



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

DÉBORA DA SILVA PEREIRA

**SAÚDE DO TRABALHADOR E SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA JUNTO AO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST) NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE-PB.**

**CAMPINA GRANDE
2017**

DÉBORA DA SILVA PEREIRA

SAÚDE DO TRABALHADOR E SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de bacharelado em Serviço Social.

Orientador: **Profa. Ms. Maria do Socorro Pontes Souza**

**CAMPINA GRANDE
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

P436s Pereira, Débora da Silva.
Saúde do trabalhador e serviço social [manuscrito] : um relato de experiência junto ao Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) no município de Campina Grande-PB / Debora da Silva Pereira. - 2017

38 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde do Trabalhador. 2. CERAST. 3. Serviço Social. 4. Doença ocupacional. 5. Saúde ocupacional.

21. ed. CDD 362.1

DÉBORA DA SILVA PEREIRA

SAÚDE DO TRABALHADOR E SERVIÇO SOCIAL: Um relato de experiência junto ao centro regional de reabilitação e assistência em saúde do trabalhador (CERAST) no município de Campina Grande-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de bacharelado em Serviço Social.

Aprovada em: 05/10/2017

BANCA EXAMINADORA

Maria do Socorro Pontes de Souza
Prof. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(orientadora)

Mônica Barros da Nóbrega
Prof. Dra. Mônica Barros da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(examinadora)

Glaucineith R. de Albuquerque Lima
Glaucineith Cavalcante de Albuquerque Lima
Mestre em serviço social (UEPB)
Assistente social do Centro de Reabilitação e Assistência em Saúde do
Trabalhador (CERAST) do Município de Campina Grande-PB
(examinadora)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus familiares, em especial aos meus pais, Francisca da Silva e Francisco Pereira, que sempre me motivaram em minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e nossa senhora por estarem presente em todos os momentos da minha vida mim ajudando nas horas difíceis.

Aos meus pais, Francisca da Silva Pereira e Francisco Alves Pereira, pela compreensão e apoio quando decidi sair de casa para construir o meu futuro e a qual sempre acreditou em mim e esteve ao meu lado compartilhando cada fase e cada conquista alcançada.

Aos meus irmãos, Damiris Pereira e Diogo Pereira, que sempre me encorajaram nesta trajetória, me motivando a alcançar meus objetivos e a realização dos meus sonhos.

Ao meu namorado, José Diego, 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. 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!

A minha família, tios (as), sobrinho, primos (as) e cunhada (o), que sempre me apoiou nos estudos e na minha escolha, especial a Simone pela acolhida em Campina Grande. A vocês, muito obrigada!

A orientadora Maria do Socorro Pontes Sousa, que teve um papel fundamental e essencial para o desenvolvimento deste trabalho, agradeço à compreensão, o apoio, a disponibilidade e acessibilidade em sempre ajudar.

As minhas supervisoras Aparecida Nunes e Glaucineth Cavalcante, que dedicaram seus conhecimentos à minha formação.

As minha amigas, Joeny, Paula Fernanda, Juliana e Ruth por me ajudarem e apoiarem quando precisei. Guardo vocês no coração.

Aos colegas da universidade pelos momentos de amizade e apoio.

À banca examinadora pela presença e contribuição.

“A saúde dos operários é, portanto um problema de todo país. Cada um tem um dever a cumprir, para colocar um fim à demolição psicofísica daqueles que criam as riquezas do país e que estão sujeitos à pior exploração. Os especialistas, as Municipalidades e as Províncias, o Estado, os sindicatos, os estudantes, o movimento operário na sua totalidade, os intelectuais de todas as disciplinas, cada um no seu próprio campo de ação pode contribuir para esta finalidade”.
(BERLINGUER, 1983, p. 73).

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AS - Assistente Social

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAT - Comunicação de Acidentes do Trabalho

CERAST- Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

DORT- Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

IAP - Institutos de aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LER- Lesões por Esforço Repetitivo

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MRS- Movimento da Reforma Sanitária

MS- Ministério da Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

PNSTT- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PST- Programas de Saúde do Trabalhador

RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

VST - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
1. INTRODUÇÃO	8
2. DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	9
3. UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	13
4. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	16
5. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR	22
6. O RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST).....	25
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	25
6.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST)	27
6.3 AÇÕES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO REALIZADAS JUNTO AOS USUÁRIOS CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST)	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
ABSTRACT.....	33
REFERÊNCIAS.....	33

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST) NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.

DÉBORA DA SILVA PEREIRA¹

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em forma de artigo, tem como objetivo apresentar a sistematização das ações desenvolvidas no estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no período de Setembro de 2016 a agosto de 2017 junto ao Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador, localizado na Avenida Dinamérica Alves Correia, S/N, bairro Santa Rosa, Campina Grande-PB. Trata-se de um trabalho de caráter descritivo e bibliográfico e se pauta no relato de experiência vivenciada no campo de estágio. A vivência das etapas do estágio nos levou a perceber que a maioria dos usuários (as) da instituição, apresentavam dúvidas quanto aos serviços oferecidos por esta, apontando para a necessidade de um trabalho socioeducativo junto a estes, com o intuito de esclarecer sobre a particularidade do CERAST, mediante as mudanças ocorridas a partir da sua reestruturação no ano de 2016, possibilitando a socialização de informações e o debate sobre o serviço na perspectiva do direito. Para tanto, elaboramos um projeto de intervenção, objetivando a transmissão das informações para os usuários da instituição, através de algumas atividades como rodas de conversa, sala de espera, dinâmica de grupo e entrega de folders contendo informações do serviço, com o intuito de contribuir através de uma atuação socioeducativa do serviço social, para que os trabalhadores tivessem conhecimento dos seus direitos e o acesso ao direito à saúde.

Palavras-Chave: Saúde do trabalhador. CERAST. Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo sistematizar as ações desenvolvidas no Estágio Obrigatório em Serviço Social, realizado no período setembro de 2016 à agosto de 2017 no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), localizado na Avenida Dinamérica Alves Correia, S/N, bairro Santa Rosa,

¹ Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: deborapereiraps@hotmail.com

Campina Grande – PB, cujo trabalho é direcionado para trabalhadores que estejam inseridos no mercado de trabalho na condição de formal ou informal e que estejam com a saúde comprometida, em função das condições de trabalho.

A partir do contato com os usuários do Serviço Social na instituição, observamos por meio da entrevista social, que a maioria tinha um baixo nível de conhecimento e compreensão acerca dos objetivos institucionais e dos serviços oferecidos em tal espaço, o que nos instigou para a realização de um projeto de intervenção com ênfase em ações socioeducativas que possibilitassem a socialização de informações e a viabilização dos direitos, preconizados na Constituição Federal de 1988, a exemplo do acesso à rede de serviços públicos, em especial à saúde.

Trata-se de um trabalho de caráter descritivo e bibliográfico e se pauta no relato de experiência vivenciada no campo de estágio. Para operacionalização das ações fizemos uso de rodas de conversa, sala de espera, dinâmica de grupo e entrega de folder contendo informações do serviço (construído no decorrer da elaboração do projeto).

