urgências também diferentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo descritiva, baseado em documentos oficiais como leis, políticas, portarias, relatórios, normas e manuais técnicos referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012. Este recorte foi necessário diante do marco de publicações de referência na área da saúde do trabalhador.

A seleção dos documentos foi efetuada em diferentes momentos. Inicialmente, foi realizada uma busca em três bases de dados: Medline, Lilacs e Scielo, e selecionadas as que se mostraram de maior interesse para servirem de fontes de informação para a pesquisa, de modo que se esgotou a ocorrência dos seguintes descritores, em bases específicas: *Saúde do Trabalhador*; *rede*; *CEREST*; *profissionais de saúde*. Os descritores foram selecionados, partindo-se de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O caminho percorrido foi desenhado por meio de estratégia sistemática de busca, isto é, não-aleatória.

Foram identificados e selecionados os documentos que: a) permitiram a pesquisa por ocorrência de palavras-chave; b) possuíam uma abrangência temporal; e c) possuíam confiabilidade, sendo consideradas como mais confiáveis aquelas disponibilizadas ou redirecionadas a partir das páginas institucionais de órgãos/setores do sistema de saúde e legislativo.

A estratégia de busca incluiu o uso da palavra-chave isoladamente e depois pela associação de duas ou mais palavras-chave, de modo a aumentar as variáveis de especificidade e exaustividade, que influenciam todo o processo de recuperação da informação.

A formulação da busca se adequou aos recursos de pesquisa de cada base de dados selecionada. Procurando refinar melhor o resultado da busca, foram utilizados os operadores booleanos, pois permitiram chegar mais rapidamente ao que realmente pretendemos encontrar. O uso dos operadores booleanos “OR”, “AND”, e “NOT” permitiu a criação de pesquisas complexas mediante a combinação de conceitos. Estes tipos de operadores são uma ferramenta fundamental para criar consultas direcionadas. Para limitar os resultados da pesquisa, utilizamos o operador booleano “E”/“AND”, pois aumentou a probabilidade de encontrar citações mais específicas. Por outro lado, para excluir os temas não pertinentes, utilizamos o operador booleano “NÃO”/“NOT” para a busca de documentos que contivesse a primeira palavra e não a segunda, eliminando, assim, duplicidades indesejáveis.

Num segundo momento, adotamos para análise das legislações referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012, a *compreensão hermenêutica* desenvolvida por Hans-George Gadamer. Este método possibilita uma compreensão mais ontológica da saúde do trabalhador nos inserindo num processo interpretativo. Vale ressaltar que o fenômeno hermenêutico contém um caráter original de conversação e, o texto a ser interpretado, pode ser vislumbrado como algo que coloca uma pergunta ao intérprete, mostrando-se tarefa essencial compreender a pergunta colocada. O diálogo, surgido a partir da pergunta original da conversação proporcionou a fusão de horizontes. Esta fusão de horizontes “não permite ao intérprete falar de um sentido originário de uma obra sem que na compreensão da mesma já não esteja implicado o sentido próprio do intérprete”. (Gadamer, 2012, p. 541)

Gadamer (2012) pontua que, para compreender uma tradição, é necessário ter horizonte histórico, pois do contrário estamos sujeitos a mal-entendidos. *A consciência histórica efetual* nos traz a possibilidade de darmos conta de questões que são determinantes na construção da PNST e que somente poderá ser assumida, se adequadamente compreendida. Neste pensar, a tradição nos faz compreender *a coisa em si*, ou seja, nossa experiência. Abordar a PNST não significa fazer memória de um período histórico, como mera elucidação decorrente de ideias políticas ou sociais, mas compreender a mesma como um *ato da existência*, como um *projeto-lançado*, pois o “conhecimento histórico é, ao mesmo tempo, saber histórico e ser histórico”.

Assim é que aspectos essenciais da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora proposta nos conduziram a nos interrogar sobre a mesma. Contudo, só podemos projetar o futuro, compreendendo o presente que tem no passado a sua constitutividade. E é neste sentido que percorremos nosso caminho.

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A Saúde do Trabalhador é um campo da saúde pública cujo objeto se apresenta multidimensional, sempre a exigir respostas que envolvem diferentes atores sociais e conflitos de interesse entre capital e trabalho. Sua abordagem depende sempre do contexto histórico em que está inserido e das relações entre a saúde do trabalhador e as forças políticas e econômicas em jogo na sociedade (Maeno & Carmo, 2005).

Bourdieu (2006) define campo como “um universo em que as características dos produtores são definidas pela sua posição em relações de produção, pelo lugar que ocupam num certo espaço de relações objetivas”.

Sendo assim, o campo do cuidado à Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores (movimento sindical, academia e serviços públicos de saúde – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Programas de Saúde do Trabalhador) situados em lugares sociais distintos e apoiados por uma perspectiva comum e, o que é mais importante, com a gestão participativa dos trabalhadores. Nesse sentido, a PNST afirma-se como política pública porque transversal às demais ações e programas de saúde.

De acordo Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997), a saúde do trabalhador é uma área passível de acolher diferentes aproximações e de incluir vários estudos e práticas, mesmo na ausência de uma adequada precisão conceitual sobre o caráter da associação entre o trabalho e o processo saúde-doença. E é justamente essa imprecisão conceitual que dá à saúde do trabalhador seu caráter transdisciplinar. A transdisciplinaridade pretende ultrapassar tanto a multidisciplinaridade quanto a interdisciplinaridade. Passos & Barros (2000), distinguem esses conceitos e definem a multidisciplinaridade como “o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada” exige diferentes olhares. A interdisciplinaridade, como o movimento de criação de uma zona de interseção entre disciplinas, “para a qual um objeto específico seria designado”. Ressaltam que, o que permanece, tanto na multidisciplinaridade como na interdisciplinaridade, é a “manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes”, perdurando a fragmentação dos saberes e os “especialismos”. A transdisciplinaridade propõe “... romper com as dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, natureza-cultura”, o que “... implica na constituição de planos onde, ao mesmo tempo, sujeitos-objetos advêm” (Passos & Barros, 2000, p. 74), já que o limite entre as disciplinas é perturbado quando se coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. Segundo os autores, a noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, por conta do efeito de desestabilização, tanto da dicotomia sujeito-objeto, quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos:

... superar o antigo isolamento e produzir no encontro com outros saberes. E desse desafio, sua forma paroxística é a aposta transdisciplinar, isto é, o pensamento que se produz no atravessamento das disciplinas, não no interior delas, mas entre elas (Passos & Barros, 2003, p. 83).

Sendo assim, estão colocados os alicerces para que possamos pensar as fronteiras das práticas em Saúde do Trabalhador do ponto de vista, tanto da constituição de seus objetos, quanto das relações de conhecimento estabelecidas, pois é muito provável que os profissionais de saúde se defrontem com o desconhecido destas práticas, potencial desarranjador do isolamento e das certezas redutoras. Colocar as práticas na situação de precisarem operar nas suas franjas de incerteza, o que as leva a terem que conviver com o seu fora, potencializando a produção, o desvio, a criação, a mudança. Segundo Passos & Barros (2003), operação de transversalização.

A noção de transversalidade é aplicada ao paradigma rizomático do saber, pois é a matriz das múltiplas possibilidades de conexão, aproximações, abandonando verticalismos e horizontalismos e construindo possíveis trânsitos pelas multiplicidades sem integrá-las artificialmente (Deleuze & Guattari, 1992). Transversal, aqui, é compreendido como colocar os saberes e práticas de saúde do trabalhador no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para a produção de um plano comum. Não é, dessa maneira, uma comunicação vertical que mantém e sustenta a separação de quem elabora daquele que executa, nem é tão somente uma prática horizontal que se dá entre iguais. A transversalidade propõe o desafio do diálogo entre as fronteiras do saber e poder, de uma permanente e cooperativa reinvenção das linhas dessas fronteiras, em que se criem novos modos de se produzir saúde e, portanto, da produção de novos sujeitos. Transversalizar não pode ser compreendido como informar e transmitir dispositivos, modos de fazer, para diferentes grupos, nem se reduz a análises de coletivos sobre os problemas de ajustamento de papéis. Transversalizar implica na busca de novos sentidos de abertura e invenção de modos singulares de existência.

Diante do exposto, como campo de atuação, de produção de conhecimentos orientados para uma ação/intervenção transformadora, a Saúde do Trabalhador é uma área fronteira, pois se defronta continuamente com questões emergentes de diversos campos, que conduzem à definição de novos objetos de estudo, contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores.

No Brasil, a Saúde do Trabalhador surge no âmbito da saúde pública, na década de 1980, no cenário de lutas pela redemocratização do país, pela conquista de direitos elementares de cidadania e pela consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Ela envolve o esforço tanto de setores sindicais atuantes frente a determinadas situações mais problemáticas das suas categorias, quanto de ações institucionais conduzidas por profissionais seriamente comprometidos em sua opção pelo tema trabalho, em diversas instâncias.

O sistema público de saúde no Brasil, desde sua instalação, vem procurando atender os trabalhadores ao longo de toda sua existência, como cidadãos, ainda que não tivesse uma política pública específica para este público, apenas regulamentada na Constituição de 1988. De acordo com Dias (1994), o movimento da Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos 1970, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Desde então, a implementação de ações de assistência, promoção da saúde e de vigilância da saúde para os trabalhadores, pela rede pública de serviços de saúde, vem contribuindo para a instituição da Saúde do Trabalhador no país. A partir de 1990, inicia-se o processo de municipalização e os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) passam a ter sua localização física em Centros de Saúde.

Este movimento permitiu que a saúde do trabalhador fosse discutida e incorporada pela Constituição Federal de 1988, que garante, enquanto um direito de todos e dever do Estado, o atendimento à saúde integral e universal, superando as limitações dos direitos tradicionais da legislação até então vigente. Essa conquista do movimento da Reforma Sanitária Brasileira contribuiu para a superação da dicotomia histórica dos Direitos Trabalhista e Previdenciário, que até então atuavam como condutores hegemônicos das condições de vida e saúde no trabalho.

O trabalho e a saúde são direitos sociais dispostos na Constituição Federal de 1988 no Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), e no Título VIII (Da Ordem Social) devendo ser respeitados, protegidos e garantidos pelo Estado. Os direitos sociais têm por finalidade permitir que as pessoas disponham de serviços que garantam uma melhor qualidade de vida, sobretudo àqueles mais vulneráveis, com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais.

A Carta Magna (1988) afirma, em seu artigo 200, que “compete ao Sistema Único de Saúde executar as ações de Saúde do Trabalhador”, bem como “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

Com a regulamentação da Lei 8080/90, fica claramente definido em seu artigo 6º, que caberá ao SUS atuar na saúde do trabalhador, na assistência, vigilância e controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho (Hoefel, Dias, & Silva, 2005). A Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei n.º 8.080/90), que regulamentou o SUS e suas competências no campo da Saúde do Trabalhador, considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde. Em seu artigo 6º, determina que a realização das ações de saúde do trabalhador siga os princípios gerais do SUS e recomenda, especificamente, a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho; a realização de estudos,

pesquisa, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; a informação ao trabalhador, sindicatos e empresas sobre riscos de acidentes bem como resultados de fiscalizações, avaliações ambientais, exames admissionais, periódicos e demissionais, respeitados os princípios éticos de respeito e dignidade de todo e qualquer ser humano.

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde tinha como estratégia privilegiar a organização das ações em Centros de Referência, compreendidos como instituições prestadoras de serviços específicos para o apoio à rede de saúde. Entretanto, a criação dos Centros de Referência contribuiu para a fraca articulação da Saúde do Trabalhador com a rede do SUS, porque estes centros permaneceram à margem dessa rede, embora ressaltem o seu papel para a construção de concepções teóricas e ações de intervenção específicas (Gomez & Lacaz, 2005; Dias & Hoefel, 2005).

Segundo Lacaz (2000), a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) deveria caminhar para a superação da dicotomia entre as ações em Saúde do Trabalhador e a Rede Básica de Saúde, e pontuamos, não somente a Rede Básica de Saúde, mas toda a Rede de Atenção à Saúde, caminho este que ainda precisa ser superado.

Ainda nos anos de 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) concentrou esforços em um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; de elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); na elaboração da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e do Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; no desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e a proposição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi construída consultando lideranças da sociedade desde 2001, ainda que sua instituição date de 2012, objetivando consolidar a inserção desse campo como competência do Sistema Único de Saúde pautado pela Constituição Federal de 1988.

Paralelamente à legitimação da PNST, diversas portarias foram publicadas pelo Ministério da Saúde: a Portaria MS n.º 3.120/98 (procedimentos básicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador); a Portaria n.º 1.339 de 18/11/1998 que define as 198 doenças relacionadas ao trabalho, bem como a relação dos agentes de risco e as situações de exposição ocupacional a elas relacionadas; a Portaria n.º 1.679/02 que cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e fortalece a política de Saúde do Trabalhador no

SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de estado e os meios para sua execução, a Portaria GM/MS 2.437/05 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a Portaria GM/MS 1.956/07 que define a gestão e a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador como competência da Vigilância em Saúde e, a Portaria GM/MS 2.728/09 que dispõe sobre a RENAST. Estas portarias contribuíram para embasar o processo de estruturação, implantação e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, tal como ela se apresenta hoje.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas públicas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, visando à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORTEADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os princípios que regem a Saúde do Trabalhador, bem como os de sua política são os mesmos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu conjunto visam à garantia da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, buscando a qualidade dos serviços prestados e a disponibilidade de acesso aos mesmos.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é orientada pelos princípios da **universalidade**, da **integralidade**, da **participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social**, da **descentralização**, da **hierarquização**, da **equidade** e da **precaução**.

O princípio da **universalidade** articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil, hoje, e está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, o eixo da Política de Saúde. Esta se caracteriza como um conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, a reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

A **universalidade** é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir, bem como um caminho para sua construção. Com isso, para que a saúde do trabalhador venha a ser universal é preciso desencadear um processo de universalização, ou seja, um processo de extensão de cobertura dos serviços e ações, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a todos os trabalhadores homens e mulheres, independentemente de sua localização geográfica, de sua forma de inserção no mercado de trabalho e de seu vínculo empregatício (Ministério da Saúde, 2012)

Simultaneamente, o princípio da **equidade**, entra em cena. O princípio de equidade surge, na contemporaneidade, associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo permanente, em transformação, que vai mudando seu intuito e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

De acordo com o Mini Aurélio (Ferreira, 2010, p. 297), a **equidade** é a disposição de *reconhecer* igualmente o direito de cada um. Desta maneira, a **equidade**, não pode ser confundida com igualdade – estado do que é igual – na medida em que visa a uma compensação das desigualdades. A noção de **equidade** leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a dedicar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas.

Nesse sentido, cabe destacar que a PNST prioriza pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles trabalhadores inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil.

Pelo exposto, percebe-se que o princípio da **equidade** diz respeito a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde: de um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nessa perspectiva, a busca de equidade se articula, dinamicamente, com outro princípio: a **integralidade** do cuidado à saúde.

A **integralidade** diz respeito ao espectro de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência aos trabalhadores, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade pode ser, ou não, um atributo do modelo de atenção, compreendendo que um modelo de atenção integral à saúde contempla o conjunto de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Um modelo de atenção integral à saúde é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde. Dessa maneira, a integralidade na atenção à saúde do trabalhador pressupõe a inserção das ações em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante a articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento em saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede.

Para Mattos (2004), a integralidade apresenta três conjuntos de sentidos: o primeiro tem sido aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde; o segundo conjunto de sentido diz respeito a aspectos da organização dos serviços de saúde; já o terceiro conjunto de sentido está voltado para atributos das práticas de saúde.

Para o autor supracitado, a defesa da integralidade parte da defesa da intersubjetividade nas práticas em saúde no SUS, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

“Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós,

profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro”. (Mattos, 2004, p. 1414)

A **hierarquização** dos serviços relaciona-se à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, ou seja, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas implica, também, o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como é o caso da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). No que diz respeito a esse princípio, ele é o único que não é condizente com a noção de rede, já que a mesma se caracteriza pela **horizontalidade**, ou seja, sua capacidade de operar sem hierarquias. Sendo assim, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador deve passar pela integração de todos os pontos de atuação da Rede de Atenção do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

A **descentralização** possui uma dimensão política, sendo uma condição necessária para a melhoria: do acesso, da adequação da resposta social, da participação, da qualidade, da sustentação e da equidade no campo da saúde. Implica na transferência de responsabilidades, recursos e poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). Essa diretriz demanda a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações. No âmbito dos municípios, esta diretriz fortaleceu a **participação da comunidade** com a constituição de Conselhos Municipais de Saúde – mecanismos de participação e controle popular com a função de controle e deliberação sobre a implantação e implementação das ações de saúde do SUS – buscando democratizar as relações entre Estado e sociedade.

A **participação da comunidade** é um princípio fundante do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo

relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Nela, a participação dos trabalhadores é essencial para os processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e as repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Compete às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde.

Finalmente, temos o caráter inovador da PNST ao incorporar o princípio da **precaução**, que não é contemplado nos princípios do SUS. Esse princípio está diretamente ligado à busca da proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, como também a segurança da integridade da vida humana, buscando realizar uma ação antecipando-se à ocorrência do dano ambiental. Dessa maneira, Milaré (2004, p. 144) afirma que “precaução é substantivo do verbo precaver-se (do latim *prae* = antes e *cavere* = tomar cuidado), e sugere cuidados antecipados, cautela para que uma atitude ou ação não venha resultar em efeitos indesejáveis”. Não devemos apenas considerar o risco eminente de uma determinada atividade, mas também os riscos futuros decorrentes de empreendimentos humanos.

Em relação aos riscos, Machado (2004, p. 62) considera que são reais e irreais ao mesmo tempo. De um lado, existem ameaças e destruições que são já bem reais: a poluição ou o esgotamento das águas, o desvanecimento de florestas, a incidência de novas doenças, entre outros fenômenos correlatos. De outro, a verdadeira força social do argumento do risco reside precisamente nos perigos que se projetam para o futuro. Na sociedade do risco, o passado perde sua função determinante para o presente. É o futuro que vem substituí-lo e é, então, alguma coisa inexistente, em construção, que se torna a ‘causa’ da experiência e da ação no presente. Com isso, o princípio da precaução objetiva a continuidade da qualidade de vida para as futuras gerações, bem como para a natureza que existe no planeta.

A incorporação do princípio da **precaução** nas ações de saúde do trabalhador considera que medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, evitar possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

AS ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora apontam duas estratégias para a efetivação da mesma: a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). As estratégias da PNST apresentam uma proposta que se posiciona em direção à reorientação do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador passando a ter como componente estruturante a VISAT, devendo ser inserida no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Ministério da Saúde, 2012).

A VISAT visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, através da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Ministério da Saúde, 2012). Sua especificidade está em seu objeto, a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

A VISAT compreende uma atuação contínua e sistemática, objetivando detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico. Tem por finalidade planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Ministério da Saúde, 2012), tendo como características:

- O caráter transformador: a VISAT consiste em um processo pedagógico que demanda a participação dos sujeitos implicando assumir um compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Sendo assim, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.
- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: as práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva, pois pressupõe que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente previsíveis. Desta maneira, a PNST deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos.

- A Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.
- A Pesquisa-intervenção: a compreensão de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.
- Articulação intrassetorial: a VISAT deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.
- A Articulação intersetorial: devendo ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.
- A Plurinstitutionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, com os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

Nesse contexto, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a estratégia principal da construção da Política, passa a ter um papel secundário, mas não menos importante. A RENAST foi criada pela Portaria GM/MS nº 1.679, em setembro de 2002, tendo como objetivos integrar e articular a Atenção Primária em Saúde, a Média e Alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: municipal, estadual e nacional. Fundamenta-se na compreensão do processo trabalho-saúde-doença e na centralidade do trabalho na vida das pessoas no cenário contemporâneo brasileiro, desenvolvido pela epidemiologia social.

Em sua construção teórica, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de programar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, tendo como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que deixam de ser porta de entrada do Sistema e assumem o papel de suporte técnico e científico, de matriciamento e de núcleos

irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças no SUS. Sendo assim, os CEREST deveriam ser o *locus* privilegiado de articulação e pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, não se limitando ao município-sede do centro, mas à região delimitada para sua área de atuação.

Em dezembro de 2005, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.437 de ampliação da RENAST através da adequação dos CEREST existentes, que não funcionavam dentro da perspectiva da RENAST, e da habilitação de novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Além da ampliação do número de CEREST, a Portaria GM/MS nº 2.437/2005 previa o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e de ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador. Também propunha a estruturação de uma rede de Serviços Sentinela de diferentes níveis de complexidade capaz de atender as vítimas de agravos à saúde relacionados ao trabalho e a proposição de procedimentos para a notificação compulsória no Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) relacionados ao trabalho.

A criação da RENAST pretendia abrir novas perspectivas para o campo da Saúde do Trabalhador no SUS, ampliando a visibilidade e facilitando a interlocução com os gestores e o controle social. A possibilidade de contar com recursos próprios, repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde foi decisiva nesse processo (Ministério da Saúde, 2009).

Em 2003, a RENAST era considerada a principal estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, sendo estruturada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de abrangência estadual ou regional responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores, em articulação com a rede de atenção do SUS.

Considerando a importância da melhoria da informação sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, publicou-se a Portaria Nº. 777, em 28 de abril de 2004, definindo a notificação compulsória de um conjunto de 11 agravos, a partir da rede de serviços sentinela, que teria a capacidade presumida de diagnosticar e estabelecer a relação com o trabalho e registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) do SUS. Para apoiar estas ações foram preparados Protocolos para o Cuidado Diferenciado aos Agravos mencionados na Portaria, porém estes não contemplam de forma satisfatória, as ações a serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (Ministério da Saúde, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, envolvendo ampla participação social, discutiu avanços e dificuldades encontrados para consolidação da área de Saúde do Trabalhador no SUS. Entre as recomendações da Conferência estava a incorporação, nas agendas de saúde, das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, nos serviços de Urgência e Emergência, enquanto portas de entrada do sistema e no cuidado de média e alta complexidade, nos três níveis de gestão – nacional, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 2005)

Com a publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado nas Portarias GM/MS nº 399, de 19 de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699,10 de 30 de março de 2006, e apresentado no texto “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão do Ministério da Saúde”, de 2006, a Atenção Primária à Saúde (APS) é reforçada enquanto centro ordenador do cuidado à saúde no SUS. Essas mudanças repercutem diretamente sobre a organização da atenção à Saúde do Trabalhador, prescrita pela RENAST, com foco nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A RENAST, criada pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002, ampliada pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005, foi revisada na Portaria de Nº 2.728, de setembro de 2009, reformulando a configuração da RENAST e adequando-a às prescrições do Pacto pela Saúde de 2006. Entre as atribuições do Ministério da Saúde estão: a definição das diretrizes para a regulação e a pactuação das ações, bem como o apoio político, financeiro e técnico para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com a referida portaria, a esfera estadual e suas representações regionais são responsáveis pela definição de diretrizes, regulação e pactuação das ações de Saúde do Trabalhador, desenvolvendo-as, quando necessário, de forma integrada ou complementar aos Municípios. A esfera estadual também tem a atribuição de definir protocolos e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; manter a educação continuada e a supervisão em serviço, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; propor as linhas de cuidado para os agravos de notificação compulsória, com respectivos fluxos de referência e contra-referência, devidamente aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis por definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador, tendo como eixo a Atenção Primária à Saúde (APS). O planejamento e a hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador na APS devem estar embasados no perfil produtivo e na situação epidemiológica e explicitados no Plano Municipal de Saúde. Os processos de capacitação devem ser conduzidos em parceria com

as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, qualificando os profissionais e as equipes de saúde para as ações de vigilância, assistência e promoção da saúde.

O apoio às ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, deve se dar, entre outros meios, pela definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; a definição dos fluxos na rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo a reabilitação e os procedimentos de referência e contra-referência, sempre aprovados nas instâncias municipais de controle (Ministério da Saúde, 2009).

Em 2009, a Portaria GM/MS nº 2.669, de 03 de novembro de 2009, definiu as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011. A Saúde do Trabalhador corresponde à prioridade VII, no componente Pacto pela Vida que propõe como indicador o “número de notificações dos agravos à Saúde do Trabalhador”. Este indicador objetivava aumentar a possibilidade de identificação e notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.

A melhoria da identificação e notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na APS, particularmente pelas equipes de Saúde da Família, é essencial para a indução das ações de vigilância em saúde e organização da linha de cuidado para os agravos à saúde do trabalhador. Considerando que a maioria dos municípios brasileiros possui serviços de APS – Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) –, essas unidades podem atuar como “sentinelas” para identificação dos agravos à saúde do trabalhador.

A definição da regionalização, dos recursos para investimentos e das ações de saúde do trabalhador devem estar vinculados ao Planos Estadual e Municipal de Saúde e aos processos de pactuação, bem como nas agendas de saúde das unidades da APS. Ressalta-se que os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem ser compatíveis com o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

A Portaria vigente, Nº 1.823, de 23 de agosto de 2011, define como papel dos CEREST o apoio matricial e institucional para o desenvolvimento e incorporação das ações de Saúde do Trabalhador nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Considerando que a APS é o serviço de atendimento inicial do usuário, uma das principais estratégias do CEREST, para facilitar a consolidação do cuidado integral aos trabalhadores no SUS, é sua atuação como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS

e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Considerar a APS como ordenadora do cuidado em Saúde do Trabalhador, além de colocar a área em harmonia com as diretrizes do modelo de atenção à saúde, significa estar integrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na perspectiva da intrasetorialidade, a RENAST deve servir de suporte à APS, desenvolver ações de proteção e vigilância da saúde, experiência relativamente recente e em construção no âmbito da APS, além de redesenhar as atribuições e o papel do CEREST e de outros pontos da RENAST, como as unidades sentinelas.

