



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Fadel de Vasconcellos, Luiz Carlos; Aguiar, Luciene
Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de
Saúde
Saúde em Debate, vol. 41, núm. 113, abril-junio, 2017, pp. 605-617
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352165021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde

Occupational Health: needs disregarded by the management of the Unified Health System

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos¹, Luciene Aguiar²

RESUMO O texto, enquanto ensaio reflexivo, tem como objetivo analisar as normas operacionais e de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de observar se o enunciado normativo decorrente dos pactos em saúde é coerente com a determinação constitucional de promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores e com o enfrentamento dos alarmantes indicadores epidemiológicos dos agravos decorrentes do trabalho. Utiliza, como método, a análise documental e bibliográfica referente ao tema e conclui que, a partir das necessidades em saúde, aquelas que dizem respeito à saúde do trabalhador são desconsideradas pelos mecanismos de pactuação e gestão do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Gestão em saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT This is a reflective essay that analyzes the Unified Health System's (SUS) operational and agreement rules. It shows that the normative statement resulting from health agreements is consistent with the constitutional provision of promotion, protection and rehabilitation of the worker's health and the epidemiological indicators of diseases resulting from work. It uses, as a method, the documentary and bibliographic analysis related to the subject and concludes that, based on the health needs, those that concern the worker's health are disregarded by the mechanisms of agreement and management of the health needs related to worker's health are disregarded by the pact mechanisms and management of the SUS.

KEYWORDS Occupational health. Health management. Health planning.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elfadel@globo.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
aguiar.luciene@gmail.com

Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das áreas de atuação que mais desafios enfrenta para a sua efetiva implantação é a da Saúde do Trabalhador (ST). As razões, além das que se encontram em outras áreas, situam-se na essência das relações sociais de produção, em que sobressaem os conflitos de classe e a hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas. Como Estado alinhado com a ideologia liberal internacional de um capitalismo de mercado globalizado, o Brasil tem dificuldades de implementar determinadas áreas na saúde, caso da ST, que não sejam obedientes à ordem política e econômica vigente. Essa ‘desobediência’, no que se refere à ST, no âmbito da saúde pública, deve-se à sua capacidade potencial de desnudar a perda da saúde como resultado da exploração do trabalho pelo capital com o silêncio compassivo dos governantes que, do poder econômico, retiram sua possibilidade de perpetuação no poder político; e a condução da governança em saúde, por certo, é reflexo da governança nos níveis da macrodecisão política.

Contudo, a despeito dessa evidência, a ordem jurídica do Estado brasileiro inscreveu o SUS enquanto política inclusiva, universalista e participativa que trouxe para seu âmbito de responsabilidade a área da ST. O fato de exacerbar a contradição de o SUS ser uma política de bem-estar social abrigada em um Estado de ‘bem-estar do mercado’ coloca a ST no centro de um debate político-normativo e epistemológico que se justifica pelo enorme impacto do adoecimento e morte no trabalho que a saúde pública ainda não dimensionou acuradamente e não enfrenta cotidianamente.

O presente texto tem como objeto de investigação a relação estabelecida entre a gestão do SUS e a ST. Parte da categoria ‘necessidades em saúde’ e norteia a investigação indagando sobre as razões que levam a gestão do SUS a desconsiderar a relevância

da ST diante do cenário jurídico-legal, epidemiológico, social e ético. Utilizou-se uma metodologia de revisão bibliográfica dos descritores afins ao tema e de análise crítica das normativas operacionais do SUS, na modalidade hermenêutica. Nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) utilizando como palavras de busca ‘gestão do SUS’ AND ‘saúde do trabalhador’ AND ‘necessidades em saúde’ encontrou-se apenas uma referência (utilizada no texto).

A investigação pretendeu adotar um caráter ensaístico, em virtude de suas características problematizadoras, antidogmáticas e originais (MEDEIROS, 2000).