O trabalho ora apresentado traz sua relevância na medida em que busca contribuir com o debate em torno da temática abordada, e socializar as informações acerca da experiência do estágio supervisionado em serviço social junto ao CERAST, localizado no município de Campina Grande/PB.

O presente trabalho está estruturado, na seguinte ordem: No primeiro item, tecemos algumas considerações acerca da medicina do trabalho até a saúde do trabalhador; no segundo item fazemos uma breve contextualização histórica sobre a saúde do trabalhador no Brasil, em seguida discutimos a saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas. Posteriormente, tecemos algumas considerações sobre o Serviço Social e Saúde do Trabalhador e, por fim, apresentamos o relato de nossa experiência junto ao CERAST, localizado no município de Campina Grande/PB.

2. DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO TRABALHADOR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O surgimento da saúde do trabalhador enquanto uma política pública de saúde é marcada por um processo de estreita relação com o percurso histórico do mundo do trabalho, a partir da segunda metade do século passado (GOMES, 2012, p.33).

Conforme destaca Mendes; Wunsch (2011), o surgimento da relação saúde e trabalho e sua indissociabilidade vem exigindo respostas políticas, teóricas e sociais, cuja raiz está na compreensão do trabalho, seu significado e metamorfoses. O trabalho, aqui entendido como processo dinâmico, representa para o trabalhador sua história individual e também coletiva.

Portanto, a relação entre trabalho e saúde é uma mediação desenvolvida desde a Antiguidade, mas que por muito tempo foi pouco discutida, se tornando alvo de preocupação e ações apenas com o advento da Revolução Industrial (GOMEZ; COSTA, 2004 apud SANTO; FREITAS, 2012). Responsável pela introdução de transformações sociais inéditas, como o progresso técnico-científico, êxodo rural, intensificação da jornada de trabalho e trabalho infantil, esta revolução se caracterizou pela introdução de condições de trabalho radicalmente novas nos ambientes fabris: jornadas de trabalho extenuantes, baixos salários, condições inadequadas para realização das atividades, ambientes insalubres, acompanhados da falta de higiene, do esgotamento profissional, acidentes de trabalho e alimentação inadequada (FERREIRA et.al., 2006 apud SANTO; FREITAS, 2012).

Desta maneira e em decorrência das más condições de trabalho que os trabalhadores foram submetidos, à época da Revolução Industrial agravados pela inexistência de serviços de saúde pública, surge a Medicina do Trabalho como especialidade médica na Inglaterra, em meados do século XIX. Sua intervenção era pautada em ações de saúde no âmbito dos processos laborais, com o propósito de prevenir doenças e garantir a capacidade de trabalho dos operários e o aumento da produtividade, ou seja, suas ações eram pautadas nas agressões incidentes no corpo do trabalhador e no isolamento de fatores que desencadeavam o adoecimento ou acidente (MENDES; DIAS, 1991).

Apesar do surgimento de práticas que visavam o cuidado e a prevenção aos acidentes de trabalho e saúde dos trabalhadores, a Medicina do Trabalho efetivada a partir da figura do médico no âmbito das fábricas, tinha como propósito recuperar a saúde do corpo da classe trabalhadora para que continuassem aptos a trabalhar, visava apenas detectar os danos à saúde e recuperar o trabalhador para o seu

retorno à linha de produção, tornando uma espécie de braço do empresário (FOUCAULT, 1982 apud SANTO; FREITAS, 2012).

Neste sentido e de acordo com LACAZ, 1996 (apud Lourenço 2009, p.103):

Esse modelo privilegia o diagnóstico e tratamento de natureza orgânica e o trabalhador acidentado ou adoecido é tomado como objeto da ação e não como sujeito, uma visão mecanicista que ignora os determinantes sociais do processo de trabalho no desencadeamento dos agravos à saúde de seus produtores.

Nessa perspectiva, Lourenço (2009), ressalta que a medicina do trabalho, ao analisar a saúde a partir de uma visão limitada aos fatores de riscos e excluindo das análises os processos de trabalho que levam ao processo de adoecimento da classe subalterna acabam desconsiderando a interação de um conjunto de riscos e determinações objetivas e também subjetivas que atua sobre a vida e saúde do trabalhador, voltando-se apenas sobre o que invisível e aparente, centrando suas ações de forma biologicista, pressupondo apenas o reconhecimento da natureza biológica das doenças, sem se preocupar com o contexto social, ou seja, centrava-se apenas nos agentes provocadores de doenças desconsiderando, em sua análise, outros elementos que também influenciavam na saúde destes trabalhadores.

Destarte, a Medicina do trabalho era considerada uma ferramenta importante para o fortalecimento e enriquecimento das empresas, visto que a mesma buscava manter a dependência do trabalhador na empresa a partir de cuidados com a sua saúde, porém a intenção era o retorno à exploração da força de trabalho que favorecia o aumento de acumulação de capital. Com tal estratégia, a Medicina do Trabalho ganha novos territórios a partir da expansão industrial por outros países, e com essa amplitude a Medicina do Trabalho a partir da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ganha recomendações normativas, cuja função é a sua regulamentação e profissionalização (MENDES; DIAS, 1991).

Ao passo dos anos, o processo industrial passa a incorporar novos meios tecnológicos que intensifica a exploração do trabalho e conseqüentemente aumenta os agravos à saúde e mortes no trabalho, em meio a esses desdobramentos deste processo, a Medicina do Trabalho se mostra insuficiente para responder aos problemas de saúde provocados pelos processos produtivos e manter a força de trabalho saudável (MENDES; DIAS, 1991).

Em decorrências dessas transformações e como alternativa surge a Saúde Ocupacional dando ênfase a ações voltadas para a higiene industrial, agora por meio de uma equipe multiprofissional. De acordo com Mendes; Dias (1991, p.343), “a atuação médica desse modelo é direcionada para o trabalhador, pela intervenção sobre o *ambiente*, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões”.

Neste âmbito, o modelo de Saúde Ocupacional passa a incorporar ações educativas voltadas para promoção e prevenção da saúde, porém suas ações ainda permanecem limitadas ao âmbito fabril e a busca de adaptação do trabalhador, ou seja, esse modelo ainda subentende que as causas do adoecimento dos trabalhadores se dão apenas no âmbito das fábricas e não consideram as relações sociais como determinantes do processo de adoecimento, portanto continua sem uma perspectiva crítica das contradições presentes nessa totalidade (LOURENÇO, 2009).

A preocupação destas duas formas de atuação centrava-se no corpo, tendo como enfoque: o corpo lesado, o corpo doente, o corpo mutilado. A visão da exploração do trabalho em outros âmbitos, como na saúde mental dos trabalhadores, ficava negligenciado. O corpo do homem era a primeira vítima e, portanto, o primeiro alvo da prevenção.