Talvez, um dos grandes desafios da PNST, atualmente, seja pensar diretrizes, alternativas, estratégias e formas de matriciamento para sua consolidação na RAS, bem como, sua inclusão e efetivação na Atenção Primária à Saúde, já que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) faz parte da RAS como um de seus arranjos, integrando a rede de serviços do SUS voltados à promoção, à vigilância e à assistência para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Na área da Vigilância em Saúde, a Portaria nº. 3252, de 22/12/2009 define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A Portaria nº. 3.008/2009 estabelece os princípios norteadores da Programação de Vigilância em Saúde – PAVS, como elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. Entre outros temas, esta portaria determina que a PAVS deve ser realizada em articulação com a Atenção à Saúde, especialmente com a Atenção Primária à Saúde. Neste cenário, a Vigilância da Saúde do Trabalhador deve estar inserida no processo de construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508, que dispõe em seu Capítulo V, Seção II, sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). O contrato é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O COAP substituirá, gradativamente, o Pacto pela Saúde, e define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Sendo assim, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão) e no COAP. Com base nestas premissas, em 21 de março de 2013, foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013/2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Após a publicação do COAP em 2011, foi construído o Caderno de Indicadores para a Composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que definiu um rol de 67 (sessenta e sete) indicadores a serem pactuados pelos entes federados, composto por três tipos: os **indicadores universais** que tiveram como critérios orientadores o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS); os Indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, e; as políticas prioritárias. Vale ressaltar que esses indicadores são referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde. Os indicadores universais substituirão os indicadores do Pacto pela Saúde e serão obrigatórios para a pactuação das metas municipais até a assinatura do COAP; os **indicadores específicos** que são referências para pactuação de metas obrigatórias para as regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas, e; os **indicadores complementares** que são referências para pactuação de metas não obrigatórias para as regiões, tendo em vista as prioridades de cada ente federativo, expressas nos seus planos de saúde. Cada ente federativo poderá, por meio do consenso tripartite na região, complementar a lista desses indicadores de acordo com as necessidades da região de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Estes indicadores estão distribuídos em 14 diretrizes de intervenção, sendo 27 indicadores universais, 41 indicadores específicos e 33 indicadores complementares. Entretanto, observa-se que não foram pactuadas as diretrizes 09, 10 e 14, que dizem respeito ao aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar (09); ao fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde (10), e; à promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde (14).

As diretrizes nacionais pactuadas foram: 1) aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; 2) aprimoramento da rede de urgências e emergências; 3) implementação da “Rede Cegonha”; 4) fortalecimento da rede de saúde mental; 5) garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas; 6) implementação do subsistema de atenção à saúde indígena; 7) promoção e vigilância em saúde;

8) assistência farmacêutica; 11) formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho; 12) implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, e; 13) ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

A Saúde do Trabalhador está contemplada na diretriz 7 que diz respeito à redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, apenas com a meta 7.7, visando ampliar em X% o número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho e o indicador proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região. (Ministério da Saúde, 2012)

É neste cenário de organização dos serviços de saúde, que deverá ser construída a agenda de atenção integral a Saúde do Trabalhador, com ações integradas de promoção da saúde, de vigilância e assistência em todos os níveis de atenção do SUS, tendo como centro ordenador a Atenção Primária à Saúde (APS).

Recentemente, em 24 de outubro de 2013, foi publicada a Portaria 1.206 que altera o cadastramento dos CEREST no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Essa portaria, além de alterar o cadastramento dos CEREST, estabelece os Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, definindo procedimentos de regulação das ações relacionadas à saúde do trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de institucionalização da Saúde do Trabalhador, legitimado com a instituição da PNST foi um passo importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde que ultrapassa os modelos hegemônicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional – com suas articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos presentes nos ambientes de trabalho, além de considerar o trabalhador-objeto.

Ao ultrapassar a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, ainda que não promova uma ruptura com as mesmas e transcendendo o marco do direito previdenciário-trabalhista, a saúde do trabalhador invoca o *direito à saúde* no seu espectro irrestrito de

cidadania plena, considerando o trabalhador como trabalhador-sujeito, conforme a tendência internacional e a que foi plasmada no SUS, de universalização dos direitos fundamentais (Vasconcellos, 2007).

Não há dúvida quanto à extrema importância da conquista de um aparato legislativo que garanta o acesso universal à saúde do trabalhador e coloque o Estado como responsável por isto; todavia, é necessário, também, que esse movimento não se esgote com essa garantia. Na verdade, a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é apenas parte de um longo caminho. Talvez, um dos maiores desafios seja o de *demolir os muros das ideias-pátrias* (Almeida, 2006) que nos impede de problematizar seus funcionamentos concretamente.

Percebe-se, ao longo da análise das evoluções desta política, que a saúde do trabalhador refere-se a um processo social complexo, trazendo as marcas do seu tempo, sendo caracterizado pela produção de saberes e fazeres que devem se concretizar em novas modalidades de atenção e cuidado ao sofrimento do trabalhador em *toda* a Rede de Atenção do SUS.

A consolidação da PNST, pauta-se nos princípios do SUS, quais sejam: a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, a descentralização, a hierarquização e a equidade. Como foi assinalado em nossas discussões, o princípio organizativo da hierarquização não condiz com as características da noção de rede, noção esta pautada na horizontalidade, tema este que merece ser aprofundado em estudos posteriores. Consideramos como inovação da PNST a incorporação do princípio da precaução, já que o mesmo tende a corroborar as ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

Em relação ao cuidado com a saúde, ponderamos também que, as conquistas legais e institucionais da Saúde do Trabalhador são consideradas um avanço na medida que propõe a ser um instrumento de gestão para a incorporação das ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS. Entretanto, é necessário reconhecer que, quase depois de 20 anos da instituição da saúde do trabalhador enquanto política específica de saúde, esse objetivo ainda não foi efetivamente alcançado.

Por sua vez, a ênfase nos processos de regulação como indutores da política de saúde do trabalhador poderá transformar a potencialidade criativa e transformadora dos atores envolvidos em uma servidão às normas e portarias. Poderá não existir mais oposição, tensão, questionamento. Pelo contrário, as críticas, geralmente oriundas dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde, podem passar a ser vistas como ataques ou obstáculos a um processo que, ao se institucionalizar, perde a sua dimensão histórica e poderá obedecer apenas a uma

lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis, afetando de forma danosa o complexo campo da saúde do trabalhador.

Por outro lado, a institucionalização da Saúde do Trabalhador transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos deste processo. Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias e que, ironicamente, têm como inspiração as experiências dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), os quais traziam a marca da invenção e da criação com que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes de tais regulamentações.

Convém ressaltar que a RENAST não nasce de reviravoltas por parte de quem atuava nos velhos PST e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (isto é, não nascem como resposta imediata a algumas necessidades imediatas), mas são a expressão direta de uma nova legislação que visa a resolver tecnicamente as contradições da realidade sobre a qual opera. Aqui – sob uma mesma lei que as orienta – agem simultaneamente, de modo complementar, a saúde ocupacional, com seu significado explicitamente de assistencialismo, e a saúde do trabalhador, a qual, por meio do novo conceito da complexidade, da transdisciplinaridade e da transversalidade, pretendem resolver teoricamente os conflitos sociais.

Se nos últimos anos a Saúde do Trabalhador vem se fortalecendo como política pública, conquistando reconhecimento que se transformou em poder técnico-administrativo de regulação, há uma tendência, por outro lado, a um enfraquecimento como movimento social. As cisões, tensões e antagonismos públicos de segmentos sociais com os condutores da gestão da política ministerial demonstram que parece haver uma luta pelo lugar da autoridade, de quem possui a verdade do discurso sobre o campo das transformações produzidas pela Saúde do Trabalhador. A questão da saúde do trabalhador acaba por encenar campos de disputa, poder e autoridade, enfraquecendo os objetivos para os quais foi criada. Eis o risco iminente de um lado negro e obscuro da Saúde do Trabalhador. Constituir-se como um campo de saber/poder, e reproduzir, na prática dos indutores desta política, uma mesma lógica de dominação e exclusão dos principais atores do processo, os trabalhadores. Não são apenas o controle social e os profissionais do CEREST que devem estar atentos para a permanência do antigo paradigma, mas também, os indutores da política de saúde do trabalhador a nível ministerial.

Apesar dos avanços na área, muito ainda precisa ser feito para que a atenção integral à saúde do trabalhador seja efetivada. Entre as dificuldades a serem superadas identifica-se a lógica do modelo da RENAST, centrado na atuação regionalizada dos CEREST, não correspondente com a organização do SUS que é centrada na municipalização; a frágil

articulação intrasetorial, já que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos três níveis de gestão; a confusão dos papéis das atribuições dos Estados e Municípios na execução das ações Saúde do Trabalhador e dos CEREST Regionais; a falta de clareza sobre como realizar a pactuação de assistência, promoção, vigilância e informação em saúde nas situações frequentes em que as áreas de atuação dos CEREST não coincidem com as Regionais de Saúde; o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na RAS para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e para definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; a fragilidade do controle social, existente em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores no mercado de trabalho formal e que ainda não foram conscientizados para se organizarem para participar dos fóruns sociais; o desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; a precedência da assistência em detrimento das ações de promoção e de vigilância nas áreas de atuação da maior parte dos CEREST, prejudicando a integralidade das ações, e; o caráter incipiente das ações intersetoriais (Dias & Hoefel, 2005).

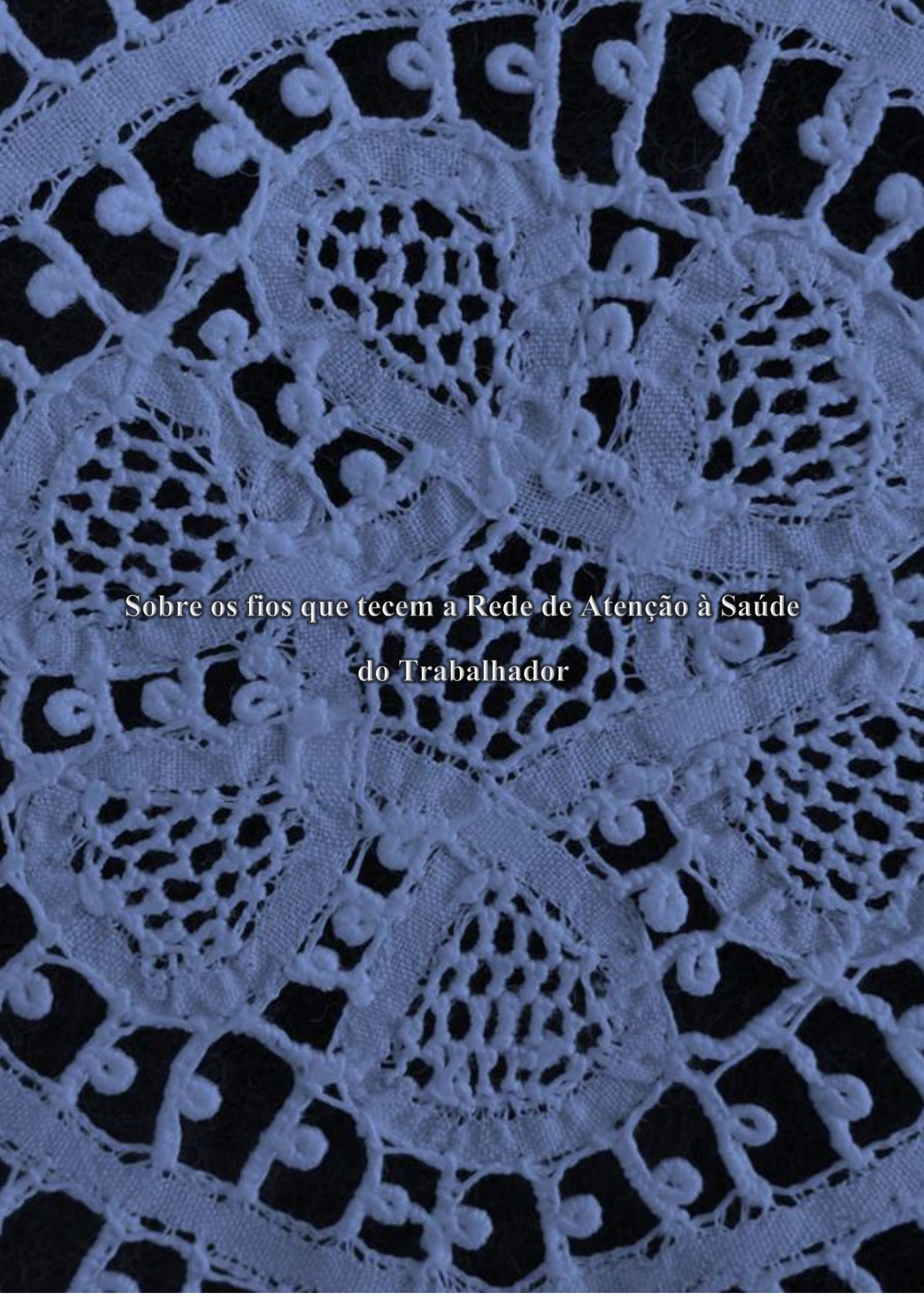
Fecharmos os olhos para o que vem se configurando como política de saúde do trabalhador e para seus entraves nas diferentes realidades do país só contribui para reforçar as inúmeras reivindicações de que tem sido alvo, fazendo crescer de uma maneira quase imperceptível a produção de uma saúde do trabalhador nos padrões da racionalidade científica, apenas com a notificação das doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região. Saúde do Trabalhador é muito mais do que uma simples notificação! Enfrentar os problemas reais dos trabalhadores significa pôr em discussão toda a realidade, que se traduz na complexidade da saúde do trabalhador. Mas, parece que neste nosso sistema social, os movimentos sociais, o controle social, os técnicos, trabalhadores e os indutores da PNST continuam aceitando o papel de promotores de novas ideologias que produzem problemas artificiosos aos quais se possam dedicar, a fim de que a realidade continue a parecer imodificável a quem sofre. Potencializar seu caráter de movimento constituinte implica estarmos atentos e porosos para os efeitos de sua institucionalização, e para o enfrentamento cotidiano dos novos desafios daí advindos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. (2006). Complexidade, do casulo à borboleta. Em G. Castro, E. A. Carvalho, & M. C. Almeida, *Ensaio de Complexidade* (4ª ed., pp. 21-41). Porto Alegre: Sulina.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1992). *O que é filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.
- Dias, E. C. (1994). *A atenção à saúde do trabalhador no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia*. Tese de doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Dias, E. C., & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 817-827. Acesso em 14 de Janeiro de 2014
- Ferreira, A. B. (2010). *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa* (8ª ed.). Curitiba: Positivo.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Verdade e método II: complementos e índice* (6ª ed.). (E. P. Giachini, & M. S. Cavalcante-Schuback, Trans.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gomez, C. M., & Lacaz, F. A. (2005). Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 797-807.
- Hoefel, M. G., Dias, E. C., & Silva, J. M. (2005). *A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência e Assistência Social.
- Lacaz, F. A. (2000). Sobre a necessidade de revisão do modelo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(supl 2000), 489-499.
- Machado, P. A. (2004). *Direito Ambiental Brasileiro* (12ª ed.). São Paulo: Malheiros Editores.
- Maeno, M., & Carmo, J. C. (2005). *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec.

- Mattos, R. A. (19 de agosto de 2004). A integralidade na Prática (ou a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1411-1416.
- Milaré, É. (2004). *Direito do Ambiente* (3ª ed.). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Minayo-Gomez, C., & Lacaz, F. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 794-807.
- Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 21-32.
- Ministério da Saúde. (1998). *Portaria GM/MS 3.120. Instrução Normativa sobre Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Brasil: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2004). *Portaria GM/MS 777 de 28/04/2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasil: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2005). *III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: III CNST: "trabalhar, sim! adoecer, não!": coletânea de textos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - manual de gestão e gerenciamento* (1ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Portaria GM/MS 2.728 de 11/11/2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências*. Brasil: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2012). *Caderno de Indicadores para a Composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Portaria MS/GM Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), 71-79.

Passos, E., & Barros, R. B. (2003). Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. Em T. M. Fonseca, & P. G. Kirst, *Cartografias e devires: a construção do presente* (pp. 81-89). Porto Alegre: UFRGS.



**Sobre os fios que tecem a Rede de Atenção à Saúde
do Trabalhador**

SOBRE OS FIOS QUE TECEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir acerca das estratégias da PNST e do trabalho em rede. Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo descritiva, baseado em publicações de documentos oficiais, tais como leis, políticas, portarias, relatórios, normas e manuais técnicos, assim como artigos e capítulos de livros pertinentes ao tema, trazendo um resgate histórico da construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), três instâncias distintas que necessitam de uma elucidação maior. No artigo apresentamos uma breve retrospectiva da construção da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, uma descrição dos aspectos organizacionais e operacionais da RENAST, do CEREST e da VISAT, bem como, através da contribuição de noções como rede, transversalidade e rizoma, identificamos avanços, dificuldades e perspectivas vislumbradas para a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Descritores: saúde do trabalhador, políticas públicas, organização e gestão em saúde.

ON THE WIRES THAT WEAVING A NETWORK HEALTH CARE WORKER

ABSTRACT

This article aims to reflect on the strategies of PNST and networking. This is a study of the literature review descriptive, based on publications of official documents such as laws, policies, regulations, reports, standards and technical manuals, as well as articles and chapters in books related to the theme, bringing a rescue historical building of the National Comprehensive Care Network of Occupational Health (RENAST), the network of Reference Centres in Occupational Health (CEREST) and the Occupational Health Surveillance (VISAT), three distinct instances that need further elucidation . In the article we present a brief review of the construction of the Network of Care for Occupational Health within the SUS, a description of the organizational and operational aspects of RENAST, the CEREST and VISAT as well as through the contribution of notions such as network, cross-cutting and rhizome, identify progress, problems and prospects envisioned for the consolidation of the National Occupational Health and Working.

Keywords: occupational health, public policy, organization and management of health.

SOBRE OS FIOS QUE TECEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

INTRODUÇÃO

Ao começar a escrever este artigo, surgiu uma inquietação: como falar de uma rede de saúde do trabalhador que, segundo alguns estudiosos da área, está à margem do SUS, constituindo-se, segundo fala desses profissionais, verdadeiros “guetos”, vez que permanecem isolados do processo como um todo. De que rede estamos falando afinal? Quem compõe esta rede?

Segundo Latour & Woolgar (1997), rede é um conjunto de posições nas quais um objeto adquire significado. A noção de rede é mais flexível que a noção de sistema, mais histórica que a de estrutura, mais empírica que a de complexidade (Latour, 2011). Nesta concepção, todos são atores, não só os humanos, mas também os não-humanos, já que não existe uma hierarquização entre os entes, que são produzidos e que se produzem a cada momento. O que liga os atores são os interesses que convergem em algum ponto das redes, produzindo um nó, único elemento constitutivo da rede. Não existe um lugar privilegiado para se falar sobre as coisas, múltiplas são as entradas e conexões que compõem algo como fato.

Segundo Kastrup, o conceito de rede é originário da topologia, sendo definida não por sua forma, mas por sua dinâmica, por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação. A vocação da bifurcação é virar multiplicidade, o que evoca o conceito de rizoma. Bifurcar quer dizer obrigatoriamente decidir-se por um caminho transversal que conduz a um lugar ignorado. A multiplicidade vai se configurando na justa medida em que são operadas conexões e surgem as bifurcações, em que os fios são amarrados e as conexões cortadas, desmanchadas e refeitas em um permanente processo de conjunções e disjunções. A lógica da rede é a lógica das conexões, apesar de só aparecer na rede como único elemento constitutivo o nó, pouco importando suas dimensões. Pode-se aumentá-la ou diminuí-la sem que a rede perca suas características, pois a mesma é “um todo aberto, sempre capaz de crescer através de seus nós, por todos os lados e em todas as direções”. A autora enfatiza que nenhuma rede pode ser caracterizada como uma totalidade fechada, dotada de superfície e contorno definido, mas sim como um todo aberto, sempre capaz de crescer através de seus nós, por todos os lados e em todas as direções. (Kastrup, 2013, p. 80).

Virgínia Kastrup (2013), mostra que as redes de transformação de Bruno Latour, também denominada teoria do Ator-Rede, são uma versão empírica e atualizada do conceito de rizoma que permite pensar a criação dos híbridos. Segundo a autora, para Latour, os híbridos emergem da rede como intermediários entre os elementos heterogêneos objetivos e subjetivos, sociais e tecnológicos, saberes e coisas, inteligências e interesses, em que as matérias e as subjetividades são trabalhadas, forjadas, fundidas sem o controle dos métodos ditos objetivos da ciência.

Embora “o modelo de rede seja marcado pela pluralidade e complexidade das vias mediadoras: não há um caminho logicamente necessário”, portanto, não há hierarquização (Moraes, 2000).

No mundo contemporâneo, as redes são por demais reais, elas estão por toda parte, tornando-se, ao mesmo tempo e simultaneamente, um paradigma e personagem principal das mudanças em curso (Parente, 2007). Falamos de redes celulares, redes neurais artificiais, redes sociais, redes organizacionais, sociedade-rede, empresa-rede, marketing-de-rede, trabalho em rede, rede de redes. E, como não poderia deixar de ser, os serviços de saúde que suportam a sociedade contemporânea também são apresentados como redes. (Martinho, 2003).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para se organizar em rede, conforme determina o artigo 198 da Constituição, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede* regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Segundo Silva (2011), atualmente os serviços públicos de saúde vem se configurando numa Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, numa *malha* que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um dado território, organizando-os, sistematicamente, para que os diferentes serviços e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

Para Santos (2011), há anos que se tenta estruturar redes de serviços na área pública como forma de garantir a efetividade das políticas públicas frente à constatação do esgotamento do modelo burocrático, estático, fragmentado, hierárquico e formal. Porém, organizar os serviços sociais em rede demanda muito mais do que apenas agregar serviços ou organizações, sendo imprescindível garantir uma institucionalidade, uma organicidade e governança com a finalidade de potencializar seus recursos e meios.

Martinho (2003) alerta que o uso indiscriminado do conceito de rede pode fazer com que essa potente ideia-força perca brilho e poder explicativo, além de deixar de adotar algumas de suas características mais preciosas: seu poder criador de ordens novas e seu caráter libertador. Quando tudo é tomado como rede, estruturas velhas e novas, modos convencionais

e modos inovadores de fazer, estratégias de opressão e estratégias de libertação confundem-se sob uma pretensa mesma aparência. Sendo assim, se não puder estabelecer algumas distinções, o conceito de rede deixa de ter sentido e passa a não servir para nada.

Bordieu (1996) expõe que uma das propriedades mais importantes de um campo consiste no fato de haver nele o impensável, ou seja, coisas que nem sequer se discutem. “O mais escondido é aquilo sobre que toda a gente está de acordo, tão de acordo que nem sequer se fala disso, é aquilo que está fora de questão, que é óbvio”. Tanto é que os documentos legais – leis, portarias, normas, manuais – se arriscam a ocultar mais completamente, uma vez que ninguém tem a ideia de registrar o que é óbvio. A nosso ver, foi o que aconteceu com a definição da rede de saúde do trabalhador, que atualmente é confundida com rede de saúde do trabalhador no SUS (RENAST), que, por sua vez, é confundida com a rede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Na medida em que seus limites e competências não se encontram bem delimitados, rede de saúde do trabalhador, RENAST, rede de CEREST e VISAT seriam a mesma coisa? De que rede de saúde do trabalhador estamos falando? Será que rede de saúde do trabalhador é somente SUS? Bordieu atenta para a necessidade de nos interrogarmos sobre estas coisas que ninguém diz é devido à sua importância pois, devemos compreender o que faz com que as pessoas não possam compreender certas coisas, pôr certos problemas. Continua o autor, no “isso é óbvio” há o impensável, *de jure*, o tabu – os problemas que não é possível tratar – mas também há o impensável *de fato*, aquilo que a aparelhagem do pensamento não permite pensar” (Bordieu, 1996, p. 87). É o que Bruno Latour nos convida a fazer quando estuda a “ciência em ação”; devemos *pensar a rede de saúde do trabalhador em ação*, ou seja, pensar “a rede de saúde do trabalhador na atualidade, a que está sendo feita, em meio a toda controvérsia” (Latour & Woolgar, 1997, p. 21). Analisar a rede de saúde do trabalhador em ação nos conduz a um campo diferente que alarga o foco das investigações. E, para pensa-la, torna-se imperativo um resgate histórico da construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para compreender os desdobramentos na difícil, mas não impossível, área da saúde do trabalhador.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo descritiva, baseado em documentos oficiais como leis, políticas, portarias, relatórios, normas e manuais técnicos referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012. Este recorte foi necessário diante do marco de publicações de referência na área da saúde do trabalhador.

A seleção dos documentos foi efetuada em diferentes momentos. Inicialmente, foi realizada uma busca em três bases de dados: Medline, Lilacs e Scielo, e selecionadas as que se mostraram de maior interesse para servirem de fontes de informação para a pesquisa, de modo que se esgotou a ocorrência dos seguintes descritores, em bases específicas: *Saúde do Trabalhador; rede; CEREST; profissionais de saúde*. Os descritores foram selecionados, partindo-se de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O caminho percorrido foi desenhado por meio de estratégia sistemática de busca, isto é, não-aleatória.