Necessidades em saúde

O conceito de ‘necessidades’ pode ser analisado sob dois prismas que se complementam. O primeiro diz respeito ao conjunto de atributos que o elemento humano considera para si como necessário para viver da forma como entende que deve viver. O segundo trata do conjunto de atributos que são aplicados a todos os elementos humanos pela estrutura sociopolítica, em cada contexto, segundo um padrão estabelecido sobre o que é necessário para viver. Pode-se entender essas duas vertentes simplificadamente, como necessidades individuais a serem providas de forma individual e necessidades coletivas a serem providas por políticas estatais.

Por se tratar de um tema – ST – que se insere no âmbito da saúde coletiva e alvo de intervenção da saúde pública, o enfoque utilizado na discussão será o das necessidades coletivas.

Sobre o conceito de necessidades, Agnes Heller estabelece uma teoria baseada na obra de Marx. Para esquadrihar a expressão, Heller (1986, p. 31) parte de três descobertas de Marx: (1) o trabalhador não vende ao

capitalista seu trabalho, e, sim, sua força de trabalho; (2) a elaboração e demonstração da mais-valia; (3) o significado do valor de uso (HELLER, 1986, P. 21). Observando que as descobertas marxianas estão assentadas no conceito de necessidades, a autora chega ao conceito de ‘necessidades necessárias’, com um sentido ampliado “[...] las necesidades necesarias para el mantenimiento del hombre como ser natural son también sociales”.

Ao tomar de empréstimo o conceito de Heller (1986), considera-se a saúde, em sua dimensão ampliada – promoção, proteção, recuperação – como ‘necessidade necessária’ a ser suprida, a priori, pelo Estado brasileiro, em virtude de este trazer para si, constitucionalmente, a ação de saúde para todos como seu dever.

Las necesidades «necesarias» son aquellas necesidades surgidas históricamente y no dirigidas a la mera supervivencia, en las cuales el elemento cultural, el moral y la costumbre son decisivos y cuya satisfacción es parte constitutiva de la vida «normal» de los hombres pertenecientes a una determinada clase de una determinada sociedad. (HELLER, 1986, P. 33-34).

Por outro lado, por se tratar de um conceito polissêmico, o termo ‘necessidades em saúde’ pode ser compreendido em três dimensões da realidade: os ‘determinantes’ sociais; os ‘problemas’ com sua ordem complexa e as ‘necessidades’ propriamente ditas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014). Não são dimensões independentes entre si, porquanto dizem respeito às diversas situações de saúde dos diversos grupos populacionais, determinadas socialmente, problematizadas por contextos político-econômicos e expressas sob a forma de necessidades individuais e, no caso que se enfoca, coletivas.

Quando os fatores se situam na esfera das relações sociais de produção e na dinâmica Estado-sociedade, os ‘determinantes’ sociais vão, também, determinar formas distintas da população adoecer e morrer.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e ‘trabalho’ dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; PELLEGRI-FILHO, 2007, P. 78, GRIFO NOSSO).

A dimensão dos ‘problemas com sua ordem complexa’ permeia e, de certo modo, define o comportamento do sistema de saúde ante os distintos determinantes sociais. Retrata e espelha contextos e impõe variações na forma de enfrentá-los. No âmago dessa vertente, encontram-se questões cruciais para o funcionamento do sistema, tais como o seu financiamento e a forma de utilização dos recursos, em que as estratégias do planejamento em saúde balizam a gestão e o seu desempenho.

Já as necessidades propriamente ditas constituem-se em demandas que são acolhidas pelo sistema de saúde, seja pela via dos determinantes sociais, seja pelo contexto em que afloram as distintas situações de saúde. Embora as necessidades se constituam, a qualquer tempo, em demandas concretas emanadas dos sujeitos, individuais ou coletivos, são também retrato do que motivou a própria concepção do sistema de saúde que as acolhem. As distintas formas de acolhimento dessas necessidades, por parte do sistema de saúde, são influenciadas por diversos fatores, dos quais interessa na presente investigação a atuação da gestão do SUS, expressa nas pactuações e normativas operacionais, ante a ST.