Segundo Pinheiro (2001, apud SANTOS; BON; et.al., 2001), a Saúde Ocupacional na década de 1970 não consegue mais dá respostas aos problemas vivenciados pelos trabalhadores, devido esse período ter sido marcado por mudanças na reorganização do capital e do mundo do trabalho a exemplo da implantação de novas tecnologias, com uma forte tendência a terceirização, implantação da informalização. Antunes (2003) destaca nesse contexto, a incorporação do contingente feminino e de uma intensificação na expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, caracterizando-se assim, a precarização das formas de trabalho. Dentre as repercussões dessas transformações para o mundo do trabalho, destacam-se vários estudos de autores importantes que trazem à tona as implicações desse processo para as condições de saúde dos trabalhadores.

Diante de tal processo, surge em alguns países manifestações por parte da classe trabalhadora que passa a exigir a sua participação no quesito saúde e segurança, e por meio dessa organização, os trabalhadores conquistaram

mudanças nas legislações, principalmente no que dizia respeito aos campos de saúde e segurança do trabalho, do qual, podemos citar as convenções da Organização Internacional do Trabalho – OIT, Decretos, Normas, dentre outros instrumentos e a exemplo da própria Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT no Brasil, no sentido de criar instrumentos de regulação entre as classes que compram e vendem a força de trabalho para solucionar os conflitos inerentes aos interesses de cada classe, principalmente, referente às questões de saúde e segurança do trabalho.

3. UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

No que se refere particularmente ao contexto brasileiro, a emergência do campo de saúde do trabalhador pode ser identificada a partir da década de 1970-1980. Contudo antes desse período os governos brasileiros criaram ações e normas como tentativa de promover respostas à saúde do trabalhador.

Cabe destacar de acordo com Mendes; Wunsch (2011), que a denominação saúde do trabalhador carrega em si as contradições engendradas na relação capital e trabalho e no reconhecimento do trabalhador como sujeito político. Ela representa o esgotamento de um modelo hegemônico que atravessou décadas, e por que não dizer séculos, circunscrito num arcabouço legal e conservador que reconhecia um risco socialmente aceitável e indenizável à lógica do capital dos acidentes de trabalho.

No início do século XX, surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública, devido o período de transformações econômicas e políticas por qual passava o país, marcadas pelo início do processo industrial, ocasionando diversas doenças graves que acometiam a classe trabalhadora e representava um risco à produtividade no trabalho frente ao desenvolvimento capitalista no Brasil. Cabe destacar que, é precisamente durante os governos de Getúlio Vargas, que os trabalhadores começaram a pressionar por melhores condições de trabalho e saúde, o que fez com que o Estado passasse a intervir em tais condições, e como tentativa de controlar as greves e manifestações operárias utilizou-se da criação de políticas sociais e previdenciárias que eram concedidas na forma de assistencialismo e não como direito (LOURENÇO, 2009).

Vale enfatizar que durante o governo de Vargas, novas políticas sociais e legislações se apresentavam como resposta a este movimento. Em tal contexto, os trabalhadores conseguiram a regulação do contrato registrado em Carteira de Trabalho, ou seja, o Estado buscou estruturar o desenvolvimento da indústria por meio da estruturação da legislação trabalhista e o sistema previdência social, por meio dos Institutos de aposentadorias e Pensões (IAP), os quais absorveram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), onde o Estado delegava a essa instituição a função de oferecer serviços médicos para aqueles trabalhadores contribuintes, deixando aqueles ditos informais sem acesso a tais serviços. Sendo assim, as ações em saúde do trabalhador no Brasil possuíam uma íntima relação com o desenvolvimento da Previdência Social, característica que permanece até o final dos anos 1980, quando este campo passa a ser incorporado pelo Sistema único de saúde-SUS, conforme discutiremos adiante.

No entanto, antes da sua implementação como saúde pública surgiram algumas estratégias, como por exemplo: com a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho em 1943 e a incorporação de dispositivos que visavam a garantir a segurança no trabalho por meio de equipes de Medicina e Segurança do Trabalho.

A posteriori, na década de 1950, o Brasil vivenciava uma aceleração no seu desenvolvimento industrial, trazendo consigo o aumento dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, ocasionado a partir de condições degradantes no espaço de trabalho. Diante dessas manifestações das relações entre capital e trabalho, surge o enfrentamento dessas doenças por meio dos serviços médicos de empresas, dando início formal da Medicina do Trabalho, que tinha como ideia considerar apenas os agravos relacionados ao trabalho sem considerar outros determinantes sociais que acabavam interferindo no processo de adoecimento (LOURENÇO, 2009).

Quanto à adoção da Saúde Ocupacional, segundo Mendes, Dias (1991), o seu desenvolvimento se deu a partir da década de 1950 com a instituição Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), cuja função era desenvolver ações de treinamento e qualificação técnica para as campanhas e atuação contra os acidentes de trabalho, nos centros acadêmicos por meio de especializações e pós-graduação, assim como também na CLT, mais precisamente no Capítulo V delegando a obrigatoriedade de uma equipe técnica

multidisciplinar nos locais de trabalho oferecendo serviços de prevenção e promoção de saúde.

Conforme Bravo (2008), no período da ditadura militar – 1964/1974 –, houve uma ampliação da política assistencial com a finalidade de suavizar as tensões, regular conflitos e legitimar o regime servindo de mecanismo de acumulação do capital, sendo assim, até os anos 1980, a saúde do trabalhador no Brasil era provida por meio da conjugação: assistência médica e benefícios sociais. Entretanto, estas medidas eram incapazes de reduzir o número de acidentes de trabalhos que ocorriam nas fábricas.

Com a reestruturação do capital o processo de trabalho se modificou e introduziu uma nova organização na sua gestão e no modo de produzir, baseado na tecnologia da informática e da robótica, ocasionou transformações no mundo do trabalho que trouxeram sérias consequências para a saúde dos trabalhadores, contribuindo para o aumento do desgaste da força de trabalho, precarização e retração dos direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores. No antagonismo desse processo, a classe trabalhadora passa a se manifestar denunciando alguns reflexos desse processo que infringiam a saúde e reivindicando pela incorporação das demandas de saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (LOURENÇO, 2009).

De acordo com Mendes; Wunsch (2011), a necessidade de transformações de práticas sociais para uma abordagem ampliada da saúde, para fazer frente aos crescentes índices de morbidade e mortalidade da população, ocorreu em um momento de efervescência do Movimento da Reforma Sanitária e da democracia brasileira, e resultou na criação do Sistema Único de Saúde (1988) e na reorganização das competências das ações de segurança e saúde do trabalhador, na tentativa de superar a histórica fragmentação em três áreas: saúde, trabalho e previdência.

