

Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios

Environmental and workers' health, within the framework of primary health care in the Brazilian National Health System (SUS): opportunities and challenges

Elizabeth Costa Dias¹
Raquel Maria Rigotto²
Lia Giraldo da Silva Augusto³
Jacira Cancio⁴
Maria da Graça Luderitz Hoefel⁵

Abstract *This paper has the purpose of contributing to the discussion of the crossing areas between Environmental Health and Workers' Health, in the Brazilian context of Labor, Production, Environment and Health. This paper emerges in the context of the current organizational changes of the Brazilian National Health System (SUS), with a major focus on Primary Health Care and to the importance of the dialogue with the social movement. Finally, some topics for a common agenda were identified by the authors.*

Key words *Primary health care, Environmental health, Occupational health and workers' health*

Resumo *O texto busca contribuir para a discussão dos entrecruzamentos entre os campos da saúde ambiental e da saúde do trabalhador, referenciada no cenário brasileiro das relações produção/trabalho, ambiente e saúde e nas mudanças na organização do SUS, com destaque para o papel da atenção primária à saúde (APS), e se destina a contribuir para as discussões no processo de preparação da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (1ª CNSA), prevista para ser realizada em dezembro de 2009. São descritos, de modo sintético, aspectos históricos e conceituais desses campos, algumas das características compartilhadas e as ações esperadas do sistema de saúde, com destaque para o papel da APS e a importância do diálogo com o movimento social. Finalizando, são identificados pontos para uma agenda de trabalho comum.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Atenção básica de saúde, Saúde ambiental, Saúde do trabalhador*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG. Av. Alfredo Balena 190/817, Bairro Santa Efigênia. 301130-100 Belo Horizonte MG. bethdias@medicina.ufmg.br

² Departamento de Saúde Comunitária, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

³ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz.

⁴ Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

⁵ Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador, Departamento de Saúde Ambiental e do Trabalhador, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) baseia-se em métodos e tecnologias simplificadas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, disponibilizadas ao alcance universal da população como primeiro nível de contato com o sistema de saúde, provendo cuidados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Esta proposta ganhou dimensão internacional na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978.

No Brasil, esse conceito foi internalizado no arcabouço jurídico-institucional da saúde, inscrito nos artigos 196 e 200 da carta constitucional de 1988 e na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Ele orienta práticas de saúde que buscam religar o conhecimento fragmentado por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, contextualizando o processo saúde-doença nos ambientes de vida e de trabalho, com a finalidade de concretizar o direito à saúde, em estreito diálogo com os movimentos sociais organizados.

Os termos atenção primária à saúde (APS) e atenção básica de saúde (ABS) têm sido empregados para designar o primeiro nível de organização da atenção no SUS. Após muita discussão, o termo ABS foi adotado pelo Ministério da Saúde nos documentos oficiais e designa a política estabelecida para essa área. Entretanto, o termo atenção primária à saúde (APS) tem sido crescentemente utilizado por técnicos, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e em documentos oficiais do SUS, nos três níveis de gestão^{1,2}. Neste texto, optou-se por utilizar, preferencialmente, a designação atenção primária à saúde.

Apesar dos avanços registrados no país, ainda há muito por fazer, ao se considerar o lugar onde as pessoas vivem, circulam e trabalham como locus privilegiado para a definição das prioridades de saúde, na perspectiva da complexidade envolvida no processo saúde-doença, a escassez de recursos financeiros e o aumento do poder técnico e político das comunidades, para o exercício do controle social do SUS. A verticalidade e a centralização continuam desafiando a organização de ações de saúde de caráter transformador na atenção primária e, apesar do aumento da cobertura, predominam atividades assistenciais em detrimento da vigilância e da promoção da saúde. As questões de saúde decorrentes de processos socioambientais, objeto dos campos da saúde

de ambiental (SA) e da saúde do trabalhador (ST) têm sido tratadas superficialmente e reduzidas à dimensão médico-assistencial.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (1ª CNSA), a ser realizada em dezembro de 2009³, oportuniza a reflexão e a construção de propostas no fazer em saúde que contemplem essas questões. Este texto busca contribuir para a discussão dos entrecruzamentos entre os campos da saúde ambiental e da saúde do trabalhador, referenciados no cenário brasileiro das relações produção/trabalho, ambiente e saúde, que conformam os modelos de desenvolvimento adotados no país e nas mudanças na organização do SUS. Nessa perspectiva, são descritos, de modo sintético, aspectos históricos e conceituais desses campos, características compartilhadas e ações esperadas do sistema de saúde, com destaque para o papel da atenção primária à saúde, em diálogo permanente com o movimento social, e identificados pontos para uma agenda de trabalho comum.