Foram identificados e selecionados os documentos que: a) permitiram a pesquisa por ocorrência de palavras-chave; b) possuíam uma abrangência temporal; e c) possuíam confiabilidade, sendo consideradas como mais confiáveis aquelas disponibilizadas ou redirecionadas a partir das páginas institucionais de órgãos/setores do sistema de saúde e legislativo.

A estratégia de busca incluiu o uso da palavra-chave isoladamente e depois pela associação de duas ou mais palavras-chave, de modo a aumentar as variáveis de especificidade e exaustividade, que influenciam todo o processo de recuperação da informação.

A formulação da busca se adequou aos recursos de pesquisa de cada base de dados selecionada. Procurando refinar melhor o resultado da busca, foram utilizados os operadores booleanos, pois permitiram chegar mais rapidamente ao que realmente pretendemos encontrar. O uso dos operadores booleanos “OR”, “AND”, e “NOT” permitiu a criação de pesquisas complexas mediante a combinação de conceitos. Estes tipos de operadores são uma ferramenta fundamental para criar consultas direcionadas. Para limitar os resultados da pesquisa, utilizamos o operador booleano “E”/“AND”, pois aumentou a probabilidade de encontrar citações mais específicas. Por outro lado, para excluir os temas não pertinentes, utilizamos o operador booleano “NÃO”/“NOT” para a busca de documentos que contivesse a primeira palavra e não a segunda, eliminando, assim, duplicidades indesejáveis.

Num segundo momento, adotamos para análise das legislações referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012, a *compreensão hermenêutica* desenvolvida por Hans-George Gadamer. Este método possibilita uma compreensão mais ontológica da saúde do trabalhador nos inserindo num processo interpretativo. Vale ressaltar que o fenômeno hermenêutico contém um caráter original de conversação e, o texto a ser interpretado, pode ser vislumbrado como algo que coloca uma pergunta ao intérprete, mostrando-se tarefa essencial compreender a pergunta colocada. O diálogo, surgido a partir da pergunta original da conversação proporcionará a fusão de horizontes. Esta fusão de horizontes “não permite ao intérprete falar de um sentido originário de uma obra sem que na compreensão da mesma já não esteja implicado o sentido próprio do intérprete”. (Gadamer, 2012, p. 541)

Gadamer (2012) pontua que, para compreender uma tradição, é necessário ter horizonte histórico, pois do contrário estamos sujeitos a mal-entendidos. *A consciência histórica efetual* nos traz a possibilidade de darmos conta de questões que são determinantes na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) e que somente poderá ser assumida, se adequadamente compreendida. Neste pensar, a tradição nos faz compreender *a coisa em si*, ou seja, nossa experiência. Abordar os dispositivos da PNST não significa fazer memória de um período histórico, como mera elucidação decorrente de ideias políticas ou sociais, mas compreender a mesma como um *ato da existência*, como um *projeto-lançado*, pois o “conhecimento histórico é, ao mesmo tempo, saber histórico e ser histórico”.

Assim é que aspectos essenciais dos dispositivos da PNST proposta nos conduziram a nos interrogar sobre a mesma. Contudo, só podemos projetar o futuro, compreendendo o presente que tem no passado a sua constitutividade. E é neste sentido que percorremos nosso caminho.

O COMEÇO DE TUDO: O ENTRELAÇAMENTO DOS FIOS RENAST, CEREST E VISAT

É possível propor que as diretrizes do SUS que devem pautar a Atenção à Saúde do Trabalhador, se reunidas, são suficientes para orientar a consistência e o modo de funcionamento da RENAST a partir da integralidade. Entretanto, a configuração da área da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta algumas controvérsias que foram expostas por Maeno & Carmo (2005) ao referirem que a ideia inicial da construção de

uma rede de referência em saúde do trabalhador, *no Sistema Único de Saúde (SUS)*, iniciou-se em 2002, através de um subprojeto intitulado “Desenvolvimento de Tecnologias Assistenciais e Gerenciais para a Consolidação de Redes Regionalizadas e Hierarquizadas de Serviços”, elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), da qual a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) fazia parte, e pela Secretaria de Assistência em Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS). Esse documento apontava quatro questões fundamentais: a integração da rede ao SUS, a configuração definida, o financiamento e a estratégia para sua implementação. Após diversos estudos e reuniões de ambas as Secretarias, juntamente com outros setores do MS, chegaram à conclusão de que a rede de saúde do trabalhador seria **regionalizada e integrada**, constando no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Estado, observação muito importante para o nosso estudo. O modelo de rede de saúde do trabalhador proposto neste documento estava baseado em dois aspectos: o primeiro aspecto refere-se a um financiamento diferenciado do financiamento da rede básica, e o segundo, num modelo centrado nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como ferramenta estratégica para a disseminação de práticas especializadas na área para o conjunto da rede de atenção à saúde.

O documento ainda apontava controvérsias sobre o modelo de atenção em saúde do trabalhador a ser adotado havendo posições distintas entre os técnicos da área: uma parte defendia o modelo pautado nos centros de referência regionais para a rede do SUS, e a outra defendia um modelo de atenção baseado na criação de “núcleos de inteligência” voltados para a tarefa de disseminar as ações em saúde do trabalhador no SUS. Enfim, o modelo que prevaleceu, na época, foi o de Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Apesar das discussões sobre os Centros, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi instituída pela Portaria 1.679/GM, em 19 de setembro de 2002. Interessante ressaltar que não houve uma definição clara, pela portaria, da configuração da RENAST, estabelecendo apenas que, para sua estruturação, deveriam ser implantadas: ações na Rede de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família, ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS e redes de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Estaduais e Regionais. Temos, então, uma longa exposição da elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, as atribuições dos Estados, regiões e Municípios, e as atribuições e ações dos CEREST, levando-nos a perceber que surge uma rede (CEREST), dentro de outra rede (RENAST) que está inserida dentro de outra rede (Rede de Atenção à

Saúde – RAS). Como diriam Zé Ramalho e Oswaldo Montenegro na música *Do Muito e do Pouco*: é muita rede pra pouco peixe...

Nesta mesma portaria, os CEREST Estaduais e Regionais, estavam definidos como “polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento” (Ministério da Saúde, 2002). E como deveria ser esse suporte técnico e científico? Este suporte deveria se “traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos” (Ministério da Saúde, 2002). Daí decorre mais uma lista das atribuições desses serviços que, no caso dos CEREST Regionais, deveriam desempenhar a função de suporte técnico especializado, retaguarda técnica especializada, ações de promoção à saúde do trabalhador e, ainda, participar de treinamento e capacitação dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde. Conceitos bastante complexos e tarefa bastante árdua para os técnicos desses Centros, bem como um longo caminho a percorrer...

De acordo com Maeno & Carmo (2005), a portaria criada carregava um pecado de origem: tratava apenas da assistência, e acréscimo da rede de CEREST, excluindo a vigilância nos ambientes de trabalho (VISAT), espinha dorsal para a prevenção de danos relacionados ao trabalho. Ainda que nas atribuições dos CEREST Regionais constasse o “suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual”, além da “retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência” (Ministério da Saúde, 2002), estas atribuições não eram suficientes para um grupo de *autoridades* em vigilância em saúde do trabalhador. Este “pecado” foi corrigido na portaria 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005, que incluía mais dois dispositivos da RENAST: a Rede de Serviços Sentinelas e Municípios Sentinelas em Saúde do Trabalhador.

Ousamos concordar com os autores em relação ao “pecado original”, acrescentando mais um não mencionado pelos mesmos: a definição do que seria a RENAST que, a nosso ver, parecia ser muito diferente da definição de rede de CEREST e da rede de saúde do trabalhador. Ao menos, na supracitada portaria parece que tentaram corrigir o pecado ao definir como objetivo da RENAST a integração da rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. E a promoção da saúde do trabalhador, onde ficava? Pecados em cima de mais pecados...! Mas, seria o objetivo a

topologia da RENAST? Talvez, a definição da Rede esteja contida no próprio nome: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

Para complicar mais ainda, a Portaria 2.437 definia a função do CEREST como “provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho”, listando 26 atribuições para o CEREST, enquanto unidade especializada de retaguarda (Ministério da Saúde, 2005). Apesar dos vários questionamentos sobre o papel do CEREST enquanto retaguarda técnica, suporte técnico e científico, dentre outras conceituações (que papel seria este?), nunca houve um posicionamento do Ministério da Saúde em relação a esses questionamentos.

Em 2007, a Coordenação Geral de Atenção à Saúde do Trabalhador (CGSAT), é transferida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (COSAT/DAPES/SAS) e passa a integrar a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), através da Portaria 1.956/GM, de 14 de agosto de 2007. Em termos concretos, ainda não conhecemos os desdobramentos da transferência da CGSAT da SAS para a SVS nas ações do CEREST. Entretanto, podemos vislumbrar alguns deles: as metas e os indicadores propostos no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) prevê a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, apenas com a ampliação do número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.

Dois anos após a transferência da CGSAT para a SVS, é publicada uma nova portaria, 2.728, de 11 de novembro de 2009, que resgata o aspecto integral da atenção à saúde do trabalhador ao inserir as ações de promoção à saúde. Esta portaria define, ainda, que a execução da RENAST dar-se-á da seguinte maneira: estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados – Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador. E lá vem mais uma definição da função do CEREST: subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. (Ministério da Saúde, 2009). De acordo com a portaria, as

atribuições e a composição de pessoal do CEREST eram para ser explicitadas no Manual da RENAST, a ser elaborado em 90 (noventa) dias a partir de sua data de publicação, o que não aconteceu até os dias atuais.

Em 23 de agosto de 2012, é publicada a Portaria 1.823 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) que adota como uma de suas estratégias a estruturação da RENAST. Quanta incoerência! Passados quase 10 anos de instituição da RENAST, a mesma ainda não havia sido estruturada...! Em relação ao CEREST, a PNST reduzia as competências do mesmo a “apenas” três dimensões:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (Ministério da Saúde, 2012)

Quando estamos dizendo “apenas”, não estamos falando de uma visão reducionista, simplória, mas, um observador atento verá que estas atribuições são bastante complexas para uma equipe, na maioria das vezes reduzida, dar conta.

Recentemente, em 24 de outubro de 2013, foi publicada a Portaria 1.206 que altera o cadastramento dos CEREST no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Essa portaria, além de estabelecer os Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, altera o cadastramento do CEREST explicitando claramente sua definição como “um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação” (Ministério da Saúde, 2013).

É inegável a importância da incorporação da VISAT como mais um dos componentes da PNST, na medida em que abre a possibilidade de institucionalização da vigilância nos ambientes de trabalho no SUS. Entretanto, se não atentarmos para as diferenças estruturais entre VISAT e CEREST, podemos correr sério risco desta incorporação fechar as diversas possibilidades de ação dos CEREST, já que, conforme a supracitada portaria, a vigilância em

saúde do trabalhador deve ser realizada pelos Centros que deverão ser cadastrados, no mínimo, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), como serviços de Atenção à Saúde do Trabalhador e Unidades de Vigilância em Saúde. Devemos atentar, também, para não estarmos criando uma estrutura fora da RENAST.

Na perspectiva de regulação dos procedimentos devemos atentar para outro fato: a ênfase nos processos de regulação como indutores da política de saúde do trabalhador poderá vir a transformar a potencialidade criativa e transformadora dos atores em uma servidão a uma lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis, afetando de forma nociva a prática do profissional de saúde no campo da saúde do trabalhador, bastante complexa, pois a saúde do trabalhador se movimenta num mundo cuja realidade é múltipla, um mundo de conexões e elementos diferentes; sendo assim, o profissional necessita a todo momento buscar uma prática que faça da *bricolagem*, da mistura entre elementos heterogêneos, o seu ponto de origem.

A minha prática institucional, enquanto profissional do CEREST e enquanto gestora do mesmo por um curto período de tempo, demonstrou que muitas das instituições nomeadas como CEREST Regional estão longe de oferecer um serviço de qualidade, norteado pelo paradigma da saúde do trabalhador. Estes serviços sofrem com o descaso e com intensos boicotes que são de inúmeras ordens e ganham materialidade na fragmentação e alienação do processo de trabalho; na falta de recursos humanos que adoecem os profissionais do CEREST em função de sobrecarga e precarização das condições de trabalho; no baixo grau de pactuação existente entre as necessidades de saúde da região adscrita e na efetivação dos projetos elaborados verticalmente, no município-sede, a partir dos interesses e racionalidades organizativas dos serviços do município. Na maioria dos casos, a lógica financeira prevalece sobre a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde. Isto pode ser constatado, quando gestores municipais implantam CEREST Regionais apenas motivados pela possibilidade de um acréscimo de recursos ao seu teto financeiro, ou seja, não importa a qualidade do serviço para o território de abrangência do CEREST Regional; importa que o município receba o recurso financeiro que acaba sendo utilizado em outras ações de saúde do município por não haver um controle e monitoramento mais efetivo dos recursos repassados. O trabalho dos profissionais acaba se precarizando, pois não há, por parte deste tipo de gestor, um investimento na organização e no fortalecimento das ações levando as equipes a executar, em muitos casos, apenas as ações mais tradicionais. O profissional do CEREST, que deve ser um ativo protagonista político, inventor de possibilidades de intervenção e produção de cuidados, transforma-se num mero reproduzidor acrítico das normas ministeriais.

Em tempos de avaliação da PNST, retomamos as considerações de Hoefel, Dias & Silva (2005) de forma mais abrangente: urge um redirecionamento no que diz respeito aos aspectos organizativos e gerenciais (missão, visão, papel e atribuições) dos três atores essenciais: a própria RENAST, o CEREST e a VISAT. Estas três instâncias distintas e que se não forem melhor elucidadas, poderão travar o fluxo da rede; a RENAST ainda não se consolidou e permanece restrita ao CEREST, sendo frequente a confusão de CEREST como sinônimo de RENAST; a estratégia da implantação dos CEREST Regionais e a forma de implementação da RENAST ainda tem contribuído para manter a área da saúde do trabalhador à margem da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Uma vez que estas instâncias ainda são “excluídas” do SUS como um todo, não conseguem atingir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. Sendo assim, algo ainda está deixando de ser pensado e realizado para a rede de atenção à saúde do trabalhador no SUS permanecer no mesmo *status quo*. E, segundo Serres (1993), nenhuma ciência ou disciplina tem sentido se não se abre para o que lhe é exterior.

SAÚDE DO TRABALHADOR: REDE-RIZOMA?

No campo da Saúde do Trabalhador, certamente nos interessa a construção da rede de saúde do trabalhador, com o maior número de fios e entrelaçamentos possíveis dado que as conexões entre saúde e trabalho formam uma teia emaranhadíssima.

Várias áreas do conhecimento discutem suas fronteiras disciplinares com outros campos, mas a saúde do trabalhador já nasce com natureza transdisciplinar. O recurso à história da saúde do trabalhador permite a constatação de que a saúde do trabalhador é um saber híbrido, requerendo a aproximação com saberes diversos. A expressão “fazer saúde do trabalhador” ganha força quando evoca um compromisso não apenas com a aplicação do saber constituído, mas envolve o processo de produção deste campo, a invenção da própria saúde do trabalhador, tanto do ponto de vista da teoria quanto do ponto de vista da prática. Como campo de atuação, de produção de conhecimentos orientados para uma ação/intervenção transformadora, a Saúde do Trabalhador não é de *domínio exclusivo* da área da saúde; ela é uma área fronteira, pois se defronta continuamente com questões emergentes de diversos campos – Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, Ergonomia, Economia, entre outras, aliados ao próprio saber do trabalhador – o que conduz à definição de novos objetos de estudo,

contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores. É justamente essa imprecisão conceitual e de práticas que dá à saúde do trabalhador seu caráter transdisciplinar.

De acordo com Passos & Barros (2000), a noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, por conta do efeito de desestabilização, como também da dicotomia sujeito-objeto, e da unidade das disciplinas e dos especialismos:

... superar o antigo isolamento e produzir no encontro com outros saberes. E desse desafio, sua forma paroxística é a aposta transdisciplinar, isto é, o pensamento que se produz no atravessamento das disciplinas, não no interior delas, mas *entre* elas (Passos & Barros, 2003, p. 83).

Desta maneira, colocamos as bases para que possamos pensar as fronteiras das práticas em Saúde do Trabalhador, do ponto de vista tanto da constituição de seus objetos quanto das relações de conhecimento estabelecidas, pois é muito provável que os profissionais de saúde se defrontem com o desconhecido destas práticas, potencial desarranjador do isolamento e das certezas redutoras. Colocar as práticas na situação de precisarem operar nas suas franjas de incerteza, os leva a conviverem com o seu fora, potencializando a produção, o desvio, a criação, a mudança. Segundo Passos & Barros (2003), *operação de transversalização*.

A noção de transversalidade é aplicada ao paradigma rizomático do saber, pois é a matriz das múltiplas possibilidades de conexão, aproximações, abandonando verticalismos e horizontalismos e construindo possíveis trânsitos pelas multiplicidades sem integrá-las artificialmente (Deleuze & Guattari, 2011). E a saúde do trabalhador se assemelha à multiplicidade. Segundo Deleuze e Guattari:

“Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e... e... e...”. Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. Partir do meio, pelo meio, entrar e sair, não começar nem terminar. *Entre as coisas* não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade do meio”. (2011, p. 37)

Eis o sentido de rizomático para Deleuze & Guattari (2011): mover-se *entre* as coisas, instaurar uma lógica do *E*, reverter a ontologia, destituir o fundamento, anular fim e começo, fazer uma pragmática.

Abordagem complexa e inovadora, o rizoma preocupa-se em delinear multiplicidades no nosso mundo, em mensurar as linhas subterrâneas que as perpassam, defini-las por estratos e segmentaridades, por associações e por conflitos. O rizoma abre a possibilidade de se perseguir o traço que, necessariamente, se conecta a outros traços – o *lócus* onde tudo está em

relação com tudo. Deleuze & Guattari (2011), esboçam a noção de rizoma fundamentado em seis princípios básicos. Inicialmente, o 1º e 2º princípios – *conexão* e *heterogeneidade* – significam que qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro, como eles explicam: “um rizoma não cessaria de conectar cadeias semióticas, organizações de poder, ocorrências que remetem às artes, às ciências, às lutas sociais. Uma boa cadeia semiótica é como um tubérculo que aglomera atos muito diversos” (p. 22). Em seguida, o 3º princípio – *multiplicidade* – significa que as multiplicidades se definem pelo fora, pelas linhas que compõe um rizoma, linha abstrata e linha de fuga. Segundo os autores: “os fios de marionete, considerados como rizoma ou multiplicidade, não remetem à vontade suposta de um artista ou de um operador, mas à multiplicidade das fibras nervosas que formam, por sua vez, uma outra marionete” (p. 23). O 4º princípio – *ruptura a-significante* – considera que o rizoma não supõe qualquer processo de significação ou de hierarquização. Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retorna segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação como dimensões, mas também como linhas de fuga ou de desterritorialização. As rupturas do rizoma remetem às multiplicidades, constituem-se da própria multiplicidade; o rizoma cresce em função dessa ruptura. As multiplicidades crescem pelo movimento de *e... e... e...*, contrariando a binaridade que impõe o *ou*: *ou* isso, *ou* aquilo. No rizoma é isso *e* aquilo, *e* mais aquilo *e*, assim, segue. O rizoma é sempre um devir, uma cartografia a ser traçada sempre e novamente. Finalmente, o 5º e 6º princípios – *cartografia* e *decalcomania* – segundo os quais um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural. Isto significa que os rizomas não podem ser modelados, pois eles são sempre esboços incompletos. O rizoma procede por uma lógica do devir, da variação, da expansão, da captura, da descoberta. O decalque é a cópia, a imitação do movimento, o que remete a uma reprodutibilidade finita dos caminhos. O decalque é a transferência de uma imagem, de uma forma, de um modelo para uma superfície. E esta superfície pode ser entendida como a superfície das ações. Decalcar é interiorizar, e não abrir. É reproduzir algo que já foi e que se mantém pelo próprio ato do decalque. Oposto aos decalques, o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, podendo remeter a qualquer outro ponto em seu território. O mapa é o próprio movimento do rizoma, ele constitui-se como uma experimentação, abrindo, expandindo. Por ter múltiplas entradas, não determina um caminho correto, um acesso válido. Entra-se em um rizoma a partir de qualquer um de seus pontos. Os mapas podem ser copiados, reproduzidos, porém, colocar uma cópia sobre o mapa nem sempre garante uma sobreposição apropriada. O inverso é a novidade, ou

seja, colocar o mapa sobre as cópias. São os decalques que é preciso referir aos mapas e não o inverso. De acordo com Deleuze e Guattari, o rizoma é um sistema acentrado, não hierárquico, e não significativo, sem General, sem memória organizadora ou autômato central.

Os princípios do rizoma são bem próximos dos que Lévy (2006), propôs para o hipertexto: 1) *metamorfose*: a rede está em constante construção e renegociação; 2) *heterogeneidade*: os nós e as conexões de uma rede são heterogêneos; 3) *multiplicidade e encaixe das escalas*: a organização em um modo “fractal”, ou seja, qualquer nó ou conexão, quando analisado, pode revelar-se como sendo composto por toda a rede, assim por diante, indefinidamente, ao longo da escala dos graus de precisão; 4) *exterioridade*: a rede não possui unidade orgânica, nem motor interno; seu crescimento e sua diminuição, sua composição e sua recomposição permanente dependem de um exterior indeterminado; 5) *topologia*: tudo funciona por proximidade, por semelhança; o curso dos acontecimentos é uma questão de topologia, de caminhos; e, 6) *mobilidade dos centros*: a rede não tem centro, ou melhor, possui permanentemente diversos centros.

Numa perspectiva rizomática, a saúde do trabalhador pode ser concebida como campo de saberes, ou seja, um campo entremeado pelas multiplicidades. Multiplicidades marcadas pelas concepções de mundo dos diversos atores, pela produção de conhecimentos do saber dos trabalhadores, das práticas dos profissionais, dos interesses, dos anseios, das percepções, dos desejos, das construções criativas e das necessidades dos sujeitos envolvidos e que subjazem em todo seu processo.

Pensar rizomaticamente a saúde do trabalhador é aventurar desnudar essas multiplicidades que fazem interconexões e que são produzidas cotidianamente, as quais entram em movimento com linhas de fuga e intensidades com linhas de segmentaridade duras, com velocidades muito diferentes, movimentos de territorialização e desterritorialização. Como em qualquer fenômeno, na saúde do trabalhador, temos linhas de segmentaridade, de estratificação que levam a sistemas centrados, de comunicação hierárquica e conexões preestabelecidas, mas também temos linhas de fuga, de desterritorialização, com dimensões díspares cujas multiplicidades se transformam, mudando de natureza. Ela não é feita de unidades fechadas, e sim de dimensões máximas, de caminhos movediços, de todo tipo de devir.

Para Latour (2011), a rede como um rizoma é marcada pela transformação, pelo trabalho de fabricação dos fatos, dos sujeitos, dos objetos. Fabricação que se faz em rede, através de alianças entre atores humanos e não-humanos. Na noção de rede o que importa não é somente a ideia do vínculo, mas sim o que esses vínculos produzem e que efeitos decorrem de tais alianças.

Sendo assim, a rede-rizoma de saúde do trabalhador passa a ser um agenciamento. Agenciamento coletivo que se faz de acordo com o fluxo do cotidiano, da subjetividade/subjetivação, do concreto, do social, que ligados fazem multiplicidades ininterruptas sobre platôs. O platô “é algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior”. É o campo das forças de subjetivação que nas suas intensidades consideram os múltiplos, pois não existe instância determinante, causa primeira, mas redes e traços de intensidades que vão fazendo contiguidades subjetivas. Para Deleuze & Guattari (2011, p. 44), “um rizoma é feito de platôs que está sempre no meio, nem início nem fim”, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda.

Dessa maneira, é uma máquina de resistência a todo sistema centrado. Define-se como sistema a-centrado, cadeias de autômatos finitos, nas quais as relações de saberes, de experiências, de conhecimentos, de práticas, na dimensão da saúde do trabalhador ou no “plano de imanência da saúde do trabalhador”, se conectam a um ponto qualquer com outro ponto qualquer, “nos quais os indivíduos são todos intercambiáveis, de maneira que as operações locais se coordenam e o resultado final global se sincroniza independente de uma instância central” (Deleuze & Guattari, 2011, p. 27).

De acordo com esta ideia, a rede-rizoma de saúde do trabalhador situa-se na esfera da micropolítica, que acontece nas ações cotidianas, construindo agenciamentos maquínicos de desejo. A rede-rizoma de saúde do trabalhador não busca a totalidade, não ambiciona modelos, soluções acabadas e dogmáticas. O objetivo da rede de saúde do trabalhador é fazer rizoma, conexões que procedem por variações, expansões de práticas e saberes, de conhecimentos e de expressões. Um exercício de produção de multiplicidades de saberes e práticas. Fazer rede-rizoma de saúde do trabalhador é fazer multiplicidades, é criar. Realizar conexões e novas conexões, levando a surgir novas multiplicidades, novas experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do trabalhador no SUS é, por natureza, rizomática considerando que é território de proliferação de sentidos e multiplicação de significados. Esta rede-rizoma implica em uma imbricação de ações de diversos atores em ressonância com teorias e experiências da prática concreta, na dimensão de uma transdisciplinaridade e transversalidade.