As citadas autoras ressaltam que, em uma retrospectiva histórica situa-se o movimento de Reforma Sanitária iniciado no início da década de 1980, como marco da área e da denominação “saúde do trabalhador”. Nesse contexto, o tema “saúde” passou a ter uma conotação política, num extenso debate, numa relação intrínseca entre saúde, democracia e determinação social de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012). No que se refere ao MRS este teve sua gênese no interior das universidades

com estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade questionando o modelo biomédico adotado como referencial para a saúde, a defesa da saúde como direito de todo cidadão. Assim, o sistema de saúde deveria assegurar o acesso à população aos programas preventivos e/ou curativos e estas ações e serviços deveriam estar ligados em um único sistema de saúde, com descentralização da gestão administrativa e financeira e controle social das ações de saúde.

Portanto, a partir de tal contexto, a saúde do trabalhador passa a ser relacionada não apenas com ações que visam tratar os efeitos do trabalho nos trabalhadores, mas percebida a partir de outros determinantes que estão envolvidos no processo de trabalho e de adoecimento.

4. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Com a implementação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, a incorporação da saúde do trabalhador como campo político, a mesma estabelece, princípios legais para a composição dessa política. Em seu artigo 200 é estabelecido à ampliação do atendimento do SUS para além da intervenção no corpo ou suas partes, o qual evolui para a intervenção nas causas, até mesmo nos locais de trabalho, como visto no inciso II “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e no inciso VIII “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho” (BRASIL, 1988).

De acordo com Lourenço e Bertani (2007, pag. 123),

Não há uma resposta única para defender a emergência e a solidificação do campo saúde do trabalhador no SUS, mas a legitimidade desta proposta se constitui por meio de vários pressupostos, como, por exemplo, que os serviços de saúde já prestam atendimentos aos agravos, sendo necessário buscar as suas causas e nelas intervir, ou seja, transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador.

Com a normatização da Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei n.º 8.080/90), que regimentou o SUS e suas competências em relação à Saúde do Trabalhador, se estabeleceram o trabalho como um fator determinante/condicionante para a saúde. O seu artigo 6º traz que a realização das ações de saúde do trabalhador deve seguir os princípios gerais do SUS, como: 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.

Cabe destacar que, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994, que tais questões são demarcadas politicamente, na perspectiva de construção de ações no âmbito da saúde do trabalhador, abrindo espaço para que o Ministério da Saúde (MS), através do SUS, assumisse um papel bem mais atuante.

Lourenço (2007) destaca que as primeiras ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS se deram por meio dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), sendo o mesmo municipalizado. Nesse mesmo período também houve a criação de leis, portarias e normas que tiveram o intuito de assegurar os princípios fundamentais e efetivação do SUS, a exemplo da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), cujo objetivo é conhecer o meio, os riscos e agravos que venham danificar a saúde e assim executar intervenções voltadas para promoção, prevenção e assistência à saúde do trabalhador (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

No entanto, parte dos avanços que tivemos com a implementação do SUS, e particularmente no campo da saúde do trabalhador, passam a ser tensionadas na conjuntura conservadora da década de 1990, marcada pela convivência entre democratização e liberalização econômica.

A década de 1990 no Brasil e seus respectivos governos (Sarney, Collor de Melo e FHC), marcaram o desmonte da saúde pública e favoreceram o projeto privado, através de medidas como o boicote a implantação do SUS; as primeiras iniciativas de descentralização de poderes, do orçamento e financiamento das ações do SUS; a transferência das questões relativas à saúde pública e da gestão foram repassada ao terceiro setor; o repasse de recursos públicos para o setor privado de saúde; a desarticulação da Atenção Básica (AB) da secundária e terciária; a AB com programas focalizados e a rede hospitalar pública formando parcerias com a rede privada; o preenchimento de vagas em saúde sem concurso público; e o não repasse de verbas à saúde pelo governo federal (BORLINI, 2010).

Em 2003, no início da gestão Lula, é concebida, no âmbito da Secretária de Assistência do Ministério da Saúde, a área técnica de saúde do trabalhador denominada COSAT, sua principal estratégia é a reformulação e a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador – RENAST, consignada na Portaria nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002, e ampliada com a Portaria GM/MS nº. 1.068, de 4 de julho de 2005, ambas emitidas pelo Ministério da Saúde, composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, serviços sentinelas, que condiz com a preparação e a capacidade técnico-operativa dos serviços de saúde em diagnosticar, prevenir, tratar e notificar os agravos à saúde dos trabalhadores. De suma importância além da Renast, destacar em tal governo, em relação à saúde do trabalhador, a convocação da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) realizada no período de 24 a 27 de novembro de 2005, após 11 anos da 2ª CNST, em Brasília, cujo tema central foi: “Trabalhar sim, adoecer não” (OLIVAR, 2010, p. 118).

Cabe destacar também, no que se refere aos avanços jurídicos formais voltados a saúde do trabalhador, que é instituída no governo de Dilma Rousseff, em 23 de agosto de 2012, a Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora pela portaria N°1.823, considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à saúde do trabalhador, nos seu Art: 2º:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Vale enfatizar de acordo com Caixeta (2014), que a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), foi resultado da participação e mobilização social em conferências, conselhos e espaços de debates, nos quais, apresentava-se as demandas e pensava-se em estratégias a serem levadas aos órgãos competentes. Ela se destina a todos os trabalhadores, com prioridade as pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas “inseridas em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho,

em atividades de maior risco para a saúde” (BRASIL, 2012, art. 7º), alinhando-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Cabe destacar ainda que, tal política tem como objetivo fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde. Dentre suas finalidades, está o controle e a avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas. Dessa forma, destaca-se a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a articulação com as equipes técnicas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de modo que forneçam apoio sempre que necessário ao SUS.

Portanto, a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e, em especial, a criação da RENAST e dos CEREST estabeleceu uma nova matriz para a atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois deu início à sua visibilidade como uma questão de saúde pública, tendo como eixos fundamentais a *intersectorialidade, a transversalidade e integralidade* das ações do Estado e, ainda, o controle social (LOURENÇO, 2009, apud CAIXETA, 2014).

Vale destacar, ainda conforme chama atenção a referida autora, que um avanço apresentado na PNSTT, consiste na proposta de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros que apresentem correlação com a área de saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação (BRASIL, 2012). No que se refere ao SUS, busca-se promover a formação e capacitação dos trabalhadores do SUS na temática de saúde do trabalhador.

A PNSTT, também prevê competências para o SUS e seus gestores, como coordenar a política em âmbito nacional e desenvolver estratégias juntamente com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST).

Além disso, inseridos na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cabem aos centros de referência promoverem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, no âmbito estadual e municipal.

Apesar de todos esses avanços trazidos pela referida política, é possível se observar na conjuntura atual do país, um processo de retração dessas conquistas, diante do processo de reestruturação do capital e do avanço da ofensiva neoliberal

que ocorre no Brasil desde o contexto dos anos 1990, e que passou a incorporar mudanças no mundo do trabalho, trazendo consigo os efeitos desse novo processo, materializado no desemprego, na flexibilização das relações de trabalho, no trabalho infantil, na informalidade e na precarização do trabalho, podendo produzir a violência moral, ética, política, física e psíquica do trabalhador.

A condição para a sua materialização é dada pela instabilidade, insegurança, intensificação dos ritmos, extensão da jornada de trabalho, fragmentação de classe e a concorrência entre os próprios trabalhadores, visto que, a introdução da tecnologia no processo de produção resultará na redução da força de trabalho humano aumentando o desemprego e a miséria. Diante desse fato, sabemos que parte significativa das ocorrências de acidentes e, sobretudo, doenças oriundas da atividade laborativa nas últimas décadas está diretamente relacionada às mudanças ocorridas na economia mundial, acompanhadas das alterações na organização do trabalho e da produção, atingindo cada vez mais trabalhadores que estão inseridos em ambientes com alta tecnologia ou não, e com vínculos contratuais diferenciados evidenciando a precarização do trabalho (LOURENÇO, 2016).

Com o avanço da terceirização aumenta-se a vulnerabilidade do trabalho, e como consequência surge novas patologias contemporâneas vinculadas ao trabalho, como por exemplo, as Lesões por Esforço Repetitivo, também denominado Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), os problemas psíquicos, assim como o câncer. (LOURENÇO, 2016).

No entanto, essa precariedade do trabalho, de acordo com Lourenço e Bertani (2007, pag.124) resulta:

Na violação dos direitos sociais- trabalhistas e saúde-, na insegurança do posto e do ambiente de trabalho, no aumento do ritmo da produção e das exigências (pressão) interfere na saúde dos (as) trabalhadores (as) e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer.

As mudanças que vem ocorrendo nas relações de trabalho, na qual o trabalho informal vem se sobressaindo, aumentando o índice de acidentes e agravos à saúde do trabalhador divergem com os avanços contidos na Constituição Federal de 1988 e nas legislações seguintes, que asseguram à saúde e a segurança no trabalho. O que se observa é a invisibilidade dos acidentes de trabalho, principalmente daqueles que trabalham sem carteira assinada, já que muitas empresas terceirizadas impõem

limites nas ações preventivas aos danos do trabalho, desfavorecendo o trabalho na luta por melhores condições de trabalho e pela garantia dos direitos trabalhistas e sociais e o não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho devido à inexistência da sua notificação (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Contudo, esta pouca visibilidade dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sobretudo no que diz respeito à falta de dados, acontece devido à notificação ser feitas apenas dos empregados celetistas que são contribuintes, sendo de responsabilidade da Previdência Social pela sistematização e processamento da base de dados, por meio da CAT - Comunicação de Acidentes do Trabalho, neste sentido a previdência social é destinada a amparar os trabalhadores que possuem vínculo formal (PINHEIRO, 2011). Decorrente desse modelo cabe destacar que apesar se de contar com uma legislação que proíbe o trabalho infantil e que protege o trabalho de adolescentes, é comum o trabalho infantil, porém está violação de direitos é raramente revelada e denunciada.

Para Lourenço; Lacaz (2013. Pag.456 apud LOURENÇO, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apesar de importantes iniciativas na estruturação da Rede Nacional e Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), ainda não conseguiu articular um sistema efetivo de notificação e vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo no que diz respeito às doenças relacionadas ao trabalho.

Vale enfatizar que as diversas iniciativas do atual governo, que visam à promoção de mudanças nas regras e normas trabalhistas, a exemplo a Lei da Terceirização, a Reforma da Previdência e a Reforma Trabalhista, estão interligadas a um grande projeto, que tem como objetivo principal desregulamentar o máximo possível às relações entre empregados e empregadores, ou entre trabalho e capital, atingindo diretamente a saúde do trabalhador.

O processo de contrarreforma do Estado na saúde e o contexto de crise política e econômica que se intensifica no país a partir de 2015 tendo seu ápice no contexto atual, tem se materializado através das ações de cortes de verbas voltados a implementação da política de saúde em seus vários níveis de atenção, estão pondo em risco a saúde do trabalhador. Os cortes de gastos nas políticas públicas e particularmente na saúde se evidenciam na Emenda Constitucional nº 95, que limita o teto de recursos em todos os setores durante um período de 20 anos, fazendo com que a saúde não consiga acompanhar a crescente demanda, visto que, diante

de um cenário de recessão econômica, a procura pela saúde aumenta, pois a população tende a adoecer mais.

Tal cenário, e em particular, a área da saúde do trabalhador, se constitui em terreno fértil para o serviço social, frente aos impactos das transformações sociais e de forma mais precisa no que se refere às grandes proporções que ocorrem na esfera do trabalho e seus desdobramentos sobre a sociabilidade humana na atualidade.

5. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com Mendes; Wunsch (2011), a área da saúde do trabalhador, historicamente, vem representando uma dispersa demanda para a profissão, em que vários fatores contribuíram para o mascaramento dessa demanda. Entre eles pode-se apontar questões endógenas à profissão norteadas pela perspectiva conservadora e outros condicionantes que limitaram a compreensão sobre o tema saúde e trabalho, bem como o pensamento hegemônico da concepção da saúde do trabalhador presente na área.

Cabe destacar que, no Brasil, o serviço social surgiu na década de 1930, sob influência da Igreja Católica e do pensamento conservador. A expansão do espaço sócio ocupacional dos assistentes sociais no campo da saúde, se processou na década de 1940, concorrendo para esse acontecimento alguns fatores a saber: o novo conceito de saúde adotado em 1948, que relaciona os aspectos biopsicossociais relacionados ao processo saúde-doença. Outro determinante reside na consolidação da política Nacional de saúde no país e com a expansão dos gastos com assistência médica pela previdência social (BRAVO; MATOS, 2009).

Portanto, é possível identificar que no final da década de 1960 com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) ocorreu uma forte presença do Assistente Social (AS) na área de saúde numa atuação conservadora como mero executor terminal de programas e projetos que privilegiava o modelo assistencial individual, curativo, hospitalocêntrico e vertical, o usuário era responsabilizado por seu estado de saúde e um sujeito passivo, ou seja, em consonância com a lógica privatista (LESSA, 2003).

De acordo com a citada autora, entre 1970 a 1980 ocorreram mudanças significativas no cenário político e sanitário advindo da luta dos movimentos sociais, nesse interim o Serviço Social também passava por um movimento² interno de ruptura com o conservadorismo, e aproximava-se dos aportes teóricos do marxismo, a partir daí sua atuação na saúde passa a ser de natureza histórico-estrutural com dimensão política e o usuário é visto como um sujeito de direito.

Conforme Caixeta (2014), no final da década de 1970 e início da década de 1980, o profissional do Serviço Social passa a incorporar, a partir da perspectiva de Intenção de Ruptura, uma análise crítica dialética da realidade social. O processo de rompimento com o conservadorismo resultou na construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social³ culminando como a elaboração e construção do Código de Ética do/a Assistente Social – Lei 8.662/93, e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e as Diretrizes Curriculares de 1996, consideradas conquistas da profissão. Um projeto que surge no processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo presente no Serviço Social, baseado na perspectiva crítica e emancipatória, sem dominação ou exploração de classe.