Base conceitual: as relações produção/trabalho-ambiente e saúde

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são a principal referência para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população.

Para a produção de bens e riquezas, são requeridos matérias-primas, trabalho e tecnologia. Ao longo da história humana, particularmente a partir do século XVI, no mundo ocidental, a natureza tem sido vista como uma fonte inesgotável de recursos para os empreendimentos humanos, provendo o processo produtivo de insumos e energia, permitindo a acumulação de capital. O avanço científico-tecnológico mobilizado para a produção, guiado pelo mito da inesgotabilidade dos recursos naturais, induz a exploração sem limites. A ética instituída da supremacia dos humanos sobre os outros seres do planeta reforça esse comportamento.

Entretanto, para que a produção aconteça, o trabalho humano é, e sempre será, indispensável, mesmo em situações de extrema automação. Assim, o círculo virtuoso e perverso da economia se

sustenta pela exploração da natureza e do trabalhador, gerando a degradação ambiental e as cargas biológicas, sociais, psíquicas, econômicas, políticas, culturais que afetam a saúde dos trabalhadores e de suas famílias, produzindo desigualdades sociais e ambientais em uma cultura legitimadora desse processo de desenvolvimento.

Nesse contexto, tem sido observado, de modo mais visível a partir dos anos setenta, um “acordar coletivo” para os riscos decorrentes das formas de apropriação dos recursos naturais e de geração e disposição dos resíduos resultantes⁴. As críticas ao modelo de desenvolvimento puramente econômico e seus impactos sobre as condições de vida, a saúde e doença e sobre o ambiente têm aproximado os campos da saúde do trabalhador e da saúde ambiental^{5,6}. O encontro desses campos disciplinares articula-se, no plano teórico, pela visão sistêmica da relação sociedade-natureza e pela centralidade do modo de produção definido pelo modelo de desenvolvimento adotado e se concretiza no processo saúde-doença. Os territórios abrigam diferentes processos produtivos, que não mais se restringem ao interior das fábricas e indústrias, determinando a distribuição diferenciada da exposição dos indivíduos e coletivos, aos agentes, cargas e riscos de dano para a saúde, e assim o perfil de adoecimento⁷. Minayo e Lacaz⁸ destacam essa questão entre os novos-velhos desafios para o campo da saúde do trabalhador. Lacaz⁹ retoma o tema, enfatizando a importância de se resgatar conhecimentos e práticas do campo da saúde do trabalhador para a redefinição das pautas de ação.

A desigualdade na distribuição da exposição aos fatores de risco para a saúde tem sido denunciada pelo movimento da justiça ambiental, também denominado ambientalismo popular ou dos pobres¹⁰, ao afirmar que a maior carga de exposição aos riscos tecnológicos e ambientais gerados pelos processos de produção e consumo recai sobre os trabalhadores de baixa renda, grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais, populações marginalizadas nas periferias das grandes cidades¹¹.

Segundo Firpo¹², o conceito de justiça ambiental é estratégico para compreender e integrar a teoria e as intervenções técnicas e políticas nas áreas de saúde do trabalhador e da saúde ambiental, por considerar os problemas ambientais – incluindo a saúde dos trabalhadores e os ambientes de trabalho – como resultantes do modelo de desenvolvimento econômico e social que concentra renda e poder. Além de considerar a temática ambiental como um desafio civilizatório, que

necessita ser integrado à agenda política das nações, o autor chama atenção para a necessidade de se romper com a falsa dicotomia entre a defesa da saúde e do emprego e evitar fragmentar, artificialmente, a defesa da natureza, das necessidades dos trabalhadores e das comunidades em geral que habitam os lugares. Nessa perspectiva, a discussão da sustentabilidade deve incluir a existência e a qualidade do trabalho, as condições de vida e saúde dos trabalhadores, de modo articulado com a luta pela democracia e a justiça social.

Foge aos objetivos deste texto o aprofundamento dessas questões; porém, a qualidade do ambiente e da vida e saúde dos trabalhadores e da população podem ser considerados como denominador comum que alicerça os entrecruzamentos das áreas de saúde ambiental e da saúde do trabalhador.

