saúde
EM DEBATE

ENSAIO

Potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT na Atenção Primária à Saúde

Potentialities and challenges for the implementation of the National Policy on Workers' Health (PNSTT) in Primary Health Care

Marcelo José Monteiro Ferreira[1,2], Emanuelle Albuquerque Carvalho Melo[3], Greyceanne Cecília Dutra Brito[1], Juliana Antunes Marques Viana[1], Larisse Holanda Martin[4], Leticia Marques Rocha[4], Marília Fernandes Soares de Melo[1]

DOI: 10.1590/2358-28982025E210483P

RESUMO A 5ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras está se aproximando. Assim, na visão dos autores deste ensaio, trata-se de um dos mais importantes e estratégicos espaços de debates e reivindicações populares desde a redemocratização do País. O objetivo deste manuscrito foi analisar as potencialidades e os desafios para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na Atenção Primária à Saúde (APS). Para tanto, ele está estruturado em três seções: a primeira apresenta os principais avanços conquistados desde a implementação da PNSTT; a segunda seção aborda os principais desafios para efetivar a PNSTT no âmbito da APS; sobretudo pela dificuldade de os profissionais da Estratégia Saúde da Família incorporarem no cotidiano de suas práticas as ações em Saúde dos Trabalhadores; por fim, apontam-se possibilidades, caminhos e proposições para que os delegados, comunidade científica, movimentos sociais e populares reflitam e discutam sobre possíveis alternativas para a efetivação da atenção integral à Saúde dos Trabalhadores no Brasil. Com isso, espera-se que este ensaio contribua para o aprofundamento de debates, surgimento de novas ideias, fortalecimento da PNSTT e, principalmente, promova melhorias concretas para a Saúde dos Trabalhadores no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de trabalhador. Vigilância em saúde do trabalhador. Doenças profissionais. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais.

[1] Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) – Fortaleza (CE), Brasil. *marceloferreira@ufc.br*

[2] London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) – London City, United Kingdom.

[3] Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste em Saúde da Família (Renasf) – Fortaleza (CE), Brasil.

[4] Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina (Famed) – Fortaleza (CE), Brasil.

ABSTRACT *The 5th National Conference on Workers' Health is approaching. Thus, in the view of the authors of this essay, this event represents one of the most important and strategic spaces for public debate and grassroots demands since the country's redemocratisation. The objective of this manuscript was to analyse the potentialities and challenges involved in implementing the National Workers' Health Policy (PNSTT) within Primary Health Care (PHC). To this end, the text is structured into three sections. The first presents the main advances achieved since the implementation of the PNSTT. The second section discusses the main challenges to realising the PNSTT in the context of PHC – particularly the difficulties faced by Family Health Strategy professionals in incorporating Workers' Health actions into their daily practice. Finally, It points to possibilities, pathways, and proposals for delegates, the scientific community, and social and popular movements to reflect upon and discuss potential alternatives for achieving comprehensive care for workers' health in Brazil. We hope that this manuscript contributes to deepening the debate, encouraging the emergence of new ideas, strengthening the PNSTT, and, above all, promoting concrete improvements in Workers' Health in Brazil.*

KEYWORDS *Occupational health. Surveillance of the occupational health. Occupational diseases. Primary Health Care. National health strategies.*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Estamos nos aproximando da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT). Assim, na visão dos autores deste manuscrito, trata-se de um dos mais importantes e estratégicos espaços de debates e reivindicações populares relativos ao campo da Saúde dos Trabalhadores (ST) desde a redemocratização do País, sobretudo pela atual conjuntura que atravessamos. Em meio a ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à democracia brasileira, podemos celebrar o marco histórico de cinco anos de um período pós-pandêmico que foi responsável por reestruturar diversos indicadores de saúde globais relacionados, direta e indiretamente, com o mundo do trabalho[1].

Não por acaso, somos chamados a refletir sobre a 'Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como um Direito Humano', principalmente no Brasil, que está entre os dez países mais desiguais do mundo. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que o País fechou o ano de 2024 com a média de desemprego em 6,6%. Trata-se do menor registro desde o início da série histórica em 2012. Em números absolutos, houve uma redução de pouco mais de 1 milhão de pessoas desocupadas quando comparada com o ano de 2023[2]. Por outro lado, cerca de 10% da população concentra quase 60% da renda nacional. Além disso, pouco mais de 54% dos brasileiros detêm apenas 10% do Produto Interno Bruto (PIB) do País[3].