A RENAST é uma multiplicidade, assim como o CEREST. É imprescindível estarmos atentos para esta multiplicidade, nos colocarmos em disponibilidade, em escuta, “viabilizarmos conexões” (Gallo, 2008). Quando se trata de pensar a saúde do trabalhador em suas relações micro, no dia-a-dia, na ação cotidiana, fazer saltar as conexões e a heterogeneidade, buscando ligações inusitadas, nas quais as próprias multiplicidades possam se expandir, mudar de natureza e dilatar territórios. A cada novo modo de fazer, a cada novo modo de saber ou, ainda, a cada vez que algo é novo no campo da prática em saúde do trabalhador, rompe-se em rizoma.

Pensar o CEREST como prática da saúde do trabalhador, é pensa-lo em sua natureza rizomática. A despeito de toda a hierarquização, pensa-lo como fragmentos, estilhaços, micro-movimentos que se rebelam contra o modelo árvore e buscam, assim, fugir dos próprios modelos, encadeando multiplicidades.

A inserção territorial do CEREST na comunidade, longe dos espaços das fábricas e dos sindicatos, demarcou um novo campo: o CEREST Regional “inaugurou uma nova relação com o território através da experiência – e não contra ou indiferentemente – de uma rede transterritorial”, já que sua atuação transcende o território em que está inserido (município-sede) (Weissberg, 2013). Da mesma maneira, o centro funciona como articulador da RENAST, a qual deveria atentar para a consolidação de vários outros nós da Rede como forma de um cuidado integral à saúde dos trabalhadores.

Como dispositivo operacionalizador da rede de atenção à saúde do trabalhador no SUS e assemelhando-se à multiplicidade, ressalta-se a importância de uma intervenção mais abrangente do CEREST Regional enquanto nó da RENAST, ou seja, é necessário que o CEREST Regional transponha os muros da instituição, passando a envolver os territórios subjetivos e concretos de sua clientela – os trabalhadores, gestores, profissionais de saúde e outros setores que façam interface com saúde e trabalho. Uma das alternativas viáveis para essa transposição poderá ser a função de apoiador matricial na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. O problema para o CEREST será, então, *expandir* a sua rede, tornar as suas ações indiscutíveis, tornar obrigatória a passagem por ele a todos que querem trabalhar na perspectiva da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. (2006). Complexidade, do casulo à borboleta. Em G. Castro, E. A. Carvalho, & M. C. Almeida, *Ensaio de Complexidade* (4ª ed., pp. 21-41). Porto Alegre: Sulina.

Bourdieu, P. (1976). Lechamp scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, II(2-3), 88-104. doi:10.3406/arss.1976.3454.

Bourdieu, P. (1996). O novo capital. Em P. Bourdieu, *Razões práticas - sobre a teoria da ação* (M. Corrêa, Trad., pp. 35-52). São Paulo: Papirus.

Callon, M. (2013). Por uma nova abordagem da ciência, da inovação e do mercado. O papel das redes sociotécnicas. Em A. Parente, *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação* (pp. 64-79). Porto Alegre: Sulina.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2* (2ª ed., Vol. 1). (A. L. Oliveira, A. Guerra Neto, & C. P. Costa, Trads.) São Paulo: Editora 34.

Dias, E. C., & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 817-827. Acesso em 14 de Janeiro de 2014, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232005000400007

Gallo, S. (2008). *Deleuze & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica.

Gomez, C. M. (2011). Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformação. Em C. M. Gomez, J. M. Machado, & P. G. Pena, *Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea* (pp. 17-26). Rio de Janeiro: Fiocruz. Fonte: <http://books.scielo.org>

Gomez, C. M., Machado, J. M., & Pena, P. G. (2011). *Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Ficruz. Fonte: <http://books.scielo.org>

Hoefel, M. G., Dias, E. C., & Silva, J. M. (2005). *A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério do Trabalho e Emprego/Ministério da Previdência e Assistência Social.

Kastrup, V. (2013). A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. Em A. Parente, *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação* (pp. 80-90). Porto Alegre: Sulina.

Latour, B. (2001). *A Esperança de Pandora*. (G. C. Souza, Trad.) Bauru, SP: EDUSC.

- Latour, B. (2011). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora* (2ª ed.). (I. C. Benedetti, Trad.) São Paulo: Unesp.
- Latour, B. (2011). *Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia crítica* (2ª, 1ª reimpressão ed.). (C. I. Costa, Trad.) Rio de Janeiro: 34.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1997). *A Vida de Laboratório: a produção dos fatos científicos*. (A. R. Vianna, Trad.) Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lévy, P. (2006). *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Maeno, M., & Carmo, J. C. (2005). *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec.
- Martinho, C. (2003). *Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da autoorganização*. Brasília: WWF Brasil.
- Martinho, C., & Félix, C. (2011). *Vida em rede: conexões, relacionamentos e caminhos para uma nova sociedade*. Baruri, SP: Instituto C&A.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria 1.679 de 19/09/2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2005). *Portaria GM/MS 2.4377 de 07/12/2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2009). *Portaria GM/MS 2.728 de 11/11/2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências*. Brasil: Diário Oficial da União.

- Ministério da Saúde. (2012). *Portaria MS/GM Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União.
- Ministério da Saúde. (2013). *Portaria GM/MS 1.206 de 24/10/2013. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Moraes, M. (2000). O conceito de rede na filosofia mestiça. *Informare*, 6(1), 12-20. Acesso em 14 de Janeiro de 2014, disponível em <http://www.necso.ufrj.br/MM/O%20Conceito%20de%20Rede%20na%20Filosofia%20Mestica.htm>
- Moraes, M. (2001-2002). Sobre a noção de rede e singularidade das ciências. *Documenta*, 12-13, 57-77. Fonte: <http://www.necso.ufrj.br/MM/A%20noca%20de%20rede%20e%20a%20singularidade%20das%20ciencias.htm>
- Moraes, M. (2003). *Alianças para uma psicologia em ação: sobre a noção de rede*. Fonte: <http://www.necso.ufrj.Brasil/Ato2003/MarciaMoraes.htm>
- Musso, P. (2013). A filosofia da rede. Em A. Parente, *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação* (pp. 17-38). Porto Alegre: Sulina.
- Nardi, H. C. (1997). Saúde do Trabalhador. Em A. D. Cattani, *Trabalho e tecnologia, dicionário crítico* (pp. 219-224). Petrópolis: Vozes.
- Parente, A. (2007). Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea. *RECIIS*, 1(1), 101-105. doi:10.3395/reciis.v1i1.35pt
- Parente, A. (2013). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. (L. Gomes, Ed.) Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), 71-79.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2003). Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. Em T. M. Fonseca, & P. G. Kirst, *Cartografias e devires: a construção do presente* (pp. 81-89). Porto Alegre: UFRGS.

Santos, L. (2011). O que são redes? Em G. Carvalho, H. M. Magalhães Jr, J. Medeiros, J. V. Souto Jr, L. Santos, I. O. Andrade, . . . S. Fernandes, *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde* (2ª ed., pp. 29-34). Campinas, SP: Saberes Editora.

Serres, M. (1993). *Filosofia Mestiça*. (M. I. Estrada, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Silva, S. F. (2011). Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. Em S. F. Silva, G. Carvalho, H. M. Magalhães Júnior, J. Medeiros, J. V. Souto Júnior, & L. Santos, *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de serviços de saúde* (2ª ed., pp. 69-80). Campinas, São Paulo: Saberes.

Weissberg, J.-L. (2013). Paradoxos da teleinformática. Em A. Parente, *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação* (pp. 113-141). Porto Alegre: Sulina.



**Tecendo a Rede de Atenção à Saúde do
Trabalhador em Pernambuco**

TECENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo geral investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador, pretendendo-se contribuir com ações mais efetivas e coerentes com o referencial da Saúde do Trabalhador. Para tanto, elegeram-se como objetivos específicos: descrever as atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de descentralização das ações, no âmbito regional e o trabalho em rede; e, investigar a integralidade na atenção à saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco, no contexto do processo de descentralização das ações e serviços do sistema de saúde. Uma pesquisa de natureza descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, tendo como *lócus* de investigação os CEREST do Estado de Pernambuco. Os sujeitos participantes foram quatro, sendo três profissionais dos CEREST e um representante da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador Estadual (CIST) – sujeitos que fazem o Controle Social. Os instrumentos utilizados foram documentos primários referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012 e a conversação, utilizando a seguinte questão disparadora: *como tem sido sua experiência com a implantação dos CEREST?* A análise das conversas focou um tema central – *O Trabalho no CEREST* – pois, praticamente todos os enunciados estavam relacionados com as dificuldades das atividades a serem desempenhadas pelos profissionais para a garantia do processo de regionalização das ações para a Rede de Atenção à Saúde do SUS. Os resultados apontam que ainda tem-se um longo caminho a percorrer na construção da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco na busca de melhorias no atendimento a todos os trabalhadores e trabalhadoras.

Descritores: saúde do trabalhador, políticas públicas, organização e gestão em saúde.

WEAVING A NETWORK HEALTH CARE WORKER IN PERNAMBUCO

ABSTRACT

The research had as main objective to investigate the set of actions that are being developed and offered by the Centres of Reference in Occupational Health (CEREST) the movement of decentralization and reorganization of activities and services of the NHS Care Network from the perspective of comprehensive care health worker, is intended to contribute to more effective and consistent with the framework of the Occupational Health shares. To do so, was elected as specific objectives: to describe the current guidelines and priorities of the comprehensive health care worker model, focusing on the decentralization process at the regional level and networking; and investigate the completeness in health care worker in the State of Pernambuco, in the context of decentralization of activities and services of the health system. The research was a descriptive-exploratory qualitative approach and scored as a locus for research only CEREST the State of Pernambuco. The participants were four in total, with three of the professional CEREST and one representative of the Intersectoral Committee for State Health Worker (CIST) - subjects that make Social Control. The instruments used were primary documents relating to the deployment process of CEREST the period 2002-2012, which were analyzed and the conversation, which used triggering the following question: How has your experience been with the implementation of CEREST? The analysis of conversation was focused on a central theme - Work at CEREST - because virtually all utterances were related to the difficulties of the activities to be performed by professionals to guarantee the regionalization process of the actions for the Network for Health Care SUS. The results show that we still have to go a long way to building a network of Health Care Workers in the state of Pernambuco in the search for improvements in care to all workers.

Keywords: occupational health, public policy, organization and management of health.

TECENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO

INTRODUÇÃO

O propósito de realizar esta pesquisa guarda relação direta com minha trajetória de atuação profissional. Como psicóloga efetiva da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, minha atuação na Secretaria de Saúde sempre se deu na área da saúde do trabalhador, mais especificamente no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), desde 2006. Nesses anos de atividade, pude acompanhar fatos e participar de muitos momentos da história da configuração da saúde do trabalhador, no município. Tive, também, a oportunidade de transitar pelos diversos níveis organizacionais desta instituição, desde o nível local, como psicóloga, até o nível central, como Coordenadora da Política de Saúde do Trabalhador do município e, depois, como coordenadora do CEREST.

Ao longo desse período uma inquietação me acompanha e me diz respeito, qual seja, problematizar se o modelo adotado para a saúde do trabalhador dá conta de atender a demanda da região, quem sabe, da população? Além do mais, a percepção de que o CEREST de Jaboatão dos Guararapes não havia adotado um modelo de atenção à saúde do trabalhador que condizia com o que era preconizado pelo Ministério da Saúde, levou-me a questionar as razões da dificuldade para colocar em ação algo que estava escrito claramente na legislação. Com isso me impulsionando, busquei ampliar meus conhecimentos sobre essas questões e comecei a participar de diversos cursos, dentre os quais o curso de Saúde do Trabalhador, realizado em 2007. O meu interesse pela área pouco a pouco foi aumentando, uma vez que este apontava na perspectiva de mudança do modelo assistencial, em direção à descentralização e reorganização das ações e serviços do sistema de saúde.

Nesse engajamento, fui convidada, em 2008, a participar da gestão como Coordenadora da Política de Saúde do Trabalhador do Município e, no mesmo ano, à frente do CEREST para tentar mudar o modelo de atenção adotado. Dessa minha passagem pela gestão ficou como saldo a oportunidade de participar da proposição e execução de um Plano Regional de Saúde do Trabalhador pelo Estado e no município de Jaboatão dos Guararapes.

Em 2009, nova gestão assume, em todos os CEREST, e em novembro deste mesmo ano solicito a minha saída da gestão. Com novos integrantes, novos rumos começam a ser dados a

essa proposta de regionalização, ainda por ser concluída. Percebo que a implementação da regionalização do CEREST não tem muito significado para os gestores. Instigada a entender melhor esses fatos e buscar a explicação para a desvalorização de uma proposta que beneficiaria todos os trabalhadores, busco o Mestrado em Psicologia Clínica e trago comigo o desejo de investigar essa experiência.

Desta maneira, realizar esta pesquisa tornou-se um desafio ao pretender colaborar com o SUS e investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador, pretendendo-se contribuir com ações mais efetivas e coerentes com o referencial da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

A atenção integral à Saúde do Trabalhador é efetivada nas redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser organizada de acordo com os princípios do SUS, em todos os níveis de atenção, incluindo ações de promoção, de vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação. A articulação entre as diversas áreas do SUS é fundamental para garantir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador devendo ocorrer nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), além de considerar a participação dos conselhos de saúde e das comissões intergestores tripartite e bipartite.

A Carta Magna afirma, em seu artigo 200, que “compete ao Sistema Único de Saúde executar as ações de Saúde do Trabalhador”, bem como “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. O termo "Saúde do Trabalhador" aparece, também, incorporado na nova Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) no artigo 6º, parágrafo 3º, estabelecendo sua conceituação e definindo as competências do SUS neste campo como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

Sendo assim, diversas portarias que foram publicadas (1.679/2002; 2.437/2005; 2.728/2009; 1.823/2012) contribuem, gradativamente, para embasar o processo de estruturação, implantação e desenvolvimento de uma Política de Saúde dos Trabalhadores no Brasil.

Considerando o princípio de que a Saúde do Trabalhador é uma área transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser executada pelos três níveis de atenção, nas diversas redes. Ao mesmo tempo em que estes níveis se estabelecem com a lógica

operacional da hierarquização e da regionalização, devem buscar o seu funcionamento enquanto redes solidárias, resolutivas e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento. Dessa maneira, as Áreas Técnicas de Saúde do Trabalhador nos três níveis de gestão, com o apoio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), devem garantir sua capacidade de prover o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de Saúde do Trabalhador em toda a rede SUS.

Para que este cenário seja possível, são necessários dois caminhos na estruturação da rede: que a rede do SUS esteja devidamente capacitada para identificar e monitorar casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários; e, que a rede tenha condições de mapear as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor Regional. Para tanto, é imprescindível investir na ampliação da capacidade técnica das equipes, na ampliação dos serviços de cuidado, protocolos e linhas guias, bem como viabilizar o planejamento conjunto entre as áreas técnicas e gerenciais, com vistas à inserção das ações de Saúde do Trabalhador nas redes assistenciais e de vigilância em saúde.

Apesar dos avanços da atenção à saúde do trabalhador no SUS, há ainda muito por fazer na busca da descentralização das ações em todo território nacional. A consolidação do papel do município como instância efetiva da implantação da Política de Saúde do Trabalhador do SUS é de fundamental importância, devendo o acesso ser garantido pela atenção primária em saúde e pela rede de urgência e emergência, integrando-se às ações de vigilância em saúde e articulando-se às demais redes de atenção, em função de sua complexidade e conforme as necessidades e problemas de saúde, nos níveis regional, estadual e nacional do Sistema Único de Saúde.

No Estado de Pernambuco, a partir do ano de 2003, foram implantados nove Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo oito CEREST Regionais (Recife, Jaboatão dos Guararapes, Goiana, Cabo, Palmares, Petrolina, Caruaru e Ouricuri) e um CEREST Estadual. Estes CEREST deveriam estar funcionando em rede com o objetivo de impulsionar a descentralização das ações de Saúde do Trabalhador; entretanto, percebe-se uma discrepância entre a proposta da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a efetivação das ações destes Centros que, na maioria das vezes, realizam atividades pontuais no município-sede e sequer trabalham em rede, além de existirem à margem da Rede de Atenção do SUS.

Diante da atual conjuntura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador cabe o questionamento: em que medida as ações que vêm sendo desenvolvidas pelos CEREST no

Estado de Pernambuco priorizam ou respondem ao modelo integral de atenção à saúde? Esse questionamento nos levou a tomar como campo de pesquisa os atendimentos oferecidos nos CEREST objetivando investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador.

PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS

Minayo (2013, p. 201) define campo em pesquisa como o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”. Em consonância, esta pesquisa está inserida como campo da Pesquisa Social compreendida como os diversos tipos de investigação que abordam o ser humano em sociedade, suas relações e instituições, sua história e sua produção simbólica. Seu intuito é colocar em evidência determinados aspectos da realidade, sendo mais adequada para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor Saúde. (Minayo, 2013, p. 47)

Como no campo da saúde os objetos de estudo são vivenciados em sua complexidade, muitas pesquisas na área vêm se dedicando às perspectivas compreensivas “que contribuem para a contextualização, de forma crítica, da história e da linguagem dos problemas de saúde e das práticas sociais da área”. (Minayo, 2013)

De acordo com (Guerra, 2012):

“A especificidade das perspectivas compreensivas é, sobretudo, a sua orientação para a identificação das práticas cotidianas e das emergências de novos fenômenos sociais, que elucidam ou transformam as regras ou as instituições existentes no *aqui e agora* das dinâmicas sociais. Não estamos perante indivíduos isolados pelo individualismo metodológico, mas perante atores que agem tendo em conta a percepção dos outros e balizados por constrangimentos sociais que definem intencionalidades complexas e interativas”. (p. 9)

Na pesquisa qualitativa o pesquisador é parte fundamental devendo, antecipadamente, despojar-se de preconceitos, predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem ter pressa em dar explicações nem conduzir-se pelas aparências imediatas, com a finalidade de alcançar uma compreensão global dos fenômenos. Essa compreensão só pode ser obtida com o envolvimento do pesquisador partilhando da cultura, das práticas, das percepções e experiências dos sujeitos da pesquisa e procurando compreender

a significação social por eles atribuída ao mundo que os circunda e aos atos que realizam. (Chizzotti, 2005)

Nesse contexto, esta pesquisa está fundamentada nos pressupostos da hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, na medida em que ela situa sempre o pesquisador no mundo, na história e na linguagem pois, para Gadamer (2012, p. 14), “o que está em questão aqui não é o que fazemos, o que deveríamos fazer, mas o que acontece além de nosso querer e fazer”.

Tomando como suporte teórico a hermenêutica filosófica de Gadamer (2012), nossa intenção é compreender o sentido da prática cotidiana dos profissionais dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST) na descentralização das ações e serviços para a Rede de Atenção à Saúde e se a mesma é coerente com os discursos oficiais da PNST. Sendo assim, não se trata apenas de uma descrição, mas do aprofundamento dos usos, hábitos e imaginário utilizados habitualmente pelos atores que constituem a área da saúde do trabalhador justificando a adoção da metodologia da pesquisa qualitativa.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O pesquisador que se volta à investigação do humano não faz perguntas a seu objeto de estudo. O ideal é que a manifestação do fenômeno seja permitida, podendo ser uma pessoa, um grupo, um informante, uma história de vida, um mito, uma religião, uma representação cultural, um fato social, um fato político, ou seja, uma intersecção extremamente complexa de tudo isso. Quando a manifestação do fenômeno é permitida, sem perguntas dirigidas, o novo aparece, ou seja, aquilo que não se perguntou porque a pergunta era impossível de ser formulada. (Cassorla, 2008, p. 31)

As metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas por Minayo (2013) como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como intrínseca *aos atos, às relações e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas como construções humanas significativas, tanto no seu aparecimento quanto na sua transformação.

Nas ciências humanas, o método é chamado *compreensivo-interpretativo*, devido ao objeto de estudo ser “as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos”. (Chauí, 2000, p. 202)

Corroborando com o pensamento de Minayo e Chauí, Turato (2008) enfatiza que o objetivo do pesquisador que se utiliza do método qualitativo é a significação que as coisas ganham, ou seja, as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos que lhes dizem respeito.

De outra forma, Triviños (1987, p. 133) salienta que “o pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórica-metodológica para realizar seu estudo”, devido ao universo deste enfoque ser “o dia-a-dia e as experiências do senso comum, *interpretadas e re-interpretadas* pelos sujeitos que as experienciam”. Logo, a compreensão do dia-a-dia é imprescindível à ação compreensiva de abertura e à compreensão do outro permitindo, com isso, a percepção da multiplicidade de vozes, vestígios e saberes que emergem na prática do profissional de saúde. (Minayo, 2013)

Turato (2008) expõe que uma das características do pesquisador qualitativo é ser *bricoleur*, ou seja, ele tem a privelégio de produzir sua pesquisa compondo-a de fragmentos encontrados ao longo do percurso, sem seus passos estarem rigidamente atrelados ao projeto inicial.

Dessa maneira, o método qualitativo vem sendo muito aplicado no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Além de permitir desvelar processos históricos, sociais e implementação de políticas públicas ainda pouco conhecidos referentes a grupos restritos, o método qualitativo também favorece a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação. (Minayo, 2013)

Sendo assim, essa pesquisa apresenta como particularidade o caráter descritivo e exploratório, na medida em que “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”, além do fato de “residir no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, seus problemas, sua história, etc.”. (Triviños, 1987, pp. 109-110)

Triviños (1987) explicita que o modo escolhido pelo investigador para determinar o objeto da pesquisa não surge espontaneamente, apontando duas maneiras para delimitar o problema de pesquisa: o primeiro refere-se ao problema definido *a priori* pelo pesquisador, com pouco ou nenhum contato com o meio a ser investigado; e, o segundo problema é determinado pelo pesquisador e as pessoas envolvidas no estudo em diferentes níveis de participação das mesmas – os problemas existem e são reconhecidos por todos ou pela maioria, ou os problemas existem em forma clara ou difusa.

O autor expõe, ainda, que o assunto da pesquisa, preferencialmente, deve surgir da prática cotidiana do pesquisador enquanto profissional. Ou seja, o pesquisador, ainda que não necessariamente, deve pertencer à área onde surgiu a questão problemática, pois a prática cotidiana e as vivências dos problemas na atuação diária do profissional ajudam, de forma importantíssima, a obter a clareza necessária ao pesquisador na delimitação e resolução do problema. Para ele, uma das maneiras de delimitação do problema é quando o pesquisador tem a consciência da existência de problemas, em determinado grupo. O pesquisador pode, inclusive, suspeitar nitidamente das dificuldades que se apresentam em determinado grupo, o que torna mais evidente quando o próprio faz parte do núcleo social pesquisado. (Triviños, 1987)

Cassorla (2008) defende que para a ciência ocorra, o método deve ser adequado ou seja, o método deve ser suficientemente *criativo* e *flexível*, sendo capaz de aproximar-nos da realidade, de como ela se constitui, indo além do senso comum. Segundo o autor, o método é mais rico quanto mais longe ele vai nos objetivos propostos. Habitualmente esses objetivos servem apenas como orientação, contudo o “ideal é que o caminho possa conduzir-nos a encontrar algo novo, sequer elucubrado” (p. 20)

A pesquisa qualitativa busca interpretar o que as pessoas dizem sobre o tal fenômeno e o que fazem ou como lidam com isso. (Turato, 2008, p. 362) Dessa maneira, esta pesquisa busca investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador. Para tanto, elegeu como objetivos específicos a descrição das atuais diretrizes e prioridades do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com enfoque no processo de descentralização das ações, no âmbito regional e o trabalho em rede; e, a investigação da integralidade na atenção à saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco, no contexto do processo de descentralização das ações e serviços do sistema de saúde.

Lócus da pesquisa

Segundo Turato (2008), o método qualitativo estuda o humano no seu contexto, ou seja, o *ambiente natural* das pessoas. Corroborando, Richardson (2011, p. 95) entende que para a pesquisa qualitativa é fundamental “a escolha do local e a familiaridade do pesquisador com os

membros do grupo” haja vista que o pesquisador qualitativo “está mais preocupado com a validade das informações coletadas a partir do **“acesso às autênticas opiniões dos entrevistados”**. O que importa para o pesquisador qualitativo é “se os dados expressam autenticamente a visão do entrevistado”.

Sendo assim, esta pesquisa foi desenvolvida com profissionais dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e com representantes da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), do Estado de Pernambuco por duas razões. A primeira diz respeito à familiaridade da pesquisadora com o tema e com os membros do grupo por pertencer ao mesmo; e a segunda diz respeito ao desenvolvimento econômico que Pernambuco vem apresentando com os investimentos nos setores petroquímico, biotecnológico, farmacêutico, de informática, naval e automotivo, investimentos estes que estão dando novo impulso à economia de Pernambuco apresentando o Produto Interno Bruto (PIB), (3,5%), crescente acima da média nacional que foi de 2,3%, no ano de 2013. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, Pernambuco conta com uma população de 8.796.448, com estimativa para 2013 de 9.208.550 habitantes e uma densidade demográfica de 89,62 hab/km². Sua região está dividida em 185 Municípios subdivididos em cinco mesorregiões: Metropolitana do Recife (17 municípios), Zona da Mata Pernambucana (43 municípios), Agreste Pernambucano (71 municípios), São Francisco Pernambucano (15 municípios) e Sertão Pernambucano (41 municípios).