O elemento fundante das necessidades, no tempo conjuntural histórico, é a ordem constitucional brasileira. Ao determinar ao SUS

atribuições de ST (CF/88 – art. 200), fica estabelecido que a gestão do SUS deve obedecê-la e, ao fazê-lo, desenvolva um elenco de medidas capazes de lidar com as situações relacionadas à ST.

Para dar-lhes conta, é preciso que o sistema de saúde se valha de evidências dos problemas que possam subsidiar seus planos de ação. Uma evidência insistentemente óbvia é o perfil epidemiológico dos agravos que, historicamente, exibem números de magnitude aterradora. Somente para trabalhadores com contrato em Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foram cerca de 40 milhões de doenças e acidentes de trabalho, desde que a Previdência Social iniciou seu registro em 1968. Quanto às mortes no trabalho, entre 1988 e 2011, foram 82.171 (ANUÁRIO ESTATÍSTICO..., 2011). A despeito desse cenário, os indicativos de subnotificação desses agravos são extremos, conforme se observou na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o Ministério da Saúde. A amostra da pesquisa demonstrou um número de aproximadamente 5 milhões de acidentes de trabalho, nos 12 meses anteriores à pesquisa, número quase 7 vezes maior que os da Previdência Social (MAIA ET AL., 2015).

É importante ressaltar que, mesmo subestimados, os dados da Previdência Social registram mais de 360 mil incapacidades permanentes para o trabalho em pouco mais de 20 anos (ANUÁRIO ESTATÍSTICO..., 2011). Os números refletem uma realidade assustadora com centenas de milhares de trabalhadores retirados compulsoriamente do trabalho, em razão da forma como os processos produtivos brasileiros se organizam, produzindo adoecimentos e mortes. Desse modo, entende-se como necessidades, no que tange à ST, aquilo que deveria ser planejado e executado obedecendo ao que estabelecem os dispositivos legais – constitucionais e infraconstitucionais –, utilizando o que demonstram os indicadores epidemiológicos e os desajustes sociais decorrentes dos agravos relacionados com o trabalho.

Quando se mudou o sistema de saúde brasileiro, a intenção de transformar o modelo de atenção à saúde incluiu a relação saúde-trabalho por ser necessário mudar a realidade da situação de saúde dos trabalhadores. Assim, as necessidades também expressam uma exigência posta na ordem jurídica, cuja intenção transformadora se desdobra no elenco de medidas regulamentadoras da Carta Constitucional. Algumas já consignadas e outras aguardando regulamentação determinam à gestão do sistema de saúde atitudes proativas no sentido de, senão resolver de imediato o problema, ao menos, dar indícios mais efetivos para o seu enfrentamento. Não é isso que parece ocorrer.

Essas necessidades deverão ter como pano de fundo a realidade histórica que motivou a regra em sua origem. No caso da saúde do trabalhador, os indicadores de agravos, em seu percurso histórico, evidenciam uma lacuna de ações estratégicas de curto, médio e longo prazo, por parte das instituições responsáveis. (AGUIAR, 2015, P. 32).

Para dar conta dessas lacunas, a reversão dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho depende da intervenção, por parte das estruturas de saúde pública, na sua vertente de vigilância em saúde. É somente por ela que se pode efetivamente transformar a realidade, intervindo nos processos, ambientes e condições de trabalho. Contudo, essa modalidade de ação, ainda que seja uma necessidade coerente com o modelo de saúde que prioriza a prevenção, conforme o art. 198. da Constituição Federal/88, não faz parte da agenda de prioridades dos gestores do SUS. Pode-se dizer que

[...] numa perspectiva de ação pública coordenada, articulada e harmônica [...] vemos o quanto ainda falta para afirmarmos que existe um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014, P. 4618).

A gestão do SUS usualmente atende a necessidades que dizem respeito aos efeitos dos problemas de saúde, e, não, às suas causas. O fato reproduz o modelo de saúde pré-constitucional, centrado na atenção à doença. A contradição com o chamado modelo preventivista constitucional se deve à maior visibilidade da assistência médica e hospitalar curativa em que a gestão é impelida a dar resposta. Daí, a vigilância da saúde e, também, a atenção primária em saúde serem relegadas a um plano secundário na mídia, junto à própria população, no financiamento e, em consequência, na própria gestão do SUS.