Na perspectiva da saúde, o ambiente deve ser entendido como território vivo, dinâmico, constituído por processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, no qual se materializa a vida humana, por meio de políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível, com a participação e controle social¹³. Assim, as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador devem estar articuladas nos serviços de saúde, uma vez que os riscos gerados direta e indiretamente pelos processos produtivos afetam o meio ambiente e a saúde das populações e dos trabalhadores de modo particular. Os trabalhadores podem ser considerados como “canários sentinelas” levados ao subsolo pelos mineiros do século passado, para avaliar a qualidade do ar no interior das minas, avisando-os do perigo, quando o ar se tornava rarefeito.

Ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador no SUS e o papel da atenção primária à saúde

A incorporação do papel das relações produção/trabalho-ambiente e saúde na determinação do processo saúde-doença da população pode ser identificada no sistema público de saúde brasileiro, desde sua criação, em práticas de controle de vetores de doenças e de saneamento básico. Também, os trabalhadores têm sido atendidos pela rede de serviços de saúde, apesar desse atendimento não contemplar a centralidade dos processos produtivos na determinação da saúde-doença, nem a perspectiva do direito à saúde, com universalidade de acesso ao cuidado integral. Por muitos anos, apenas os trabalhadores

registrados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e seus dependentes contaram com assistência à saúde provida pela Previdência Social.

O campo da saúde do trabalhador é definido, no artigo 6º da Lei nº 8.080/90 como **conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho** consideradas como atribuições do SUS. De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia^{14,15}.

A organização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde do SUS constitui um processo sociopolítico e técnico em construção, iniciado nos anos oitenta, a partir de alianças solidárias entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, conformando os Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Entretanto, apesar da prescrição constitucional, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, estabelecer a responsabilidade do SUS de prover atenção integral à saúde dos trabalhadores há mais de vinte anos, pode-se dizer que o SUS **ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental**. Entre as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde para cuidar dos trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo, destaca-se a invisibilidade dos danos decorrente das políticas de ocultamento desenvolvidas pelos empregadores e do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com essas questões¹⁶.

A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apoiada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) abriu possibilidades de avanços. Em 2005, a Portaria MS nº 2.437 reorientou a organização da RENASt, reforçando o papel dos Cerest e definindo a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema¹⁶.

Conceitualmente, a saúde ambiental¹⁷ compreende práticas intra e intersectoriais e transdisciplinares sobre as relações dos seres humanos com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qua-

lidade de vida e à sustentabilidade. A vigilância em saúde ambiental resulta do conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção dos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Tem a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos; e ambiente de trabalho. O tema ganhou destaque internacional a partir da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente realizada em Estocolmo, em 1972. Na atualidade, abrange discussões e iniciativas de governo e da sociedade civil, sobre a diversidade biológica; biossegurança; consentimento prévio informado (PIC); os poluentes orgânicos persistentes (POPS); os movimentos transfronteiriços de resíduos perigosos; as mudanças climáticas; as armas bacteriológicas e químicas; a proteção da camada de ozônio e o Protocolo de Montreal; questionamento sobre os modelos de desenvolvimento econômico e social, entre outras questões.

No plano institucional, em 1974, foi criada no Ministério da Saúde a Divisão de Ecologia Humana e Meio Ambiente, na Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS). Em 1987, essa divisão foi transformada na Subsecretaria de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, com atribuições nas áreas de saúde do trabalhador, de saneamento e saúde ambiental, de ecologia humana, ecotoxicologia, emergências, desastres e acidentes de trânsito. Apesar da fragmentação, chamam atenção o espectro ampliado de responsabilidades e a opção pela atenção primária de saúde como base de ação. Entretanto, foram poucos os avanços conseguidos, em decorrência da escassez de recursos humanos e orçamentários compatíveis com a missão e da falta de presença social efetiva.

Em maio de 1991, a SNABS foi extinta. A saúde ambiental foi incorporada à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), na Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental (DIEHSA), com a atribuição de “participar na formulação e implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de ecologia humana, de produção de insumos e equipamentos para a saúde e de ambientes e condições de trabalho” Posteriormente, a Coordenação-Geral de Vigilância

Ambiental em Saúde (CGVAM), vinculada ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a prevenção e controle dos fatores de risco físicos, químicos e biológicos presentes no meio ambiente, relacionados a doenças e agravos à saúde. Em 2003, o CENEPI foi incorporado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT) foi vinculada à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e, posteriormente, à Secretaria de Políticas de Saúde e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Na reorganização do Ministério da Saúde definida no Decreto nº 6.860, publicado em 28 de maio de 2009, a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) e a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) foram reunidas no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Esse processo, orientado pelo paradigma que correlaciona produção/trabalho, ambiente e saúde e pela pressão de setores dos movimentos sociais, começa a desenhar possibilidades de ação integrada nesses campos e tem sido seguido por estados e municípios, no país¹¹.

No Brasil, a referência normativa básica para a promoção da saúde ambiental está inscrita na Constituição Federal de 1988, particularmente nos Artigos 23 (incisos 6, 7 e 9), 196 e 200, (incisos 2 e 8) e Artigo 225, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Eles orientam as ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; a participação na formulação da política de saneamento básico, a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; o controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, entre outros. Conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais são utilizados para articular um conjunto de ações destinadas a controlar os determinantes da saúde da população que vive em um dado território, na perspectiva da integralidade do cuidado e a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde¹³.

Possibilidades para a saúde ambiental e a saúde do trabalhador na atenção primária à saúde na atualidade

Na compreensão atual, as áreas ou campos temáticos saúde ambiental e a saúde do trabalhador compartilham a característica da transversalidade, exigindo políticas públicas que articulem os setores sociais responsáveis pela produção e gera-

ção de riscos para a saúde dos trabalhadores, da população e o ambiente e aqueles responsáveis pela atenção integral, a vigilância e a reparação dos agravos. Nessa perspectiva, o SUS deve desenvolver práticas de saúde inovadoras, envolvendo equipes multidisciplinares que incorporem, além de seus princípios e diretrizes próprios, outros como o da precaução e o poluidor-pagador, originários da área ambiental, em estreito diálogo com os movimentos e organizações da sociedade civil.

A organização do sistema de saúde brasileiro, na atualidade, está norteada pelo Pacto pela Saúde e em Defesa do SUS, documento pactuado por técnicos do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no início de 2006¹⁸.

O componente Pacto pela Vida definiu como prioridade a consolidação da atenção básica de saúde como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, financiada pelas três esferas de gestão do SUS, para atender as necessidades de saúde da população e conseguir a equidade social. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as estratégias para sua operacionalização e consolidação¹⁹.

A atenção primária à saúde é caracterizada pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, que privilegiam o trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo considerado o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

Entre as características da atenção primária à saúde que favorecem a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador destacam-se o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde. O enfoque do território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita, bem como a avaliação do impacto das ações. Também facilita o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, conferin-

do concretude às relações produção/trabalho-ambiente e saúde e possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.

O conceito de território transcende a dimensão de espaço geográfico fixo. Ele está em permanente construção, apresentando características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas, que se traduzem no confronto cotidiano entre as demandas de saúde, expressas pelos atores sociais e a oferta de serviços. Porém, mesmo esse enfoque ampliado de territorialização tem sido criticado por não contemplar toda a complexidade dos fatores de risco para a saúde, decorrentes de processos produtivos, e as possibilidades de ação.

Outro conceito de referência na APS é o de rede de cuidado, que considera os lugares institucionais de oferta de serviços assistenciais como nós de rede, entre eles o domicílio, na atenção domiciliar terapêutica; as unidades básicas de saúde; as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial; as residências terapêuticas e os centros de especialidades, como, por exemplo, de odontologia, de saúde sexual e reprodutiva; de saúde do trabalhador, os lares abrigados, de convivência para idosos, de atenção paliativa. Nesse modelo, a APS é considerada como centro de comunicação dessa rede horizontal, responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde; organizando os fluxos e contrafluxos das pessoas na rede e responsabilizando-se pela saúde dos cidadãos²⁰.

O funcionamento adequado das redes de atenção à saúde depende do apoio de tecnologias de informação, como os cartões de identificação e os prontuários eletrônicos que facilitam o seguimento do paciente e o agendamento eletrônico de procedimentos ambulatoriais mais complexos e de apoio diagnóstico e terapêutico nas centrais de regulação; racionalizando o tempo de consulta e liberando os profissionais para ações de promoção e prevenção. A proposta da rede de atenção está em sintonia com a de “linhas de cuidado”, que integra e articula as ações de promoção da saúde, organizadas e programadas para condições ou doenças de maior relevância, que requerem cuidados continuados de longa duração ou por especificidades de grupos populacionais em função de risco e vulnerabilidade, na perspectiva da integralidade. Linhas de cuidados têm sido desenhadas para os agravos como hipertensão, diabetes, desnutrição, ou para os ciclos de vida, como gestação, crescimento e desenvolvimento, entre outros²¹.

Outra estratégia inovadora na APS é a criação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)²², que centraliza a gestão da saúde na atenção básica, integra as unidades de produção de saúde existentes nas regiões e macrorregiões de saúde, investe nas lacunas e vazios de serviços, estabelecendo uma política de regulação e gestão regional com responsabilidades objetivas e transparentes nos diversos níveis da rede.

As ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: pontos para uma agenda de trabalho

Considerando que a gestão municipal é responsável pela operacionalização da APS, deve-se estar atento às especificidades das formas e estratégias assumidas nos mais de 5.500 municípios brasileiros²³. Desse modo, a diversidade das situações e arranjos institucionais é um dos principais desafios a ser enfrentado para a definição de um “modelo” de inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Outra dificuldade decorre da pouca tradição no desenvolvimento de ações de vigilância à saúde nesse nível de atenção, quando comparadas às práticas assistenciais curativas. A solução para esses impasses parece estar no estreito contato com a realidade local e no permanente diálogo com o movimento social.

Nesse sentido, é possível estabelecer diretrizes básicas para serem retrabalhadas no nível local, que se traduzam em práticas transformadoras. Um ponto de partida para pensar as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde são as normas e prescrições existentes. As principais referências para este exercício são: a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST) de 1998²⁴; as Instruções Normativas de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VIST) e de Saúde Ambiental (SINVSA)²⁵ de 2005. Apesar do papel da atenção primária não estar explicitado nas competências municipais relativas ao SINVSA, estas podem ser adaptadas ao atual modelo de gestão. Esses instrumentos oferecem subsídios para a discussão e elaboração de diretrizes condizentes com as necessidades atuais. O Quadro 1 sintetiza essas prescrições e pode facilitar as discussões.

Estudo recente²⁶ realizado para identificar ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pela ou junto à APS, a partir da consulta aos dirigentes da área, a registros na literatura técnico-científica e anais de congressos e reuniões técnicas da saúde pública/saúde coletiva e mostras da Saúde

Quadro 1. Ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador na APS segundo normas vigentes em 2009.

Ações	Descrição	Prescrição/Norma
Assistência	Atendimento ao acidentado do trabalho e ao trabalhador suspeito ou portador de doença relacionada ao trabalho, assegurando a orientação e acesso a serviços de referência para garantir atenção integral	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST)
Vigilância	a) Mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território para apoiar o planejamento de ações promoção da saúde (antecipação); vigilância sanitária e epidemiológica e adequação da assistência b) Cadastramento da população adscrita no território considerando a ocupação exercida (preenchimento Ficha A) c) Participação na vigilância de ambientes e processos de trabalho, para identificação das situações de risco e definição de medidas de correção ou mitigação d) Participação na vigilância da saúde de trabalhadores expostos a situação de risco e investigação epidemiológica) Orientação dos trabalhadores	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2005 Instrução Normativa de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)
Notificação	a) Notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, alimentando o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância e as bases de dados do SUS b) Contribuição para a sistematização e análise dos dados sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho para orientar as ações de vigilância, a organização dos serviços e outras ações em saúde do trabalhador	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2005 Instrução Normativa de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) Portaria GM/MS nº 1.172/2004
Planejamento e gestão	Planejamento, execução e avaliação de ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e de saúde ambiental Participação nos processos de mobilização social pela Saúde	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST) Instrução Normativa nº 1 Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/2004

da Família, no período 2003-2008, revelou que ainda são incipientes, particularmente na literatura formal. Mais de 50% dos registros pertencem à chamada bibliografia informal, aparecendo como temas livres e apresentações nas reuniões técnicas da área. Esses resultados sugerem que, apesar das dificuldades, técnicos da rede de serviços de saúde têm desenvolvido experiências inovadoras nesse nível de atenção, em especial, atividades educativas com trabalhadores e capacitação das equipes técnicas e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de assistência; seguida da vigilância, incluindo a notificação e o mapeamento das atividades produtivas no território de atuação.

A estratégia da atenção primária ambiental (APA), proposta chancelada pela OPAS em 1990, como ação preventiva e participativa em nível local, é orientada pelo reconhecimento do direito dos seres humanos de viver em um ambiente saudável e de serem informados sobre os riscos para sua saúde e bem-estar, bem como de suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde. Outras estratégias de ação no nível local, entre elas a Agenda 21 Local, os Municípios Saudáveis, o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, também se baseiam na compreensão de que a construção da saúde se realiza além dos espaços e práticas das unidades de saúde, ocor-

rendo no cotidiano da vida, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo²⁷.

Outra aproximação do tema, no âmbito da saúde do trabalhador, refere-se à alternativa de se considerar as prioridades já definidas para a APS, como a hipertensão, o diabetes, o atendimento de gestantes e crianças, a prevenção do câncer de colo uterino, entre outras, para se inserir a questão do trabalho e das relações de produção na linha de cuidado. Porém, é importante lembrar que esta alternativa destaca os aspectos assistenciais, em detrimento das ações de vigilância e do enfoque de território.

Outra questão a ser considerada se refere à possibilidade de que a RENAST e em particular os Cerest possam servir como referência técnica para ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental na atenção primária à saúde. Entretanto, para que isto ocorra, é necessário revisar o papel desses centros de referência, uma vez que estudo recente de acompanhamento do desenvolvimento da RENAST, em Minas Gerais²⁶, mostrou que muitas vezes a articulação com a APS, mediada pela qualificação das equipes, tem servido apenas para ampliar a demanda do Cerest sem efetivamente incorporar a APS como porta de entrada do sistema.

Finalizando essas reflexões, é importante destacar questões que necessitam ser valorizadas e discutidas na agenda dos técnicos, gestores e do controle social do SUS, ao se propor o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e de saúde ambiental na APS, como por exemplo, a sobrecarga das equipes da APS. Observa-se que os ACS e os profissionais das equipes da APS já executam atividades no campo da saúde ambiental e de saúde do trabalhador. Assim, o desafio seria a requalificação dessas ações, na perspectiva das relações produção/trabalho-ambiente e saúde. Para isto, é essencial sensibilizá-los e prepará-los para reconhecer os processos produtivos que ocorrem no seu território e suas repercussões sobre o viver e o adoecer das pessoas.

Também, é importante rever o conceito operacional de território, de modo a contemplar questões como a contiguidade das exposições aos fatores de risco, a mobilidade das pessoas que circulam seja para trabalhar ou por outros motivos. Se é mais fácil pensar a organização das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS considerando as atividades produtivas domiciliares, ou de “fundo de quintal”, ela se torna complexa quando se trata de propor o cuidado de trabalhadores que trabalham em locais

distintos, por vezes em outro município, muitas vezes distantes, como no caso dos trabalhadores migrantes recrutados para o corte da cana, para colher laranja ou café. Qual seria o limite das ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador na APS nesses casos? Como organizar o cuidado de pessoas que vivem em um território e trabalham em outro? Como romper com o viés assistencial? O que fazer com as situações de risco geradas em um território, mas cujos impactos se fazem sentir em inúmeros outros?

Outra dificuldade compartilhada com o conjunto do SUS é o gargalo no acesso aos níveis mais complexos do sistema, a exames e clínicas especializados. Se não resolvido, acarreta o descrédito e invalida o esforço despendido na ponta para acolher e cuidar das pessoas.

A integralidade do cuidado também não está resolvida. Apesar dos esforços, nos níveis federal e estadual do SUS, de descentralizar as ações de vigilância de modo a serem assumidas na capilaridade da rede, no mundo real da APS, predominam as ações assistenciais.

Como efetivar a vigilância? Como lidar com os interesses econômicos poderosos da grande empresa que polui e degrada a saúde da população e o ambiente e simultaneamente com a fragilidade do despreparo técnico das equipes, a falta de suporte laboratorial e de referência dos níveis mais complexos do sistema e de suporte social? Como utilizar melhor os instrumentos existentes, por exemplo, a informação sobre a ocupação, preenchida pelo ACS na Ficha A da APS, para as ações de vigilância epidemiológica?