Pesquisa realizada durante os anos de 2022 e 2023 demonstrou que aproximadamente 8,7 milhões de pessoas saíram da linha da pobreza no Brasil. No mesmo período, pouco mais de 3 milhões deixaram a condição de pobreza extrema. Contudo, em que pese a significância dos dados, o País ainda registra 59 milhões de brasileiros que vivem em condições de pobreza, e outros 9,5 milhões, em pobreza extrema. Cabe destacar que o parâmetro internacional para medir esse indicador é definido pelo Banco Mundial, utilizando como moeda o dólar. Ademais, para o câmbio atual, isso significa que uma pessoa com renda mensal de R$ 665,00 está situada na linha da pobreza. Já para a pobreza extrema, é estimado um cálculo de renda mensal igual ou inferior a R$ 210,00[4].

Outro indicador importante que repercute direta e indiretamente na ST e nos seus direitos humanos é a inflação. Dados do IBGE evidenciaram que, entre março de 2024 e fevereiro de 2025, o acumulado para o período foi de 5,06%[5]. Como consequência, o custo de vida médio das famílias foi afetado diretamente, principalmente entre as que possuem menor renda[4].

Com o avanço da inflação, os preços dos alimentos também sobem, prejudicando o poder de compra dos trabalhadores, colocando em risco a sua segurança alimentar e nutricional. Nesse sentido, cerca de 29,1% dos domicílios brasileiros não possuíam acesso à alimentação adequada ou suficiente. Esses dados são ainda mais preocupantes nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) mais recente, realizada com dados de 2017 e 2018, 57% dos domicílios da região Norte e 50% da região Nordeste encontravam-se com alguma situação de insegurança alimentar. Ao analisar os indicadores com mais profundidade, observa-se que os domicílios rurais apresentaram maiores percentuais de insegurança alimentar e nutricional quando comparados com os urbanos[6].

A isso, somam-se as transformações do mundo do trabalho, marcadas pelo crescimento da informalidade, precarização dos vínculos empregatícios, flexibilização das leis trabalhistas e domiciliação das atividades laborais. Tudo isso com consequências graves e repercussões negativas para o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores[7,8].

Desse modo, passados pouco mais de 30 anos desde a institucionalização da ST no SUS, muitas conquistas já foram efetivadas para a sociedade. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) garantiu o acesso universal de todos os trabalhadores aos serviços de saúde,

independentemente do seu vínculo empregatício[9]. Foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (Renast) por meio da publicação atualizada da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009[10]. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e das Trabalhadora (PNSTT) foi promulgada a partir da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, reforçando a importância do cuidado integral à ST no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)[11]. A Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) foi finalmente atualizada com a Portaria nº 5.674, de 1º de novembro de 2024, pouco mais de duas décadas desde a sua primeira versão[12].

Por outro lado, ainda persistem desafios históricos a serem superados. Dentre eles, destaca-se a incorporação das ações em ST na APS, que ainda não se efetivou de forma plena[13]. As ações de Apoio Matricial em ST, sobretudo na APS, são descontinuadas, pouco sistemáticas e ineficazes[7]. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas vezes já sobrecarregados com a rotina dos serviços, pouco se sensibilizam para a incorporação de práticas de ST no seu cotidiano laboral. Como consequência, grandes questões relacionadas com o processo saúde-adoecimento decorrentes do trabalho passam a ser 'invisibilizadas', tornando o cuidado menos resolutivo e desarticulado com os princípios da integralidade[14].

É neste bojo complexo de avanços e desafios que o presente ensaio objetiva analisar as potencialidades e os desafios para a efetivação da PNSTT na APS. Para tanto, o manuscrito está organizado em três seções, facilitando análises, discussões e debates propositivos para a 5ª CNSTT. Inicialmente, são abordados os principais avanços conquistados a partir da implementação da PNSTT. A segunda seção discutiu os principais desafios da PNSTT, especialmente para a sua efetiva incorporação no âmbito da APS. A terceira e última seção apontou alternativas para a efetivação da PNSTT, contribuindo para que delegados, comunidade científica, movimentos sociais e populares reflitam, dialoguem e critiquem as propostas em busca da construção de caminhos e alternativas possíveis para a atenção integral à ST no Brasil.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: avanços e conquistas para a classe trabalhadora

O trabalho é um dos principais eixos organizadores da vida social e um dos mais importantes determinantes das condições de saúde, adoecimento e morte das populações. Não por acaso, desde a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a ST já estava devidamente regulamentada nos dispositivos constitucionais, fruto de intensos debates envolvendo movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores e sociedade civil[15].