Muito do atendimento às necessidades obedece a uma ordem político-clientelística, em que a gestão do SUS se comporta como balcão de atendimento, como cumpridora de compromissos de campanhas eleitorais e com muita cautela nos enfrentamentos com o poder econômico – situação inevitável no caso da ST (AGUIAR, 2015). As influências exercidas pelos setores com força de pressão sobre o Poder Executivo, como os setores produtivos que participam das atividades econômicas da região de abrangência, impõem à gestão do SUS um silêncio obsequioso em relação à ST. Os movimentos organizados com poder de mobilização social, apoiados por redes de solidariedade e mídia, também obtêm maior atenção da gestão, embora o movimento sindical tenha perdido o protagonismo da luta política, em anos recentes.

Gestão do SUS e necessidades em saúde

Ao considerar que à gestão do SUS, em todas as esferas federativas de atuação, cabe atender às necessidades em saúde, na área de ST o comportamento da gestão é incoerente com a própria ideologia que deu origem à concepção e criação do SUS, fortalecendo na população o sentimento de que suas necessidades em saúde se concentram no hospital e na medicina.

De modo geral [...] os usuários buscam nos serviços de saúde respostas às queixas de ordem clínica. Não se revela, portanto, uma conexão imediata entre as 'necessidades de saúde' e a peculiaridade de sua inserção na sociedade. [...] as pessoas compreendem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde-doença e não associam às questões sociais que atuam de forma a fortalecer ou desgastar o processo de vida. (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011, P. 22, GRIFO NOSSO).

Na perspectiva do SUS, necessidades em saúde articulam a ampliação do direito de cidadania com as políticas econômicas e sociais que definem os determinantes do processo saúde-doença.

No contexto atual do SUS, a continuidade da luta pelo direito à saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam 'necessários'. (MATOS, 2005, P. 43, GRIFO NOSSO).

Em virtude das características estruturais do SUS, especialmente por força de ser único (unicidade do sistema) em uma república federativa, impõe-se à gestão regras de organização e funcionamento estabelecidas por meio de consensos e pactos entre as esferas federativas. A partir dos pactos interfederativos, cabe à gestão implementar ações e serviços coerentes com a doutrina e organização do SUS. Balizadas pela CF/88, os eixos doutrinários e organizacionais são regulamentados primeiro pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990) e, desde então, pelas normas e portarias emanadas das instâncias de pactuação. A legislação complementar que ordena o SUS, em um primeiro momento estabelecida por Normas Operacionais, é pactuada por representantes do executivo federal (Ministério da Saúde), estadual (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass) e municipal (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

– Conasems) em comissões intergestoras (tripartite e bipartite), atualmente estabelecidas pelo Decreto nº 7.508, de 28/06/2011.

Paim e Teixeira (2007, p. 1220) ao discorrer sobre “nós críticos relativos ao desenho (estrutura organizacional) e ao processo de gestão do SUS” observam a necessidade de retomar o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Destacam como nós críticos: ausência de consenso de sua missão; divergências político-partidárias nas relações intragovernamentais, com utilização dos serviços de saúde para reprodução do clientelismo; gestão amadora em todos os níveis; dificuldade de articulação com as instituições gestoras de políticas na área econômica e social; e, entre outros,

captura dos espaços de participação e controle social por organizações fortemente corporativas, representativas de grupos populacionais específicos [...]. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1823-1824).

É taxativa a determinação da CF/88, em seu art. 200, que ao SUS compete executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de ST; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Na Lei nº 8.080/90, o art. 7º define as diretrizes organizacionais do art. 198 da CF/88. Em seu inciso VII se lê: ‘utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática’. Ora, se os indicadores epidemiológicos relacionados aos agravos do trabalho, embora dramáticos, não sensibilizam a gestão, mesmo com a ênfase da lei, cabe analisar as possíveis razões que permeiam um comportamento em que um direito que se tem, ao sabor da gestão, é o mesmo direito que se perde (AGUIAR; VASCONCELLOS, 2015).