Cabe destacar em tal contexto a Promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS, havendo assim uma ampliação dos espaços sócio ocupacionais na área de saúde para os AS, ou seja, o mesmo passou a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, no entanto esta ampliação é marcada por contradições postas pela correlação de força entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

Com a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, entre eles à saúde e a segurança do trabalho garantidos na Constituição Federal de 1988, buscando promover melhores condições de vida e de trabalho, ocorre de

²Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Neste processo de discussão o universo acadêmico do SS gravitou sobre fenômenos como a estrutura social brasileira, a disparidade socioeconômica, o desenvolvimento excludente e subordinado e qual o papel sócio-político da categoria, seguido de uma revisão na formação profissional e da intervenção institucional sob uma nova ótica de liberdade e valores como: as lutas sociais, democracia e participação social junto às classes subalternas na luta por transformações societárias que levem a um estado democrático e contra as diversas formas de opressão social e econômica. Cabe salientar que esta não é a perspectiva teórica hegemônica do SS.

³“Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (NETTO, 1999, p. 4).

acordo com Mendes; Wunsch (2011), ao longo da década de 1990, e nos anos 2000 um emergente campo de atuação profissional, no âmbito da saúde do trabalhador. Tal fato significa que o assistente social é convocado e ao mesmo tempo se convoca a acolher e dar respostas às refrações do trabalho sobre a saúde do trabalhador. Essa nova concepção das políticas e da saúde dá suporte para o surgimento de novas demandas e a requisição da intervenção do assistente social, buscando viabilizar a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular, assim como também atua incentivando a participação popular na luta para a efetivação desse projeto que vem sendo tensionado por um projeto mercantilista.

Conforme chama atenção Caixeta (2014), diante de uma realidade marcada pelas contradições existentes na sociedade que contribuem para o processo de adoecimento dos trabalhadores, a saúde do trabalhador se configura como importante espaço sócio ocupacional do serviço social. Tal área é mais um campo que o assistente social é requisitado a intervir, e lidar com os rebatimentos da contradição do modo de produção capitalista e luta pelos direitos dos trabalhadores, em especial, a saúde, tendo a clareza de que a relação trabalho, saúde e doença são expressões da questão social inerentes ao modelo de sociedade existente.

Nesta perspectiva, segundo Olivar (2010, p. 331):

Os assistentes sociais que se inserem na área temática da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde são chamados a atuar, no tempo presente, na esfera de gestão e planejamento, ampliando seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social, à implantação e orientação de conselhos gestores, à capacitação de conselheiros e à assessoria às equipes de saúde das chamadas “redes sentinelas” na sensibilização para a atenção aos acidentes de trabalho nas emergências públicas de saúde.

Desse modo, o assistente social por ser um profissional representado pela sua natureza multiprofissional e de características interdisciplinar, é solicitado para atuar na área da saúde do trabalhador por meio de diversos espaços sócio ocupacionais, sendo requisitado em diversos programas e serviços, dentre eles: atenção básica à saúde; em centros de referência em saúde do trabalhador, em hospitais gerais e de emergência e nos serviços referenciados; na área de

reabilitação profissional previdenciária e/ou organizações privadas ou públicas; em serviços de saúde e segurança do trabalho vinculado a empresas e instituições, bem como na gestão de recursos humanos para o desenvolvimento de programas voltados para a saúde do trabalhador; em sindicatos que desenvolvem programas de promoção à saúde; nos serviços de vigilância e educação em saúde; nas comissões de saúde do trabalhador; em trabalhos de assessoria e consultoria; em organizações de ensino e pesquisa em saúde (MENDES; WÜNSCH, 2011).

Para tanto, o trabalho do assistente social nesta área, exige uma abordagem crítica da situação dos trabalhadores, buscando sempre manter a intersetorialidade junto à políticas sociais e aos programas, buscando favorecer a universalização no acesso ao serviço de proteção social. No entanto, cabe destacar os desafios enfrentados pela profissão na atual conjuntura, caracterizada pelo avanço do neoliberalismo, da flexibilização da economia e reestruturação no mundo do trabalho, da minimização do Estado e da retaliação dos direitos sociais.

É nesse contexto caracterizado por desafios para a garantia da saúde dos/as trabalhadores/as, que se inseriu o nosso estágio Obrigatório em serviço social, junto ao Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), no Município de Campina Grande/PB, conforme discorreremos a seguir.

6. O RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST)

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) tem como referência norteadora a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes, e as estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador.

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de

trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (PNST, 2012, p. 1).

No que se refere particularmente ao Município de Campina Grande/PB, o Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), localizado na Avenida Dinamérica Alves Correia, S/N, bairro Santa Rosa, destaca-se como o primeiro centro de reabilitação e assistência em saúde do trabalhador no Brasil. Tal instituição iniciou seu funcionamento em julho de 2016, com prédio doado pelo ministério do trabalho através dos recursos das dívidas trabalhistas.

O CERAST oferece atendimento aos usuários com doenças relacionadas ao trabalho e tratamento de sequelas de acidentes de trabalho. O objetivo da instituição é a reabilitação da saúde do trabalhador, seja ele com vínculo formal ou informal, para que o mesmo tenha possibilidade de (re) inserção no mercado de trabalho. As demandas são advindas através de encaminhamentos via postos de saúde de Campina Grande - PB e cidades adjacentes. O surgimento da instituição deve-se ao processo de industrialização acelerada; a competitividade no mercado; o aumento da rotatividade do trabalho; o uso excessivo de tecnologias; e a crescente urbanização do município de Campina Grande – PB que ocasionou um aumento no número de trabalhadores acometidos por doenças decorrentes de acidentes do trabalho.

Contudo, antes da criação do CERAST, os serviços de saúde voltados a tal segmento da população, eram oferecidos pela Unidade Municipal de Fisioterapia de Campina Grande/PB, criada na década de 1990, mais precisamente em 1994, localizada na Rua Siqueira Campos, 650 no bairro da Prata que, além do serviço de fisioterapia, também desenvolvia outros serviços de saúde no município. Posteriormente, após duas décadas, especificamente, em maio de 2014, o serviço foi transferido para o Hospital Doutor Edgley passando a ser chamado de Serviço Municipal de Fisioterapia. Em 11 de julho de 2016, o Serviço Municipal de Fisioterapia passa por mais uma mudança, transferindo-se para uma sede própria denominada de Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST).

A equipe multidisciplinar do CERAST é composta por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, ortopedistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos,

psicopedagoga e apoio logístico administrativo. São prestados atendimentos a todos (as) os (as) trabalhadores (as) acima de 18 anos, e que estejam com alguma sequela adquirida ou desenvolvida, devido ou não o exercício do seu trabalho e que provocou alguma lesão corporal, perda ou redução da sua capacidade de trabalho. A grande maioria que procuram os serviços dessa instituição apresenta a necessidade de recuperação de algum trauma, sejam elas pós-operatório, lesões por esforço repetitivo, recuperação após acidente de trajeto ou de trabalho, sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como tratamento psicológico, entre outros.

No que se refere a estrutura física do CERAST é composta por 40 salas sendo: recepção, serviço social, fisioterapia, psicologia, enfermagem, fonoaudiologia, copa, ambulatório, auditório, refeitório, cozinha, sala de estudos, sala de reuniões, uma piscina, área de convivência, vestiários, 18 sanitários (divididos em 8 blocos), estrutura essa que expressa acessibilidade para os usuários. O Centro de Reabilitação recebe estagiários dos cursos de psicologia, fisioterapia, nutrição e serviço social.

6.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST)

O assistente social é um profissional, requisitado para atuar no campo das diversas políticas sociais, na perspectiva de viabilizar o direito e o acesso da população a essas políticas. É uma profissão onde as suas atribuições e competências são determinadas pelos princípios e valores inscritos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993. Tendo como princípio norteador da prática profissional, a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a equidade e justiça social, a democracia, entre outros.

O Serviço Social do CERAST, conta com duas profissionais, que realizam ações através de atendimentos individuais ou atividades coletivas, com demandas referenciadas e espontâneas, uma vez que através da iniciativa do usuário, este, por sua vez se dirige para o setor do Serviço Social com o objetivo de solicitar as informações da qual necessita.

Tendo em vista que os usuários necessitam de um atendimento que por sua vez respondam as suas necessidades sociais, como também que este trabalho seja contínuo e progressivo, as assistentes sociais da referida instituição buscam, atender as demandas dividindo-se e responsabilizando-se por várias atribuições, tais como:

- A socialização de informações;
- A viabilização do acesso dos usuários ao SUS, bem como a outros direitos sociais quando estes estiverem sendo, de alguma forma, negados, ou não informados;
- A realização de encaminhamentos;
- A orientação dos usuários sobre direitos trabalhistas, previdenciários, assistencialista, entre outros;
- Promover junto com a equipe atividades socioeducativas;
- Viabilizar a aquisição de transporte em ambulâncias para os usuários que necessitam de tratamento na instituição;
- Além da elaboração do relatório social.

No que concerne para as entrevistas e avaliações socioeconômicas, os parâmetros do Serviço Social no âmbito da saúde enfatizam que “avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos [...]” (CFESS, 2010, p. 43).

Quanto à democratização das informações, o Código de Ética Profissional do Serviço Social, preconiza que o Assistente Social deve “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CFESS, 1993, p. 23).

Os instrumentos mais utilizados em tal espaço são a escuta social, através da qual os profissionais buscam conhecer as reais necessidades dos usuários e a entrevista social, na qual reúne informações para elaborar principalmente o relatório e os devidos encaminhamentos.

Conforme os parâmetros nas quais norteiam a atuação prática do Serviço Social no âmbito da saúde, o objetivo da profissão “passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-

doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 26).

Dessa forma, as atividades realizadas pelo setor de Serviço Social do CERAST, objetivam a viabilização do acesso à informação e a garantia dos direitos dos usuários de tal política, na perspectiva de contribuir para a reabilitação e assistência em saúde do trabalhador.

6.3 AÇÕES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO REALIZADAS JUNTO AOS USUÁRIOS DO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST)

As ações desenvolvidas no Centro regional de reabilitação e assistência em saúde do trabalhador (CERAST), referentes ao estágio obrigatório em Serviço Social ocorreram no período de agosto. Durante o período em questão nos deparamos com a relação teoria/ prática e, portanto, com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão. Iniciamos as atividades de estágio com a observação sistemática do funcionamento da instituição, dos profissionais que as compõem, bem como das demandas postas no cotidiano da prática, o que nos propiciou uma visão aproximativa da totalidade das diversas expressões da questão social que incidem diretamente no processo de adoecimento do trabalhador.

Durante o período de inserção em campo de estágio supervisionado obrigatório na referida instituição, tivemos a oportunidade de além de observar, participar de algumas atividades propostas pela equipe do CERAST, em particular pela supervisora de campo, a exemplo do II Encontro de Doenças Falciforme da Borborema; assembléias gerais da saúde; ato público no Gabinete do prefeito; roda de conversa com o grupo de usuárias crônicas alusivo ao dia da mulher; programação alusiva ao dia do assistente social; palestras sobre saúde do trabalhador; e reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde.

Toda nossa experiência foi registrada em um diário de campo. Durante os nossos atendimentos e convivência cotidiana com os (as) usuários (as) da instituição, percebemos que os (as) mesmos tinham dúvidas a respeito do que é o CERAST, qual o seu objetivo, quais os serviços oferecidos e quem deveria ser atendido; quais outras instituições atendem demandas para além da saúde do

trabalhador? E “por qual motivo houve mudanças no perfil dos usuários depois da criação do CERAST”?

Assim, na perspectiva de contribuir com o acesso da população as informações sobre o que é o CERAST, elaboramos um projeto de intervenção, sob orientação da assistente social da Instituição e da orientadora acadêmica, intitulado “**CERAST: O QUE É?**”? Tal projeto teve como objetivo desenvolver um trabalho socioeducativo, no sentido de socializar informações que contribuíssem para o conhecimento do que é o CERAST, a quem o serviço é destinado, visto que esse se volta para aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho, na condição de formal ou informal e que apresentam problemas de saúde relativos ao trabalho.

A intervenção foi realizada no período de Agosto de 2017, tendo sido realizadas quatro salas de espera com intuito de dinamizar de forma participativa e crítica a socialização das informações. Para a realização de cada sala de espera utilizamos aproximadamente 30 minutos, observando a seguinte distribuição:

- 05 minutos para o acolhimento e apresentação do tema a ser abordado;
- 20 minutos para a explanação do tema;
- 05 minutos para que os usuários pudessem interagir;

As atividades foram desenvolvidas de forma dinâmica e participativa, através de rodas de conversa, sala de espera, dinâmica de grupo e entrega de folder contendo informações do serviço (construído no decorrer da elaboração do projeto), tendo como enfoque principal a compreensão dos usuários acerca dos seus direitos. Participaram do projeto os usuários que são atendidos na referida instituição.

Nosso primeiro encontro foi realizado no dia 07 de agosto de 2017, na sala de estudos do CERAST, tendo sido realizada uma dinâmica, objetivando apreender o nível de conhecimento dos usuários acerca do serviço. Após a dinâmica deu-se início à apresentação “CERAST, o que é?” tendo como objetivo geral trazer o arcabouço histórico que antecedeu o CERAST, sua implementação e os serviços prestados. Vale salientar que também foi exposto o direito à universalidade da saúde escrita em forma de lei na Constituição Federal de 1988, como também a importância da reivindicação desse direito.

Na oportunidade também foi apresentada qual o perfil dos usuários que correspondem ao tratamento no serviço, as formas de acesso, os documentos

necessários e o serviço social no CERAST. Ao final se abriu um espaço para perguntas na perspectiva de viabilizar o acesso às informações necessárias.