Foi apenas no ano de 2012, contudo, que PNSTT efetivamente passou a ser instituída no âmbito do SUS. Muito mais do que uma simples portaria, a PNSTT veio para demarcar definitivamente um campo de atuação epistemológico, político-científico e profissional, cuja principal finalidade reside em intervir sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores[11].

A PNSTT nasceu, portanto, de um acúmulo histórico, cujos alicerces remetem ao Modelo Operário Italiano (MOI). No esteio de décadas de lutas e reivindicações, protagonizadas, sobretudo, pela classe trabalhadora, o Estado brasileiro deixou de reconhecer apenas a medicina do trabalho que se preocupava em manter o corpo de um trabalhador apto para desempenhar suas funções em processos produtivos; ou mesmo a saúde ocupacional, marcada por regulações técnicas e limitada à direitos previdenciários e trabalhistas[16]. É nesse bojo que a ST "invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania"[16(409)], destacando a centralidade dos trabalhadores

em todas as etapas de planejamento, elaboração e execução sobre as condições do ambiente e dos processos de trabalho[16].

Desse modo, é possível evidenciar uma primeira conquista da PNSTT em relação às outras políticas públicas da área da saúde. Trata-se do seu objetivo de intervir em situações concretas visando à melhoria das condições de ST, independentemente do seu tipo de vínculo empregatício[7].

Além disso, a PNSTT não se ocupou apenas de uma visão assistencialista para os trabalhadores, enfocada em um paradigma hospitalocêntrico ou mesmo médico-centrado da medicina do trabalho. Por outro lado, desde suas origens, buscou amparar-se pela dimensão do cuidado integral, pautado na incorporação de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem desconsiderar a importância das ações assistenciais, de vigilância e de reabilitação[17].

Com isso, a PNSTT reforçou a importância de propiciar o cuidado integral à ST, tal qual estabelecem os princípios e as diretrizes do SUS. Contudo, não parou por aí: ao reforçar o papel da APS como principal porta de entrada e nível de atenção preferencial para capilarizar as ações de ST por todos os territórios, favoreceu o acesso dos trabalhadores à assistência à saúde com qualidade e resolutividade. Além disso, contribuiu para que os serviços locais pudessem ampliar seus olhares sobre como os modos de vida e de trabalho interferem, direta e indiretamente, nas condições de saúde e doença da classe trabalhadora[7].

A PNSTT aponta para um conjunto de ações no âmbito da APS que cabe às equipes de Saúde da Família. Dentre elas, destaca-se a identificação dos processos produtivos formais e informais nos territórios[11]. Nesse contexto, vale salientar que essa atividade não pode ser considerada novidade para a ESF. A própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera que é essencial que o processo de trabalho das equipes se configure a partir de um diagnóstico situacional dos territórios[18].

O diagnóstico dos processos produtivos formais e informais nos territórios sob responsabilidade sanitária da APS é fundamental, particularmente na conjuntura atual de transferência dos riscos ocupacionais para o interior dos domicílios ou peridomicílios. Cabe atenção, principalmente, à possibilidade de exposição, não apenas do trabalhador informal, mas também de toda a família e vizinhos aos riscos associados às atividades produtivas[19].

Dessa forma, as ações de territorialização em saúde são importantes para o reconhecimento dos possíveis riscos à ST e dos familiares potencialmente expostos. Ademais, podem ser ponto de partida para outras iniciativas ampliadas, com vistas a investigar fontes contaminantes, mudanças no padrão epidemiológico de adoecimento e morte das comunidades, além dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho[13].

Trata-se, portanto, do fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), conforme destacado na PNSTT. A Visat é definida como:

> [...] um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), compreende um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e a redução dos riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora. De acordo com a PNSTT e da Política Nacional de Vigilância em Saúde, as ações de VISAT devem ser realizadas de forma contínua e sistemática, ao longo do tempo, visando à detecção, conhecimento, pesquisa e análise dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho[20(76)].