Além do desenvolvimento econômico, Pernambuco ocupa a 19^a posição no ranking nacional no que diz respeito ao IDHM com seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) passando de 0.440, em 1991, para 0.673, em 2010, de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Urbano no Brasil, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os dados são referentes ao Censo do IBGE de 2010, que só foram compilados em 2013. O IDH sintetiza em uma média de três subíndices, calculados na base de poucos indicadores facilmente coletados nas diversas nações, três dimensões básicas e universais da vida, que são as condições para que as escolhas e oportunidades dos indivíduos possam ser ampliadas: o acesso ao conhecimento (Educação), o direito a uma vida longa e saudável (Longevidade) e o direito a um padrão de vida digno (Renda). O desenvolvimento humano

“...tem a ver com a criação de um ambiente no qual as pessoas possam desenvolver o seu pleno potencial e levar vidas produtivas e criativas de acordo com suas necessidades e interesses. As pessoas são a verdadeira riqueza das nações. O desenvolvimento tem a ver, portanto, com o alargamento das escolhas que as pessoas têm para levar uma vida a que deem valor. E tem a ver com muito mais de que o crescimento econômico, que é

apenas um meio – ainda que muito importante – de alargar as escolhas das pessoas” (PNUD, 2001).

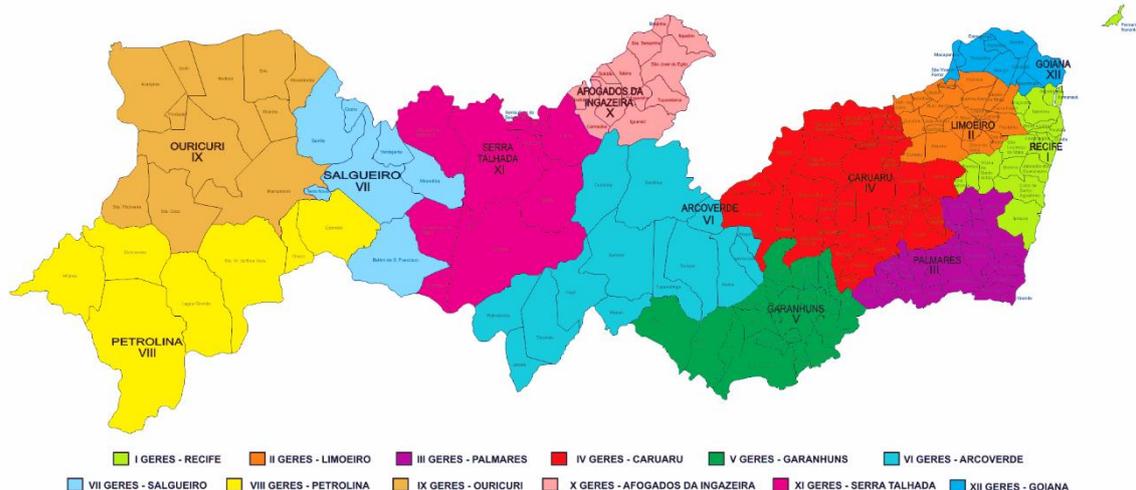
Pernambuco apresenta algumas peculiaridades em relação à divisão territorial nas áreas do desenvolvimento, da saúde e, mais especificamente, da saúde do trabalhador. De acordo com a área de desenvolvimento, o Estado está dividido em 12 Regiões de Desenvolvimento que são estratégicas para a aplicação de políticas públicas, divididas de acordo com suas características socioeconômicas e geográficas mais fortes: Metropolitana (15 municípios), Mata Norte (19 municípios), Mata Sul (24 municípios), Agreste Setentrional (19 municípios), Agreste Central (26 municípios), Agreste Meridional (26 municípios), Sertão do Moxotó (7 municípios), Pajeú (17 municípios), Sertão de Itaparica (7 municípios), Sertão Central (8 municípios), Sertão do Araripe (10 municípios) e Sertão do São Francisco (7 municípios) (Mapa 1).



Fonte: IBGE, 2014

Mapa 1: Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco

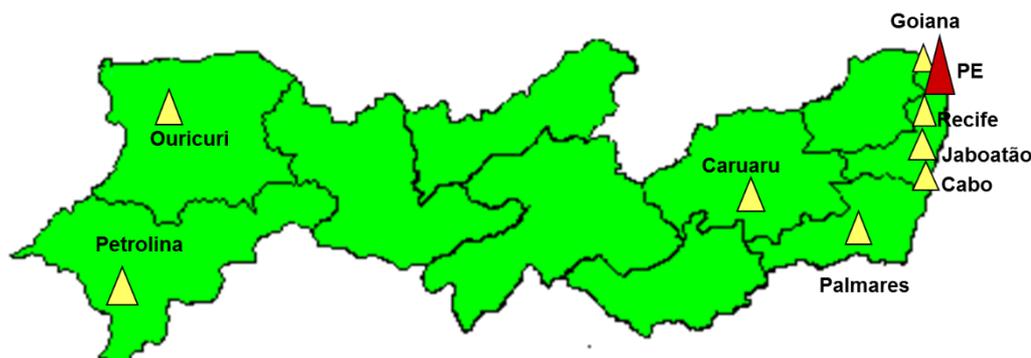
A saúde pública, por sua vez, não seguiu as regiões de desenvolvimentos estratégicas para a formulação conjunta de políticas públicas e desenhou sua própria divisão territorial, dividindo-se em doze Gerências Regionais de Saúde (GERES), regiões que, apesar de ter o mesmo número (12), não seguem a mesma divisão das Regiões de Desenvolvimento do Estado: I GERES (18 municípios), II GERES (22 municípios), III GERES (22 municípios), IV GERES (32 municípios), V GERES (21 municípios), VI GERES (13 municípios), VII GERES (7 municípios), VIII GERES (7 municípios), IX GERES (12 municípios), X GERES (12 municípios), XI GERES (10 municípios) e XII GERES (10 municípios).



Fonte: SES, 2014

Mapa 2: Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco

Apesar destas divisões, em termos administrativo e de saúde, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram implantados de forma diferenciada. Ao invés de ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o planejamento e a solicitação de sua implantação ficaram a critério do gestor municipal, o Secretário de Saúde, solicitar o cadastramento do seu município como sede. Por conta disso, a distribuição inicialmente definida para os CEREST criou distorções na atuação de todos. Ou seja, no período entre 2005 e 2007 a localização dos CEREST no Estado se concentrou em algumas regiões. Implantou-se na Região Metropolitana CEREST em Recife, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho; na região da Zona da Mata Norte, na cidade de Goiana; na Região da Zona da Mata sul em Palmares; no Agreste, em Caruaru; e, no Sertão contemplaram-se as cidades de Petrolina e Ouricuri (Mapa 3).

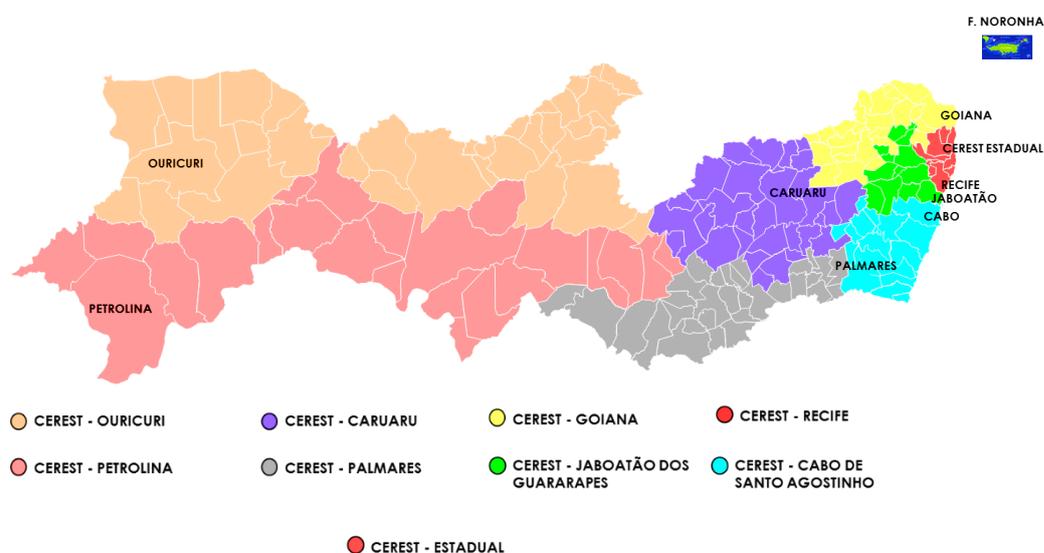


Fonte: SES, 2009

Mapa 3: Localização e área de abrangência dos CEREST no estado de Pernambuco no período de 2005 a 2007 de acordo com as Portarias 1.679 de 19/09/2002 e 2.437 de 07/12/2005 do Ministério da Saúde – RENAST.

Com essa forma de organização, algumas regiões do Estado ficaram desassistidas, como parte do Agreste e o Sertão Central, obrigando a realização de uma nova discussão sobre os municípios de abrangência de cada CEREST. A partir de 2007, após realização do Seminário para Elaboração do projeto de Regionalização para o Estado, organizado e coordenado pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do trabalhador – CEAST, realizado no Município de Itamaracá, tendo como público alvo os Coordenadores, os Técnicos dos CEREST e representantes da CIST de Pernambuco, teve início um novo processo de reorganização pela Coordenação Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador, com a participação dos CEREST e da CIST, culminando com a nova conformação da abrangência de municípios para cada CEREST na pactuação da regionalização na CIB, em 05 de maio de 2009 (Mapa 4). Com a nova distribuição todos os municípios do Estado passaram a ser contemplados.

Sendo assim, Pernambuco atualmente dispõe de nove CEREST, sendo um Estadual e oito Regionais, o que, de acordo com o número de municípios no Estado, daria em média 23 municípios para cada Centro Regional. Mesmo assim, três destes centros estão localizados na Mesorregião Metropolitana do Recife (Recife, Cabo de Santo Agostinho e Jaboatão dos Guararapes), dois na Mesorregião Zona da Mata Pernambucana (Goiana e Palmares) um na Mesorregião do Agreste Pernambucano (Caruaru), um na Mesorregião do São Francisco Pernambucano (Petrolina) e um na Mesorregião do Sertão Pernambucano (Ouricuri). O CEREST Estadual tem sua sede na cidade do Recife.



Fonte: SES, 2009

Mapa 4: Localização e abrangência dos Centros de Referência Regionais de Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco a partir de 2009.

Participantes

Segundo Guerra (2012, p. 40), não tem muito sentido falar de amostragem nas metodologias qualitativas, pois neste tipo de pesquisa não se procura uma representatividade estatística, mas uma pequena dimensão de sujeitos “socialmente significativos” e a diversidade dos fenômenos, ou seja, o que se busca é a descrição de fenômenos, sua compreensão ou sua interpretação. Dessa maneira, a pesquisa qualitativa, por suas características, nunca estuda muitos casos e “a decisão pela amostragem deve ser distintamente pensada e ser apropriada às questões da pesquisa, não simplesmente ditada pela conveniência” (Turato, 2008, p. 357). O que interessa na pesquisa qualitativa é o estudo de um tema no discurso de diversos sujeitos ou de um assunto e que sejam abordados por tantos sujeitos quanto forem necessários para compor e aperfeiçoar uma teoria sobre o objeto a ser investigado, independentes de tipos caracterizados. O critério de inclusão/exclusão dos sujeitos pode muito bem subordinar-se ao privilégio dado àqueles que *detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer* (Minayo, 1999, p. 102).

Margarete Sandelowski *apud* Turato (2008) faz uma importante observação quanto ao tamanho da amostra. Para a autora, a amostra

“é a que permite – em virtude de não ser muito grande – a profundidade e a análise orientada para o caso, que é uma marca de todas as investigações qualitativas, e que resulta – em virtude de não ser muito pequena – numa nova e ricamente tecida compreensão da experiência”. (p. 361)

Sendo assim, a definição do número final de indivíduos estudados é conhecida pelo pesquisador qualitativo apenas no campo, pois se o que se quer é compreender os sentidos e significações que certos fenômenos têm para as pessoas ou para a sociedade, a “pré-ocupação” com números não faz sentido (Turato, 2008).

Esta concepção é defendida por Guerra (2012) quando afirma que é quase impossível definir uma amostra para as análises qualitativas, dada a diversidade de objetos e métodos, pois as características da análise qualitativa não facilitam uma definição *a priori* do universo de análise pelo fato da pesquisa qualitativa ser muito flexível, o objeto evoluir e a amostra poder alterar-se ao longo do percurso; e, também, pela dificuldade em definir uma amostra sem fazer referência ao processo de construção do objeto.

Como nas pesquisas qualitativas a amostra não se constitui por acaso, mas em função das características que o pesquisador quer investigar, o critério de escolha dos participantes foi *proposital, intencional* ou *deliberado*. Segundo Triviños (1987) a amostra intencional considera uma série de condições: sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do pesquisador,

para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade de se encontrar com as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas. Dessa forma, o pesquisador decidiu quem seriam os sujeitos que comporiam sua pesquisa, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais pudessem, em sua visão enquanto pesquisador, contribuir com informações substanciais sobre o assunto em evidência. (Turato, 2008)

Dessa forma, a proposta inicial da pesquisa objetivava realizar doze entrevistas, distribuídas entre nove profissionais dos CEREST e três representantes da CIST. Para tanto, foi considerado como critérios de inclusão na pesquisa para o profissional do CEREST a disponibilidade para a entrevista, a capacidade de verbalização e o tempo de permanência no serviço, ou seja, o profissional que estivesse mais tempo no serviço desde a implantação de cada CEREST, na medida em que estes profissionais poderiam fornecer mais subsídios devido ao fato de que acompanham a implantação da política de saúde do trabalhador em suas diversas fases. Os critérios de inclusão na pesquisa dos representantes da CIST foram a disponibilidade para a entrevista, a capacidade de verbalização e fazerem parte do Controle Social, ou seja, serem interlocutores privilegiados dada a compreensão externa que eles têm da situação. Entretanto, foram entrevistados apenas três profissionais dos CEREST e um representante da CIST pelos motivos a seguir considerados e que serão objeto de uma análise mais cuidadosa ao final do trabalho. Dentre as razões que justificam a dificuldade de acesso a esses profissionais ressalta-se a precariedade do trabalho, ou seja, muitos dos profissionais que atuam na rede não estão em caráter efetivo, configurando-se como prestadores de serviço; conseqüentemente, o tempo de permanência em uma dada unidade é curto, impossibilitando que o profissional conheça com mais propriedade a constituição e os processos de desenvolvimento dos CEREST, o que os impede de fornecer relatos dos princípios que regem os serviços e as atividades desenvolvidas para a operacionalização desses princípios. Além disso, pelo pouco reconhecimento profissional, os técnicos ali alocados têm dificuldades em se implicarem com o trabalho e, portanto, não se disponibilizam a estudos mais aprofundados sobre a realidade das unidades nas quais trabalham.

Vale ressaltar que os profissionais têm em média oito anos de serviços prestados, todas são do sexo feminino e provenientes de diversas áreas profissionais.

Instrumentos de coleta dos dados

Segundo Turato (2008), trabalhar qualitativamente implica, fundamentalmente, em entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá ao fenômeno em evidência, através de técnicas necessárias e suficientes, onde são valorizados o contato pessoal e os elementos do ambiente natural do sujeito. Para Gadamer (2012, p. 382) “quem sabe usar uma ferramenta não a converte em objeto, mas trabalha com ela”; sendo assim, os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram: fontes documentais relacionadas às legislações referentes ao processo de implantação dos CEREST no período de 2002 a 2012; e, a realização de conversas, baseadas na concepção gadameriana da **conversa**ção, ou seja, no diálogo que se dá entre duas pessoas, principiada com a seguinte pergunta: *como tem sido sua experiência com a implantação dos CEREST?*

Como as legislações afetam diretamente na realização das ações dos profissionais, a pesquisa documental teve como objetivo analisar a compreensão dos paradigmas que sustentam a implantação dos CEREST, bem como investigar a presença ou não de mudanças de paradigmas ao longo do processo.

No que diz respeito às conversas, partimos do pressuposto de que toda conversação pressupõe uma linguagem comum, um acordo. O acordo numa conversação consiste numa transformação, ou seja, consiste no fato de que toda compreensão e todo acordo têm como objetivo alguma coisa com a qual somos confrontados. O acordo sobre uma questão surgida na conversação significa, fundamentalmente, que pesquisador e pesquisado começam por elaborar uma linguagem comum e, à medida que a conversação se estabelece, ambos submetem-se à verdade do assunto em questão, os unindo numa nova comunidade. (Gadamer, 2012)

Para Gadamer (2012) o que “surge” de uma conversação ninguém pode saber antecipadamente, daí o fato de podermos nos enredar numa conversação. A conversação tem seu próprio espírito e a linguagem que empregamos ali carrega sua própria verdade, ou seja, “desvela” e deixa surgir algo que é a partir de então. O acordo ou o seu fracasso é como um acontecimento que se realizou em nós.

Dessa forma, compreender o que alguém diz é colocar-se de acordo na linguagem e não transferir-se para o outro e reproduzir suas vivências. Gadamer (2012, p. 497) destaca que “a experiência de sentido que ocorre na compreensão implica sempre num momento de aplicação, e *todo esse processo é um processo de linguagem*”. A linguagem é o meio em que se realizam o acordo entre o pesquisador e o pesquisado e o entendimento sobre a coisa em questão.

Para Gadamer (2012), a necessidade do outro para a realização da conversação é que norteia a busca da verdade na hermenêutica. Em relação ao conhecimento humano, não se tem a verdade, está-se na verdade. E estamos na verdade quando tecemos o fio de sentido que faz surgir o eu e o outro em virtude daquilo que pode potencialmente nos unir, quando percebemos e nos apropriamos da singularidade da situação de cada um de nós perante um horizonte comum. Quando isso acontece, chega-se a uma linguagem comum. E “*essa linguagem é o medium comum em que se realiza a própria compreensão. E a forma de realização da compreensão é a interpretação*”. (p. 503) Compreender uma língua é uma realização da vida, pois compreende-se uma língua quando se vive nela. Daí o problema hermenêutico ser um problema de correto acordo sobre um assunto que se dá no *entremeio* da linguagem, pois toda conversação implica o pressuposto evidente de que seus membros falem a mesma língua. (p. 499)

Gadamer (2012), afirma que a *compreensão hermenêutica* não é uma tarefa controlada por procedimentos ou por regras, mas uma condição do ser humano. “Compreender não é compreender melhor, mas *quando se logra* compreender, compreende-se de um modo *diferente*” (p. 392). A *compreensão é a interpretação*.

Para Gadamer (2012), o termo ‘horizonte’ funciona como um ponto de vista através do qual o falante pode ver o mundo, tem uma visão panorâmica a partir de uma determinada perspectiva, o *horizonte* é “o âmbito da visão que abarca e encerra tudo o que pode ser visto a partir de um determinado ponto” (p. 399), afirmando que aquele que não tem um horizonte é um homem que não vê suficientemente longe e que, conseqüentemente, irá supervalorizar o que lhe está mais próximo. “O horizonte é, ao contrário, algo no qual trilhamos nosso caminho e que conosco faz o caminho. Os horizontes se deslocam ao passo de quem se move” (p. 402). O horizonte não é fixo, mudando e modificando-se constantemente, pouco a pouco, com passar do tempo por um processo de expansão. Dessa maneira, o horizonte pode ser colocado em contato com outro horizonte, acontecendo o processo de fusão. (Lawn, 2010). *Ter horizontes* é não estar limitado ao que há de mais próximo, mas poder ver além disso. O homem que tem horizontes sabe valorizar corretamente o significado de todas as coisas que pertencem ao horizonte, no que diz respeito a proximidade e distância, grandeza e pequenez (p. 400). “Ganhar um horizonte quer dizer sempre aprender a ver para além do que está próximo e muito próximo, para vê-lo melhor em um todo mais amplo e com critérios mais justos”. (p. 403)

Nesse sentido, o pesquisado está sempre inserido em uma dinâmica que o ultrapassa amplamente, no círculo hermenêutico, aqui “sujeito e objeto são indivisíveis” (Lawn, 2010, p. 60). O pesquisado está sempre inscrito no horizonte fornecido pela história, pela cultura e pela

linguagem que não pode ser dominável ou subjugável, bem como o pesquisador é sempre ultrapassado pelo horizonte da cultura e da linguagem quando investiga o sentido do fenômeno conversado. Nesse contexto, quando o pesquisado conhece a si próprio, ele conhece os horizontes de sentido dentro dos quais está e pelos quais existe e é o que é. Para Gadamer (2012), o próprio movimento de compreensão é universal abrangendo, deste modo, a totalidade da experiência do homem no mundo. O processo compreensivo se dá na interação constante do pesquisado com esses horizontes de sentido fornecidos pela história e pela linguagem. É exatamente por isso que o mesmo, exposto a essa dinâmica compreensiva, sente-se muitas vezes obrigado a abandonar suas evidências e certezas anteriores para se auto posicionar, pois o fenômeno pode expor novos horizontes e, do mesmo modo, revelar ao pesquisado uma nova compreensão de si mesmo e de suas certezas, fazendo com que o mesmo se entregue às possibilidades compreensivas reveladas pelo fenômeno. Esse movimento de abertura frente a descobertas ímpares, ou ao estranhamento, é um dos embasamentos com o qual nos aproximamos da hermenêutica filosófica de Gadamer, justificando nosso referencial teórico ao sustentar a hermenêutica como o fenômeno do redescobrimto da compreensão, independente do panorama ao qual esse descobrimento esteja inserido.

Procedimentos éticos para a coleta dos dados

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos e respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta as pesquisas com seres humanos. Desta forma, foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada participante, entretanto, torna-se necessário fazer algumas considerações sobre o TCLE.

A informação necessária ao participante não pode resumir-se a um documento; o pesquisador precisa assumir uma postura de respeito à dignidade do sujeito da pesquisa como pessoa e respeitar sua identidade, sua totalidade. Para compor o TCLE, primeiramente, o pesquisado foi convidado a participar como um parceiro do pesquisador, não sendo, em nenhum momento, obrigado a colaborar com a pesquisa.

Do mesmo modo, assumida essa postura de respeito à dignidade da pessoa, partiu-se para o respeito à autonomia dos pesquisados. Para que pudessem manifestar sua autonomia, foram esclarecidos todos os aspectos envolvidos na pesquisa (seus riscos, seus benefícios e o que ele, como participante, faria como parte da pesquisa).

Após a realização de todas estas etapas, o pesquisador deixou claro em um documento escrito, todas as etapas da obtenção do consentimento, configurando-se no denominado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE). Cumpre salientar que esse documento foi escrito em linguagem acessível à compreensão dos participantes.

Outro aspecto que foi considerado pelo pesquisador refere-se a garantia do sigilo das informações obtidas durante a realização da pesquisa. As informações colhidas por meio de conversas, em que parte das falas dos pesquisados foram transcritas ao serem publicadas, não permitiu sua identificação sendo adotado códigos numéricos para as falas.

Levando em conta todas essas considerações, a execução do projeto ocorreu posteriormente à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), com o parecer de número 206.726 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 10553412.8.0000.5206.

Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta dos documentos primários forneceu ao pesquisador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações sobre legislação referente à saúde do trabalhador, processos e condições dos centros de referência em saúde do trabalhador (Triviños, 1987) e foi efetuada em diferentes momentos.

Inicialmente, foi realizada uma busca nas bases de dados de legislação em saúde disponíveis, sendo selecionadas as que se mostraram de maior interesse como fontes de informação para a pesquisa, de modo que se esgotassem a ocorrência das seguintes palavras-chave – descritores – em bases específicas: *Saúde do Trabalhador*; *rede*; *CEREST*; *profissionais de saúde*. Os descritores foram selecionados, partindo-se de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O caminho percorrido foi desenhado por meio de estratégia sistemática de busca, isto é, não-aleatória. Foram determinados outros critérios adicionais de inclusão, garantindo que os documentos relacionados aos descritores especificados fossem incluídos.

Foram identificados e selecionados os documentos que: a) permitissem a pesquisa por ocorrência de palavras-chave; b) possuíssem uma abrangência temporal; e c) possuíssem confiabilidade, sendo consideradas como mais confiáveis aquelas disponibilizadas ou

redirecionadas a partir das páginas institucionais de órgãos/setores do sistema de saúde e legislativo.

A estratégia de busca incluiu o uso da palavra-chave isoladamente e depois pela associação de duas ou mais palavras-chave, de modo a aumentar as variáveis de especificidade e exaustividade que influenciam todo o processo de recuperação da informação.

A formulação da busca se adequou aos recursos de pesquisa de cada base de dados selecionada. Procurando refinar melhor o resultado da busca, foram utilizados os operadores booleanos, pois permitiram chegar mais rapidamente ao que realmente pretendíamos encontrar. O uso dos operadores booleanos “OR”, “AND”, e “NOT” permitem a criação de pesquisas complexas mediante a combinação de conceitos. É uma ferramenta fundamental para criar consultas direcionadas. Para limitar os resultados da pesquisa, utilizamos o operador booleano “E”/“AND”, pois ele aumentou a probabilidade de encontrar citações mais específicas. Por outro lado, para excluir os temas não pertinentes, utilizamos o operador booleano “NÃO”/“NOT” para a busca de documentos que contivessem a primeira palavra e não a segunda, eliminando, assim, duplicidades indesejáveis.

Para a pesquisa qualitativa, a coleta dos dados é uma etapa fundamental de interação entre o pesquisador e o pesquisado. Dessa forma, a relação entre as pessoas se estabelece durante a coleta dos dados e o respeito à dignidade das pessoas envolvidas é parte fundamental desse processo. Para a coleta dos dados o pesquisado escolheu um local confortável e reservado para sua realização. As conversações foram audiogravadas após consentimento dos envolvidos na pesquisa com duração média de uma hora e meia e transcritas na íntegra, organizadas em textos para, a partir disto, realizar a análise e interpretação dos dados.