No plano da gestão, como superar as dificuldades, frequentemente relatadas pelas equipes, decorrentes das prescrições centralizadas e vinculadas a metas a serem cumpridas e ao financiamento, pelos níveis federal e estadual, que desconsideram a realidade local? Como trabalhar em equipe se o cafezinho dos ACS é espacialmente e qualitativamente separado dos médicos e enfermeiros? Como capacitar os profissionais da APS para desenvolver ações de saúde do trabalhador, se eles não conseguem encaminhar suas próprias demandas por contratos justos e condições de trabalhos adequadas e com menos adoecimento?

São questões importantes para a agenda de trabalho da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (1ª CNSA), convocada por decreto presidencial publicado em 14 de maio de 2009, que tem por objetivo definir “diretrizes para políticas públicas integradas no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersectorial dos vários atores envolvidos com o tema”.

Considerações finais

Procuramos neste texto identificar aspectos do referencial teórico e características compartilhadas pelos campos da saúde ambiental e saúde do trabalhador; os avanços conceituais e na legislação vigente e algumas das dificuldades para sua concretização nos serviços de saúde, ressaltando a oportunidade surgida com a reorientação do modelo de atenção do SUS, que privilegia a APS como organizadora desse processo.

Os desafios são muitos e complexos. Conjugam mudanças no cenário macro, no “mundo do trabalho” e no perfil dos trabalhadores decorrentes da reestruturação da produção, em escala global, na qual o Brasil se destaca entre os países emergentes. Novos e velhos padrões de produção e consumo se relacionam com o ambiente e saúde e se expressam no viver, adoecer e morrer dos trabalhadores e da população e na degradação ambiental.

Apesar de avanços importantes no arcabouço jurídico institucional e nas práticas de saúde pública, ainda que isoladas e fragmentadas, e da crescente valorização e mobilização social em torno dessas questões, as políticas públicas, em especial as políticas de saúde, não têm conseguido lidar adequadamente com essas questões.

O encontro dos campos disciplinares da saúde do trabalhador e da saúde ambiental nos territórios onde se concretizam as relações sociedade-natureza sinaliza possibilidades de novas práticas de saúde no SUS, em especial na atenção primária à saúde, ordenadora do atual modelo de cuidado. Cidadãos e profissionais de saúde são convidados a criar práticas diferenciadas de Saúde Pública e a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (1ª CNSA) é oportunidade para o encontro, a discussão e a criação de alternativas, na busca de mais saúde e vida para o planeta.

Colaboradores

EC Dias e J Cancio trabalharam na concepção teórica, elaboração e redação final do artigo e RM Rigotto, LGS Augusto e MGL Hoefel contribuíram na redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro; EPSJV Fiocruz; 2007.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2004.
3. Brasil. Decreto presidencial de 14 de maio de 2009. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União* 2009; 15 mai.
4. Rigotto RM. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 4(6):388-404.
5. Freitas CM, Porto MFS. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
6. Câmara VM, Galvão LAC. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: Mendes R, organizador. *A patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu; 1995. p. 75-85.
7. Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 1998; 3(2):47-59.
8. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):797-807.
9. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(Supl. 4):S757-S766.
10. Porto MFS, Martinez-Alier J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(Supl. 4):S503-S512.
11. Rigotto RM, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad Saude Publica* 2007; 23(Supl. 4):S475-S501.
12. Porto MFS. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):829-839.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Mimeo]
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):817-828.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistematização de Guias e Caracterização das Respectivas Linhas de Cuidado. Produto I - Relatório técnico contendo a análise crítica dos guidelines selecionados e a respectiva sistematização proposta*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
22. Mendes EV. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
23. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):S7-S27.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa MS/SVS nº 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União* 2005; 22 mar.
26. Dias EC, Silveira AM, Vilas Boas SW, Silva JM. *Implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, no Estado de Minas Gerais, no período 2002-2007: diagnóstico de situação e recomendações para o aperfeiçoamento do processo* [relatório técnico-científico]. Belo Horizonte: Cerest; 2008. [Mimeo]
27. Netto GF, Carneiro FF, Aragão LGT, Bonini EM, Drumond IA, Tavares MS, Villardi JWR, Alonzo H. *Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS*. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS - re-significando a promoção da saúde*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006.

Artigo apresentado em 07/07/2009

Aprovado em 14/08/2009

Versão final apresentada em 08/09/2009