A criação da Visat representou outro enorme avanço para a ST, pois ela apresenta o potencial para articular as dimensões assistencial, de promoção da saúde e prevenção de doenças[13]. Não por acaso, um dos principais objetivos da PNSTT é a sua integração com a APS, dada a sua capacidade estratégica para o enfrentamento das situações de risco para a ST.

Ainda sobre a Visat, outro ponto de destaque a ser considerado é que suas práticas não se restringem apenas ao monitoramento sistemático e à análise da situação de ST em uma população definida. Elas vão além, incorporando a implementação das ações necessárias para o controle dos riscos ocupacionais, a prevenção dos agravos e a promoção da saúde[21].

Em outras palavras, pode-se dizer que a Visat é sinônimo de informação para ação. A complexidade das suas atividades exige uma atuação interprofissional, capaz de integrar diversos e complexos campos disciplinares, de conhecimentos e atores sociais. Sua prática se desenvolve nos territórios, "a partir da realização de atividades de campo, onde o trabalho real acontece, de preferência lado a lado com os trabalhadores"[21(247)]. É nesta sinergia de técnicas, saberes e olhares que a Visat deixa de ser um componente burocrático para alinhar-se às necessidades de ST em defesa da vida[21].

A Visat pode ser caracterizada por quatro principais vetores: a vigilância das doenças e dos agravos relacionados ao trabalho; a vigilância da situação de saúde e monitoramento de indicadores; a articulação com as ações assistenciais, de prevenção e promoção da saúde; e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho. Esta última deve ser desenvolvida tanto em estabelecimentos e atividades dos setores públicos como privados, urbanos ou rurais. Inclui, portanto, a produção, a divulgação, a qualificação e a difusão de informações, abrangendo ainda as atividades de educação em saúde. Por fim, deve ser realizada de forma sistemática com a rede de serviços assistenciais, além da articulação imprescindível com os demais componentes da vigilância em saúde[22].

Nessa perspectiva, a Visat pode caminhar para a superação de um modelo baseado na operacionalização do binômio saúde-doença e avançar em direção a uma perspectiva capaz de priorizar ações territorializadas, com bases intra e intersetoriais. Nesse contexto, ela é capaz de viabilizar articulações de vigilância em saúde de base territorial com vistas a "ampliar as capacidades coletivas de prevenção e manejo dos riscos; agravos; acidentes; e desastres ambientais, climáticos e epidemiológicos"[23(6)].

A partir de ações centradas no território e fundadas em bases pedagógicas dialógicas, torna-se possível favorecer e reconhecer o protagonismo dos trabalhadores, profissionais de saúde e demais atores locais. Com isso, a valorização dos saberes populares e das práticas de saúde articulam-se para a construção de processos participativos, fortalecendo cada vez mais a Visat[23].

Os desafios colocados para a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: um olhar pelo retrovisor da história ao tempo presente

Conforme analisamos na seção anterior, são inúmeros e inegáveis os avanços alcançados desde a instituição da PNSTT[11]. No entanto, diversos desafios ainda estão presentes e precisam ser analisados de frente por todos que fazem parte dessa construção histórica.

Dentre eles, merece destaque a ausência de ações articuladas em ST no âmbito da APS. Sobre esse aspecto, diversos autores são enfáticos ao afirmarem que tais iniciativas ainda são realizadas de forma incipiente e estão restritas, quando muito, à notificação de doenças, agravos ou acidentes relacionados ao trabalho[17,24-26].

Essa lacuna de ações em ST na APS é preocupante, sobretudo pelas características do modelo de desenvolvimento econômico do Brasil. Este é pautado em cadeias produtivas de *commodities* rurais e metálicas, que remetem à concentração de terras, consumo excessivo dos bens naturais, perda da biodiversidade em detrimento das monoculturas e redefinição

dos territórios, geralmente acompanhado da expulsão de povos originários e tradicionais[27].

Um dos fatores responsáveis por essa limitação pode estar relacionado com a escassez de estudos sobre essa temática[24]. A análise de publicações aponta para a necessidade de pesquisas cada vez mais potentes e direcionadas para a realidade da APS, capazes de envolver com um maior protagonismo tanto os trabalhadores da ESF como também os usuários em uma perspectiva de escuta qualificada sobre as principais dificuldades que ambos encontram no cotidiano dos serviços[27].