Procedimentos para análise dos dados

De acordo com Minayo (2013, p. 30), as análises qualitativas, na sua aplicação, devem ser contextualizadas, permitindo distinguir as visões dominantes de outras formas de pensar a realidade; devem levar em conta a origem e a historicidade dos fatos sociais e dos grupos que estão sendo estudados; incluir os espaços formais da economia e da política como matrizes essenciais da cultura dos diversos grupos, mas também percebê-los como sendo permeados por esse mundo da vida; e, finalmente, devem considerar espaços ao mesmo tempo de consensos e conflitos, contradições, subordinação e resistência. (Minayo, 2013, p. 30)

Triviños (1987, p. 160), por sua vez, define a análise qualitativa como “um conjunto de técnicas que dão suporte aos conceitos básicos das teorias utilizadas” e recomenda o emprego deste método porque ele auxilia os instrumentos de pesquisa de maior profundidade e complexidade, formando parte de uma visão mais ampla e fundindo-se, a nosso ver, nas características da abordagem hermenêutica filosófica de Gadamer.

Portanto, a análise interpretativa das conversações apoiou-se na fundamentação teórica eleita para a pesquisa, nos relatos dos participantes e na experiência pessoal do pesquisador, aspectos estes considerados por Triviños (1987) como fundamentais.

ANÁLISE DOS DADOS

O Estado de Pernambuco possui nove Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sendo oito regionais e um Estadual. Os CEREST Regionais localizam-se em municípios-sede, os quais como contrapartida da implantação do Centro no município teriam que fazer a contratação dos profissionais para atuarem na Regional. A contratação dos profissionais é realizada através de seleção pública simplificada ou concurso.

Para os profissionais que atuam nos CEREST, o trabalho em si nem sempre é compensador ou satisfatório, pois, se de um lado o compromisso com a Regionalização os impulsionam a atuarem ética e dedicadamente, por outro, o desestímulo decorrente do não entendimento do papel do CEREST por parte do Poder Executivo local e da direção dos serviços os levam a um desempenho muito abaixo da ideal capacidade operacional do CEREST e até mesmo dos profissionais.

Que os CEREST continuam à margem da Rede de Atenção (RAS) do SUS e que os governos Federal e Estadual não construíram uma política forte de avaliação, regulação e monitoramento da gestão e do gerenciamento destes serviços é consenso tanto para os profissionais quanto para representantes da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Foi a partir dessas considerações sobre a Política de Saúde do Trabalhador por parte do Poder Executivo que foram tecidas conversas cheias de impressões extremamente significativas para se compreender o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco.

Após a transcrição e a literarização das entrevistas, os procedimentos de análise dos documentos e das conversações com os pesquisados foram focados em um tema central – *O Trabalho no CEREST* – pois, praticamente todos os enunciados estavam relacionados com as dificuldades das atividades a serem desempenhadas pelos profissionais para a garantia do processo de regionalização das ações para a RAS. Este tema permitiu a elaboração de quatro eixos temáticos, agrupados de acordo com os relatos e horizontes semelhantes, a saber: 1) Gestão Pública de Saúde do Trabalhador; 2) O Cotidiano do Trabalho dos profissionais dos CEREST; 3) (Des)Organização da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador; e, 4) Utopia. Por sua vez, cada eixo temático desdobrou-se em subtemas, conforme apresentados a seguir:

1. Eixo temático – Gestão Pública de Saúde do Trabalhador

- 1.1. Dificuldades na implementação da Regionalização dos CEREST
- 1.2. Dificuldades de gerenciamento por parte da Secretaria Municipal de Saúde do município-sede: *“falta de know-how”*
- 1.3. Desrespeito em relação ao planejamento das ações regionais a serem realizadas pelos profissionais dos CEREST pela Secretaria Municipal de Saúde
- 1.4. Desvalorização dos profissionais e do CEREST
- 1.5. Dificuldades em utilização da verba destinada às ações dos CEREST a nível regional
- 1.6. Preocupação somente com notificação e demanda do município-sede
- 1.7. Dificuldades de entendimento entre Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST) e CEREST
- 1.8. (Des)Controle Social

Neste eixo temático, os relatos e questionamentos envolvem as instâncias federal, estadual e municipal no que diz respeito a decisões, política de saúde do trabalhador, gerenciamento, avaliação, regulação, monitoramento, auditoria e verbas, questões que afetam o desenvolvimento das atividades do CEREST, mas têm procedência externa a ele.

2. Eixo temático – Cotidiano do Trabalho dos profissionais do CEREST

- 2.1. Ausência de normas internas de funcionamento dos CEREST
- 2.2. Falta de estrutura organizacional e material dos Centros
- 2.3. Compartilhamento do espaço do CEREST com outros serviços do município-sede
- 2.4. Interferência de Política Partidária na direção e no funcionamento do CEREST
- 2.5. Preconceito por parte da RAS em relação ao CEREST e aos profissionais que trabalham nestas unidades

2.6. Formação dos profissionais com visão da Saúde Ocupacional e não da Saúde do Trabalhador

Este eixo temático refere-se a narrativas que abordam como o CEREST é gerenciado, conduzido, organizado e como o trabalho do mesmo é afetado a partir de normas e orientações da gestão do CEREST.

3. Eixo temático – (Des)Organização da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco

3.1. Falta de integração do CEREST com a Rede de Atenção à Saúde do SUS

3.2. Dificuldades de comunicação com a RAS Regional

Neste eixo temático, as narrativas tratam da estruturação e organização da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco.

4. Utopia

4.1. Integralidade das ações de Saúde do Trabalhador

4.2. Funcionamento da Saúde do Trabalhador em Rede

Neste eixo temático, estão os relatos referentes a como os profissionais compreendem um efetivo funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco. A denominação utopia é tomada de empréstimo ao conceito dado por Boaventura de Souza Santos (2011) ao considerar que a utopia implica em uma profunda análise da realidade e em reflexões sobre o que foi feito, o que não foi feito, e o que, nesse contexto, pode ser modificado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma geral, chama-nos atenção o fato de que, nas conversações, poucas vezes foram ressaltados aspectos positivos da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco. A maioria dos enunciados dizem respeito a situações negativas que são consideradas como significativas para os problemas e dificuldades do trabalho nos CEREST. Além disso, toda a conversa caracteriza-se por tomar como foco a atuação dos profissionais a nível regional, que dependem do município-sede para desempenharem efetivamente suas funções. No eixo temático Gestão Pública da Saúde do Trabalhador, os participantes expõem o que pensam a respeito da relação dos CEREST com as esferas governamentais, mais especificamente, com a Secretaria Municipal de Saúde do município-sede, a Gerência Estadual de Atenção à Saúde do

Trabalhador e a Coordenação Geral de Atenção à Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde. As conversas referem-se, principalmente, ao modo como foram estruturados e implantados os CEREST nos municípios-sede que, segundo perspectivas manifestadas, parece que não ter sido uma iniciativa positiva, já que o *modus operandis* do município-sede em relação à saúde do trabalhador é um dos principais entraves para a operacionalização da regionalização por razões do mesmo gerenciar o CEREST Regional.

A seguir, serão apresentados fragmentos de falas que tratam das temáticas abordadas de forma a possibilitar uma maior compreensão do que foi abordado. Os fragmentos das falas serão discutidos à luz dos princípios norteadores da Política de implantação e gestão dos CEREST, bem como com reflexões da própria pesquisadora com intuito de promover uma fusão de horizontes, tal como pensado por Gadamer (2012).

O primeiro consenso que surge é a “forma equivocada, precária e confusa” do período da implantação dos CEREST no Estado, uma das principais causas para dificultar a implementação da Regionalização e as ações dos CEREST Regionais:

“...é uma forma precária, é uma forma equivocada e confusa nessa implantação”.

CEREST P1

“...colocaram os CEREST, quando eles foram implantados, como se fosse a grande eleição do trabalhador. Os trabalhadores iriam convergir para esse Centro e iriam ser tratados de todos os seus problemas, bem, não é assim, não é essa a realidade e nem é essa a realidade que está na lei. Como é que eu vou trazer um trabalhador que mora num município distante para tratar de seus problemas dentro do CEREST, se tem a rede toda municipal para isso? Essa era a ideia de quando foi implantado, de quando surgiu o CEREST”. CEREST P2

“...a implantação dos CEREST foi feita de uma forma extremamente equivocada e confusa. Se fosse para implantar da maneira como estava previsto na Portaria 1679, nenhum CEREST teria sido implantado em Pernambuco dessa forma, eu penso que a distribuição dos CEREST Regionais, a nível territorial, teria sido mais justa”. CEREST P3

Complementando com a enunciação do representante da CIST, temos:

“...o próprio processo de implantação que foi extremamente equivocado. Se fôssemos seguir exatamente o que estava no Manual da RENAST, eu acho que nenhum CEREST teria sido criado”.

Vale lembrar que, a Portaria 1679/2002 preconiza que os CEREST deveriam estar localizados nos municípios-polo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Este Plano deveria ser elaborado pela Coordenação, em conjunto com os CEREST existentes de Saúde do Trabalhador do Estado, articulado com o

Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e com a participação das instâncias de controle social do SUS, neste caso, o Conselho Estadual ou a CIST Estadual. O Plano deveria apresentar: 1) as ações assumidas diretamente pelo Estado, de acordo as seguintes diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde; 2) o conjunto das ações propostas por cada região/microrregião de saúde, que comporiam o Plano Regional de Saúde do Trabalhador (PDR) ou esboço de regionalização do Estado contemplando as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção - da rede básica à alta complexidade - e envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais; o estabelecimento da distribuição regionalizada dos CEREST, com a indicação das regiões/microrregiões e os municípios-polo onde estariam sediados; 3) a indicação, ao nível do Assistencial, das referências especializadas em saúde do trabalhador; e, 4) a forma como se organizava o controle social do SUS.

Após três anos é publicada uma nova Portaria (2437/2005), na qual foram consideradas como estratégias: a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde; a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços; e atividades que viessem a integrá-lo. Estabelecia, também, que os CEREST existentes e os que viessem a ser implantados fossem cadastrados e certificados com normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Para a implantação de novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, deveriam ser obedecidos os seguintes procedimentos constantes nesta mesma Portaria (2437/2005), os quais deveriam ser documentados e encaminhados ao Ministério da Saúde: 1) ofício do Gestor, com o pedido de habilitação; 2) projeto de funcionamento do CEREST; 3) cópia da ata da reunião da Comissão Intergestores Bipartite que aprovou o CEREST; e, 4) termo de compromisso do gestor, em que se assegurava o início de funcionamento do CEREST, em até três (3) meses após o recebimento do incentivo previsto de trinta mil reais para os CEREST Regionais. O Ministério da Saúde explicitava ainda que o funcionamento do serviço deveria ser atestado pelo Gestor Estadual do SUS, através de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/ SUS. Entretanto, ressalva que os procedimentos poderiam ser modificados, a partir de novas regras de gestão e gerência pactuados para o SUS.

No ano de 2006 é publicado o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST com a finalidade de auxiliar os gestores, gerentes e pessoas interessadas em acompanhar a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Este manual surgiu pelo consenso do quão complexos são a estrutura organizacional e o funcionamento do SUS e do

quanto poderia ser prejudicial aos usuários do sistema o fato de as autoridades responsáveis pela realização das ações de Saúde Pública não estarem devidamente orientadas para executar suas tarefas.

Este referido Manual havia sido elaborado obedecendo estritamente o referencial legal previsto para o SUS, orientando as atividades e os processos de gestão dentro dos princípios e das regras gerais da administração pública e, levando em conta todas essas questões, pretendia apresentar caminhos que facilitassem a gestão e o gerenciamento dos equipamentos que integram a RENAST. Ainda recomendava que cabia ao dirigente do serviço público aplicar as ferramentas, habilidades e conhecimentos apreendidos no decorrer de sua vida profissional, procurando entender e apropriar-se de conceitos relacionados à vida das organizações complexas para bem exercer seu papel de gestor ou gerente com a finalidade de atender, da melhor forma possível, os anseios e as necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras (Ministério da Saúde, 2006). É em relação a este Manual que o representante da CIST fala:

“Primeiro, uma das exigências era que o Município que tivesse interesse, o gestor que tivesse interesse ele teria que ter o seu perfil produtivo do seu território, o seu perfil epidemiológico pra poder ver a correlação e justificar a solicitação da implantação do CEREST no seu município; teria que ter uma outra coisa que eu considero importante é a questão do controle social porque, segundo o Manual da RENAST, ele teria que ter a sua CIST criada e a gente ainda tem municípios que são sede do CEREST que não tem CIST criadas. E uma outra coisa que foi mais por uma indicação política, ou seja, os amigos do rei que tinha uma relação política com o gestor na época foi que na realidade foi beneficiado e aí a gente tem essa, essa regionalização de forma tão desproporcional, a gente tem essa lacuna, eu digo que a regionalização que a gente tem é um verdadeiro Frankstein, é um Frankstein a nossa regionalização. Então eu acho que essas questões e duas coisas que eu considero grave que não se deu no processo de regionalização foi o diálogo com as GERES, com as regionais de saúde, porque a questão da saúde sempre seguiu o modelo da regionalização, então isso não aconteceu. Os municípios que foram sediar os CEREST não tiveram diálogo nem com os Secretários de Saúde nem com os Conselhos Municipais daquele território para que esses CEREST fossem implementados, então foi outro grande equívoco. E esse equívoco ele continuou acontecendo quando, dentro da discussão da...da regionalização do território, da delimitação do território dos CEREST, quando é definido as Unidades Sentinelas também segundo essa mesma lógica, ou seja, eu não dialogo com os Secretários de Saúde, eu não dialogo com o Controle Social do Município que é quem vai monitorar essa ação, porque as unidades que foram eleitas foram unidades que eram gestadas, não eram só gestadas mas eram gerenciadas pelo Estado, ou seja,

eram os Hospitais Regionais, então, o diálogo foi feito com o diretor do Hospital, mas não com a GERES aqui do território, não com o Conselho daquele território, com o Conselho Municipal, e aquela história do equívoco de que a Unidade Sentinela seria uma sala e não toda a estrutura hospitalar, toda a unidade seria. Então assim, pra mim, os processos, os equívocos eles se deram desde o processo de identificação e definição do município-sede, até a própria constituição da regionalização, da delimitação do território. Então, pra mim isso foi feito numa lógica de não funcionalidade nítida”.

Estes sucessivos equívocos culminaram em entraves para a descentralização e reorganização das ações e serviços da RAS a nível regional, principalmente em relação aos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Municípios-Polo no bloco de gestão do SUS e que são destinados ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância **desenvolvidas pelos CEREST**. Estes recursos deveriam ser aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especificados na Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Como não houve pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a respeito da regionalização, esses recursos acabam muitas vezes sem ser utilizados para as ações locais, sendo utilizado apenas no município-sede e não há uma fiscalização nem um monitoramento por parte dos órgãos competentes. De acordo com a perspectiva dos profissionais:

“...uma coisa que eu acho interessante também e que tem a ver com a questão da implantação é essa ideia da municipalização do recurso que é o que também preconiza o SUS. Só que, qual seria a função da esfera federal nessa perspectiva do recurso? Seria a do envio e da fiscalização, só que isso não acontece, essa fiscalização”. CEREST P1

“...outra dificuldade que encontramos diz respeito à utilização dos recursos para as ações dos CEREST tanto a nível regional quanto para o próprio consumo dele. Na maioria das vezes, o CEREST fica sem material de expediente e permanente porque a verba não ‘pode ser utilizada’, mesmo que as ações constem no Plano Plurianual (PPA), no Plano Municipal de Saúde (PMS), no PAS (Plano Anual de Saúde), na Lei Orçamentária Anual (LOA) e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Quem monitora a utilização dessa verba e como ela é fiscalizada?” CEREST P3

“...uma outra contradição dentro da discussão da rede RENAST, porque o CEREST é Regional, é a questão do repasse (pausa) que pra mim é um outro ponto de conflito (pausa) porque o ordenador de despesa é o Município, a ação do CEREST é regional. O recurso vem para o Fundo Municipal, então como é que eu vou, enquanto gestor, prestar conta de um recurso, que vai ser utilizado em outro município, em outro território. Quer dizer, ou eu tenho a estratégia

de trazer o povo pra capacitar no município, mas aí você vê por exemplo, Petrolina, Petrolina é...está na região do Vale do São Francisco, às margens do Rio São Francisco e tem Manarim que tá aqui no Agreste. Então, como é que eu vou sair de Petrolina para capacitar o povo no município de Manarim que aí vou ter que tá dispendendo recurso para capacitar, fazer a discussão de saúde do trabalhador e capacitar a rede naquele local. E como é que eu vou deslocar, se eu não puder fazer isso, deslocar esse povo de Manarim para Petrolina? Então, quer dizer, eu nem posso gastar, nem o gestor vai liberar as pessoas do seu município pra ser capacitado em outro município, mesmo compreendendo que o CEREST é regional”. CIST

Nesse ponto o Controle Social vem tentando fazer um movimento de diálogo com o Ministério da Saúde para resolver o entrave na utilização dos recursos repassados:

“...inclusive a gente pontuou isso no último momento do encontro da CIST que essa discussão tem que ser feita inclusive dentro do Tribunal de Contas da União, dentro do Tribunal de Contas do Estado porque a gente tem uma legislação tributária que esbarra nessa questão dessa ação territorial”. CIST

Como pesquisadora, considero importante assinalar que na minha passagem pela gestão do CEREST, lembro do quanto a questão da verba era um fator extremamente complicador para a efetividade das ações. E, olhando pelo horizonte do gestor municipal, realmente tem que se prestar conta ao Tribunal de Contas do Estado dos gastos realizados. Entretanto, compactuo com os interlocutores, pois na época tive a oportunidade de conversar com um auditor do Tribunal de Contas, por ordem da Secretaria de Saúde, com a finalidade de saber como a verba poderia ser gasta na região de abrangência do CEREST, o que, para surpresa, obtive como resposta que eles, os auditores, nem sabiam que existia CEREST Regional e que o recurso que ia para o município era para ser gasto na região e que ninguém nunca havia colocado essa pergunta. No momento, a orientação era que o Estado deveria fazer uma consulta pública ao TC para que os desembargadores analisassem o caso e, com a decisão dos desembargadores, eles poderiam fazer os indicadores para avaliação e monitoramento dessa verba. Repassamos a conversa para o Estado e, pelo visto, até hoje a questão ainda continua insolúvel.

Ainda em relação à Gestão da Política de Saúde do Trabalhador, a partir de 2007 a gestão da RENAST passa a ser de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde através da Portaria 1956 e a coordenação técnica da RENAST ficando a cargo da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Com essa mudança, todos os CEREST ficaram subordinados à Vigilância em Saúde dos Estados e Municípios-sede o que acarretou em mais um entrave:

“...eu penso que agora é que complicou mais ainda, pois a gestão da pasta de Saúde do Trabalhador passou a ser da Vigilância em Saúde. E por que complicou!? Porque os gestores municipais têm a visão de que o CEREST tem que fazer apenas notificação e cobram da gente isso, o que é de competência da Rede de Serviços de Urgência e Emergência e das Unidades Sentinelas. Na realidade, eles não sabem nem o que o CEREST é para fazer...!” CEREST P3

Continuando:

“Quando a gente traz, agora, pro campo da Política Estadual, Política Nacional de Saúde do Trabalhador, é (pausa) eu vejo (pausa) dois grandes equívocos dentro da Política: primeiro, ela dá ênfase apenas à vigilância, dá uma ênfase muito maior à vigilância e, em segundo lugar, ela não traz a discussão da rede. Eu não vejo, dentro da política de saúde do trabalhador, a questão de você é (pausa) inserir essa política dentro da rede, hoje, que tá já estruturada, a rede de saúde. Eu não consegui perceber, pode ser até que esteja lá, mas eu não vi isso bem explícito”. CIST

Parece não haver um entendimento por parte das Secretarias Municipais de Saúde do papel do CEREST no município e as constantes mudanças de gestão, parecem dificultar ainda mais:

“...a gente já teve por diversos momentos correntes que estavam na posição de gestão e cada um vinha e dizia do seu entendimento do que era para fazer e aí as equipes que estavam fazendo isso, ou seja, as equipes dos CEREST tentavam de alguma forma seguir essa orientação porque mesmo que você seja contra, mas em algum momento você começa a fazer ações que estão lá colocadas como sendo para estar sendo feitas, aí daqui a pouco muda essa gestão e vem outra pessoa que diz não, agora a gente vai focar esse ponto. É como se fosse um aqui agora que tem a política, é como se fossem as portarias que uma não tivesse nada a ver com a outra, e que cada vez alguém ia dizer não, saúde do trabalhador é para fazer isso, é para todo mundo fazer isso, aí ia todo mundo tentar fazer aquilo. Aí vinha uma outra pessoa e diz não, agora é para gente fazer isso aí a gente vai fazer isso. E finalmente não se faz nada. Porque quando você começa...até porque a ação não é fácil de ser nem pensada nem executada porque você depende de vários outros atores. Então quando você começa a estruturar a ação, primeiro planejar, depois você começa a estruturar e executar a pessoa sai e aí vem outra pessoa e diz pare, não vai fazer mais isso não, vai fazer isso aqui agora. E isso sem falar no próprio entendimento que não há do controle social, das pessoas que estão discutindo a temática, porque cada um que ache que tá fazendo o seu entendimento correto, mas aí não se chega a um ponto que fosse pelo menos comum, mesmo que fosse: não, eu não sou obrigada a pensar igual a você, mas nesse ponto eu preciso ter um equilíbrio. Não se tem”. CEREST P1

“...a implantação passa pelo entendimento, pela aceitação dos outros que a gente não tem” e conclui afirmando que a Política de Saúde do Trabalhador “tem que ser tão prioridade como qualquer outra política dentro do município. Coisa que eles não estão aceitando”.

CEREST P2

“...nem a Secretaria de Saúde e nem a Vigilância em Saúde sabem o que é que o CEREST faz, eles ficam meio perdidos e acabam mandando a gente notificar e notificar e notificar...Quando não é isso, a gente fica fazendo atividades na visão da Saúde Ocupacional. E olhe que a gente já passou por várias gestões e eles continuam sem entender”. CEREST P3

“Dentro da questão da regionalização o que é que eu sinto hoje, passados oito anos que eu venho nesse processo de acompanhamento. Eu acho que o primeiro desafio é a apropriação do gestor do que é a Política de Saúde do Trabalhador, o que é saúde do trabalhador, principalmente no território onde tem CEREST”. CIST

Pelo que falam os profissionais e o representante da CIST, o gerenciamento do CEREST Regional por parte da Prefeitura-sede é praticamente ineficaz, pois se faz uma confusão muito grande entre saúde do trabalhador – enquanto área específica de atuação do SUS – e CEREST – um serviço exclusivamente de suporte técnico para a região de abrangência instituída por pactuação; além disso, não se mantém um *profissional com experiência em saúde do trabalhador* que possa assessorar em relação às dúvidas e às ações a serem desempenhadas pelo município. De acordo com o representante da CIST, o controle Social também não vem exercendo muito o seu papel enquanto órgão fiscalizador das ações. E vai mais além:

“...em questão ao Controle Social, é a própria apropriação do Controle Social em relação à Saúde do Trabalhador. Por duas questões: por ele ser um tema complexo, transversal e que você precisa, inclusive, ter uma compreensão de que a questão do processo do adoecimento, ele não é só um objeto focado na questão do mundo do trabalho, mas os condicionantes sociais, as questões sociais que podem condicionar ou determinar esse processo de adoecimento, isso é uma coisa que eu considero importante. Mas a gente tem um grande problema hoje que eu observo nessa minha longa caminhada dentro do Controle Social, é que o Controle Social muitas vezes ele cobra da gestão o seu papel mas ele não faz aquilo que é de sua competência, por exemplo, o processo de monitoramento permanente das ações de saúde, do que tá sendo desenvolvido, as metas que foram planejadas. Muitas vezes ele planeja para ele desenvolver e ele não consegue desenvolver, e dentro da saúde do trabalhador, isso para mim fica muito mais complicado porque você, toda ação da saúde do trabalhador, dentro do Controle Social é objeto da CIST. E por ela ser uma comissão diferenciada, composta por vários atores que permeiam esse campo da saúde do trabalhador, dentro e fora do Controle Social institucional e não

institucional, isso dá à CIST, na realidade, um caráter heterogêneo, plural, intersetorial que não é compreendido pelo Conselho ao qual ela está vinculada”, e conclui: “essa falta de conhecimento, de apropriação do papel da CIST sempre foi um objeto conflituoso dentro dos espaços do Controle Social, dentro do Conselho de Saúde”.

Essas questões acabam interferindo diretamente nas atividades a serem desempenhadas pelos profissionais do CEREST que, segundo a Portaria 1823/12 são as seguintes: 1) desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; 2) dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e, 3) atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersectoriais 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.

Em relação à Portaria 1823/12 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a mesma coloca como responsabilidade dos municípios a construção de referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais que serão responsáveis pela implementação da PNST. Isto tem gerado alguns mal-entendidos quando o município é sede do CEREST.