As normas de gestão do SUS

A institucionalização dos preceitos constitucionais na implementação do SUS

ocasionou extensa normatização de regulação e ordenamento para a sua consolidação. O processo iniciou-se nos anos 1990 com as Normas Operacionais Básicas (NOB's), instrumentos fundamentais de organização e financiamento do SUS. A primeira NOB dispôs sobre a política de financiamento do SUS, mantendo a cultura ‘inampsciana’ do modelo anterior de pós-pagamento de ações e serviços. Em 1993 foi emitida a NOB-SUS 01/93, que avançou na descentralização, nas transferências de recursos ‘fundo a fundo’ e nas Comissões Bipartite e Tripartite como fóruns de pactuação intergestores. A NOB 01/96 adotou a Programação Pactuada Integrada (PPI), buscando fortalecer a pactuação entre as esferas de governo, e implementou o financiamento das ações de atenção básica. Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 ordena a regionalização como estratégia de aperfeiçoamento da descentralização, com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). A Noas 01/2002 objetivou o aperfeiçoamento da primeira. Em nenhuma dessas normas houve a mínima preocupação de vincular ações e serviços ao modelo de desenvolvimento e sistemas produtivos e, conseqüentemente, às questões de ST (AGUIAR, 2015).

Em 2006, surge o Pacto pela Saúde como grande normativa com a marca de PACTO e considerando as necessidades em saúde.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das ‘necessidades de saúde’ da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006B, p. 78, GRIFO NOSSO).

Entretanto, ao contrário de outras situações de saúde, a ST foi mais uma vez desconsiderada no Pacto.

Como novo instrumento de gestão (compartilhada) do SUS, o Pacto pela Saúde prevê uma revisão anual para o atendimento às necessidades de saúde da população e reitera o compromisso com o controle social enfrentando os desafios para a consolidação do sistema.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90,

dispôs sobre o planejamento e assistência da saúde e estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) como um novo instrumento de articulação interfederativa, até hoje incipiente.

Como demonstrativo desse contingente normativo, retratado no *quadro 1*, são apresentadas as normas emitidas no período de 1991 a 2013, com vistas à operacionalização da gestão do SUS. Nele faz-se referência às ações de saúde e de vigilância, em geral, confrontadas com as de ST.

Quadro 1. Instrumentos normativos de operacionalização da gestão do SUS, segundo a referência às ações de saúde em geral, às ações de vigilância em geral e à Saúde do Trabalhador – Brasil, 1991-2013

Instrumentos normativos	Referência a ações de Saúde	Referência a ações de Vigilância	Referência à Saúde do Trabalhador
NOB-SUS 01/91	Não explicita	Ausente	Ausente
NOB-SUS 01/93	Ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária acordo com as 'condições de gestão' e enquadramento dos 'requisitos' dos municípios	Sanitária / Epidemiológica/ Saúde do Trabalhador (apenas Gestão simplificada, sem especificar as ações)	Desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitando o trabalhador e o portador de doença ocasionada pelo trabalho
NOB-SUS 01/96	Institui o enfoque epidemiológico para a programação das ações / Incorpora ações de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças	Institui ações de vigilância sanitária conforme condição de habilitação do estado ou município, sem especificar as ações	Ausente
Noas-SUS 01/2001	Áreas de atuação mínima: conforme Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Portaria nº 723, de 10/05/2001) 18 indicadores de 4 grandes áreas do Pacto da Atenção Básica 2001	Mortalidade infantil e materna / Controle de doenças e agravos / Cobertura vacinal (DPT e influenza) / Indicadores (sarampo, tétano neonatal, sífilis congênita, AVC, tuberculose, hanseníase)	Ausente
Noas-SUS 01/2002	Áreas de atuação mínima conforme Pacto de Indicadores da Atenção Básica: 20 indicadores principais, 14 complementares e os de inclusão opcional	Mortalidade infantil e neonatal / Mortalidade materna / Procedimentos obstétricos pós-aborto / Cobertura vacinal (tetra valente e influenza) / Indicadores de agravos (Diabetes, tuberculose, IRA, hanseníase, AVC, ICC)	Ausente
Pacto pela Saúde 2006	Estabelece diretrizes, objetivos e metas para as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida / Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, estabelecendo metas e objetivos do Pacto pela Vida, entre outras preposições / Periodicamente a pactuação é refeita e nas diretrizes, objetivos e metas	Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, nos termos de compromisso de Gestão Estadual e Municipal	Ausente
Portaria nº 2.669, de 03/11/2009		Consolidar e ampliar a descentralização das ações em vigilância sanitária	Aumentar a identificação e notificação de agravos em Saúde do Trabalhador