Dessa forma, podemos afirmar que as ações de ST ainda não estão plenamente incorporadas ao cotidiano de trabalho das equipes da APS. Até mesmo a dimensão assistencial, considerada por muitos um 'fazer mais natural' devido à predominância do modelo biomédico, é pontual e não acontece de forma articulada com a PNSTT[7].

Mesmo diante de contextos marcados por intensos conflitos socioambientais, como aqueles associados à expansão do agronegócio, cuja dinâmica apresenta potencial para reconfigurar o perfil de morbimortalidade de grandes contingentes populacionais, a APS tende a reproduzir práticas centradas em um modelo tradicional de cuidado. Em vez de promover a reorientação dos seus serviços de saúde para dar resposta aos novos problemas sanitários decorrentes das transformações no território e dos riscos relacionados ao trabalho, a APS segue frequentemente ancorada em uma agenda assistencial padronizada, como se os determinantes e condicionantes gerados ou modificados pelos processos produtivos não impactassem de forma significativa a realidade sanitária local[27].

Isto pode ser evidenciado nos próprios registros do sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão do SUS (PEC-SUS). O único campo disponível para o preenchimento pelos profissionais que dialoga com a ST é a 'ocupação'. Dessa forma, há um considerável sub-registro, preenchimento inadequado ou mesmo ausência de informações sobre ST. Como consequência, a APS desperdiça uma oportunidade estratégica de identificar ocupações formais e informais nos territórios – mas, principalmente, deixa de estabelecer nexos entre agravos e as ocupações atuais ou pretéritas[7].

Além disso, outro aspecto importante a ser considerado é a sobrecarga de trabalho das equipes de Saúde da Família. Além de ser uma realidade já presente em grande parte dos territórios brasileiros, contribui para dificultar uma atenção resolutiva, baseada na escuta qualificada, nos moldes idealizados pela PNSTT e pela PNAB[11,18].

Por outro lado, o que se tem visto é uma pressão por produtividade, em que os profissionais são muitas vezes colocados à prova para o cumprimento de metas[28]. Como consequência, há uma remodelagem do papel da APS, transformando-a, aos poucos, em verdadeiras 'miniupas'.

Talvez esses efeitos identificados na APS estejam articulados, pelo menos em parte, com a fragilidade, a distorção ou o descumprimento da Visat no cotidiano dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que não se identifica uma prática contínua e sistemática ao longo do tempo no sentido de detectar, conhecer ou identificar fatores determinantes e condicionantes dos agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, também não se vislumbra, no curto, médio ou longo prazo, um horizonte de mudanças substanciais no padrão epidemiológico de morbimortalidade da população[29].

Outro ponto que merece ser elencado diz respeito à formação profissional inadequada para questões complexas inerentes ao campo da ST. A PNSTT deixa clara a necessidade de mudanças substanciais capazes de qualificar as equipes com vistas à compreensão da complexidade das inter-relações trabalho-saúde-adoecimento[11].

Por outro lado, no cotidiano da prática, muitas categorias profissionais concluem suas graduações com inúmeras lacunas de

(in)formações sobre essa temática. Algumas sequer possuem um contato mínimo com noções básicas sobre identificação de riscos ocupacionais, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho[30].

Ainda é difundida uma cultura de que 'a prática suprirá essas deficiências', mas a verdade é que não irá! Estudo demonstrou que dois terços dos trabalhadores de nível superior com mais de 15 anos de experiência profissional sequer tinham conhecimento sobre a existência das fichas de notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho[26]. Em outra pesquisa, apenas 24% dos profissionais da APS relataram ter participado de ações de qualificação sobre a temática de ST ao longo da sua trajetória profissional[25].

Como consequência, as queixas principais dos pacientes dificilmente são associadas ao trabalho atual ou pregresso. Dessa forma, os profissionais de saúde, de maneira geral, tendem a não associar os problemas de saúde com as dimensões ocupacionais[24]. Além disso, são raras as situações em que médicos exploram, de forma detalhada, a história ocupacional dos seus pacientes – mesmo quando os sinais e sintomas clínicos são sugestivos para uma investigação mais aprofundada[26].

Por fim, mas sem a pretensão de esgotar as fragilidades da ST na APS, destacamos outros elementos que consideramos como desafios estruturais nesse complexo cenário envolvendo a Rede de Atenção à Saúde. O primeiro deles é a alta rotatividade dos profissionais, que está presente em todos os níveis de atenção, mas que na APS se torna ainda mais grave[7].

A longitudinalidade do cuidado é uma particularidade da ESF. À medida que os profissionais não se fixam nos seus territórios pela ausência de um plano de carreiras, pelas precárias condições de trabalho ou mesmo pela baixa atratividade salarial, o vínculo entre equipe-pacientes deixa de existir. Com isso, perde-se também boa parte da essência da APS[25].

Pesquisas também demonstram uma baixa interlocução das ações de apoio matricial na APS[13,31]. Um dos principais elementos que contribuem para esse aspecto é a falta de clareza dos profissionais sobre as possibilidades de intervenções práticas no campo da ST[13]. É comum que muitos trabalhadores da ESF, pelo pouco conhecimento técnico, julguem que a ST é um campo essencialmente teórico, dissociando-o de ações práticas concretas.

A ausência de referências e contrarreferências claras é outro sinal concreto que remete a deficiências no apoio matricial em ST. A isso, soma-se entraves na articulação com Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), dificultando a resolutividade de casos complexos e a troca de saberes e práticas entre profissionais[14].

O apoio matricial em ST perpassa ainda por outros desafios, tais como a verticalidade e a centralização do planejamento da atuação das equipes de Saúde da Família. Sobre esse aspecto, é comum que as ações de matriciamento geralmente não dialoguem com as necessidades de saúde específicas de cada território. Além disso, dependem da sensibilidade de gestores municipais que quase nunca estão abertos para esse debate[13,31].

Outrossim, é importante resgatar que o cerne do apoio matricial reside na dimensão do trabalho interdisciplinar e interprofissional, fomentando encontros sistemáticos entre equipes com vistas a ampliar a resolutividade do cuidado. Por outro lado, é inegável que, no âmbito da APS, pouco se avançou nesse quesito. Geralmente, tem-se ainda serviços compartimentalizados e fragmentados por áreas e especialidades do saber, com enfoque na doença, e não no indivíduo[30].

Soma-se ainda a falta de apoio pedagógico e de suporte assistencial especializado, realizado por equipes de referência técnica, que diminui sobremaneira a potência do apoio matricial. Ainda são escassas as iniciativas

de Educação Permanente em Saúde direcionadas para essa temática, principalmente quando são protagonizadas pelos Cerest, sobretudo pela limitação de quadros técnicos e quantitativo de pessoal qualificado para ministrar capacitações dentro das suas respectivas áreas de abrangência[14,26].

Não é possível deixar de mencionar, neste ensaio, a importância de problematizar a potencialidade do trabalho em saúde como uma prática social em ato, amparado por redes vidas de cuidado que se configuram no bojo das tecnologias leves, que se apresentam como práticas de acolhimento, diálogo e escuta qualificada. O conjunto desses elementos representa um campo privilegiado de aproximação com a dimensão subjetiva do trabalho, constituindo-se um elemento fundamental para ações com vistas à integralidade do cuidado[32].

A integração das ações de Visat com os demais componentes da vigilância em saúde, sem dúvidas, é outro aspecto desafiador no âmbito da PNSTT[11]. A falta de padronização de procedimentos para a obtenção e tratamento de dados, aliado ao elevado número de sistemas de informação em saúde, com suas complexas e heterogêneas singularidades, dificulta ainda mais o desenvolvimento de ações planejadas conjuntamente[13].

Por fim, a carência de recursos humanos qualificados para o desenvolvimento de atividades planejadas e sistematizadas configura-se como uma das principais fragilidades identificadas na atualidade. A isso, soma-se o acúmulo de funções, desempenhadas muitas vezes por um único agente. É muito comum que, em municípios de pequeno e até mesmo de médio porte, um mesmo trabalhador acumule as atribuições de todas as vigilâncias[13].

Dessa forma, a Visat, ao invés de ser um instrumento potente de informação para ação em favor da atenção integral à ST, muitas vezes é reduzida a um mero componente burocrático. Com isso, ela se distancia dos problemas reais dos territórios, perdendo a capacidade de compreender e intervir no processo saúde-doença.

O que esperar para o futuro da PNSTT: propostas para um debate em meio à 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Chegamos à última seção deste manuscrito, e a tarefa que nos cabe é de apontar caminhos, perspectivas e alternativas para fomentar um debate profundo e propositivo para o futuro da PNSTT, sobretudo entre os delegados e delegadas da 5ª CNSTT.

