

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR: REFLEXÕES INICIAIS SOBRE A ESTRATÉGIA RENAST NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL/PA

NATIONAL POLICY OF WORKER HEALTH: INITIAL REFLECTIONS ON THE RENAST STRATEGY IN THE MUNICIPALITY OF CASTANHAL/PA

Francilene Soares de Medeiros Costa
francilenesoares@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo deste artigo é problematizar alguns aspectos que caracterizam a implementação da estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no município de Castanhal/PA/Brasil, particularmente no que se refere aos determinantes que envolvem a notificação de agravos à saúde do trabalhador. Constata-se que a implementação da RENAST enquanto estratégia para a difusão da cultura de saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades para se tornar efetiva. O banco de dados do Sistema Nacional de Notificação (SINAN) tem um alto potencial revelador da realidade de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. No entanto, a análise preliminar das notificações referentes a Castanhal revela forte inconsistência dos dados.

Palavras-Chave: Trabalho; Reestruturação Produtiva; Saúde do Trabalhador; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This paper aims to discuss some aspects that characterize the implementation of the strategy of the National Comprehensive Health Care Worker (RENAST) in the city of Castanhal/PA/Brazil particularly in respect to the determinants which involve the notification of health aggravations of the worker. It is noted that the implementation of the RENAST strategy while disseminator of culture of occupational health within the Unified Health System (SUS) faces difficulty to become effective. The database of the National Reporting System (SINAN) has a high potential to reveal the reality of work-related accidents and diseases. However, preliminary analysis of notifications of Castanhal reveals strong data inconsistency.

Key-Words: Work; productive restructuration; Workers Health; Public Policies.

INTRODUÇÃO

O trabalho é a atividade primeira mediante a qual os homens produzem, reproduzem e transformam suas vidas, por isso o papel central que ocupa na constituição do ser social. Nas palavras de Karl Marx (2005, s/p),

o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza[...]. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais [...]. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

Por meio do trabalho o homem satisfaz suas necessidades e se afirma como ser objetivo, o que proporciona ao mesmo se produzir como ser social. Enquanto atividade criadora por excelência, não pode ser compreendido como um gesto mecânico, mas um ato de se pôr consciente, e, portanto, pressupõe um conhecimento concreto, ainda que jamais perfeito, de determinadas finalidades e de determinados meios. Enquanto atividade teleológica, com uma dimensão projetiva, reveste as ações humanas de intencionalidade, incorporando além do próprio *fazer*, o *por que*, o *para que* e o *quando fazer* (LUKÁCS, 1979).

Apesar de todo o potencial criativo e teleológico do trabalho, na sociabilidade capitalista ocorre um processo em que o trabalho encontra-se subsumido pelo capital. Ou seja, as possibilidades de objetivações humanas pela via do trabalho são pauperizadas, dados os amplos e diversos modos de alienação a que o ser social está submetido, numa tendência de naturalização das relações sociais. Tal fato implica em que as ações cotidianas no âmbito do trabalho, mas não somente nele, bastam-se em uma lógica de imediatismo, pragmatismo e fragmentação. Há a tendência da ordem capitalista é metamorfosear o processo de trabalho num conjunto de ações repetitivas, padronizadas, fragmentadas, na qual os produtos do trabalho social coletivo perdem a chancela do seu produtor.

A evolução do modo de produção capitalista é um produto do desenvolvimento das forças produtivas, das inovações tecnológicas e organizacionais, e dos processos

sociopolíticos e culturais que envolvem as classes sociais. Na sociedade moderna, a produção em função de lucros permanece como um princípio organizador básico da vida social e econômica, em que a força de trabalho é disciplinada para manter a acumulação do capital, constituindo-se numa forma de controle do trabalho, seja através da cooptação, cooperação, da repressão ou da familiarização, onde o capital controla socialmente as capacidades físicas e mentais do trabalhador (HARVEY, 1996).

A tendência geral de expansão produtiva do capitalismo, a partir do século XX, possibilitou certa “incorporação da classe trabalhadora por meio do consumo de massa, trazendo-lhe alguns ganhos materiais, os quais se converteram nos meios de convencimento sustentadores da política de negociação de classe que caracterizou o *Welfare-State*” (PANIAGO, 2010, p. 113). Apesar da edição de políticas sociais de caráter universalista e de direitos trabalhistas ampliados, “o esgotamento das medidas remediadoras keynesiana se impôs com o tempo e um outro processo de crise se desenrola a partir dos anos 1970” (Ibid, p. 115). Desde então, o neoliberalismo passa a se impor sobre a sociedade em geral face a nova crise do sistema econômico, impactando gravemente o trabalho. Essas circunstâncias conduziram ao início de um processo de reorganização do próprio modo de produção capitalista, com seu sistema ideológico e político de dominação, resultando num acentuado processo de reestruturação do trabalho e suas formas de produção e gestão, objetivando a recuperação das taxas de lucratividade em queda (MATTOSO, 2000). Assim, o término do século XX e o início do século XXI são marcados por profundas transformações nos processos e nas relações de trabalho que têm impactado fortemente a classe trabalhadora.

O fenômeno da reestruturação produtiva traz consigo mudanças qualitativas e quantitativas na vida dos trabalhadores tornando-os inseguros em relação ao mercado de trabalho, ao emprego, à geração de renda, às formas de contratação e à representação dos trabalhadores (MATTOSO, 2000). Pode-se afirmar que as mutações no mundo do trabalho criaram uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexificada, entre qualificados e desqualificados, mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes, etc. (ANTUNES, 2003).

Esse conjunto de fatores incide sobre todos os segmentos dos trabalhadores na divisão sociotécnica do trabalho e suas implicações têm repercutido gravemente na relação saúde/trabalho. Dito de outro modo, as mudanças na esfera produtiva intensificaram a exploração da força de trabalho e o desgaste da saúde do trabalhador. Na atualidade, tal como afirma Lacaz (2002, p. 11, apud, LARA, 2011), “observa-se o surgimento de

patologias decorrentes da cada vez maior sobrecarga: *burnout*, as LER, as alterações cognitivas, as tentativas de suicídio nos locais de trabalho, os indicadores de estresse no trabalho”.

Portanto, o debate sobre as condições de adoecimentos e de doenças do trabalho ganha relevância e urgência no âmbito das políticas sociais. Estratégias vão sendo buscadas para fazer frente a tal problemática, ora como decorrência direta da busca de aumento do controle do trabalho e da produtividade capitalista, ora do movimento geral da luta dos trabalhadores.

RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA NO TRABALHO: MODELOS DE ABORDAGEM E CONCEPÇÃO FORMAL DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A problemática que envolve a saúde dos trabalhadores não é recente, remonta às mudanças advindas da própria Revolução Industrial. Na medida em que as condições de trabalho foram se agravando e as condições de miséria minando a saúde dos operários, cresceram as manifestações, movimentos e até confronto na busca de melhores condições laborais. Ainda no século XIX, com a instalação de um serviço médico numa fábrica inglesa, o modelo da Medicina do Trabalho começa a ser gestado como uma resposta ao aumento das ocorrências de acidentes e adoecimento dos trabalhadores, que gerava um alto índice de afastamento do trabalho. A presença do médico na própria fábrica evitava que o empregado doente se afastasse do trabalho, sendo tratado ali mesmo, logo retornando às suas atividades laborais (SILVA, 2008).

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 342),

a inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, que diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a exercer um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

A implantação dos serviços médicos foi expandida para outros países, inclusive para os periféricos, devido à transnacionalização da economia e posteriormente reforçada pela

Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio das recomendações 97 e 112, que caracterizando a medicina do trabalho, indicavam as ações para a minimização dos impactos dos processos e condições de trabalho, aos quais eram submetidos os trabalhadores com o advento da industrialização.

No período pós Segunda Guerra Mundial, o modelo de Saúde Ocupacional começa a ser desenvolvido. Em decorrência do aumento expressivo dos acidentes e doenças do trabalho, observou-se que a exclusiva intervenção médica era insuficiente para dar conta da complexidade da problemática. Com a participação de outros profissionais da saúde e da segurança do trabalho, passou-se a empreender a busca das causas dos adoecimentos e dos acidentes no ambiente de trabalho. As convenções e recomendações da Organização mundial de Saúde e da Organização Internacional do Trabalho, além da criação da Organização das Nações Unidas, colaboram para essa mudança de paradigma (SILVA, 2008, p.121).

Já a expressão Saúde do Trabalhador com a conotação de campo de conhecimentos, vinculado a uma área ou programa de saúde, é relativamente recente, de acordo com Lacaz (1997) e Fadel de Vasconcelos (2007). Pode-se demarcar seu surgimento no final dos anos 1970, quando é recepcionada pelo discurso da saúde coletiva, especialmente após o início dos debates da reforma sanitária brasileira, influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de forte inspiração operária, e moldada nos pilares da medicina social latino-americana. Tal modelo faz frente aos paradigmas dos tradicionais campos de atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, e inova, segundo Fadel de Vasconcelos (2007, p. 316) pela proposta de

[...] ampliação do objeto de intervenção sobre a produção *stricto sensu* (processos e ambientes de trabalho), incorporando outras variáveis sociais, econômicas etc.; a sujeição dos determinantes à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista, ao desenvolvimento do campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e, entre outras diferenças conceituais, a superação do limite contratual do trabalho como enfoque normativo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar.

O Estado, como sujeito mediador e representante de interesses contraditórios, ora dos setores de inspiração mais progressistas, ora de setores mais reformistas da sociedade, atua no desenvolvimento dos arcabouços normativos reguladores das diversas demandas advindas desta mesma sociedade. Dessa forma, no Brasil, conforme Olivar (2010, p. 320), o campo da saúde do trabalhador revela um momento de viabilização das conquistas obtidas

no plano jurídico-institucional que abrangem direitos garantidos na legislação, embora na prática, ainda encontrem dificuldade na sua efetivação, tendo em vista esbarrarem no contexto da política neoliberal de desmonte do serviço público, assim como na conjuntura de retração do movimento organizado dos trabalhadores.

A incorporação da temática da saúde do trabalhador nos textos legais ocorre no bojo da redemocratização brasileira e nas, mesmo que ambíguas, “conquistas” da sociedade no que se refere à ampliação do conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. O Art. 200, inciso II, da Constituição Federal brasileira de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (LOS), em seu art. 6º, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde. A LOS define a Saúde do Trabalhador como,

[...] um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...]” (BRASIL, Art. 6º, § 3º, 1990).

Portanto, sob o pressuposto jurídico-institucional de que a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS, da equidade, integralidade e universalidade, no ano de 2002 foi emitida a Portaria nº 1.679/GM/2002, a qual dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), entendida como estratégia prioritária para a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no território nacional. Para implementação da RENAST são consideradas as seguintes diretrizes, conforme texto legal,

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009, Art. 1º, § 3º).

Deste conjunto de estratégias, destacamos os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Rede e o Município Sentinela, que representam uma esfera de materialização espacial da RENAST, com missão e potencial desenvolvedor da difusão da cultura de saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

A Rede Sentinela, de acordo com a Portaria nº 2.728/2009 (BRASIL, 2009), é constituída pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela e serviços de atenção básica e de média complexidade também credenciados como sentinelas. Ou seja, as unidades de saúde definidas como Unidades Sentinela são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação de agravos que devem resultar em ações de prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

Já os Municípios Sentinela, unidades territoriais, são definidos a partir dos dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios. Estes municípios devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS.

Quanto aos CEREST, o Anexo II da Portaria de estruturação da RENAST aponta que devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada de saúde do trabalhador, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Este suporte deve se traduzir em supervisão da rede de serviços do SUS e em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2002, Anexo I).

Neste artigo o objetivo é destacar alguns dos aspectos que caracterizam a implementação das diretrizes da RENAST no município paraense de Castanhal, na região norte do Brasil. Para isso serão consideradas algumas das particularidades sócioeconômicas e históricas da constituição do território municipal, mediadas pelo que é próprio da dinâmica da região e do estado onde se localiza. É o que será visto no próximo tópico.

AS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST) NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL/PA

O estado do Pará está localizado na Região Norte do Brasil. Tem como capital a cidade de Belém, é composto por 144 municípios, possui uma vasta área de 1.247.950,003 Km², e 7.581.051 habitantes, conforme o Censo Demográfico 2010 (BRASIL, 2010). Em termos econômicos, o Pará se caracteriza predominantemente pelo extrativismo vegetal (madeira) e mineral, com a extração de minérios como o ferro, bauxita, manganês, entre outros. No ramo mineral se destaca pelo beneficiamento da bauxita, formando uma importante cadeia de produção de alumínio, essencialmente para a exportação. Construção civil, comércio, serviços, administração pública, assim como a agricultura, pecuária, turismo e indústria são os demais ramos de atividade econômica desenvolvidos no estado paraense.

Localizado, mais especificamente, no polígono da Amazônia Legal, sua história assim como sua dinâmica socioeconômica e política, guarda estreitas relações com as características na região em que se situa. Com efeito, a ocupação do território amazônico tem pelo menos três particularidades em relação a outras regiões do Brasil, quais sejam: *i*) a ocupação incorporada pelo sistema produtivo que seleciona o espaço com potencialidades minerais, florestais, agropecuários e agroindustriais como território prioritário para a expansão internacional do capital por oferecer matérias primas para as atividades produtivas a baixo custo; *ii*) ocupação integrada a ação governamental nos planos de integração controle e segurança nacional; *iii*) ocupação agregada aos modelos de desenvolvimento imposto pelo grande capital com apoio do Estado para reproduzir força de trabalho abundante e de baixa qualificação que pudesse ocupar os postos de trabalho gerados pelo processo de crescimento econômico do país (LEAL, 2010).

O “modelo de desenvolvimento” imposto para a Amazônia, o qual responde aos interesses do modo de produção capitalista em sua versão globalizada, reedita a sua forma de inserção na divisão internacional do trabalho, baseada na reprimarização da economia. Consecutivamente, permanece a grande maioria da sociedade regional à margem dos benefícios gerados por esse processo, cabendo a uma minoria o controle dos recursos naturais e a exploração das várias formas de trabalho precário (Idem).

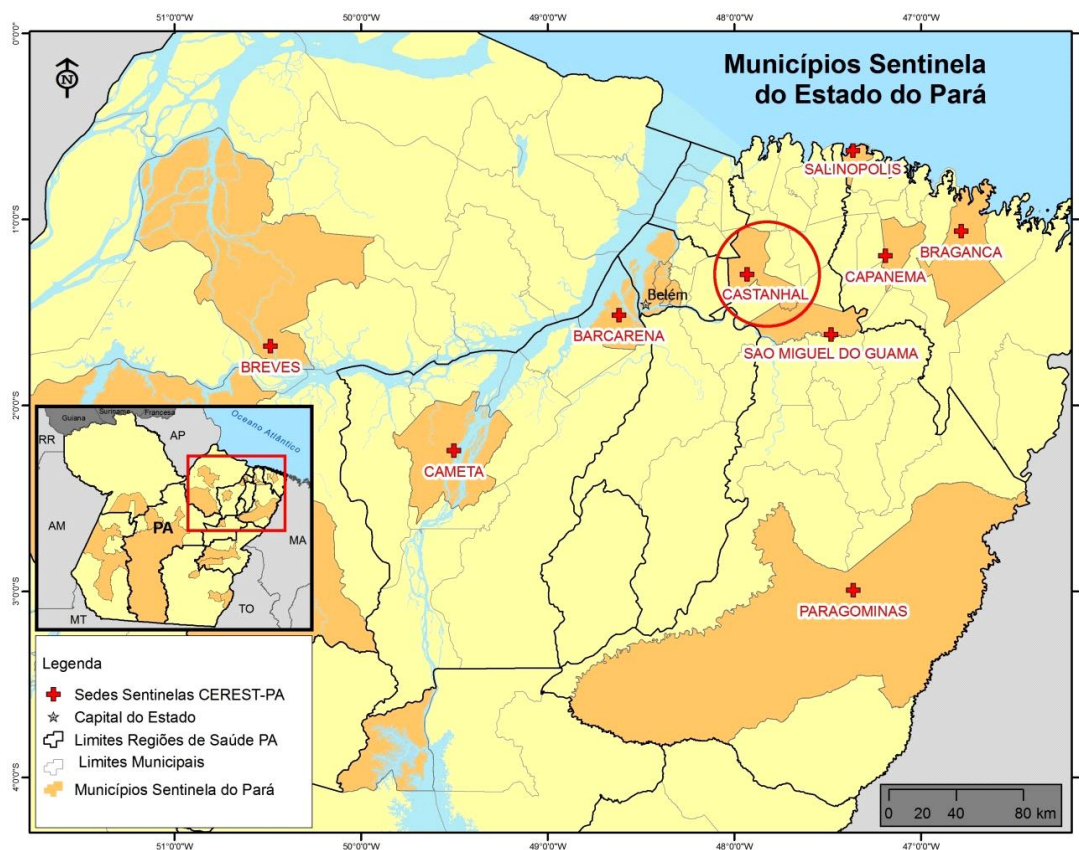
Neste contexto, que associa as determinações mais gerais próprias da sociabilidade capitalista às particularidades da região norte brasileira, preocupam as consequências dos reflexos deste processo sobre a classe trabalhadora. O questionamento acerca das

condições materiais de trabalho, incluindo-se a saúde laboral, a que está submetida a maioria da população é algo que precisa entrar na agenda pública. Sabe-se que agravos a saúde dos trabalhadores que são gerados em processos de trabalho insalubres e até escravos, em alguns casos não tem sido algo fácil de ser evidenciado, principalmente, pelo fato de que a questão é fortemente afetada por interesses políticos e econômicos, não raro, contrários aos da classe trabalhadora. E essa realidade é algo que se agrava na região amazônica, devido algumas das particularidades mencionadas anteriormente.

Assim como em todo o país, as ações estruturadas em saúde do trabalhador no estado do Pará são recentes, datando do ano de 2007, quando foi implantado o primeiro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. No estado, existe atualmente 06 (seis) Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo 05 (cinco) Centros Regionais e 01 (um) Estadual, cuja sede é na capital. O CEREST Estadual subsidia técnica e cientificamente por meio de capacitações, oficinas, palestras, dentre outros recursos todos os 144 municípios do estado e atua complementarmente em municípios que não têm abrangência de CEREST Regional.

Em 2010, de todos os serviços de saúde de média e alta complexidade instalados no estado, a Portaria Estadual nº 548/2010 (PARÁ, 2010), instituiu 44 (quarenta e quatro) Unidades Sentinela em 23 (vinte e três) municípios caracterizados como Sentinela. Esta mesma Portaria determina que a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS nas Unidades Sentinela, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, ficarão a cargo dos CEREST Regionais, respeitando suas áreas de abrangência, cabendo ao CEREST Estadual atuação complementar nos municípios que não tiverem cobertura dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador. Este é o caso de 09 (nove) municípios, que estão sob a supervisão técnica direta do Centro Estadual, uma vez que não há abrangência de nenhum Centro Regional sobre os mesmos. A atuação direta do CEREST/PA sobre esses nove municípios envolve práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos, conforme previsto no Art. 5º, da Portaria nº 548/2010. O Mapa a seguir, apresenta a distribuição espacial desses 09 (nove) municípios, com suas respectivas sedes e as Regiões de Saúde do estado, definidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA) e pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite do SUS Pará.

Mapa 01



Fonte: Elaborado pelo Prof. Ms. Tiago B. de A. Costa (LAIG/FGC/UFPA) a partir da Resolução 90/2013 da Comissão Intergestores Bipartite do SUS Pará.

Desses 09 (nove) Municípios Sentinela, o recorte deste artigo é o município de Castanhal, em destaque no Mapa 01. Trata-se de um município relativamente jovem, sendo a sua organização datada de 1932, e com uma população total de 173.149 pessoas, segundo o Censo Demográfico do IBGE (BRASIL, 2010). Castanhal está situado no nordeste do Pará, que corresponde a uma das áreas de ocupação mais antigas do estado, remontando ao período de colonização. O principal eixo de ocupação territorial da região se deu com a fundação de núcleos populacionais ao longo da Estrada de Ferro Belém-Bragança, além da formação de uma malha fundiária tipicamente de minifúndio por pequenos produtores rurais (CRUZ, 1955). Sendo uma das mais dinâmicas regiões do estado até a década de 1960, sofreu importantes impactos com a desativação da Estrada de Ferro e construção das rodovias BR-316 e BR-010 (Belém-Brasília), uma vez que grande parte da economia da região girava em torno do abastecimento da capital do estado por meio da via férrea. Apesar disso, Castanhal, que hoje é a principal cidade da região, categorizada pela SESPA, enquanto Centro Regional de Saúde, beneficiou-se com a construção das rodovias, que

cruzam seu território, uma vez que as mesmas representam importantes vias de escoamento da produção para outros eixos do estado e do país.

Dentre as transformações ocorridas nas últimas quatro décadas, observa-se um significativo incremento populacional na ordem de 180% sobre a população de quarenta anos atrás. Incremento este com maior destaque para a população urbana. Hoje, esta representa 88,6% dos habitantes do município (PARÁ, 2011). O expressivo crescimento populacional foi acompanhado por mudanças na dinâmica econômica do município, com o fortalecimento das atividades tipicamente urbanas, no entanto sem perder os vetores de sua história agropecuarista. Considerando-se o seu Produto Interno Bruto, é hoje a 9ª economia do Pará (BRASIL, 2010), e tem experimentado um crescimento econômico significativo, representado, por exemplo, no aumento expressivo do volume de todas as suas arrecadações nas duas últimas décadas (PARÁ, 2011). A indústria de transformação e da construção civil tem se desenvolvido no município e há uma previsão de que em breve seja construído um parque industrial no seu território.

Porém, as contradições do modelo de desenvolvimento econômico priorizado pelos grupos dominantes são facilmente reveladas por meio de indicadores simples de trabalho e renda. Ou seja, esse dinamismo na esfera econômica não tem sido acompanhado do desenvolvimento social e humano do seu povo. Uma análise breve da População Ocupada (POC), segundo o Censo Demográfico (BRASIL, 2010), fornece um panorama da realidade social do trabalhador do município de Castanhal. O quantitativo da população ocupada (POC) do município em 2010 foi de 67.766 pessoas. Se considerarmos a distribuição da POC por posição na ocupação e categoria no trabalho principal, temos um total de 45.575 na condição de empregados. Destes, 37% não tem carteira de trabalho assinada, ou seja, não tem acesso a direitos previdenciários e trabalhistas básicos. Já se considerarmos a POC distribuída por classe de rendimento mensal, 47,69% tem rendimento mensal da ordem de até 2 salários mínimos.

Nas empresas, a situação é até pior, o salário médio mensal do trabalhador das empresas que atuam no município é de 1,7 salário mínimo, conforme identificado no Cadastro Central de Empresas (BRASIL, 2011). Portanto, visualizamos uma expressiva mão-de-obra barata, inserida num contexto de população com baixa escolaridade, o que se evidencia por meio dos dados das pessoas com mais de 25 anos que revelam que 51,29% municipal não conseguiram concluir o nível fundamental (BRASIL, 2010).

No que tange às estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho, dados do Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Previdência Social, referentes ao ano de

2010 revelam que Castanhal registrou 353 acidentes¹ naquele ano (BRASIL, 2010a). Do total, a maioria expressiva (73%) foi de acidentes típicos da função que desenvolvia o trabalhador, inclusive dois acidentes fatais. Esses dados colocaram o município de Castanhal em 8º, lugar no universo dos 144 municípios paraenses em número de acidentes do trabalho no ano de 2010, ficando a frente de municípios como Barcarena, Oriximiná, Tucuruí, em cujos territórios, reconhecidamente, são desenvolvidas atividades produtivas com significativa periculosidade. Apesar de expressivas, essas estatísticas envolvem somente o trabalhador formal, não contemplam a informalidade, que tem alcançado patamares expressivos no país. Os dados censitários revelam que do total da população ocupada de Castanhal, 51,41% não contribuíam para o instituto de previdência oficial (BRASIL, 2010).

Quanto à implantação da RENAST no território municipal, encontramos uma realidade ainda insuficiente para atender as demandas da dinâmica ocupacional do município. Isso implica em uma ineficiência quanto ao alcance de um dos principais objetivos da estratégia RENAST, que é a difusão da cultura de saúde do trabalhador no contexto do SUS. Há apenas uma unidade sentinela em Castanhal. Apesar de não ser desta unidade a exclusividade da notificação dos agravos a saúde do trabalhador, deveria ser uma referência no que diz respeito a atenção a tais notificações, exercendo um papel de multiplicador junto às demais unidades de saúde.

Porém, como é previsto normativamente, cabe aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador promover a capacitação dos trabalhadores do SUS para a notificação dos agravos. No caso de Castanhal, o apoio neste sentido está atrelado ao CEREST Estadual, devido ao fato não ter cobertura de CEREST Regional sobre o município. Isso tem acarretado uma série de dificuldades, das quais se pode destacar a escassez de ações de capacitação desenvolvidas pelo Centro Estadual aos Municípios Sentinela sob seu apoio direto. Segundo informações deste mesmo Centro, a última capacitação com a finalidade de treinar o pessoal das unidades sentinela para notificação de agravos a saúde do trabalhador, ocorreu em 2010 e não teve uma representação significativa dos trabalhadores do SUS destes municípios.

Essa realidade pode estar se refletindo nos dados que o SUS tem gerado sobre a notificação dos agravos a saúde do trabalhador no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN). Este Sistema é alimentado, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos à saúde de um modo geral. Mas há uma Lista Nacional de

¹ Para a Previdência, a categoria “acidentes” comporta tanto os acidentes quanto as doenças relacionadas ao trabalho.

Notificação Compulsória, da qual fazem parte os agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho – acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Desta forma, o SINAN é um elemento de alta relevância na gestão da Política de Saúde do Trabalhador, no que diz respeito ao potencial de armazenamento de dados sobre as notificações dos agravos à saúde do trabalhador, no âmbito do SUS. Seguindo a lógica de atuação do SUS, a base tem como unidade espacial básica o agregado de dados por município.

Em um breve levantamento de dados sobre agravos a saúde do trabalhador especificamente em Castanhal, podem-se perceber várias inconsistências no banco de dados do Sistema. Cruzando as variáveis “notificações por município de notificação no Pará”, segundo “agravos Saúde Trabalhador”, Castanhal não consta na lista apresentada no resultado da busca. A interpretação imediata é que Castanhal não notificou nenhum agravo no intervalo de 2006 a 2013, ou seja desde o início do pleno funcionamento do SINAN no estado até o período atual. Porém, os dados da Previdência Social apresentados anteriormente atestam o contrário.

Já se for buscada a opção “notificação por município de residência do trabalhador”, então Castanhal aparece, porém sendo identificados apenas 05 (cinco) agravos, no período citado acima. Na opção “notificações por doença relacionadas ao trabalho”, segundo “município de residência do trabalhador”, das 31.397 notificações registradas no sistema referentes ao município no período citado, 29.422 tinham essa informação ignorada, 160 indicavam que sim e 1.815 indicavam que não. Ou seja, 94% das notificações desconsideraram a relação entre o agravo e o trabalho ou a atividade laboral, mesmo estando no universo das notificações de doenças relacionadas ao trabalho.

A notificação do agravo segue um fluxo até ser consolidada no SINAN. A informação é gerada a partir do preenchimento da Ficha Individual de Notificação (FIN), ainda em meio físico, no atendimento inicial do paciente pelas unidades assistenciais (não exclusivamente as Sentinelas). É digitalizada nas Regionais de Saúde e encaminhada para as equipes técnicas da Secretaria Estadual de Saúde, para avaliação de possíveis distorções, conclusão de casos e posterior consolidação da informação na base de dados do Sistema no DATASUS (Departamento de Informática do SUS).

Ainda não é possível afirmar conclusivamente as razões destas inconsistências e nem as relações diretas que têm com o fluxo da informação até o seu registro no Sistema, nem tampouco com a falta de capacitação dos trabalhadores do SUS para notificar. Porém, diante do conjunto dos aspectos até aqui destacados, surgem questionamentos que, no momento, mais do que respostas, apontam para a necessidade de aprofundamento dos

estudos acerca dessa problemática, levando em consideração as seguintes reflexões: as notificações do SINAN efetivamente evidenciam a realidade dos agravos à saúde do trabalhador no município de Castanhal/PA? A estratégia RENAST tem sido eficiente na expansão da cultura de saúde do trabalhador no âmbito do SUS?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), como visto, é uma estratégia para a difusão da cultura de saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional. Suas diretrizes, pautadas na implementação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e em Rede Sentinela, tanto de unidades de saúde quanto de municípios ainda enfrentam dificuldades para se tornarem efetivas na realidade prática da proteção e promoção da saúde do trabalhador no país. Este breve recorte analítico feito no município de Castanhal aponta para questões importantes que precisam ser melhor investigadas. As relações entre os Centros de Referência e as Unidades e Municípios Sentinela aparecem nos resultados preliminares como aspectos que requerem maior atenção e análise, com vistas ao aperfeiçoamento da operacionalidade da Política.

A questão da notificação dos agravos a saúde do trabalhador se reveste de importância para a gestão da Política de Saúde do Trabalhador diante da necessidade de se dispor de informações consistentes e ágeis sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde e a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, não somente em Castanhal, Pará e Região Amazônica, mas em todo o País.

Deixar de notificar ou não notificar com consistência pode gerar a perpetuação da parcialidade do desvelamento da realidade brasileira sobre os acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Os dados de notificação em saúde são potenciais subsidiadores do controle social e da ação dos sindicatos e, ainda, da integralização da Política de Saúde com as demais políticas relacionadas ao trabalho, uma vez que são complementares aos dados gerados por outros ministérios e institutos. Nesse sentido, o banco de dados do SINAN tem um alto potencial revelador da realidade de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, tendo em vista que o atendimento ao trabalhador na esfera da saúde pública é universal, independente das formas de inserção no mundo do trabalho (trabalho formal ou informal, urbano ou rural).

Destaca-se, desta forma, a relevância de estudos sobre esta temática para agenda de desenvolvimento da região amazônica, em particular no estado do Pará, focando na proteção social à saúde do trabalhador, como forma de enfrentar a histórica lacuna resultante da desigualdade social presente na relação entre capital e trabalho, expressas nas condições de vida e de adoecimento dos seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?:** Ensaios sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 9ª Ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre a Lei Orgânica de Saúde (LOS). 1990. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/>. Acesso em: 14, jun., 2013.

_____. **Constituição (1988).** Constituição de República Federativa do Brasil. 13ª Ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

_____. **Portaria nº 1679/GM em 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br>. Acesso em: 11, mai., 2013.

_____. **Portaria nº 777/GM em 28 de abril de 2004.** Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br>. Acesso em: 01, jun., 2013.

_____. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. 2009. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br>. Acesso em: 01, mai., 2013.

_____. **Censo Demográfico (2010).** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 14, jun., 2013.

_____. **Anuário Estatístico da Previdência Social (2010).** Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. 2010a. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br>. Acesso em: 10, jun., 2013.

_____. **Cadastro Central de Empresas 2011.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 14, jun., 2013.

_____. **Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012.

CRUZ, Ernesto. **A Estrada de Ferro de Bragança: visão social, econômica e política.** Belém: SPEVEA, 1955.

FADEL DE VASCONCELOS, Luiz Carlos. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. 2007. Tese (Doutorado) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: Uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural.** Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Estela Gonçalves. 6ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 1997.

_____. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** “Trabalhar sim, adoecer não”. Textos de apoio. Coletânea nº 1. Brasília: maio de 2005.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Rev. katálysis.** vol.14, n.1. Florianópolis jan./jun. 2011.

LEAL, A. L. Uma sinopse histórica da Amazônia (uma visão política). **Revista de Estudos Paraenses.** Belém: IDESP, 2010.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: os princípios fundamentais de Marx.** São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MARX, K (1867). O Capital. Volume 1. Transcrito por Alexandre Linares. 2005. Disponível em: <http://marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm> Acesso em: 14, dez., 2012.

MATTOSO, J. E. L. **A desordem do trabalho.** São Paulo: Editora Página Aberta, 2000.

MENDES, R. e DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, 25, 1991.

OLIVAR, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade.** n. 102. São Paulo, 2010.

PANIAGO, M. C. S. A Crise Estrutural do Capital, os Trabalhadores e o Serviço Social. In: COSTA, G. M.; PRÉDES, R. e SOUZA, R. (orgs.). **Crise Contemporânea e Serviço Social**. Maceió: EDUFAL, 2010.

PARÁ (Governo do Estado). Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Portaria nº 548 de 28 de abril de 2010**.

_____. Estatística Municipal (Castanhal). Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças. Instituto de Desenvolvimento Econômico Social e Ambiental do Pará. Belém, 2011.

SILVA, J. A. R. de O. **A saúde do trabalhador como um direito humano: conteúdo essencial da dignidade humana**. São Paulo: LTr, 2008.