No turno da tarde, tivemos a possibilidade de realizar a segunda sala de espera do referido projeto, seguindo o mesmo procedimento da apresentação realizada no turno da manhã. No momento da apresentação da equipe multidisciplinar do CERAST a supervisora de campo, destacou quais profissionais fazem parte da instituição, ressaltou que os atendimentos do CERAST não são apenas direcionados aos trabalhadores da rede pública, mas também, é destinado aos trabalhadores da rede privada na perspectiva de publicizar tal serviço.

No dia 08 de agosto de 2017, desenvolvemos ainda a terceira e quarta salas de espera, nos turnos da manhã e tarde, seguindo a mesma metodologia das salas de espera anteriores. A cada apresentação realizamos uma dinâmica com algumas perguntas que tinham o intuito de avaliarmos se houve a devida apreensão dos usuários sobre o tema abordado.

Cabe enfatizar que, as ações executadas para a efetivação do projeto de intervenção buscaram contribuir para a construção de processos democráticos junto aos usuários do Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), visto que, o mesmo teve como objetivo o esclarecimento e a socialização de informações na perspectiva da garantia do direito à saúde constitucionalmente garantida. Possibilitando que aqueles trabalhadores que estão lesionados consigam obter tratamento adequado e gratuito para a sua reabilitação, assim como, procurou evidenciar que aqueles que não podem ser atendidos na instituição não terão o seu direito à saúde negada, pois existem outras instituições no município que oferecem serviços de fisioterapia.

Entendemos que os objetivos do projeto foram alcançados na medida em que se possibilitou através de suas ações, avançar na perspectiva de assistência à saúde do (a) Trabalhador (a). Destarte, o projeto de intervenção contribuiu ainda para a promoção a cidadania dos usuários, pois possibilitou o acesso a informações e esclarecimentos sobre os serviços oferecidos no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador no município de Campina Grande-PB. Cabe enfatizar que devido à falta de informação a respeito dos serviços desenvolvidos por tal instituição, muitos trabalhadores acometidos por doenças relacionadas ao trabalho e sequelas de acidentes de trabalho, não sabem onde procurar atendimento, como também muitos profissionais da saúde, ainda desconhecem que

existe no município um centro de referência para atender tal segmento, fazendo o encaminhamento para outras instituições.

Ressaltamos ainda que o projeto de intervenção, através de suas ações, corroborou para a efetivação do acesso ao direito à saúde, pois sabemos que apesar da saúde ser um direito adquirido com a Constituição Federal de 1988, com a ofensiva neoliberal imposta, sofreram influxos ocasionados por essa política, resultando na negação e retração dos direitos socialmente conquistados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da saúde do trabalhador no SUS constitui um novo paradigma de atenção à saúde, transcende a abordagem individual curativa tradicional e propõe abordagens interdisciplinares, intersetoriais e de fortalecimento da sociedade rumo a mudanças eficazes para a promoção da saúde de quem trabalha.

No entanto, apesar do avanço das políticas públicas, que ocorre a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da garantia dos direitos sociais, trabalhistas e políticos, assistimos na atual conjuntura, o desmonte de direitos e ações que são marcadas pela focalização e fragmentação na assistência à saúde do (a) trabalhador (a). Tais retrocessos são frutos da ofensiva neoliberal que se materializa na privatização da saúde resultando no sucateamento dos serviços públicos, gerando a precariedade no atendimento e impasses para a efetivação dos direitos sociais, do controle social, assim como também dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde que são descartados em nome da lógica do capital.

Portanto, é notória no contexto atual, a necessidade de um maior investimento em políticas públicas e sociais, em especial na política de Saúde do Trabalhador, voltadas para a promoção, proteção de todos os trabalhadores seja ele formal ou informal, bem como para a proteção do meio ambiental do trabalho.

A experiência aqui apresentada nos proporcionou uma apreensão das implicações do trabalho sobre a saúde e os constantes embates que delineiam a área de saúde do trabalhador, demanda sólido conhecimento teórico-metodológico, na defesa da saúde do trabalhador, como direito, e no sentido da emancipação do trabalhador. Nessa perspectiva, entendemos que a nossa inserção junto ao Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador no município de

Campina Grande-PB e o desenvolvimento das ações voltadas para socialização de informações junto aos usuários da instituição, possibilitou o fortalecimento do controle social na busca da defesa dos seus direitos.

ABSTRACT

The purpose of this study is to present the systematization of the actions carried out in the compulsory training in Social Work carried out in August with the Regional Center for Rehabilitation and Assistance in Worker Health , located at Avenida Dinamérica Alves Correia, S / N, Santa Rosa district, Campina Grande - PB. The experience of the stages of the internship led us to realize that the majority of the users of the institution had doubts about the services offered by the institution, pointing out the need for a socio-educational work with them, in order to clarify the particularity of CERAST, through the changes that occurred since its restructuring in 2016, making possible the socialization of information and the debate about the service from a legal perspective. To do so, we designed an intervention project, aiming the transmission of information to users of the institution, through some activities such as talk wheels, waiting room, group dynamics and delivery of folders containing service information, with the aim of contributing through a socio-educational work of the social service, so that workers were aware of their rights and access to the right to health.

Keywords: Worker's health. CERAST. Social service.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS- os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v.9, n.2, p.321-333, ago./dez.2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde (LOS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Cap. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1. 823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 agos. 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

Acesso em: 03 set. 2017.

BRAVO, M. I.S. Política de saúde no Brasil. In MOTA, Ana Alizabete et al . (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA. M. V.C. Desafios do controle social na atualidade. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. n.109, p.126-150, jan./mar.2012.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In Saúde e Serviço Social et AL. (orgs.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAIXETA, N. P. **O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador: uma análise da atuação profissional**. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

DO ESPÍRITO SANTO, Eniel; FREITAS, Fábila Quele Barbosa de. **A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho**. Revista Intersaberes, v. 4, n. 8, p. 150-169, 2012.

GOMES, Edinalva Maria. **Análise do processo de desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na rede de atenção primária à saúde no Tocantins**. Dissertação de Mestrado. UFT, Tocantins, 2012.

LESSA, A. P. G (Orgs). O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza, CE. Edições UECE, 2003. p.65-79.

LOURENÇO, E. A. S.; FENNER B. i. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, 2007.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP**. Trabalho de Conclusão de Curso, Franca: UNESP, São Paulo, 2009.

_____. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.

Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. Serv. soc., n. 123, p. 447-475, 2015.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Revista Serv. soc. soc, n. 107**, p. 461-481, 2011.

MENDES, R.; DIAS, E. . Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de saúde pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1999.

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

PINHEIRO, M. M. **Saúde do trabalhador: entre os dispositivos legais e as práticas efetivas**. 2011. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SOUZA LOURENÇO, Edvânia Ângela de; FENNER BERTANI, Íris. **Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 32, n. 115, 2007.