De acordo com a visão dos profissionais:

“Cada município deve ter a sua coordenação e/ou a sua equipe de saúde do trabalhador, porque um Centro Regional não vai funcionar nunca do jeito que tá sendo colocado. A ideia do CEREST auxiliar, contribuir com os municípios na organização de suas equipes de saúde do trabalhador local e a gente continuar como referência técnica dessas equipes. Então, quem faria as ações tanto de vigilância quanto dentro da própria assistência, promoção, prevenção e tudo, seriam essas equipes municipais... Assim, tem a unidade básica, teria lá, dentro do próprio município a unidade de saúde, a equipe de saúde do trabalhador daquele município que seria a segunda instância e nós seríamos essa terceira instância, por quê, porque nós estaríamos responsáveis por uma região, que é o que se diz na Portaria...Tem dizendo equipe técnica em saúde do trabalhador do município e CEREST, tem lá na política nas ações que ele vai detalhar, então se ele fala de duas instâncias, ele tá falando de duas equipes separadas. Ele não tá falando de uma mesma equipe...Mas aí, você não tem as equipes, se você não tem as equipes você não pode fazer o perfil nem produtivo nem epidemiológico daquele município, conseqüentemente

você não consegue saber a realidade do adoecimento do trabalhador naquela área, que é diferente para cada município, já que a cadeia produtiva é diferente.” CEREST P1

“Quanto a política, o que falta mesmo é que se entenda os gestores, prefeitos, secretários, entendam que a saúde do trabalhador se possa implantar no município, e cada gestor saiba o que é. E não ficar esperando que o CEREST seja o que vai lá e vai resolver tudo da saúde do trabalhador dentro do município. Falta saber que cada município tem que ter a sua coordenação, tem que ser estabelecido um coordenador de saúde do trabalhador. A nova política traz a criação de equipes técnicas em saúde do trabalhador, como vai ser essa equipe? Quem vai compor essa equipe? Essa equipe vai ser responsável por ações que a gente faz aqui no CEREST. A gente rodou todos os PSF dentro do município e a gente viu que é inviável a gente fazer isso em todos os nossos municípios... Eu entendi que dentro do município tem que ter uma equipe multidisciplinar formada por profissionais que vão fazer a parte de matriciamento do município, ou seja, vão implantar a saúde do trabalhador ali dentro daquele município.” CEREST P2

“Nós temos uma dificuldade muito grande nas ações de Saúde do Trabalhador porque os municípios não estabelecem a sua equipe de referência e nem a pessoa de referência no município. Piora ainda quando é dentro do município em que é sede do CEREST porque eles estão nomeando pessoas para chefiarem os Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador, que é de competência atuar nas ações do município, mas essas pessoas acham que o trabalho é da gente. As Secretarias de Saúde dos municípios-sede confundem as ações do Núcleo com as ações do CEREST e acabamos fazendo as ações somente para o município-sede”. CEREST P3

Outro ponto levantado diz respeito às atribuições dos profissionais para atuarem na Rede de Atenção do SUS, ainda focada na visão da Saúde Ocupacional – com suas articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos presentes nos ambientes de trabalho, além de considerar o trabalhador-objeto.

Percebe-se uma série de ambiguidades quanto às tarefas a serem realizadas pelos profissionais dos CEREST e pelas equipes técnicas de saúde do trabalhador dos municípios, como se fossem a mesma equipe, o que contribui para dificultar um efetivo trabalho de regionalização dos CEREST neste campo:

“Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas

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 da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem

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

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

§ 1º *As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.*

§ 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

§ 3º O apoio matricial, de que trata o inciso II deste artigo, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a *equipe de matriciamento* e as *equipes técnicas de referência*, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

Art. 15. As *equipes técnicas de saúde do trabalhador*, nas três esferas de gestão, *com o apoio dos CEREST*, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Parágrafo único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários” (grifos nossos). (Ministério da Saúde, 2012)

Tendo em vista essa ambiguidade, fica a critério das Secretarias Municipais constituírem, ou não, suas equipes de referência em saúde do trabalhador. Essa falta de exigência, por parte do Ministério da Saúde, acaba afetando a visão que a Rede de Atenção à Saúde do SUS tem do CEREST e do trabalho dos profissionais, além de dar margem a interferências político-partidárias na gestão e gerenciamento dos CEREST:

“Aí você tem o discurso que a gente ouve: não porque o CEREST não funciona, não porque o CEREST é uma ilusão. É verdade, mas não porque os profissionais que estejam lá, ou pelo menos a maioria, não queiram que aconteça, porque na verdade é uma situação que tá colocada simplesmente no papel. E eu fico pensando se de fato há uma vontade política até da esfera federal que as coisas aconteçam”. CEREST P1

“...a nossa maior dificuldade é dentro do município onde tem o CEREST. A gente não consegue chegar e dizer o CEREST faz isso, isso, isso. O CEREST é referência técnica, a gente não consegue!” CEREST P2

“...há um preconceito em relação à área da saúde do trabalhador por parte da rede. O CEREST é visto como um elefante branco e os profissionais como se não fizessem nada porque as nossas ações não são visíveis como as do PSF, da Saúde Mental e de outros Programas, já que não somos *porta de entrada* do sistema (grifos nossos)”. CEREST P3

“...a gente vê que os CEREST não estão funcionando, a própria questão do papel do CEREST, eu vou te dizer uma coisa, e eu falo isso com toda propriedade, de quem vivencia isso, de quem visita, de quem vai: hoje a gente tem alguns CEREST que estavam começando a caminhar dentro de uma lógica organizacional e do papel que estava posto pela RENAST. Com as mudanças de gestão, e com as questões, porque eu não sei se você tem observado, mas as questões políticas têm interferido diretamente na ação dos profissionais do CEREST. A questão política, e eu não falo não é política de saúde, mas é política governamental, a política partidária tem interferido muito. E aí a gente tem tido várias mudanças de coordenadores do CEREST porque eles querem fazer de fato o que preconiza a política de saúde do trabalhador, mas que é contraditória à política do governo do município-sede. Então eu tenho observado muito isso”. CIST

Outra questão levantada e que não diz respeito somente à Rede de Atenção à Saúde do SUS, mas também aos profissionais dos CEREST, refere-se à formação do profissional em saúde do trabalhador:

“...às vezes eu acho que tem essa coisa da gestão política, tem a questão do próprio entendimento da comunidade, tem a questão do próprio entendimento dos profissionais, porque isso também não se discute nos espaços das academias, nas formações. Ninguém conhece ST, eles falam de políticas públicas, falam muito de CAPS, mas eles não falam do CEREST, eles não falam do NASF, das outras coisas. E aí para você chegar nos municípios e falar para um profissional que não escutou isso antes, sem falar que a gente reforça a ideia da gente compartimentar demais essa lógica médica, das especificidades, então, é o trabalhador, é o homem, é a mulher, é o idoso, quando na verdade seria um único ser, que estaria nesses papéis. Se as pessoas comessem a trabalhar isso nas formações, a gente teria alguma chance, mas o problema é não, há a política para a diabetes e o hipertenso, da mulher, do homem, que são podem ser todos trabalhadores, por exemplo. Não se faz essa convergência das políticas, não se faz essa convergência dos saberes que no teórico é muito fácil, mas que na prática não acontece. Tem isso também, dessa compartimentação”. CEREST P1

“Eu entrei no CEREST apenas com a graduação e nenhuma especialização, ou até mesmo conhecimento em Saúde do Trabalhador. Na realidade, a gente finda aprendendo a fazer saúde do trabalhador, com muito estudo e muita dedicação. Existe o Aggeu que tem

especialização em Saúde Coletiva e tem uma linha de pesquisa em Saúde do trabalhador, mas é muito voltada para estudos de impactos e intervenção nos ambientes de trabalho e não na saúde do trabalhador numa visão de integralidade”. CEREST P3

Complementando:

“E outra coisa, que eu percebo na própria questão dos profissionais dos CEREST é que, quando eles são chamados para atuar dentro dos CEREST, o *modus operandis* é da saúde ocupacional. Por quê, porque a gente ainda não tem uma discussão de mudança do currículo, do conteúdo dos cursos...Por quê, porque a formação ainda é formada para o trabalho e não para o trabalhador. Aí você tem uma política de saúde do trabalhador, mas que a formação do profissional é de saúde do trabalho, Saúde Ocupacional. Então como ele vai atuar dentro de toda essa complexidade que tem a política de saúde do trabalhador? Com essa formação acadêmica voltada pro trabalho e não pro trabalhador?” CIST

E continua afirmando:

“A formação dos nossos, por exemplo, o SUS ele pede que a ação da saúde seja multiprofissional, interdisciplinar, mas dentro da universidade, os cursos eles não dialogam entre si, inclusive para começar dentro da própria universidade trabalhando a interdisciplinaridade, porque eles poderiam, inclusive, dentro da própria universidade criar espaços ou processos de, de integração dessas equipes que amanhã elas vão trabalhar juntas, mas não, cada um dentro do seu quadrado, então não dialoga. E isso, o que é que acontece, dá autonomia a cada um dentro da sua área, não, sua autonomia é isso, então continua trabalhando no SUS, por exemplo, as caixinhas. Por exemplo, saúde da mulher é a sua caixinha, então, tem uma pessoa lá que vai cuidar da saúde da mulher, mas que não vai dialogar com a saúde do trabalhador, que não vai dialogar com a saúde mental, que não vai dialogar com a saúde da população negra, ou seja, o SUS hoje permeia as várias políticas que são transversais: saúde do homem, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da população negra, saúde mental. São intersetoriais, são transversais, mas que, na sua prática, elas terminam funcionando de forma dicotomizada, setária porque não há essa discussão dessa transsetorialidade na construção da política. E aí quando você vem para questão dos profissionais, e aí eu tenho vivido uma experiência muito interessante, das pessoas estarem ligando para gente para ir lá para conversar com o pessoal, por exemplo, eu tenho o exemplo do CEREST hoje onde 99% são profissionais recém-saídos da universidade (pausa) e que, muitos não têm a formação na área da saúde do trabalhador, nem da saúde ocupacional, nem da saúde ocupacional! E que chega lá querendo desenvolver sua ação de saúde do trabalhador, aí quando você pega o que tá na Política, quando você pega o que tá no Plano para ser executado, e aí esbarra na limitação do teu conhecimento

(pausa). Então, assim, eu acho que você falou uma palavra-chave, a questão de mudança de paradigma dentro do processo formador (pausa). Seja acadêmico ou seja técnico. Entendeu? Se a gente não conseguir, inclusive, por exemplo, colocar dentro das universidades os cursos de formação técnica ou de formação, é, nos cursos de graduação, um módulo lá, saúde do trabalhador, não é para ninguém sair especialista não porque a gente tem módulos lá de saúde da mulher e eles não saem especialistas, se você quiser fazer uma pós-graduação aí você faz. Se você quer trabalhar na questão de Saúde Pública, você vai fazer Saúde Coletiva, sanitarismo, tudo o mais. Mas para que as pessoas saiam com o mínimo de noção e discutir dentro da formação a questão, sabe, da intersectorialidade, da interdisciplinaridade, porque se isso não tiver, você não vai conseguir executar aqui fora, dentro do SUS, nenhuma ação porque você vai ter sempre, sabe, uma certa limitação do conhecimento de como fazer, não é que você não saiba fazer, você até pode propor, mas como executar, como operacionalizar. E eu vejo muito isso hoje”. CIST

E continua:

“É um outro problema, sabe, porque a gente tem duas coisas que dentro da proposta da regionalização ficou em aberto. O Estado comprometeu-se a capacitar, a nível de especialização e capacitação técnica, os profissionais das Unidades Sentinelas. Isso foi pactuado dentro da CIB. Se a gente trabalha nessa perspectiva de fazer a especialização e a capacitação técnica, a gente pode utilizar esse processo de formação também para os profissionais dos CEREST, por que eu te digo isso? Primeiro porque não é fácil para um profissional que não tem a formação e não passou em nenhum momento da sua vida profissional num espaço que vai se discutir a saúde do trabalhador, para ele chegar poder tá sensível para identificar, ou para diagnosticar agravos relacionados ao trabalho. Não é. Desde a Atenção Básica até a Média/Alta Complexidade. Segundo, como profissional do CEREST ele tem a responsabilidade técnica de ser esse multiplicador, esse orientador, esse instrutor para as outras áreas do campo da saúde, Atenção Básica, Média/Alta, na questão da saúde do trabalhador, tecnicamente ele não tá preparado para isso, não tá. E aí eu te falo pela própria questão do CEREST. E uma outra coisa, que eu acho que é mais agravante do que tudo isso, é que eles ainda não estão nem apropriados de fato do que é a saúde do trabalhador. Então como é que eu vou capacitar o outro se eu ainda não consegui incorporar na minha ação, laboral, na minha ação profissional, na minha ação técnica, a questão da saúde do trabalhador. Então, assim, aí eu estou dizendo pro outro o que ele vai fazer, mas sou eu que vou orientar ele como fazer, se eu não tenho essa formação? Como é que eu vou tá orientando o outro?”. CIST

As questões abordadas revelam a seriedade da situação, percebendo-se que não há um respeito à especificidade do trabalho no CEREST, tal como preconiza a Portaria 1823/12. Alguns profissionais podem até procurar especializações por conta própria, mas ainda não é ofertado aos profissionais por parte da gestão um aperfeiçoamento na área e, quando há, não aborda a especificidade do trabalhar no CEREST que diz respeito aos processos de gestão e gerenciamento da Rede de Saúde do Trabalhador. Consideramos fundamental uma revisão desta postura passando-se a exigir conhecimentos específicos dos profissionais que irão atuar nos CEREST.

Todas essas questões levantadas têm repercutido na (des)organização da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco, já que a saúde do trabalhador depende da inserção de suas ações em todos os níveis de complexidade do SUS e sua concretização configura-se como Utopia para os profissionais do CEREST.

De acordo com Minayo-Gomez & Lacaz (2005) e Dias & Hoefel, no início da década de 1990, o Ministério da Saúde tinha como estratégia privilegiar a organização das ações em Centros de Referência, compreendidos como instituições prestadoras de serviços específicos para apoio à rede de saúde. Entretanto, esses autores afirmam que a criação dos CEREST contribuiu para a fraca articulação da Saúde do Trabalhador com a rede do SUS, pois os mesmos permaneceram à margem dessa rede. A visão que os profissionais possuem em relação a essa desarticulação com a rede diz respeito mais à estruturação da rede do SUS e ao processo de trabalho dos CEREST:

“...a ação de saúde do trabalhador não é fácil nem de ser pensada nem executada porque se depende de vários outros atores”. CEREST P1

Nesse sentido, cabe afirmar que não existe Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador em Pernambuco, já que para Latour & Woolgar (1997), rede é um conjunto de posições nas quais um objeto adquire significado. Nesta concepção, todos são atores, não só os humanos, mas também os não-humanos, já que não existe uma hierarquização entre os entes, que são produzidos e que se produzem a cada momento. O que liga os atores são os interesses que convergem em algum ponto das redes, produzindo um nó, único elemento constitutivo da rede. Não existe um lugar privilegiado para se falar sobre as coisas, múltiplas são as entradas e conexões que compõem algo como fato.

Os participantes da pesquisa trazem contribuições significativas sobre como seria a organização da rede de saúde do trabalhador na Atenção Primária:

“...se a gente tivesse o respeito a de fato a atenção primária estar sendo organizada conforme diz a lei: respeitando o território, respeitando a quantidade de famílias e *n* outras

coisas, a gente teria várias equipes fazendo, essa retaguarda, seria exatamente o suporte, que seria a rede, não só a rede entre eles, porque uma unidade da família pode subsidiar a outra, mas as outras redes que estivessem num segundo momento. Bom, na prática, a gente percebe que não funciona. Se o usuário percebe do lado dele enquanto usuário mesmo do serviço, a gente enquanto profissional percebe também a mesma coisa só que de um outro local, o olhar”.

CEREST P1

Segundo Lacaz (2000), a criação da RENAST deveria caminhar para a superação da dicotomia entre as ações em Saúde do Trabalhador e a Rede Básica de Saúde, e pontuamos, não somente a Rede Básica de Saúde, mas toda a Rede de Atenção à Saúde, caminho este que ainda precisa ser superado como afirma o seguinte profissional:

“Colocaram os CEREST quando eles foram implantados como se fosse a grande eleição do trabalhador. Os trabalhadores iriam convergir para esse Centro e iriam ser tratados de todos os seus problemas, bem, não é assim, não é essa a realidade e nem é essa a realidade que tá na lei. Como é que eu vou trazer um trabalhador que mora num município distante para vir tratar de seus problemas dentro do CEREST, se tem a rede toda municipal para isso? Essa era a ideia de quando foi implantado, de quando surgiu o CEREST. Nós tivemos que quebrar com essa ideia, quebramos com essa ideia. E agora temos que implantar a ideia que somos regionais e que cada município tem que assumir suas ações de saúde do trabalhador. Tem que ser tão prioridade como qualquer outra política dentro do município. Coisa que eles não estão aceitando, a gente tá tentando sensibilizar o município, dois municípios. O município vizinho a gente sente mais abertura, mais vontade do que no próprio município-sede”. CEREST P2

Não há dúvidas de que a inserção territorial do CEREST na comunidade, longe dos espaços das fábricas e dos sindicatos, demarcou um novo campo: o CEREST Regional “inaugurou uma nova relação com o território através da experiência – e não contra ou indiferentemente – de uma rede transterritorial”, já que sua atuação transcende o território em que está inserido (município-sede) (Weissberg, 2013). Da mesma maneira, o centro funciona como articulador da RENAST, a qual deveria atentar para a consolidação de vários outros nós da Rede como forma de um cuidado integral à saúde dos trabalhadores.

“Outra coisa, a gente quer ir até outro município distante para começar os primeiros contatos. Se gente chegar lá e pedir para falar com o gestor, ele vai perguntar quem a gente é. Aí a gente vai dizer que somos do CEREST, o gestor vai perguntar o CEREST tem o quê? A gente vai responder. Aí ele diz esse pessoal do outro município tá pensando que é o quê? Chega aqui e diz isso? Não há uma articulação entre gestores.” CEREST P2

Entretanto, a efetividade das ações do CEREST não deixa de ser vislumbrada, já que existe uma “abertura” dos municípios que não são sede dos CEREST:

“...a nossa maior dificuldade é dentro do município onde tem o CEREST. A gente não consegue chegar e dizer o CEREST faz isso, isso, isso. O CEREST é referência técnica, a gente não consegue!” CEREST P2

Dessa maneira, pensar o CEREST como prática da saúde do trabalhador, é pensa-lo em sua natureza rizomática. Apesar de toda a hierarquização, pensa-lo como fragmentos, estilhaços, micro-movimentos que se rebelam contra o modelo árvore e buscam, assim, fugir dos próprios modelos, encadeando multiplicidades.

Sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador:

“Na minha avaliação, a política de saúde do trabalhador ela teria que tá disseminada dentro da vigilância, ou seja, todo técnico da vigilância, como hoje já tá acontecendo, se eu não me engano foi aqui em Recife que tiveram uma formação de técnico para vigilância, ele é técnico para vigilância, ele não é técnico de vigilância sanitária, técnico de vigilância epidemiológica. No curso, no processo de formação dele, ele vai conhecer a abordagem de todas essas vigilâncias, entendeu. Então, para mim, a vigilância em saúde do trabalhador, o profissional que fosse da vigilância em saúde do trabalhador, da vigilância, ele teria que ter o conhecimento em todas essas áreas porque, por exemplo, ah não eu só sou da sanitária, não, não, não! Entendeu?”. CIST

Continuando sobre a Vigilância em Saúde do Trabalhador:

“Ele não precisa fazer nem mais uma caixinha, aí chamar mais um coordenador, mais um diretor, mais uma equipe técnica para fazer vigilância em saúde do trabalhador. Que essa vigilância ela não tem autonomia, por exemplo, que a vigilância sanitária tem, de fazer, inclusive, no seu processo de inspeção poder, também, fazer a vigilância em saúde do trabalhador, poder identificar, então, eu estou apropriando esse técnico, esse fiscal, esse profissional, como queiram chamar, de condições de que ele possa, na hora dele fazer a sua inspeção do alimento, do modo de preparar, do modo de acondicionar, também observe o processo do trabalho, o processo do fazer, se esse processo do fazer também é um processo adoecedor. Não pensar só para quem vai consumir, mas também para quem está produzindo o bem para o consumo. E aí, eu trabalho sempre nessa perspectiva de que a saúde do trabalhador está diluída dentro das vigilâncias. E não formar mais uma caixinha não. Fulano é o coordenador do Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Então, para mim, a vigilância tem que ser integrada, porque eu posso estar pensando aqui nesse processo do acondicionamento, do preparo do alimento, mas eu tenho que tá me preocupando se esse resíduo

que vai sair aqui dessa produção, para onde ele vai. Não só a saúde ambiental, entendeu. Então, eu tenho que preparar o técnico para ele observar a vigilância a saúde do trabalhador, a vigilância sanitária e a vigilância ambiental para onde vai, tá, depois que prepara esse resíduo vai para onde? Vai ser jogado aonde? Entendeu? Então, esse é o SUS que eu quero para mim. Que a ação da vigilância seja integral, que a gente possa estar discutindo inclusive não só o processo, por exemplo, que a gente tem na saúde mental, de reabilitação social, digamos assim, para essa pessoa se inserir novamente dentro do contexto da sociedade, mas eu tenho que pensar nesse indivíduo, na hora em que eu acolho ele, esse foco desse transtorno começou aonde? Foi do trabalho? Mas na saúde mental você não vê esse recorte de tentar identificar se aquele transtorno, se aquele agravo daquela pessoa que tá chegando ali, se ele tá ligado ao trabalho. E como é que eu vou reinsserir esse ator também dentro do mundo do trabalho? Porque reinsserir dentro da sociedade não é dizer que ele tá hoje apto para o convívio com a sociedade. E com o mundo do trabalho? Como é que tá sendo feito esse diálogo?” CIST

E relembra o Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST que norteava as ações de saúde do trabalhador:

“Acho que isso é uma coisa importante por quê, porque a gente precisa trabalhar dentro de uma lógica de padronizar, minimamente, apesar de que eu sei que tem isso na RENAST, mas uma outra falha que eu percebo é que quando houve a revisão da Portaria que cria a RENAST, ficaram de concluir o Manual, o Manual não saiu, ou seja, aquele Manual anterior ele não tá mais sendo utilizado porque a Política, a nova Portaria, ela revogou a Portaria anterior, então, teria que ser constituído um outro Manual...Eu acho que você poderia ter, minimamente, uma padronização do que você poderia, só como norteador: o mínimo é este, podendo ser acrescida a partir do entendimento da necessidade, da demanda do território. Então, eu acho que é uma coisa que ficaria clara. Entendeu. Então, assim, a gente vê que os CEREST não estão funcionando...” CIST

Em tempos de avaliação da PNST, retomamos as considerações de Hoefel, Dias & Silva (2005) de forma mais abrangente: urge um redirecionamento no que diz respeito aos aspectos organizativos e gerenciais (missão, visão, papel e atribuições) dos três atores essenciais: a própria RENAST, o CEREST e a VISAT. Estas três instâncias distintas e que se não forem melhor elucidadas, poderão travar o fluxo da rede; a RENAST ainda não se consolidou e permanece restrita ao CEREST, sendo frequente a confusão de CEREST como sinônimo de RENAST; a estratégia da implantação dos CEREST Regionais e a forma de implementação da RENAST ainda tem contribuído para manter a área da saúde do trabalhador à margem da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Uma vez que estas instâncias ainda são “excluídas” do SUS como

um todo, não conseguem atingir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. Sendo assim, algo ainda está deixando de ser pensado e realizado para a rede de atenção à saúde do trabalhador no SUS permanecer no mesmo status quo. E, segundo Serres (1993), nenhuma ciência ou disciplina tem sentido se não se abre para o que lhe é exterior.

Dessa maneira, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador deve passar pela integração de todos os pontos de atuação da Rede de Atenção do SUS, em função de sua complexidade densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão.

Relembramos a fala de Martinho (2003) ao alertar que o uso indiscriminado do conceito de rede pode fazer com que essa potente ideia-força perca brilho e poder explicativo, além de deixar de adotar algumas de suas características mais preciosas: seu poder criador de ordens novas e seu caráter libertador. Quando tudo é tomado como rede, estruturas velhas e novas, modos convencionais e modos inovadores de fazer, estratégias de opressão e estratégias de libertação confundem-se sob uma pretensa mesma aparência. Sendo assim, se não puder estabelecer algumas distinções, o conceito de rede deixa de ter sentido e passa a não servir para nada, como está sendo o caso da rede de atenção à saúde do trabalhador no Estado de Pernambuco.

Como dispositivo operacionalizador da rede de atenção à saúde do trabalhador no SUS e assemelhando-se à multiplicidade, ressalta-se a importância de uma intervenção mais abrangente do CEREST Regional enquanto nó da RENAST, ou seja, é necessário que os profissionais CEREST Regional transponham os muros da instituição, passando a envolver os territórios subjetivos e concretos de sua clientela – os trabalhadores, gestores, profissionais de saúde e outros setores que façam interface com saúde e trabalho. Uma das alternativas viáveis para essa transposição poderá ser a função de apoiador matricial na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. O problema para os profissionais do CEREST será, então, *expandir a sua rede*, tornar as suas ações indiscutíveis, tornar obrigatória a passagem por ele a todos que querem trabalhar na perspectiva da saúde do trabalhador. Essa é a verdadeira Utopia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado, compactuamos com Santos (2011) em relação aos serviços públicos e podemos dizer, parafraseando a autora, que há anos vem se tentando estruturar a RENAST, que tinha como estratégia estruturante a rede de CEREST como uma forma de garantir a efetividade da política de saúde do trabalhador frente à constatação do esgotamento do modelo burocrático, estático, fragmentado, hierárquico e formal. Entretanto, na prática, a organização da saúde do trabalhador em rede demanda muito mais do que apenas agregar serviços ou organizações, sendo imprescindível garantir uma institucionalidade, uma organicidade e governança com a finalidade de potencializar seus recursos e meios.

A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) tentou reverter esse modelo burocrático, estático, fragmentado, hierárquico e formal com a publicação do Manual de Gestão e Gerenciamento da RENAST, no ano de 2006. Entretanto, com tantas publicações revogadas, o mínimo de garantia que os profissionais tinham para respaldar as suas ações na região de abrangência não está mais vigente. Fica a reflexão feita por um dos profissionais se realmente existe vontade política das três esferas de gestão para que a saúde do trabalhador aconteça?!

Relembramos que o processo de institucionalização da Saúde do Trabalhador, legitimado com a instituição da PNST foi um passo importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde que ultrapassa o modelo hegemônico da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ainda que não promova uma ruptura com o mesmo. Não há dúvida quanto à extrema importância da conquista de um aparato legislativo que garanta o acesso universal à saúde dos trabalhadores e coloque o Estado como responsável por isso; entretanto, é necessário, também, que esse movimento não se esgote com essa garantia. Na verdade, a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é apenas parte de um longo caminho. E reafirmamos que talvez um dos maiores desafios seja o de *demolir ideias-pátrias* (Almeida, 2006) que nos impede de problematizar seus funcionamentos concretamente.

Dessa maneira, reafirmamos que fecharmos os olhos para o que vem se configurando como política de saúde do trabalhador e para seus entraves nas diferentes realidades do país só contribui para reforçar as inúmeras reivindicações de que a saúde do trabalhador tem sido alvo, fazendo crescer de uma maneira quase imperceptível a produção de uma saúde do trabalhador nos padrões da racionalidade científica com a notificação das doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região. Saúde do trabalhador é muito mais do que uma simples notificação! Enfrentar os problemas reais dos trabalhadores significa pôr em discussão

toda a realidade, que se traduz na complexidade da área da saúde do trabalhador. Mas, parece que nosso sistema social, os movimentos sociais, o controle social, os técnicos, trabalhadores e indutores da PNST continuam aceitando o papel de promotores de novas ideologias que produzem problemas artificiosos aos quais se possam dedicar, a fim de que a realidade continue a parecer imodificável a quem sofre. Potencializar seu caráter de movimento constituinte implica estarmos atentos e porosos para os efeitos de sua institucionalização, e para o enfrentamento cotidiano de novos desafios aí advindos.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. (2008). Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. Em R. O. Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides, *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 27-67). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trans.) Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W., & Aarts, B. (2012). A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., 10ª ed., pp. 39-63). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2012). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento - Evitando confusões. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., 10ª ed., pp. 17-36). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Boyce, R. W. (2012). Falácias na interpretação de dados históricos e sociais. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com imagem, texto e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., 10ª ed., pp. 445-469). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cassorla, R. M. (2008). Prefácio. Em E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3ª ed., pp. 19-32). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Chizzotti, A. (2005). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais* (7ª ed., Vol. 16). São Paulo: Cortez.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* (12ª ed.). (F. P. Meurer, & E. P. Giachini, Trans.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Verdade e método II: complementos e índice* (6ª ed.). (E. P. Giachini, & M. S. Cavalcante-Schuback, Trans.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gaskell, G., & Bauer, M. W. (2012). Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com imagem, texto e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., pp. 470-490). Petrópolis, RJ: Vozes.
- González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. (M. A. Silva, Trad.) São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Guerra, I. C. (2012). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Parede, Portugal: Principia.
- Guerriero, I. C., Schmidt, M. L., & Zicker, F. (2008). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2012). Entrevista narrativa. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., 10ª ed., pp. 90-113). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2012). Entrevista narrativa. Em M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com imagem, texto e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., 10ª ed., pp. 90-113). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lawn, C. (2010). *Compreender Gadamer* (2ª ed.). (H. Magri Filho, Trad.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Richardson, R. J. (2011). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (12ª reimpressão 3ª ed.). São Paulo: Atlas.

Triviños, A. N. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.



**Os enredamentos da Rede de Atenção à Saúde
do Trabalhador em Pernambuco**

OS ENRENDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.
Eduardo Galeano

Ampliar os horizontes das considerações finais de uma pesquisa significa produzir argumentações abertas e fecundas, em potencial de ampliação de seu movimento investigativo. O pesquisador deve ter a mente aberta, ser capaz de ver onde outros não viram, poder interpretar os dados em profundidade, indo além do aparente, modificando caminhos de forma criativa, sempre rumo ao novo, ao não conhecido. (Cassorla, 2008, p. 21)

Como o objetivo de nosso trabalho foi investigar o conjunto de ações que vêm sendo desenvolvidas e oferecidas pelos CEREST no movimento da descentralização e reorganização das ações e serviços da Rede de Atenção do SUS sob a ótica da atenção integral à saúde do trabalhador, no Estado de Pernambuco, sentimos a necessidade de uma análise mais profunda da PNST enquanto política pública de saúde. Para tanto, é mister estudos que façam uma análise do *policy cycle* da PNST nas suas diversas fases, quais sejam: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção da política pública (Secchi, 2013, p. 12).

De acordo com Secchi (2013), estes estudos deverão ser capazes de compreender o que levou a saúde do trabalhador – enquanto problema público – a aparecer, a ganhar relevância no seio de uma comunidade política, quais soluções e alternativas existem para mitigar ou extinguir tal problema, por que tais soluções ainda não foram implementadas, quais são os obstáculos para a efetivação de certas medidas, quais são as possibilidades para que certas medidas tragam os resultados esperados e como avaliar os impactos da PNST. Talvez, uma das grandes questões a ser aprofundada em estudos posteriores venha a ser a não efetivação das ações de saúde do trabalhador pela Rede de Atenção à Saúde do SUS. O que a Rede de Atenção à Saúde nos diz quando não incorpora em suas ações a saúde do trabalhador?

De certa maneira, escrever sobre a saúde do trabalhador nos trouxe alguns estranhamentos, compartilhados no cotidiano do trabalho no CEREST, pois os profissionais lidam constantemente com o estranhamento. A prática em saúde coletiva é desalojadora em si

e somente os muito corajosos, fortes e persistentes resistem e em constante penumbra, numa prática angustiante, cheia de dúvidas e incertezas, confrontando-se constantemente com o vazio. Dessa maneira, compartilho com meus colegas dos CEREST o sentimento de desalojamento que muitas vezes nos toma.

Para falarmos do trabalho em equipe destes profissionais, iremos utilizar a metáfora da renda, pois ao contrário da metáfora da rede, largamente utilizada em relação à comunicação e informação, a renda diz mais de uma ação. O espaço-tempo da rede é totalmente diferente do espaço-tempo da renda, porque como a rede diz mais de um fluxo, de uma comunicação, de uma velocidade, ela vai sendo atualizada constantemente. Já a renda não, ela vai sendo elaborada, ela vai sendo construída. A renda tem a possibilidade de ser feita e ser desfeita de acordo com a criação do sujeito. Erra-se o ponto, desmancha-se o ponto, constrói-se tudo de novo para que saia da forma como é idealizado por todos. O tempo da rede diz respeito ao transporte e ao intercâmbio de informação, o tempo da renda é o tempo da construção. Rede é velocidade, renda é ritmo, tempo de produção. Renda é autoria, diz da criação de um coletivo.

A proposta de pensar a renda, tal como o trabalho na saúde do trabalhador no SUS, diz mais de um *modo de fazer*, de construir que depende de quem está fazendo. O *como fazer* é justamente a renda, a construção que não é levada em consideração. Então a renda vai depender e muito das pessoas que estão tecendo, ou seja, dos profissionais de saúde.

O Brasil destaca-se com uma diversidade de técnicas de renda disseminadas e aculturadas. Entre elas destacam-se o crochê, o tricô, a renda de bilro, a renda renascença, a renda redendê, o filé, o labirinto, os bordados livres com pontos em haste, atrás, corrente, ponto cheio, matiz, o bordado em ponto de cruz, o frivolité, o macramé, o vagonite, entre outras técnicas. Daremos destaque ao modo de produção da Renda Renascença por ela ser uma técnica presente em nossa cultura pernambucana.

A Renda Renascença é uma manifestação cultural e, como tal, deve ser entendida como atividade social realizada por uma determinada coletividade. Desse modo, ao aprendê-la, a rendeira apropria-se não somente de um fazer, mas de toda a história e valores que o caracterizam, sendo que, ao mesmo tempo, imprime a estes sua marca singular.

Resultado material de um saber tradicional, os processos de produção da Renda Renascença transcorrem em meio a novas experiências, ou seja, admitem a mutabilidade advinda dos processos dinâmicos a que os atores sociais estão sujeitos.

A Renascença é considerada uma renda de agulha, resultante de um processo com um bordado ou uma costura, com nós e entrelaçamento de fios gerando seus pontos. Caracteriza-se por ter como matérias-primas linhas finas de bordar 100% algodão e laces de diversas cores

(resultado da inovação), e como instrumento de trabalho principal, a agulha de costura, além de tesoura, cola, papel manteiga, eventualmente um dedal, tecido de algodão ou linho e goma para finalizar a lavagem da peça. Esta renda é construída com base num desenho de suporte sobre uma pequena almofada (composta de retalhos de tecido ou palha no miolo e coberto com tecido não tecido – TNT – ou outro tecido formando um cilindro) que usam como apoio para realizar o trabalho. Os pontos são variados gerando formas e principalmente texturas. Seus nomes são inspirados em sentimentos, elementos da natureza ou alimentos da região.

A renascença é um bordado muito delicado, de rara beleza e complexidade na execução. Uma peça pode levar meses para ficar pronta, dependendo de sua extensão e dos pontos utilizados. O risco constitui-se no principal roteiro para a produção da renda renascença, pois a rendeira projeta no papel o desenho da peça a ser concebida pela mesma e por outras rendeiras. A habilidade do risco é reservada a poucas rendeiras, pois conseguir a harmonia, regularidade, proporção e distribuição de volteios em uma peça não é fácil. Quem sabe riscar está em patamar diferenciado em relação a outras rendeiras e é, em geral, mestra do ofício.

O processo se inicia com a transferência do “risco” para o papel manteiga (ou papel seda) usando caneta esferográfica ou hidrocor. As duas folhas são presas com alfinetes para evitar que o desenho se mova. Em todo o verso do risco é espalhada cola e o desenho é colado no tecido de algodão. O fitilho é alinhavado no contorno do risco com agulha e linha. Para alinhavar, a rendeira tem o cuidado de pegar apenas o papel, e não o tecido, que é retirado ao final da renda. A fita segue o desenho e a rendeira deve procurar esconder as pontas do fitilho para evitar que as emendas fiquem expostas. Para garantir a firmeza do bordado, o tecido é enrolado num rolo de tecido. A renda, por sua vez, é executada de acordo com a legenda de pontos. Ela possui uma ampla capacidade de expressão com seus pontos, possibilitando a estruturação de uma gama de formas e formatos, a construção de vários modelos e o desenvolvimento de diversos produtos. Com o término do trabalho, os fios são cortados pelo lado avesso do tecido com o intuito de soltá-lo do papel manteiga. A peça é então virada para o lado direito e cuidadosamente solta do papel. Por fim, lava-se a peça e coloca-a na goma para adquirir firmeza. Depois de concluída, embora demonstre extrema delicadeza, a peça de renda renascença é bastante resistente.

Percebe-se, portanto, que a renda é uma rede de fios entrelaçadas muito densa. Ela apresenta uma ordem visível, análoga à do tecido e a ideia da delicadeza em um motivo que deverá estar no formato de relevo. Na delimitação do motivo da renda, algumas redes são criadas dando a possibilidade de preenchimento dos espaços ao redor do motivo. A renda é uma construção total. Você não tem nada, tem um espaço e com o fio, dependendo da modalidade,

você constrói uma específica trama. O fio é trançado sobre alfinetes presos à almofada, cada encontro é o lugar de um alfinete. Então a rendeira vai construindo a renda. Na renda renascença, tudo é construído na almofada. Neste entremeio, elas perpetuam tradições, assim como absorvem e constroem inovações que adquirem força e possibilitam a atualização desta prática longínqua e secular incorporada há muito à identidade local. Na renda, vamos tecendo o novo *com* e não *contra* o antigo. A rendeira prende o fitilho e depois preenche os espaços com a trama do fio. Trabalha-se em vários sentidos para evitar o corte do fio. Na construção da renda, o ponto central pode ser a base de virada. Todos os pontos “morrem” nele e ao mesmo tempo vira-se o trabalho e preenche-se outros lados. É fácil de visualizar o desenho quando se tem o ponto de virada. Conforme se vai executando, se vai avaliando o posicionamento de qual sentido que o fio deverá ter. Utiliza-se a delimitação com um fio mais grosso, justamente, para obter a sensação de algo seguro. O tipo do fio vai depender do uso. Pode-se imaginar *n* pontos iniciais e *n* desenhos. A renda pode ser definida como um fio enrolado sobre si mesmo, sem fundo de tecido existente, de maneira a formar ou uma retícula ou um desenho mais ou menos complexo. A renda imprime o gesto de quem o fez, mesmo que não conheçamos o autor. É a rendeira a primeira a se encantar por seu trabalho. Assim, cada peça é resultado de um trabalho minucioso, complexo e carregado de intenções simbólicas.

A renda aproxima-se muito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na medida em que ela, enquanto princípio e enquanto diretriz, nos informa um certo *como*, um *deve ser*. Como *deve ser* a PNST? Universal, integral, transversal, com participação cidadã, com qualidade, descentralizada, equitativa e visando a precaução.

A partir desta analogia, como situar a RENAST? Qual a compreensão que devemos fazer dela, enquanto estratégia da PNST? Por suas características pode-se depreender que ela se apresenta como uma certa passagem entre o *deve ser* e um *como fazer*. A RENAST, como *modo de fazer*, tem princípios metodológicos que afirmam um certo *modo de fazer*: um modo de fazer gestão e de fazer o cuidado em saúde do trabalhador. O que deve ser feito já está apontado pela Carta Magna, pela Lei Orgânica e pela PNST. Então, como os profissionais saem dessa produção que é uma certa utopia de organização enquanto sistema de saúde e se deparam com crises de todas as ordens? Como sair dessa crise? Através de práticas do cuidado em saúde, da mudança do modelo de atenção à saúde proposto em direção a outros modos de gestão, de práticas de gestão e da organização do trabalho. Sendo assim, a RENAST não é exatamente um ponto de chegada, mas uma forma de construir práticas de saúde e de gestão em saúde do trabalhador que deve apostar em processos mais democráticos, em espaços partilhados e corresponsáveis.

Devemos ter em mente que a RENAST, assim como o CEREST, é uma multiplicidade, tornando-se imprescindível estarmos atentos para esta multiplicidade, nos colocarmos em disponibilidade, em escuta, “viabilizarmos conexões” (Gallo, 2008). Quando se trata de pensar a saúde do trabalhador em suas relações micro, no dia-a-dia, na ação cotidiana, é necessário fazer saltar as conexões e a heterogeneidade, buscando ligações inusitadas, nas quais as próprias multiplicidades possam se expandir, mudar de natureza e dilatar territórios. A cada novo modo de fazer, a cada novo modo de saber ou, ainda, a cada vez que algo é novo no campo da prática em saúde do trabalhador, irrompe um rizoma.

As multiplicidades são a própria realidade. Os princípios característicos das multiplicidades dizem respeito a seus elementos, que são as *singularidades*; a suas relações, que são os *devires*, a seus acontecimentos, que são *hecceidades*, ou seja, individuações sem sujeito, a seus espaços-tempos, que são espaços-tempos *livres*, a seu modelo de realização, que é o *rizoma*, a seu plano de composição, que constitui *platôs* (zonas de intensidade contínua) e; aos vetores que as atravessam, e que constituem *territórios* e graus de *desterritorialização*. (Deleuze & Guattari, 2011)

O trabalho em renda apresenta especificidades análogas ao do rizoma, conceito adotado por Deleuze & Guattari (2011). Para os autores, o rizoma tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos, tal como a renda que à medida que vai sendo construída, vai assumindo diversas formas. O rizoma apresenta os seguintes princípios: *conexão e heterogeneidade* – qualquer ponto pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo; *multiplicidade* – o rizoma não tem sujeito nem objeto, apenas determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mudem de natureza. Na renda, a multiplicidade não reside na rendeira que faz a renda, mas na linha e no fitilho que formam por sua vez a trama. Não existem pontos ou posições num rizoma, apenas linhas; *ruptura a-significante*: um rizoma pode ser rompido, quebrado em qualquer lugar, e também retoma uma ou outras de suas linhas e segundo outras linhas; *cartografia e decalcomania* – um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. Ele é estranho a qualquer ideia de eixo genético ou de estrutura profunda, tal como o decalque, que são reproduzíveis ao infinito. O rizoma é mapa e não decalque, pois o mapa está inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Um mapa tem múltiplas entradas, contrariamente ao decalque que volta sempre ao mesmo. Um mapa é

uma questão de “performance”, enquanto que o decalque remete sempre a uma presumida “competência”. Quando o decalque traduz o mapa em imagem, ele o organiza, estabiliza, neutraliza as multiplicidades segundo eixos de significância e de subjetivação que são seus. Ele gerou, estruturalizou o rizoma e por isso ele é tão perigoso. Ele injeta redundância e as propaga. O que o decalque reproduz do mapa são somente os impasses, os bloqueios, os germes de pivô ou os pontos de estruturação. Quando o rizoma é fechado, ele acaba, do desejo não passa mais nada, por isso o processo inverso é muito importante, tentar religar o decalque ao mapa, ressitando os impasses sobre os mapas e por aí abri-los sobre linhas de fugas possíveis. Mapa de grupo: mostrar até que ponto do rizoma se formam fenômenos de massificação, de burocracia e que linhas subsistem, pois, mesmo subterrâneas, continuando a fazer obscuramente rizoma.

Da mesma forma que o rizoma e a renda, o trabalho no CEREST é bastante minucioso, delicado, complexo e apresenta singularidades. Trabalhar no CEREST tem uma certa especificidade, diversidade de modos de fazer, pois em cada local cada trabalhador tem um modo de fazer, não sendo, dessa maneira, algo homogêneo.

Sua especificidade reside no fato de que, tal como a renda, o resultado do trabalho não dá para ser desvinculado de quem o executou, porque esse resultado se dá no próprio processo de produzi-lo, em sua tessitura; é um trabalho que pode ser normatizado até certo ponto, deixando espaços para a adaptação e a criatividade do trabalhador do CEREST, que deve saber aplicar as normas gerais aos casos particulares; sendo assim, o trabalho real nunca é igual ao trabalho prescrito; o profissional deve ter uma relativa autonomia para executar o seu trabalho, além de exigir dele uma capacitação superior e mais complexa, não sendo apenas um mero executor de tarefas prescritas. Os gestores a nível ministerial colocam um *deve fazer*, mas entre esse *deve fazer* (as portarias, as legislações) e um *como fazer* existe uma diferença muito grande porque é construção. Quando a Política fala de uma adequação à realidade de cada região, de cada município, é justamente essa adequação que vai dando essa diferenciação, esses desenhos. Então nada é igual, nenhuma prática, nenhuma rede. Nenhuma unidade de saúde é igual a outra porque são desenhos construídos pela própria equipe, pelos próprios trabalhadores. Dentro dessa rede que o SUS estabelece, de fato, existem outros desenhos que vão se formando a partir dessas diferenças, muitas vezes imperceptíveis. Existe uma renda.

Tomando o conceito de cartografia e decalcomania, a rede é o decalque para que o mapa – a renda – venha sendo constantemente construído. Então, quando o trabalhador vai fazendo a construção dessa renda, um desenho não sai igual ao outro, é construção. Os pontos de uma renda vão sendo feitos por etapas, numa constante interação entre a rendeira e os espaços da

renda, tornando-se uma construção. Por isso existem diferenciações entre serviços de saúde; por conta do modo de fazer de cada trabalhador e não por um modo que é prescrito. A expressão “fazer saúde do trabalhador” ganha força quando evoca um compromisso não apenas com a aplicação do saber constituído, mas envolve o processo de produção deste campo, a invenção da própria saúde do trabalhador, tanto do ponto de vista da teoria quanto da prática. Então diz mais de um modo de saber-fazer do que de um modo de saber-saber, resultando num fazer-saber. Quando os profissionais saem de suas práticas constituídas em suas formações para o trabalho no CEREST, eles vão se adequando de acordo com a prática que eles aprenderam a fazer. E a construção do trabalho em equipe torna-se mais difícil porque como ela desaloja o profissional, ela desaloja também a prática dele.

A Rede de Atenção à Saúde tem furos e esses furos muitas vezes são enormes. Guimarães Rosa (2001, p. 37) traz uma definição de rede bastante interessante “rede são buracos amarrados por barbantes”. Então, dependendo da perspectiva com que se olha, a rede tem muitos mais furos do que conexões. A renda não, ela diminui esses furos, porque dentro daquele furo da rede a renda vai sendo construída. Os furos da rede vão formando um desenho a partir do trabalho tecido pelos profissionais.

Como vimos anteriormente, a renda renascença é trabalhada com fitilho e este, como é mais grosso, apresenta o formato de uma rede que dá sustentação a essa renda. A renda vai sendo tecida, construída, formando pontos, desenhos que formam novas possibilidades. E esse desenho se nos apresenta como se fosse figura e fundo, invisibilidade visível. A rede dá sustentação a essa renda e, por isso, geralmente é mais visível. A renda por sua vez, não é “visível”. E aí é a invisibilidade desse profissional como tecedor dessa renda que dá a visibilidade dessa rede. Esse trabalho vai sendo tecido, mesmo que invisivelmente, dando visibilidade a rede.

Entretanto, no percurso da construção dessa renda, os profissionais que trabalham no CEREST precisam diversas vezes fazer e desfazer o trabalho por diversas situações: a primeira diz respeito ao perfil do profissional, pois muitas vezes encontramos trabalhadores que não se interessam na temática e não se empenham em fazer o trabalho.

Como os profissionais do CEREST estão imersos num processo político, econômico e social, também são contemporâneos da cultura neoliberalista e sofrem o processo de acumulação flexível, sendo exigido destes profissionais uma multifuncionalidade, havendo também uma carga de trabalho excessiva para uma equipe de trabalho insuficiente, além de muitas vezes haver rotatividade devido às condições e contratos de trabalho precário.

Outra situação que se apresenta como movimentos de construção e desconstrução do trabalho dos profissionais são a instabilidade e as interrupções no trabalho desenvolvido, particularmente nos momentos de mudança da gestão, o que muitos denominam descontinuidade de solução. O profissional está tecendo um trabalho e assume uma nova gestão e todo o trabalho daquele profissional, ou daquele grupo, é desfeito e isso gera uma instabilidade muito grande. Além disso, todo profissional sabe que uma gestão em saúde necessariamente não muda a cada quatro anos com mudança dos gestores maiores – presidente, governadores e prefeitos. Em quatro anos de gestão, o Secretário de Saúde pode ser mudado várias vezes e isso dificulta o trabalho do profissional. É um permanente construir e desconstruir.

Agrega-se a isso uma burocracia excessiva, baixa valorização do trabalho dos profissionais do CEREST pela Rede de Atenção à Saúde e pela própria administração pública. Devemos ter em mente que a rede foi construída porque ela precisa de uma operacionalização para que a comunicação e a informação possam fluir, o que nem sempre é viabilizado pela Política, levando o profissional a ir fazendo o possível com os recursos disponíveis.

O trabalho no CEREST exige capacidade para agir coletivamente. Quando os profissionais não conseguem desenvolvê-lo a contento, é possível que estejam predominando divisões excessivamente hierarquizadas no trabalho, poderes diferenciados e desiguais entre as diversas categorias de trabalhadores e supervalorização de alguns saberes profissionais em detrimento de outros. Na construção dessa renda, tem que haver uma harmonia, ligação, sintonia. *Trabalhar em renda* é trabalhar em equipe e, se o outro não está acessível, não vai haver construção.

Sendo assim, o *trabalho em renda* promove os meios para superação do sentimento de impotência frente às condições de trabalho colocadas para os técnicos do CEREST, como também permite que os profissionais reflitam sobre a onipotência face ao desejo ou a crença de que podem mudar totalmente esta realidade. O profissional precisa exercitar a habilidade de ser rizomorfo, ou seja, produzir hastes ou filamentos que produzem raízes, ou melhor, que se conectam com elas penetrando no tronco, podendo fazê-las servir a novos e estranhos usos (Deleuze & Guattari, 2011). Tal como o rizoma, o CEREST existe exclusivamente entre os grandes espaços não cultivados da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador. Ele preenche os vazios, *cresce entre*, e no meio das outras instâncias da Rede.

Devemos atentar para o fato de que um trabalho em renda pode ampliar a autonomia dos sujeitos envolvidos, extrapolando a ação individual do profissional para com a Rede de Atenção à Saúde do SUS, criando possibilidades de aumentar a participação dos sujeitos. Devemos acreditar no **SUS que dá certo** e que tem servido de modelo para outros países; é

necessário apostar nas experiências que acionam a capacidade de criação e desejo das pessoas, na construção com o outro de *possibilidades* de fazeres novos.

REFERÊNCIAS

- Cassorla, R. M. (2008). Prefácio. Em E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3ª ed., pp. 19-32). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2* (2ª ed., Vol. 1). (A. L. Oliveira, A. Guerra Neto, & C. P. Costa, Trads.) São Paulo: Editora 34.
- Galeano, E. (2007). *As palavras andantes* (5ª ed.). (E. Nepomuceno, Trad.) São Paulo: L&PM Editores.
- Gallo, S. (2008). *Deleuze & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Rosa, J. G. (2001). *Tutaméia (Terceiras estórias)* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Secchi, L. (2013). *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos* (2ª ed.). São Paulo: Cengage Learning.