Quadro 1. (cont.)

Decreto nº 7.508/2011	Requisitos mínimos para instituir uma região de saúde: Atenção primária / Urgência e emergência / Atenção psicossocial / Atenção ambulatorial especializada e hospitalar / Vigilância em saúde	Obrigatória dentro das regiões de saúde	Ausente como obrigatória. A serem pactuadas ou não em cada região de saúde
Resolução MS/GM-CIT nº 5, de 19/06/2013		Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificado

Fonte: Aguiar (2015).

Observa-se que, objetivamente, só se pactuam resultados para a ST, a partir de 2009, na linha de notificação de agravos sem qualquer exigência de intervenção sobre os fatores determinantes dos mesmos.

Como exemplo da negligência com a ST, por parte da gestão, observa-se que desde a Noas 01/2001, a encomenda de um panorama epidemiológico mais robusto sobre a mortalidade infantil e materna mostrava uma intenção mais determinada da gestão, com o objetivo de preparar ações mais contundentes para enfrentar o problema. Taxas e proporções diversas sobre morte infantil e materna pactuadas davam o tom do enfrentamento. A redução da mortalidade infantil e materna no País, desde então, por certo, foi fruto dessa atitude da gestão do SUS no tocante ao problema (BRASIL, 2014). Não se pode dizer o mesmo da ST, apesar desta ter merecido menção constitucional específica, além de detalhada e extensa na Lei nº 8.080/90, ao contrário da saúde da mulher e da criança, não inscrita na Constituição Federal/88. São vários os exemplos de indicadores, metas, ações e serviços pactuados para as mais diversas situações de saúde, sem que a ST seja contemplada de forma mais incisiva e capaz de atender ao que deveria ser realizado (AGUIAR, 2015).

Observa-se que a gestão do SUS, nas instâncias de pactuação, efetua escolhas do que deve ou não deve ser operacionalizado. No caso da ST, a normatização anda lentamente e reflete o embate na Assembleia Constituinte em relação ao tema. Sonia Fleury observa a

dificuldade na “[...] tentativa de colocar mais claramente na Constituição Federal os direitos em relação à saúde do trabalhador, dos quais não entrou quase nada” (BRASIL, 2006A, P. 93-94). Contudo, apesar da polêmica, a ST foi consignada na CF/88 e ganhou destaque na legislação regulamentadora.

A Lei nº 8.080/90 aborda a ST com um detalhamento que não faz para outras áreas da saúde pública. As atribuições, inseridas no art. 6º, § 3º, baseiam-se no conceito de que a ST compreende um conjunto de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção, proteção, recuperação, reabilitação e que os trabalhadores se submetem a riscos e agravos oriundos das condições de trabalho. São oito incisos que dão conta desse espectro de abrangência.

Nos incisos de ST, observam-se atribuições interconectadas que, a priori, dariam conta das necessidades da área, caso as metas houvessem sido pactuadas nas instâncias de gestão do SUS e fossem viabilizadas em sua capacidade operacional. Ocorre que as iniciativas da gestão foram, em sua grande maioria, cartas de intenções, na forma de planos e políticas, insuficientes para gerarem ações concretas na rede SUS.