O primeiro elemento que trazemos para o debate é o fortalecimento da ST na APS. Esse debate, na visão dos autores, precisa ganhar força e ser prioridade na 5ª CNSTT. Enquanto não avançarmos nesta discussão, a integralidade do cuidado em ST continuará sendo apenas mais uma categoria teórica a ser discutida nos artigos e livros e não se efetivará na prática dos serviços de saúde.

Dessa forma, é preciso criar condições para que os profissionais da ESF incorporem as ações de ST no cotidiano do seu trabalho, qualificando iniciativas que já desenvolvem e acrescentando outras que ainda não realizam. Contudo, sempre deve-se ter o cuidado e a sensibilidade de não os deixar ainda mais sobrecarregados.

Diminuir a rotatividade dos profissionais de saúde no SUS, mas principalmente na APS, é outro tema que precisa estar na agenda de discussões. Isto perpassa pela criação de carreiras de Estado para as diversas categorias profissionais, pela valorização salarial e pela melhoria das condições e dos processos de trabalho.

Fomentar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador em toda a Rede de Atenção à Saúde é outro aspecto que merece a atenção de todos. Sem a devida qualificação profissional, os problemas complexos relacionados com a ST continuarão invisíveis nos painéis de indicadores de saúde. Como consequência, o

Estado deixará de planejar atividades direcionadas às principais necessidades epidemiológicas de cada território.

O fortalecimento da Visat deve ser encarado também como uma pauta prioritária. Desde a sua institucionalização enquanto Instrução Normativa em 1998, ainda não foi possível efetivar suas ações no âmbito da APS, muito menos avançar em um planejamento conjunto e integrado com os demais componentes da vigilância em saúde.

Para tanto, é preciso lutarmos por mais orçamento, mais infraestrutura e mais profissionais qualificados para a Visat. Enquanto ela for encarada apenas como 'mais um' componente burocrático, não efetivaremos a PNSTT na sua plenitude.

Cabe-nos também o desafio de ampliarmos as discussões sobre o apoio matricial em ST. Isso exige um olhar criterioso para as dimensões da interprofissionalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e interinstitucionalidade. A saúde mental conseguiu incorporar muito bem nas suas práticas grande parte desses preceitos. Podemos seguir seus passos e fazer as adaptações necessárias para os nossos campos de saberes e práticas.

Por fim, é preciso que avancemos na interlocução dos Cerest com a APS. Em diversas unidades de APS, ainda existem profissionais que sequer sabem da existência desse equipamento – e, quando já ouviram falar, não sabem quais as suas principais atribuições.

Dessa forma, reivindicar mais profissionais para a composição dos Cerest parece ser uma medida emergencial que precisa ser discutida. Também seria chegado o tempo de rediscutir as suas áreas de abrangência? Será mesmo possível um único Cerest dar conta, em algumas situações, de 54 municípios?

Conclusões

A 5ª CNSTT é um marco histórico na atual conjuntura política do Brasil. Na pauta, são diversos os assuntos urgentes para discussão. Ao longo deste ensaio, procuramos trazer reflexões profundas sobre o que consideramos ser prioritário para a PNSTT.

Esperamos que essas análises profundas sobre a PNSTT possam auxiliar a todos no desenvolvimento de reflexões, análises, críticas e sugestões sobre possíveis caminhos para a efetivação da atenção integral à ST.

Colaboradores

Ferreira MJM (0000-0001-5187-4195)* contribuiu para concepção do projeto, exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Melo EAC (0009-0009-1270-8798)*, Brito GCD (0009-0008-3645-5214)*, Viana JAM (0009-0007-5408-6822)*, Martins LH (0000-0002-1379-7480)*, Rocha LM (0009-0001-6052-7774)* e Melo MFS (0009-0008-9819-9877)* contribuíram para redação e aprovação da versão final do manuscrito.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2022: Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2022 [acesso em 2025 mar 12]. Disponível em: https://hia.paho.org/es/covid22-introducao

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: em 2024, taxa anual de desocupação foi de 6,6% enquanto taxa de subutilização foi de 16,2%. Agência IBGE [Internet]. 2025 jan 31 [acesso em 12 de mar 2025]; Notícias. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/42530-pnad-continua-em-2024-taxa-anual-de-desocupacao-foi-de-6-6-enquanto-taxa-de-subutilizacao-foi-de-16-2

3. Faria L, Alvarez REC, Santos LAC. Desigualdades socioeconômicas na América Latina e Caribe: o futuro pós-pandemia para a formação profissional na saúde. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2023;30:e2023029. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100029

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2024. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.

5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Inflação. IBGE [Internet]. 2025 fev [acesso em 15 de mar 2025]; Explica. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínuas. Segurança Alimentar 2023. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.

7. Silva DP, Freitas RF, Souza LF, et al. Práticas profissionais em saúde do trabalhador na Atenção Primária: desafios para implementação de políticas públicas. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(12):6005-16. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14842021

8. Malta DC, Bernal RT, Vasconcelos NM, et al. Acidentes no deslocamento e no trabalho entre brasileiros ocupados, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. Rev Bras Epidemiol. 2023;26:e230006. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720230006.supl.1.1

9. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.

10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 nov 11; Edição 216; Seção I:76.

11. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 ago 23; Edição 165; Seção I:46.

12. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria nº 5.674, de 1º de novembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 nov 5; Edição 214; Seção I:50.

13. Silva FFV. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e12. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6369000020719

14. Silva MF, Mieiro DB, Camarotto JA, et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva de gestores e tomadores de decisão. Rev Bras Saúde Ocup. 2023;48:e1. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6369/05221pt2023v48e1

15. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a orga-

nização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.

16. Vasconcellos LCF. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011. Cap. 8, Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares; p. 422.

17. Ferreira MJM, Correa FGS, Lacerda EM, et al. Analysis of risk factors in occupational accidents in Brazil: a population-based study. J Occup Environ Med. 2020;62(2):e46-e51. DOI: https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001793

18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 21; Edição 183; Seção I;68.

19. Silva-Filho PL, Botelho C, Castro HA, et al. Prevalence and factors associated with respiratory symptoms among civil construction workers: an occupational health surveillance proposal. Rev Bras Med Trab. 2020;17(1):119-29. DOI: https://doi.org/10.5327/Z1679443520190263

20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 junho 23]. Capítulo 1, Vigilâcia em Saúde do Trabalhador; 75-86. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf

21. Ferreira MJM. Vigilância em Saúde do Trabalhador [Internet]. In: Nascimento DDG, Oliveira SMVL, Moraes SHM. Programa Educacional em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais. Campo Grande, MS: Fiocruz Pantanal; 2024 [acesso em 2025 jun 22]. p. 232-269. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46702

22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 13; Edição 155; Seção I:87-90.

23. Oliveira SS, Machado JMH, Coradin C, et al. Vigilância popular em saúde: conceitos, experiências e desafios no contexto brasileiro. Interface (Botucatu). 2024;28:e240304. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.240304

24. Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior AS. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na atenção primária no município de Chapecó, Santa Catarina. Rev Bras Saúde Ocup. 2016;41:e16. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6369000122415

25. Amorim LA, Silva TL, Faria HP, et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22:3403-13. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17532017

26. Ferreira MJM, Lima RKS, Silva AMC, et al. Vigilância dos acidentes de trabalho em unidades sentinela em saúde do trabalhador no município de Fortaleza, nordeste do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(10):3393-3402. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17422017

27. Ferreira MJM, Viana Júnior MM, Pontes AGV, et al. Gestão e uso dos recursos hídricos e a expansão do agronegócio: água para quê e para quem? Ciênc saúde coletiva. 2016;21(3):743-52. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21012015

28. Faria MGA, Silveira EA, Cabral GRFC, et al. Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. Esc Anna Nery. 2020;24(4):e20200027. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0027

29. Vasconcellos LCF, Almeida CVB, Guedes DT. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. Trab Educ Saúde. 2009;7(3):445-62. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300004

30. Ferraz L, Pereira RPG, Pereira AMRC. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. Saúde debate. 2020;43:200-16. DOI: https://doi.org/10.1590/0103--11042019S215

31. Lazarino MAS, Silva TL, Dias EC. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. Rev Bras Saúde Ocup. 2019;44:e23. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6369000009318

32. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(3):861-70. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016

Recebido em 10/04/2025
Aprovado em 01/07/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Juliana Moura Corrêa