Entre os planos e políticas específicas de ST, destacam-se a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost) (Portaria MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998). A Nost estabelecia orientações e definia o elenco mínimo de ações para municípios, estados e DF, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96. A Nost

foi superada pelas pactuações que vieram na sequência permanecendo como carta de intenções. Quase nada do que propunha foi efetivamente implementado.

Outra carta de intenções foi a Portaria MS nº 3.120, de 01/07/1998, que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Embora ela sirva como parâmetro, até hoje, para as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), esta não foi ainda implementada no SUS de forma sistemática.

Apesar de serem muitas as iniciativas, são minoritários os casos em que se pode falar de implementação de ações sistemáticas de VISAT, isto sem contar que em muitos locais do país sequer elas existem. (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014, P. 4618).

Além dessas, merece destaque a promulgação recente de duas políticas: a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011); e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). Considerando a determinação constitucional de inserção da ST no SUS, parece equívoco existirem duas políticas para a área.

Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS [...] Enquanto diversas corporações e instituições se mantiverem reativas e não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a saúde do trabalhador, no seu todo, é uma política de saúde pública, andaremos sem um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área. Essas corporações e instituições reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho [...] Estão inseridas no

próprio setor saúde, 'especialmente nas suas instâncias de gestão' [...]. (VASCONCELLOS, 2013, P. 180, GRIFO NOSSO).

Uma das escassas iniciativas operacionais da área de ST foi a constituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) (Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002) (BRASIL, 2002). Seu objetivo foi a criação de uma rede articuladora de ações, legitimando e dando visibilidade aos serviços já existentes no SUS (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Modificada pelas Portarias GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, e nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a Renast vigora até hoje, tendo como serviços os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Hoje existem no Brasil 210 Cerest (MACHADO, 2013). Embora incrementados nos últimos anos, com repasse de recursos rubricados, as metas dos Cerest normalmente restringem-se a notificações de agravos. A relação dos Cerest com a gestão do SUS, principalmente no nível local, exhibe tensões permanentes na utilização dos recursos e no próprio entendimento de sua missão.

São muitas as queixas de falta de recursos para as atividades específicas de Saúde do Trabalhador, embora os repasses da Renast se acumulem. Há relatos de grandes somas de recursos não utilizados porque eles não chegam ao nível operacional da gestão. (MACHADO, 2013, P. 25).

São muitos os recursos acumulados e intocados, por razões que não têm justificativa plausível diante das necessidades para a área.

O que se assiste em geral são Cerests sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas. (COSTA ET AL., 2013, P. 18).

O elenco de atribuições estabelecidos para os Cerest é vasto e está muito aquém de

impulsionar a ST no SUS sem que as pactuações da gestão façam cumprir a missão dos serviços, exigindo indicadores efetivos de execução de ações, especialmente de vigilância. No rol de atribuições dos Cerest, capazes de gerar esses indicadores, encontram-se na PNSTT: intervenção nos processos e ambientes de trabalho; produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de Visat; controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de ST, nas instituições e empresas públicas e privadas; planejamento conjunto entre as vigilâncias; atualização e/ou revisão dos códigos de saúde; notificação compulsória e investigação obrigatória dos acidentes de trabalho graves, com óbito e intoxicações por agrotóxicos; disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST; capacitação para aplicação de protocolos e linhas de cuidado em ST, incluindo a vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho; capacitação voltada para o movimento social, movimento sindical e controle social;

articulação entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas; desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a ST no SUS (BRASIL, 2012).

A despeito do imenso rol de atribuições estabelecidos na Política, a indiferença operacional continua sendo a tônica da gestão do sistema.

É patente [...] a exclusão da área de ST [Saúde do Trabalhador] do foco central das políticas de saúde, tornando-a espécie de área *non grata* especialmente dos gestores do SUS, seja pela explicitação de conflitos no campo político-econômico local, seja pela visão tradicionalista do acidente e doença de trabalho como questão de natureza contratual entre patrões e empregados. (VASCONCELLOS, 2007, P. 167).

A Lei nº 8.080/90, regulamentadora da CF/88, em seus oito incisos, bem demonstra o quanto as necessidades em ST são desconsideradas, mais de duas décadas e meia depois, ainda carecem de uma posição mais incisiva e responsável da gestão do SUS para com a área.

Quadro 2. Ações de Saúde do Trabalhador no SUS – Incisos do art. 6º, § 3º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e comentários sobre a sua implementação

Art. 6º, §. 3º, Lei nº 8.080/90 – Incisos	Legislações Complementares	Comentários
I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho	Sem Regulamentação Específica	Garantida indistintamente a todos, trabalhadores ou não, com base no princípio da universalidade
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho	Portaria nº 3.120, de 01/07/1998	Apontada como princípio e objetivo de Vigilância em Saúde do Trabalhador
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador	Portaria nº 3.120, de 01/07/1998	Apontada como princípio e objetivo de Vigilância em Saúde do Trabalhador

Quadro 2. (cont.)

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde	Sem Regulamentação Específica	Pesquisas acadêmicas efetuadas com este objetivo normalmente não são incorporadas como avaliações pelo SUS para a tomada de medidas de intervenção
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional	Sem Regulamentação Específica	Resultados de fiscalizações e avaliações são negados sistematicamente às entidades sindicais, sob o argumento de sigilo. É habitual a proteção do infrator, em uma ética ao inverso
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas	Sem Regulamentação Específica	Serviços de saúde de empresas quando fiscalizadas o são pela área de inspeção do trabalho
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais	Realizada em 1999, por meio da Portaria nº 1339, de 18/11/99	A periodicidade não foi ainda estabelecida. Desde 1999, não se tem conhecimento de iniciativas para efetuar a revisão
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores	Sem Regulamentação Específica	Não existem canais formais de comunicação entre os sindicatos e o SUS para dar seguimento a essa ordem. Eventuais denúncias são acolhidas de forma pontual e aleatória por outras instâncias, como o Ministério Público

Fonte: Aguiar (2015).

Conclusões

Fica patente a lacuna existente no que tange ao desenvolvimento de ações de ST no SUS. Desde a CF/88, que é taxativa ao atribuir a execução de ações de ST ao SUS (em seu art. 200), passando pela Lei nº 8.080/90 que esbanja atribuições de ST ao SUS (conforme visto no *quadro 2*) e chegando à profusão de planos e políticas que continuam sendo promulgadas, não se observa indícios operacionais de atendimento às necessidades

de ST. Se as esferas decisórias de gestão do SUS exigem apenas a notificação de agravos relacionados ao trabalho, sem exigências de intervenção sobre suas causas, fica inviabilizado o controle e prevenção desses agravos, perpetuando o ciclo de doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros. Se os profissionais de ST, especialmente nos Cerest, são convocados pela gestão apenas a notificar agravos, acabam por negligenciar a execução de ações que possam, efetivamente, mudar o panorama da relação saúde-trabalho no País. ■

Referências

- AGUIAR, L. D. B. C. *Gestão do SUS e Saúde do Trabalhador: necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena*. 2015. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=782456&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- AGUIAR, L. D. B. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 830-840, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00830.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2011. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/27_130924-151222-748.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/0Byg8dL3SJe6gfjFzaVN2Vk9hNzBMZ1VuV284TCloQlVVVQW1PVlklaEE0WGNnczJYdUhyd2s>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399-20060222.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.
- COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/ST%20no%20SUS%20%28RBSO.v38n127a03%29.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. 2. ed. Barcelona: Península, 1986.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.
- MACHADO, J. M. H. et al. *2º Inventário de Saúde do Trabalhador 2010-2011: Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- MAIA, A. L. S. et al. *Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social*. 2013. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/boletimfundacentro12015.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

- MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj; Abrasco, 2005. p. 33-46.
- MEDEIROS, J. B. *Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, n. 45, v. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Análise da Situação de Saúde: o que são necessidades e problemas de Saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 29-45.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/saude-fadel.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- VASCONCELLOS, L. C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/04.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.
- VASCONCELLOS, L. C. F.; MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio De Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63032604002.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2016.

Recebido para publicação em agosto de 2016
Versão final em abril de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve