



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Aline Rodrigues de Freitas

Saúde do trabalhador nos instrumentos de planejamento do estado do Espírito Santo

Rio de Janeiro

2019

Aline Rodrigues de Freitas

Saúde do trabalhador nos instrumentos de planejamento do estado do Espírito Santo

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde do Trabalhador. Convênio firmado entre a Fiocruz-Ensp e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGST do Ministério da Saúde. Área de concentração: Vigilâncias e avaliação em saúde.

Orientador: Prof. Dr. William Waissmann.

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: Worker's health in health planning instruments and planning and budget instruments of the state government of Espírito Santo.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F866s Freitas, Aline Rodrigues de.
Saúde do trabalhador nos instrumentos de planejamento do estado do Espírito Santo / Aline Rodrigues de Freitas. -- 2019.
75 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Prof. Dr. William Waissmann.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Administração Pública. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Planejamento em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11098152

Aline Rodrigues de Freitas

Saúde do trabalhador nos instrumentos de planejamento do estado do Espírito Santo

Dissertação elaborada no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde do Trabalhador. Convênio firmado entre a Fiocruz-Ensp e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGST do Ministério da Saúde. Área de concentração: Vigilâncias e avaliação em saúde.

Aprovada em: 25 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marcia Teixeira

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Ana Maria Cheble Bahia Braga

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. William Weissmann

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Ao eterno, sempre fiel, Deus sempre presente; à minha família; à equipe do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Cesteh/Ensp e à equipe do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/Ensp.

AGRADECIMENTOS

Na vida, em seus diversos aspectos, nenhum homem é uma ilha, completo em si próprio: como o ferro afia o ferro, o homem afia seu companheiro. E esta realidade não poderia ser diferente na trajetória percorrida ao longo do mestrado. Em meio às reviravoltas e problemas da vida diária, foi profundamente reconfortante saber que em momento algum estive lutando sozinha pela causa da Saúde do Trabalhador. Sou profundamente grata: às Professoras Simone Santos Oliveira e Ana Maria Cheble Bahia Braga, idealizadoras do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador (MPVISAT), do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp), por toda oportunidade concedida e voto de confiança; à Renata Santana, do Cesteh/Ensp, pela atenção e assistência dispensadas ao longo da minha trajetória como aluna de mestrado; à equipe do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/Ensp), pela atenção e colaboração; ao Professor Orientador William Waissmann, por toda oportunidade concedida e voto de confiança, aliados à sua inteligência, disciplina e ensino. Como sempre, agradeço à minha família, especialmente à minha mãe, por me inspirar com seu exemplo a não desistir diante dos grandes desafios, mas seguir em frente confiando no Senhor. Por fim, agradeço àquele em quem vivo, me movo e existo, por cuidar de mim. *Soli Deo Gloria!*

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”
(GALEANO, 2013. Nota: 1:07 minutos, tradução na legenda do vídeo).

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar aspectos da Saúde do Trabalhador, operados em normas federais, junto a Instrumentos de Planejamento da Saúde e de Instrumentos de Planejamento e Orçamento do governo do Estado do Espírito Santo, entre 2012 e 2017. Fez-se busca em bases de acesso público e irrestrito, junto a órgãos públicos, normas e bibliografia relacionada e se tratou de estabelecer categorias para comparação do que se apresentava em nível federal com os instrumentos analisados do Estado. Pôde-se encontrar, de forma direta, diversos aspectos caros à Saúde do Trabalhador, e presentes em normas federais, nos Instrumentos de Planejamento em Saúde do Estado do Espírito Santo. Porém, isto não ocorreu nos Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo do Estado, o que fragiliza a possibilidade de ações concretas. Conclui-se pela necessidade de participação popular e controle social para fazer valer as necessidades das trabalhadoras e dos trabalhadores e as intenções expressas nos Instrumentos de Planejamento em Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Gestão Pública. Saúde do Trabalhador. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify aspects of Worker's Health, operated in federal norms, along with Health Planning Instruments and Planning and Budget Instruments of the state government of Espírito Santo, between 2012 and 2017. A search was made in public and unrestricted access bases, with public agencies, norms and related bibliography, and it was tried to establish categories to compare what was presented at the federal level with the analyzed instruments of the State. Several aspects that were dear to the Worker's Health and present in federal norms, in the Health Planning Instruments of the State of Espírito Santo, could be found in a direct way. However, this did not occur in the Planning and Budget Instruments of the State Government, which weakens the possibility of concrete actions. It concludes by the need for popular participation and social control to assert the needs of the workers and the intentions expressed in the Instruments of Health Planning.

Keywords: Health Management. Public Management. Occupational Health. Public Health Policy. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Organização dos Procedimentos Metodológicos.....	26
Figura 2 -	Plano Diretor de Regionalização de 2011.....	33
Figura 3 -	Pirâmide Etária do Estado do Espírito Santo.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vulnerabilidade Social no Espírito Santo (1991 a 2010).....	38
Tabela 2 - IDH Educação, Longevidade e Renda do Estado do ES (1991 a 2010).....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre princípios e diretrizes da PNSST, PNSTT e PNVS.....	19
Quadro 2 - Caracterização da busca e organização dos indicadores para fundamentação da interpretação final.....	27
Quadro 3 - Instrumentos analisados e sua periodicidade no âmbito do Estado do Espírito Santo.....	29
Quadro 4 - Legislação Básica em Gestão do SUS.....	44
Quadro 5 - Legislação Básica em Saúde do Trabalhador.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP/Ensp	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cesteh/Ensp	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONCLA	Comissão Nacional de Classificação
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro
GM	Gabinete do Ministro
GP	Gestão Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesões por Esforços de Repetição
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
MPVISAT	Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador
NEVISAT	Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador
NOST/SUS	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEAC	Planejamento, Execução, Avaliação e Controle
PES	Plano Plurianual de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRC	Portaria de Consolidação
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
R	Revogada
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR E, INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.....	16
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	16
2.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO..	20
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
4	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5.1	O ESTADO HERDADO ENQUANTO ORIGEM.....	33
5.2	O ESTADO NECESSÁRIO ENQUANTO DESTINO.....	42
5.3	A GESTÃO PÚBLICA ENQUANTO ESTRATÉGIA E, O LUGAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	48
5.4	OS INSTRUMENTOS E NORMAS REVELARAM QUE	57
6	CONCLUSÃO.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

Uma das concepções de Saúde do Trabalhador defende ser ela um campo do saber com ações fundamentadas na articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Objetiva compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença atrelado: às relações do trabalho; às formas de inserção dos trabalhadores e trabalhadoras nos espaços de trabalho; aos modos de desenvolvimento produtivo em determinado momento histórico; e às consequentes formas de adoecer e morrer (BRASIL, 2001).

Alinhado a este conceito, enfatiza-se que as intervenções devem voltar-se para a garantia da atenção integral à saúde das trabalhadoras e trabalhadores, considerando sua inserção nos processos produtivos, e também para a transformação dos mesmos, a fim de que sejam promotores de saúde em vez de geradores de adoecimento e morte (BRASIL, 2018).

O trajeto percorrido pela Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcado pela marginalização da área dentro do espectro das políticas de saúde (mesmo havendo normatização a respeito), quando consideradas as prioridades definidas pela gestão do SUS para o estabelecimento de ações e serviços (VASCONCELLOS & RIBEIRO; 2011; COUTINHO, 2015), o que dá margem a se destacar que gestões públicas estaduais podem, em seus instrumentos de planejamento e controle, manter o espectro de marginalização da área, mesmo, quando consideradas a formatação das normas federais.

Conseqüentemente, é possível que, ao se ousar questionar o lugar da Saúde do Trabalhador ao longo da práxis profissional na Administração Pública, possa-se deparar com um aparente distanciamento entre ambos, mesmo em setores relacionados à vigilância em saúde, controle social e afins.

Na busca pela compreensão desta temática, explorou-se possíveis relações entre campos de conhecimentos, aparentemente, distintos, considerando as prerrogativas legais da saúde do trabalhador no âmbito federal enquanto estandarte a ser utilizado em termos práticos, inclusive, por autarquias, órgãos, secretarias e empresas públicas diversas.

Não é o caso de considerar a normativa federal como absoluta, nem suas prerrogativas legais quanto à saúde do trabalhador perfeitas. Pelo contrário, antes norteiam e asseguram autonomia administrativa aos Estados e Municípios, respeitando as especificidades e características do território, tal como os conceitos da utopia para Eduardo Galeano, de Estado Necessário para a Administração Pública, o ideal a ser alcançado por meio da gestão das políticas públicas.

Este anseio, de que o preconizado acerca da Saúde do Trabalhador integre as políticas públicas em um determinado território, a partir de seus instrumentos de planejamento, não é em

prol de um grupo operário homogêneo - apesar das inestimáveis contribuições de Oddone (1986), mas em prol do que se considera, neste texto, como grupo operário heterogêneo:

“[...] 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” (PRC MS/GM nº 03/2017).

É pela coletividade heterogênea de trabalhadores que esta pesquisa subsiste, a fim de contribuir, mesmo que de forma pequena, considerando o desejo do próximo passo consistir em aprofundamento em estudos posteriores.

Neste sentido, cabe questionar, dentro do escopo deste trabalho, se tem havido lugar à Saúde do Trabalhador (ST) na Gestão Pública (GP) do Governo do Estado do Espírito Santo, se considerados os Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo do Estado e os Instrumentos de Planejamento da Saúde.

Faz-se necessário explicitar as terminologias “Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo” e “Instrumentos de Planejamento da Saúde”, bem como, do conceito de cada um dos instrumentos quadrienais e anuais que as compõem, respectivamente:

- Em âmbito de Governo, independente da esfera administrativa: Plano Plurianual (PPA) (quadrienal), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (anual), Lei Orçamentária (LOA) (anual);
- Em âmbito de SUS, independente da esfera administrativa: Plano Plurianual de Saúde (PES) (quadrienal), Programação de Saúde (PAS) (anual) e Relatório de Gestão (RAG) (anual e quadrienal).

Considerando que o foco delimita-se à esfera administrativa estadual no território do Estado do Espírito Santo, os conceitos de cada um dos instrumentos supracitados foram restringidos ao Governo do Estado do Espírito Santo e à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, sem a pretensão de se esgotar a temática e de se estabelecer conclusões definitivas referentes ao orçamento, uma vez que a proposição é restrita à identificação da Saúde do Trabalhador nos instrumentos em análise.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR E INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Saúde do Trabalhador refere-se, como dita o art. 6º, da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), a “um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002). É, pois, momento da Saúde Pública, mais especificamente, o campo que se dedica às relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2001).

Saúde do Trabalhador, como tratada no Caderno da Atenção Básica nº 05 do Ministério da Saúde, é indissociável de ações a serem desenvolvidas no nível local de saúde, perpassando desde as atribuições gerais voltadas para o território, às atribuições para o serviço de saúde e as específicas das equipes locais de saúde. Cabe ressaltar que compõe tais atribuições o planejamento e execução de ações de vigilância nos locais de trabalho, considerando as informações colhidas em visitas, os dados epidemiológicos e as demandas da sociedade civil organizada, como designado neste Caderno de Saúde do Trabalhador nº 5.

Outras contribuições importantes para concretizar a Saúde do Trabalhador foram diversos instrumentos operacionais utilizados para a vigilância em saúde do trabalhador, como a ficha de notificações de acidentes de trabalho graves de doenças relacionadas ao trabalho, do SINAN; ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações do SIAB; ficha de atendimento no serviço; ficha de vigilância em ambientes de trabalho; norma operacional de saúde do trabalhador (NOST/SUS); instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador; modelo de comunicação de acidente de trabalho (CAT); e relação das normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho do ministério do trabalho e emprego – existentes no período em que o Caderno de Atenção Básica nº 5 de Saúde do Trabalhador foi publicado (BRASIL, 2002).

Em 2018, novas contribuições relevantes no conceito e operacionalização de Saúde do Trabalhador foram publicadas pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica à Saúde nº 41 (Caderno 41), lançado com o título “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (BRASIL, 2018). Mostra-se que Saúde do Trabalhador é um campo do saber fundamentado em 3 eixos de ações: promoção da saúde, assistência à saúde e vigilância em Saúde do Trabalhador. O primeiro eixo de ações encoraja a articulação de políticas e práticas intersetoriais para promover o controle e a intervenção sobre determinantes de saúde, a participação em processos regulatórios e a produção conjunta de normas protetivas. O segundo eixo traz a importância da identificação do(a) usuário(a), enquanto trabalhador(a), para o estabelecimento do nexos de causalidade entre o trabalho e o processo saúde-doença para: definição do plano terapêutico adequado, orientação do(a) trabalhador(a) quanto a questões trabalhistas e previdenciárias, à notificação dos agravos relacionados ao trabalho e acionamento dos setores da vigilância em saúde. O terceiro eixo é definido como um dos componentes da Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e em Saúde Ambiental) abrangendo: a vigilância dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, dos ambientes e processos de trabalho; educação em saúde e produção, divulgação e difusão de informações em saúde (BRASIL, 2018).

O Caderno 41 apontou, também, a necessidade de preparo das equipes de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família enquanto porta de entrada de trabalhadores(as) - cujas condições de vida, fatores e situações de risco presentes nos ambientes de trabalho/emprego/desemprego impliquem em diversas doenças e agravos relacionados ao trabalho – para: compreensão da Vigilância em Saúde e da Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a); realização de diagnóstico situacional para identificar o perfil produtivo e a situação de saúde do território; reconhecimento do(a) usuário(a) trabalhador(a) e da relação entre adoecimento e trabalho para adequado manejo das doenças e agravos apresentados na perspectiva integral, com fornecimento de orientação e encaminhamento corretos das(os) trabalhadoras(es) para acesso ao Seguro Social (BRASIL, 2018).

O CAB nº 41 de 2018 do Ministério da Saúde também destacou a integralidade das ações de saúde, priorizando as de promoção e vigilância em saúde, sem dissociá-las das ações preventivas e curativas, fundamentadas na articulação intra e intersetorial das políticas e práticas de saúde, na perspectiva da transversalidade. As(os) trabalhadoras(es) passaram de pacientes à sujeitos da saúde dotados de conhecimento técnico e saberes, experiências e subjetividades na identificação dos riscos para a saúde presentes no trabalho, nas repercussões desta exposição sobre o adoecimento e/ou agravamento da doença e, na identificação das mudanças necessárias nos processos produtivos para torná-los mais seguros e saudáveis (BRASIL, 2018). Logo, entende-se como fundamental que estas(es) trabalhadoras(es) participem da comunidade e do controle social em todas as instâncias e etapas da organização das ações e serviços de saúde, bem como sejam consideradas(os) no planejamento e na execução das ações de saúde (BRASIL, 2018).

Considerando a questão dos trabalhadores e do planejamento, foi elaborado um quadro elaborado para estabelecer comparação entre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e, da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). É possível observar que estas políticas se encontram alinhadas com alguns dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, participação da comunidade e descentralização. Mostra-se, também, se o achado auxilia o direcionamento do olhar para identificar questões de Saúde do Trabalhador quando da leitura e análise dos instrumentos de planejamento.

Quadro 1. Comparação entre princípios e diretrizes da PNSST, PNSTT e PNVS

PNSST	PNSTT	PNVS
Universalidade	Universalidade	Universalidade
Integralidade	Integralidade	Integralidade
diálogo social	participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social	participação da comunidade
	descentralização	Descentralização
	hierarquização	
	Equidade	Equidade
prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação	Precaução	
		Publicidade
inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde		
adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco; Estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho; reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho.		Conhecimento do território; vigilância em saúde com regionalização; cooperação, intra e intersectorialidade articulação e pactuação entre esferas de governo ações voltadas à saúde pública construção de práticas de gestão e de trabalho integração (práticas e processos de trabalho) cooperação e intercâmbio técnico científico gestão de risco emergências em saúde pública (regulamento sanitário internacional) capacidades básicas de vigilância em saúde análise da situação da saúde da população impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a prevenir riscos e eventos adversos.

Fonte: Elaborado pela autora. Informações obtidas na seguinte fonte de dados: Saúde Legis (Ministério da Saúde)

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO ANALISADOS

A terminologia “Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo” é utilizada para se referir ao PPA (quadrienal), LDO (anual) e LOA (anual), simultaneamente.

Sua previsão legal está disposta no art. 165, da Constituição Federal, de 1988 (CF/88), no tocante às Leis de iniciativa do Poder Executivo do modelo orçamentário, e também, o Art. 94, parágrafo único, V, da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde (PRC MS/GM), nº 1, de 28/09/2017, no tocante às diretrizes do processo de planejamento no âmbito do SUS originadas do Art. 1º, Parágrafo Único, V, da revogada Portaria do Ministério da Saúde nº 2135, de 25/09/2013.

Cabe esclarecer que esta dissertação utilizou em alguns momentos o termo “Instrumentos de Planejamento do Governo” com supressão da palavra “orçamento” apenas por questões didáticas, tendo em vista manter o foco no planejamento considerando como a Saúde do Trabalhador é operacionalizada enquanto política pública nos instrumentos de planejamento, sem que se pretenda delimitar o conjunto orçamentário da Saúde do Trabalhador aos instrumentos analisados.

É de suma importância um bom planejamento da gestão dos recursos públicos, considerando a elaboração, organização e execução, pois permite a gestão adequada dos recursos para a realização do diagnóstico das necessidades, estabelecimento de metas, elaboração de prioridades, tomada de decisão com assertividade, possibilitando ao gestor público atender, de forma satisfatória, sistemática e subsidiada pelo PPA, LDO e LOA, as demandas da sociedade dentro das possibilidades orçamentárias, dada a necessidade do equilíbrio entre as receitas e as despesas nas execuções orçamentárias e financeiras (SANTOS, 2012; ALBUQUERQUE, 2013).

O conjunto destas três leis – PPA, LDO e, LOA consistem no orçamento público, haja vista que cada uma contribui para o planejamento das ações segundo enfoques e horizontes próprios (SANTOS, 2012).

O PPA consiste no instrumento, editado a cada quatro anos, que define estratégias, diretrizes e metas do governo a médio prazo, enquanto uma espécie de plano de ação, partindo de um planejamento estratégico: discriminando os objetivos de governo a serem alcançados durante o mandato do chefe do poder executivo; estabelecendo os programas setoriais que serão implementados; definindo as fontes de financiamento e as metodologias de elaboração, gestão, avaliação e revisão dos programas, além de abranger ações não orçamentárias que contribuam

para os objetivos dos programas. Ou seja: o papel do PPA é consistir no instrumento de planejamento intermediário entre o planejamento de longo prazo e a programação orçamentária de curto prazo (SANTOS, 2012).

A LDO, de acordo com a CF/88 em seu art. 164, §2º, compreende: as metas e prioridades da administração pública [...] incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. Também orienta quanto à elaboração da LOA, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e, estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (BRASIL, 1988).

Desta forma, em caso de ausência de uma lei geral de finanças públicas, os poderes Executivo e Legislativo acrescem à LDO algumas questões relacionadas à lei definindo a estrutura do orçamento, como classificações orçamentárias dentre outros referentes à elaboração e à execução do orçamento, como por exemplo: regras para elaboração e execução do orçamento; prioridades na aplicação dos recursos; limites de gastos; metas fiscais relativas às receitas, às despesas, aos resultados nominal e primário e ao montante da dívida pública; regras para contratação de pessoal e aumento de remuneração; alterações da lei orçamentária ao longo do ano; alterações na legislação tributária, inclusive quanto às regras para a concessão de incentivos ou benefícios tributários; política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento; execução de obras com indícios de irregularidades graves; transferências de recursos a outros entes; e avaliação, controle e transparência das contas públicas (SANTOS, 2012).

Em termos gerais, através dos anexos da LDO são definidas as condições nas quais se dará a programação e a execução orçamentária para o exercício seguinte e, conseqüentemente quanto das metas do PPA poderão ser efetivamente implementadas. Uma vez aprovada a LDO, o processo orçamentário volta-se para a elaboração da LOA (SANTOS, 2012).

A LOA é a programação anual de trabalho elaborada pelo Poder Executivo com base nas metas estabelecidas pelo PPA e nas orientações dadas pela LDO. Sua finalidade é estimar as receitas que o governo espera dispor no ano seguinte, bem como, fixar as despesas que serão realizadas com tais recursos. Logo, a LOA consiste em uma autorização de gastos, o que é totalmente diferente de uma obrigação de gastar, por isso o orçamento é dito autorizativo, não impositivo (SANTOS, 2012).

Os Instrumentos de Planejamento no âmbito do Estado no Espírito Santo, em análise nesta dissertação, se referem ao nível macro de governança – com diversas autarquias, órgãos, secretarias, empresas públicas, ao passo que os Instrumentos de Planejamento da Saúde, por

pertencerem à uma estrutura mais específica e integrante do Governo do Estado que é a Secretaria de Estado de Saúde (SESA-ES), se referem à competências e especificidades do campo da saúde pública.

As características inerentes aos instrumentos de competência e responsabilidade da SESA-ES devem, em tese, subsidiar e complementar, de forma pormenorizada, com questões específicas de saúde e políticas públicas, aqueles sob competência e responsabilidade dos órgãos mais gerais de governança do Governo do Estado do Espírito Santo.

A terminologia Instrumentos de Planejamento da Saúde advém dos Artigos 95 e 94 parágrafo único, V, da PRC MS/ GM nº 1 de 28/09/2017, significando 3 categorias de instrumentos em cada esfera de gestão, os já citados: PES, PAS e RAG.

O PES é um instrumento que baliza a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde, assim como os PAS o fazem, considerando sua obrigatoriedade de encaminhamento ao Conselho de Saúde para aprovação. Isto faz dele o instrumento chave para o planejamento, definição e implementação de iniciativas no âmbito da saúde de forma quadrienal, especificando, para o período de quatro anos, os compromissos do governo para o setor saúde, pautado em análise situacional para identificação das necessidades de saúde da população. Ou seja, o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 2012, art. 36, §2º (BRASIL, 2012).

Os PES estaduais, além de apontar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios pactuada pelos gestores da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), necessitam de: análise situacional; definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; processo de monitoramento e avaliação de acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012).

Saindo da periodicidade quadrimestral, há outras 2 subcategorias de instrumentos de planejamento da saúde com periodicidade anual: PAS e RAG.

A PAS operacionaliza as intenções expressas no PES a fim de “anualizar” as metas deste plano de saúde que é quadrienal, assim como, prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Logo, faz-se obrigatório para as unidades federativas: Para Estados e Municípios, a PAS deve conter: ações específicas para um dado período do ano a fim de alcançar os objetivos e cumprir as metas do PES; indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; previsão da alocação dos recursos orçamentários para o cumprimento da PAS segundo a Lei Complementar nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012).

O RAG consiste no terceiro instrumento de gestão com periodicidade anual a fim de possibilitar ao gestor a apresentação de todos os resultados obtidos mediante a execução da

PAS e, por conta desta característica, também permite a orientação de possíveis redirecionamentos no PES. Sua estrutura incorpora: diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; metas da PAS previstas e executadas; análise da execução orçamentária; recomendações e eventuais redirecionamentos do PES; etc. conforme a Lei Complementar nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Diante das considerações apresentadas, foi elaborado um quadro para apresentação visual da organização dos procedimentos metodológicos adotados tendo por base Lakatos e Marconi (1991).

De forma mais detalhada, o tema é a Saúde do Trabalhador no contexto dos Instrumentos de Planejamento, sob responsabilidade do Governo do Estado e da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, em comparação com os atos normativos do Governo Federal.

Como problema, a incerteza, traduzida no questionamento: A Saúde do Trabalhador se faz presente nos Instrumentos de Planejamento do Estado do Espírito Santo?

Importante frisar a hipótese levantada, de que a Saúde do Trabalhador se faz presente de modo inadequado nos Instrumentos de Planejamento do Estado do Espírito Santo.

Tudo isto com a finalidade de identificar a situação da Saúde do Trabalhador nos Instrumentos de Planejamento do Estado do Espírito Santo.

Esse objetivo geral foi alicerçado de forma mais pormenorizada por meio dos seguintes objetivos específicos traçados:

- Revisar dados demográficos, sanitários e econômico-financeiros gerais do Estado do Espírito Santo.
- Identificar se a Saúde do Trabalhador está contemplada nos Instrumentos de Planejamento sob responsabilidade do Governo do Estado do Espírito Santo;
- Identificar se a Saúde do Trabalhador está inserida nos Instrumentos de Planejamento sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo;

Importante destacar algumas limitações. Mesmo sendo abordados instrumentos de gestão orçamentária, eles não permitem avaliação plena de orçamento relacionado à Saúde do Trabalhador, que pode subsistir, mas não ser observado nos Instrumentos analisados.

Para direcionar o foco no planejamento optou-se por utilizar a terminologia “Instrumentos de Planejamento sob responsabilidade do Governo do Estado do Espírito Santo” suprimindo a palavra orçamento para se referir aos “Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo do Estado do Espírito Santo”, que compreendem os objetos de investigação na esfera administrativa estadual escolhidos: PPA, LDO e, LOA.

Mantendo a linha de raciocínio, a terminologia “Instrumentos de Planejamento da Saúde do Estado do Espírito Santo” foi utilizada enquanto sinônimo de “Instrumentos de Planejamento sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo” para se referir às unidades de análise na esfera administrativa estadual escolhidas: PES, PAS e, RAG.

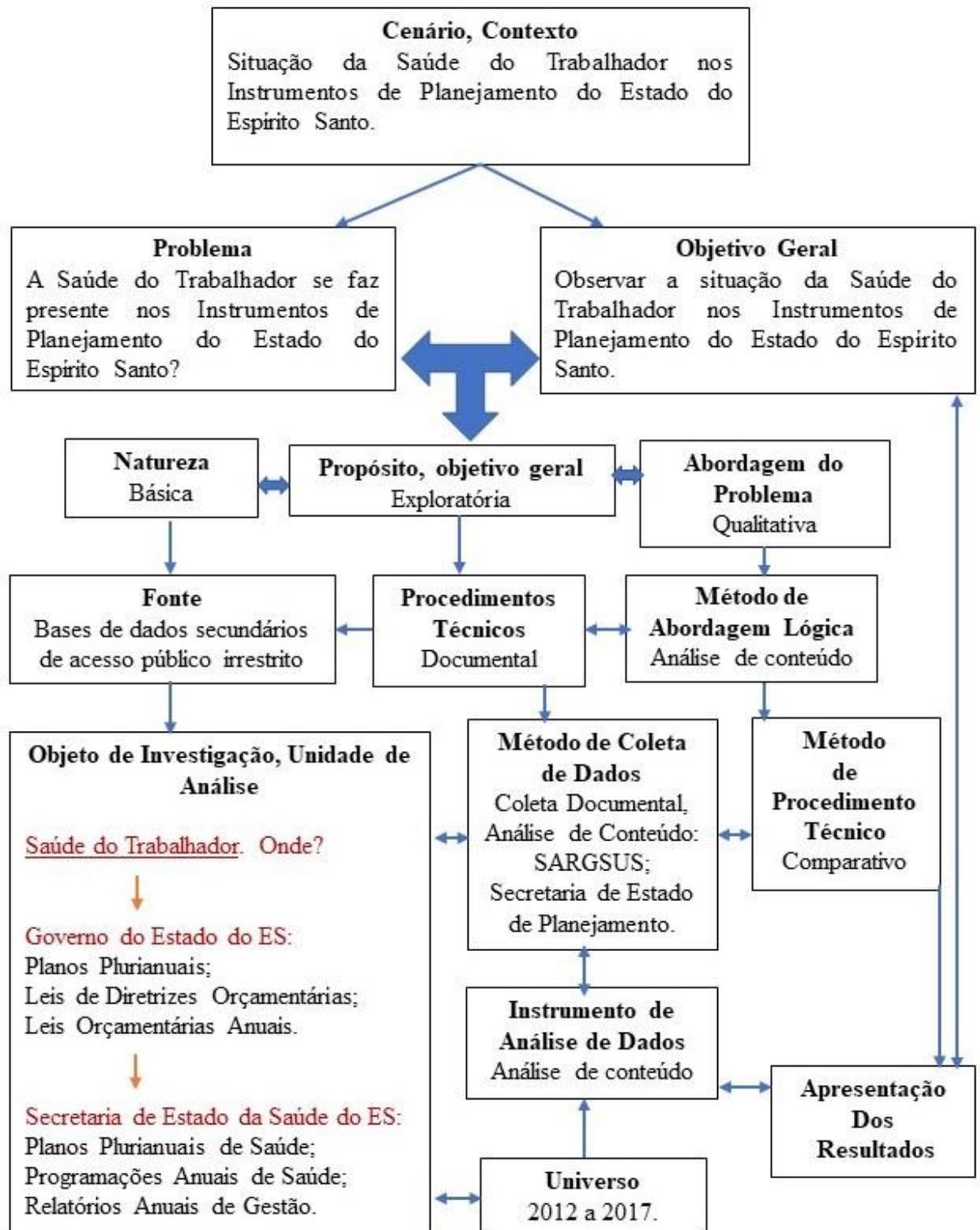
No que se refere à gestão pública, os instrumentos escolhidos são gerais e genéricos visto que se referem ao Governo do Estado como um todo – logo não é esperado encontrar questões específicas da saúde do trabalhador nos mesmos, por sua própria natureza. De modo contrário, no que se refere à gestão do SUS, os instrumentos escolhidos são específicos e, portanto, com maior detalhamento no que cerne ao SUS na esfera administrativa estadual – logo é esperado encontrar questões específicas da saúde do trabalhador nos mesmos, por sua própria natureza.

Estes esclarecimentos apontam as limitações do próprio método, restrito aos instrumentos levantados por questões de viabilidade, o qual não permite avançar em questões de relativas à saúde do trabalhador para além dos próprios instrumentos, dentre elas: questões orçamentárias referentes à gestão de recursos financeiros, como por exemplo, o orçamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, pelas limitações dos próprios instrumentos escolhidos, o foco reside, assim, na identificação da Saúde do Trabalhador nestes instrumentos.

Cabe ressaltar que acerca dos instrumentos de planejamento do SUS, os artigos 99 e 100, da PRC MS, GM nº 01/2017, apontam a periodicidade anual e quadrimestral, respectivamente. Optou-se, porém, por utilizar somente os Relatórios Anuais de Gestão, da SESA-ES, em detrimento dos quadrimestrais, por questões de viabilidade temporal.

Deste modo, o quadro elaborado, tendo por base Lakatos e Marconi (1991), apresenta uma espécie de encadeamento norteador dos procedimentos metodológicos adotados para se alcançar a finalidade: restrita ao que o método escolhido se propõe; o problema (e a forma de abordagem) no contexto do tema e sua delimitação; hipótese levantada, a natureza e o propósito desta pesquisa - associados ao objetivo geral e específicos para sua consecução; conduzidos sob a delimitação dada pelas próprias unidades de análise por suas características intrínsecas dentro do universo de análise, a serem obtidos e analisados por meio de métodos, instrumentos e procedimentos técnicos alinhados tanto com a fonte, quanto com o método de abordagem e coleta de dados, considerando os documentos - instrumentos de planejamento do Estado do Espírito Santo disponíveis em meio eletrônico de acesso público, referentes ao período de 2012 a 2017.

Figura 1. Organização dos Procedimentos Metodológicos



Fonte: Elaborado pela autora. Notas: (1) Tendo por base Lakatos e Marconi (1991).

Já o quadro acerca da caracterização da busca e organização dos indicadores para fundamentação da interpretação final, foi elaborado, tendo por base Bardin (1977), para nortear

para a condução da pesquisa dentro das limitações do próprio método anteriormente expostas, com foco nos objetivos geral e específicos.

Quadro 2. Caracterização da busca e organização dos indicadores para fundamentação da interpretação final

Categorização (Norteamento Geral) para Análise de Conteúdo					
Por Fonte/Base de Dados: <input type="checkbox"/> SEP-ES; <input type="checkbox"/> SARGSUS; <input type="checkbox"/> Outra. Qual?					
Por competência:	<input type="checkbox"/> Governo do Estado do ES			Por unidade de análise:	<input type="checkbox"/> PPA; <input type="checkbox"/> LDO; <input type="checkbox"/> LOA.
	<input type="checkbox"/> Secretaria de Estado da Saúde do ES				<input type="checkbox"/> PES; <input type="checkbox"/> PAS; <input type="checkbox"/> RAG.
Por período:	Quadrienal: <input type="checkbox"/> 2012 a 2015; <input type="checkbox"/> 2016 a 2019.			Data:	
	Anual: <input type="checkbox"/> 2012; <input type="checkbox"/> 2013; <input type="checkbox"/> 2014; <input type="checkbox"/> 2015; <input type="checkbox"/> 2016; <input type="checkbox"/> 2017.			Páginas:	
Critério de Exclusão*(disponibilidade): Quando da coleta documental, este Instrumento já estava disponível?				<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Objetivo Geral: A Saúde do Trabalhador está inserida neste Instrumento?				<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> N/A
Categorização (Norteamento Detalhado) para Análise de Conteúdo					
A Saúde do Trabalhador, neste Instrumento, está de acordo com as suas prerrogativas legais?				<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Legislações					
Palavras-índice (e variantes)	Registros encontrados, relacionados à Saúde do Trabalhador				
	Total	Pág.	Parte, Contexto (Unidade de Análise)	Trecho selecionado (Unidade de Análise)	Codificação (Idéia Central)
Saúde do trabalhador					
Saúde do Servidor					
Saúde Ocupacional					
Medicina do Trabalho					
Segurança do Trabalho					
Trabalhador					
Servidor					
Funcionário					
Doenças do Trabalho					
Doenças Ocupacionais					
Acidentes					
Acidentes de Trabalho					
Acidentes Ocupacionais					

Fonte: Elaborado pela autora. Notas: (1) Tendo por base Bardin (1977).

Neste quadro, pode-se observar o quanto o método escolhido foca no planejamento, em vez de orçamento, delimitado aos instrumentos de planejamento da esfera administrativa Estadual do Espírito Santo, a começar pela categorização intrinsecamente relacionada às características dos mesmos – fonte e base de dados, competência, unidade de análise e, período, bem como, pela retomada ao objetivo geral na caracterização para norteamto geral para análise de conteúdo e, também na caracterização detalhada com auxílio de palavras índice objetivando auxiliar a análise da referida documentação para identificar se a saúde do trabalhador está presente considerando suas prerrogativas legais.

Anteriormente foi pontuado o corte temporal compreendido no período de 2012 a 2017. Então, por que motivo optou-se por inserir no corpus instrumentos quadrienais (de competência do Governo do ES e, de competência da SESA-ES) referentes ao período de 2016/2019, além dos quadrienais referentes ao período de 2012/2015, e também, no quadro referente à caracterização da busca e organização dos indicadores para fundamentação da interpretação final? A fim de estabelecer comparação entre os quadriênios 2012/2015 e 2016/2019.

3.1 FONTE DE PESQUISA

Foram utilizadas fontes secundárias de dados de acesso público irrestrito, inclusive sobre a caracterização do Estado e dos Instrumentos de Gestão, além das provenientes da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento – SEP do Governo do Estado do Espírito Santo e, do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS.

Por questões de viabilidade, dentre os arquivos disponíveis em meio eletrônico da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento do Espírito Santo – SEP-ES, foram utilizados: Plano Plurianual Estadual – PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias Estadual – LDO; Lei Orçamentária Anual Estadual – LOA.

Pelos mesmos motivos, dentre os arquivos disponíveis em meio eletrônico do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS, na esfera administrativa Estadual do Espírito Santo, foram utilizados: Plano Plurianual Estadual de Saúde – PES; Programação Anual de Saúde Estadual - PAS; Relatório Anual de Gestão Estadual – RAG.

3.2 PROCESSO DE PESQUISA

O presente estudo está metodologicamente dividido em 4 etapas.

Na Etapa 1, revisou-se, em busca não restrita, dados demográficos, sanitários e econômico-financeiros gerais do Estado do Espírito Santo, como forma de balizar a tipificação do Estado do Espírito Santo, além de normas relacionadas à gestão pública e saúde. A busca foi

direcionada a objetivos específicos, não obedecendo a critérios que não o de obtenção das informações necessárias em fontes públicas.

Esta etapa teve início com a formulação das hipóteses e objetivos anteriormente expostos, delimitação do universo de análise ao período de 2012 a 2017 - em virtude da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora ter sido instituída pela Portaria nº 1.823 em 23/08/2012 – e, sendo apresentado de forma visual por meio do quadro sobre a constituição do corpus, considerando Regra de Pertinência, quais documentos foram retidos por serem considerados adequados enquanto fonte de informação de modo a corresponderem com os objetivos que motivam a análise (BARDIN, 1977).

Quadro 3. Instrumentos analisados e sua periodicidade no âmbito do Estado do Espírito Santo.

Governo do Estado do Espírito Santo						
Periodicidade quadrienal	PPA 2012 a 2015				PPA 2016 a 2019	
Periodicidade anual	LDO 2012	LDO 2013	LDO 2014	LDO 2015	LDO 2016	LDO 2017
	LOA 2012	LOA 2013	LOA 2014	LOA 2015	LOA 2016	LOA 2017
Universo	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Secretaria de Estado da Saúde do ES						
Periodicidade quadrienal	PES 2012 a 2015				PES 2016 a 2019*	
Periodicidade anual	-	PAS 2013	PAS 2014	PAS 2015	PAS 2016	PAS 2017
	RAG 2012	RAG 2013	RAG 2014	RAG 2015	RAG 2016	RAG 2017

Fonte: Elaborado pela autora. Notas: (1) Tendo por base Bardin (1977); (2) Informações obtidas nas seguintes fontes de dados: SARGSUS, SESA-ES e, SEP-ES. (3) * representa que a unidade de análise foi encontrada em outra base de dados que não a prevista. (4) - representa informações indisponíveis nas fontes pesquisadas.

Na Etapa 2, realizou-se a coleta documental, considerando o método análise de conteúdo, dos PES, PAS, RAG; PPA, LDO e, LOA, nas bases de dados de acesso irrestrito.

No tocante aos instrumentos de Planejamento da Saúde da Esfera Administrativa Estadual, coletou-se do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS, os seguintes documentos referentes aos últimos dois quadriênios, que cumpriam o período em análise:

1. Plano Plurianual Estadual de Saúde – PES: 01 PES referente ao quadriênio de 2012 a 2015 e 01 PES referente ao quadriênio de 2016 a 2019;
2. Programação Anual de Saúde Estadual – PAS, totalizando 05 programações: 01 referente ao ano de 2013, 01 referente ao ano de 2014, 01 referente ao ano de 2015, 01 referente ao ano de 2016, 01 referente ao ano de 2017); e
3. Relatório Anual de Gestão Estadual - RAG compreendendo 06 relatórios: 1 referente ao ano de 2012, 01 referente ao ano de 2013, 01 referente ao ano de 2014, 01 referente ao ano de 2015, 01 referente ao ano de 2016, 01 referente ao ano de 2017).

No que diz respeito aos Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo do Estado do Espírito Santo, coletou-se os seguintes documentos referentes aos dois últimos quadriênios:

1. Plano Plurianual Estadual – PPA: 01 PPA relativo ao quadriênio de 2012 a 2015 e 01 PPA relativo ao quadriênio de 2016 a 2019;
2. Lei de Diretrizes Orçamentárias Estadual – LDO consistindo em 06 documentos: 1 referente ao ano de 2012, 01 referente ao ano de 2013, 01 referente ao ano de 2014, 01 referente ao ano de 2015, 01 referente ao ano de 2016, 01 referente ao ano de 2017); e
3. Lei Orçamentária Anual Estadual – LOA contemplando 06 documentos: 1 referente ao ano de 2012, 01 referente ao ano de 2013, 01 referente ao ano de 2014, 01 referente ao ano de 2015, 01 referente ao ano de 2016, 01 referente ao ano de 2017).

A Etapa 2 foi caracterizada pelas seguintes particularidades: indisponibilidade de algumas unidades de análise, de competência da Gestão Estadual do SUS, escolhidas para pesquisa no SARGSUS, com universo de 2012 a 2017; utilização da fonte de dados SESA-ES, enquanto auxiliar, para obtenção das unidades de análise não localizadas no SARGSUS por meio da guia “Instrumentos de Planejamento”; utilização de bases de dados, como Sala de Apoio à Gestão Estratégica e Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, para obtenção de um breve panorama sobre a situação de saúde do trabalhador, em termos epidemiológicos, no ES, e enriquecimento da discussão sobre a situação da saúde do trabalhador nos Instrumentos de Planejamento do ES.

Na Etapa 3, os documentos coletados foram analisados em seu conteúdo e categorizados, de modo a permitir a comparação entre normas e instrumentos de gestão nacionais e do Estado do Espírito Santo, para investigar se a Saúde do Trabalhador se faz presente nos Instrumentos de Planejamento da Saúde e nos Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo do Estado do Espírito Santo.

Considerando o novo delineamento por conta de situação encontrada na Etapa 1 (ausência de unidades de análise no SARGSUS), informações extraídas dos documentos analisados, de 2012 a 2017, foram analisadas e comparadas, procurando-se observar a relação do que estava escrito com 3 categorias, a saber: Saúde do Trabalhador, Política de Saúde e/ou Controle Social, Política de Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas.

Como norte, a leitura foi feita à luz das seguintes palavras-índice: Saúde do Trabalhador; Saúde do Servidor; Saúde Ocupacional; Medicina do Trabalho; Segurança do Trabalho; Trabalhador; Servidor; Funcionário; Doenças do Trabalho; Doenças Ocupacionais; Acidentes; Acidentes de Trabalho; Acidentes Ocupacionais, considerando, também, possíveis variantes que surgiram durante a aplicação da metodologia adotada junto aos objetos de investigação.

Na Etapa 4, considerando o Método Análise de Conteúdo, os documentos coletados também foram submetidos ao Método de Procedimento Técnico Comparativo que, segundo Gil (2008), permite ressaltar as diferenças e similaridades que, no presente estudo, focaram nos instrumentos no âmbito da saúde pública e em seus correspondentes, que consistem nos instrumentos mencionados no âmbito da gestão pública, com vistas a diagnosticar a realidade da Saúde do Trabalhador na esfera administrativa estadual do Estado do Espírito Santo, para consecução dos objetivos geral e específicos.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não envolveu seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que demanda submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz, pois foram obtidos dados secundários a partir de coleta documental conforme exposto anteriormente. A pesquisa recebeu o Parecer de Dispensa de Análise Ética do CEP/Ensp, de nº 03/2019.

A Região Administrativa Metropolitana conta com 20 municípios, 91,42% da população concentrada na área urbana e, 8,58% na área rural: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória. (PDR SESA ES, 2011).

A Região Administrativa Sul está estratificada em 26 municípios, 72,42% da população situada na área urbana e, 27,58% da população na área rural: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e, Vargem Alta. (PDR SESA ES, 2011).

Para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, presente na PRC MS GM nº 03/2017 (que revogou totalmente a Portaria MS GM 1.823/2012), o Estado do Espírito Santo conta com 4 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, em funcionamento, integrando a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, disposta na Portaria MS GM nº 2728/2009 (PRC MS GM nº 03/2017).

De acordo com dados atualizados extraídos da RENAST e SESA-ES, após a desabilitação do CEREST Metropolitano, o Estado permaneceu com os seguintes CEREST em atividade: 01 CEREST Regional situado no município de São Mateus, na Região Norte do ES; 01 CEREST Estadual situado no município de Cariacica, na Região Metropolitana do ES; 01 CEREST Regional situado no município de Colatina, na Região Central do ES; e, 01 CEREST Regional situado no município de Cachoeiro do Itapemirim, na Região Sul. (RENAST ONLINE, SESA-ES; 2018).

Em consulta à última atualização da plataforma Renast Online, realizada em 09/09/18, foram informados os seguintes municípios sob a responsabilidade do CEREST Regional São Mateus, situado na Região Norte do Espírito Santo: Água Doce do Norte; Águia Branca; Barra de São Francisco; Boa Esperança – ES; Conceição da Barra – ES; Ecoporanga; Jaguaré; Mantenópolis (Município pertencente à Região Central do Espírito Santo); Montanha; Mucurici; Nova Venécia; Pedro Canário; Pinheiros; Ponto Belo; São Domingos do Norte; (Município pertencente à Região Central do Espírito Santo); São Gabriel da Palha - ES (Município pertencente à Região Central do Espírito Santo); São Mateus; Vila Pavão – ES; e, Vila Valério (Município pertencente à Região Central do Espírito Santo).

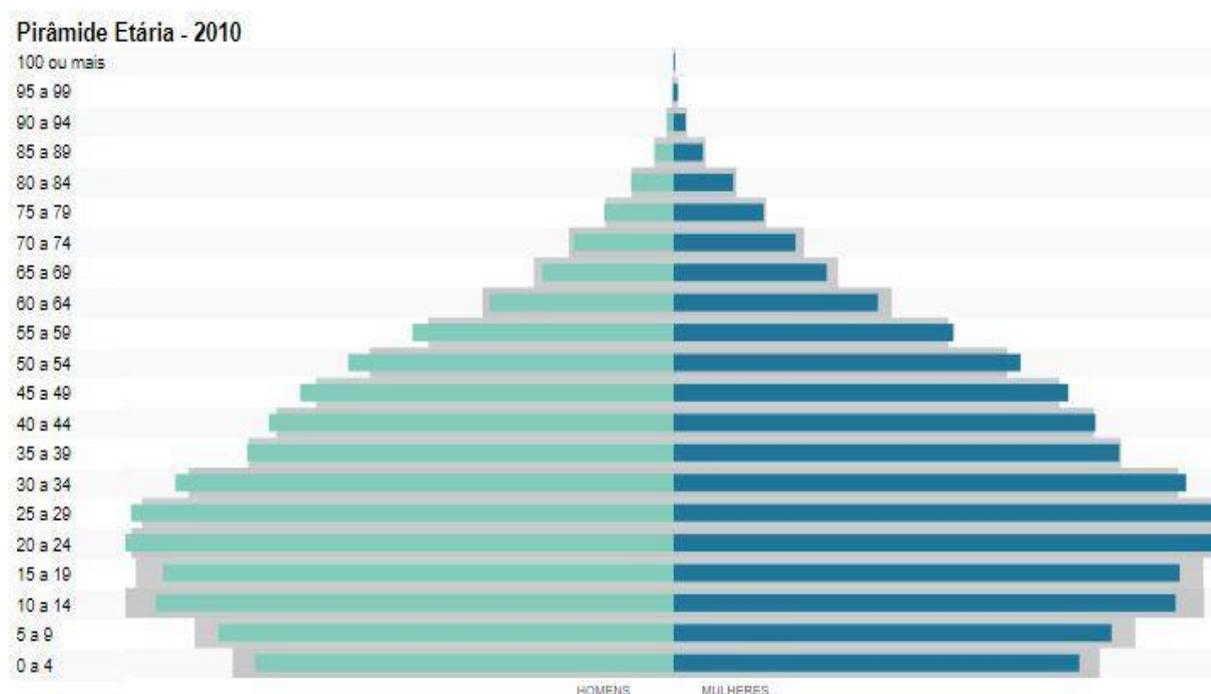
Sob, a responsabilidade do CEREST Regional de Colatina, situado na Região Central do Estado constam os seguintes municípios: Águia Branca; Alto Rio Novo; Aracruz; Baixo Guandu; Colatina; Governador Lindenberg; Ibirapu; João Neiva; Linhares; Mantenópolis; Marilândia; Pancas; Rio Bananal; São Domingos do Norte – ES; São Gabriel da Palha – ES; São Roque do Canaã; Sooretama; e, Vila Valério. (RENAST ONLINE, 2018).

Sob a área de abrangência do CEREST Regional de Cachoeiro do Itapemirim, situado na Região Sul do Estado estão os seguintes municípios: Alegre; Alfredo Chaves; Anchieta; Apicá; Atilio Vivacqua; Bom Jesus do Norte; Cachoeiro de Itapemirim; Castelo; Divino de São Lourenço; Dolores do Rio Preto; Guaçuí; Ibitirama; Iconha; Irupi; Itapemirim; Iúna; Jerônimo Monteiro; Marataízes; Mimoso do Sul; Muniz Freire; Muqui; Piúma; Presidente Kennedy; Rio Novo do Sul; São José do Calçado e, Vargem Alta. (RENAST ONLINE, 2018).

Não há informações na plataforma Renast Online acerca do CEREST Metropolitano desativado e, conseqüentemente, sobre os 20 municípios pertencentes à Região Metropolitana do Estado. Por inferência, a cobertura desses municípios deve estar contemplada, ainda que indiretamente, na abrangência da esfera administrativa correspondente ao CEREST Estadual situado na Região Metropolitana. (RENAST ONLINE, 2019).

Em termos demográficos, a população estimada para o Estado, em 2018, foi de 3.972.388 habitantes, baseada no censo do IBGE de 2010, quando a população foi de 3.514.952 pessoas ocupando o 14º lugar no País se comparado a outros Estados, e densidade demográfica no mesmo ano de 76,25 hab./km². Em 2019, a plataforma Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE revelou uma população total de 4.016.356 habitantes.

Sua população está pirâmide etária é adulta, destacando-se o topo estreito com poucos idosos, e a área intermediária maior que a base, predominando o grupo adulto sobre o grupo jovem. De acordo com o Atlas Brasil 83,40 % da população residente está situada na zona urbana e, apenas 16,60 % na zona rural. (IBGE, 2010; ATLAS BRASIL, 2019).

Figura 3. Pirâmide Etária do Estado do Espírito Santo

Fonte: IBGE

Dados estatísticos detalhando a estrutura etária da população no Estado, considerando uma população de 821.106 pessoas menores de 15 anos, 2.445.050 pessoas entre 15 e 64 anos e 248.796 pessoas com 65 anos ou mais, em 2010, apontaram os seguintes panoramas: 43,26 % de razão de dependência, que consiste no percentual da população dependente em relação à população potencialmente ativa; e 7,08% de taxa de envelhecimento, razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total. Isso representa um leve declínio da razão de dependência de 52,04% em 2000 e 64,51% em 1991 e configura ligeiro aumento da taxa de envelhecimento de 5,53% em 2000 e 4,34% em 1991. (ATLAS BRASIL, 2019).

Igualmente relacionados à estrutura etária, estão os coeficientes de mortalidade infantil e longevidade. A taxa de mortalidade em crianças com menos de um ano de idade declinou de 35,0 óbitos por mil nascidos vivos 1991 para 23,5 em 2000 e 14,2 em 2010. Em contrapartida, a esperança de vida ao nascer evoluiu de 66,2 anos na última década para 71,6 anos em 2000, e 75,1 anos em 2010. Foi utilizada a idade de 14 anos como ponto de corte nesta pesquisa para proporção da população economicamente ativa frequentando ou tendo completado determinados ciclos para indicar a situação da educação e renda, considerando o Estatuto da criança e do adolescente (ECA), Constituição Federal, Consolidação das Leis do Trabalho e, Lei do aprendiz. (ATLAS BRASIL, 2019; CRFB, 1988; DECRETO-LEI nº 5.452/1943; LEI nº 10.097/2000; LEI nº 11.180/2005).

Dados estatísticos, referentes ao ano de 2010, apontam proporção de 61,27% de jovens na faixa etária de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo, frente a 44,93% de jovens com idades entre 18 a 20 anos com ensino médio completo e 14,86% de jovens adultos na faixa de 18 a 24 anos, cursando o ensino superior em 2010. (ATLAS BRASIL, 2019).

No mesmo ano, a escolaridade da população com idade igual ou maior do que 25 anos se estratificou da seguinte forma: 10,2% com fundamental incompleto e analfabeto; 11,01 % com superior completo; 14,6% com fundamental completo e médio incompleto; 25% com médio completo e superior incompleto; e 39,2% com fundamental incompleto e alfabetizado. (ATLAS BRASIL, 2019).

Em consequência das variáveis escolaridade e oportunidade no mercado de trabalho, esta população economicamente ativa se expõe às condições de trabalho e vulnerabilidade distintas, e isto conseqüentemente repercutirá no panorama de morbimortalidade relacionada ao trabalho. Apenas no ano de 2010, a população de 18 anos ou mais de idade segmentou-se em: apenas 6,8% na situação economicamente ativa desocupada; 24% economicamente inativa; ao passo que a população economicamente ativa ocupada foi de 69,3%. Dentre estas, 17,04% desenvolviam suas atividades laborais no setor agropecuário, 1,53% na indústria extrativa, 9,29% na indústria de transformação, 8,11% no setor de construção, 0,93% nos setores de utilidade pública, 15,35% no comércio e 42,43% no setor de serviços. (ATLAS BRASIL, 2019).

Insta frisar que, de acordo com informações do Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural – Incaper, cerca de 54% da produção de café do Espírito Santo vem da agricultura familiar. No Espírito Santo, a união de famílias é que mantém a força da cafeicultura. (BACHETI, 2019).

Dados estatísticos extraídos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundação João Pinheiro (FJP) e, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), disponibilizados no Atlas Brasil, apontam a seguinte situação de vulnerabilidade no território:

Tabela 1. Vulnerabilidade Social no Espírito Santo (1991 a 2010):

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	34,98	23,45	14,15
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	74,78	55,07
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	20,08	7,08	3,02
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	14,11	9,40
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,18	3,13	2,46
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	11,48	7,67
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	12,81	14,09	14,39
% de vulneráveis e dependentes de idosos	2,86	2,45	1,66
% de crianças extremamente pobres	23,36	11,82	4,72
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	62,81	46,40	26,82
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	47,12	33,44
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	77,26	90,20	96,89

Fonte: ATLAS BRASIL, 2019.

O Coeficiente ou Índice de Gini no Estado, que se manteve em 0,60 no período de 1999 a 2000, diminuiu para 0,56 em 2010. Isto significa que, no universo de indivíduos limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes, o quadro de renda, pobreza e desigualdade no território ainda está longe do ideal, pois o valor zero representa ausência de desigualdade - quando a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos tem o mesmo valor e o valor 1 representa a desigualdade máxima - quando apenas um indivíduo detém toda a renda. (ATLAS BRASIL, 2019).

A oportunidade de se levar uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e de poder desfrutar de um padrão de vida digno pode ser avaliada pelo Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, o qual faz uma média geométrica de três dimensões com o mesmo peso: Renda; Educação; e, Longevidade. (ATLAS BRASIL, 2019).

O IDH Capixaba cresceu 46,53%, entre o ano de 1991 e 2010, saltando de 0,505 para 0,740, colocando o território na 7ª colocação no ranking geral dos Estados. Esta última mensuração do Índice de Desenvolvimento Humano situou o território na faixa de Desenvolvimento Humano Alto, cujos valores vão de 0,700 à 0,799. (ATLAS BRASIL, 2019).

Tabela 2. IDH Educação, Longevidade e Renda do Estado do ES (1991 a 2010):

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Estado - Espírito Santo			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,304	0,491	0,653
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	30,17	40,76	55,23
% de 5 a 6 anos na escola	37,12	70,13	90,98
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	46,59	70,59	87,09
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	23,72	47,05	61,27
% de 18 a 20 anos com médio completo	14,60	27,86	44,93
IDHM Longevidade	0,686	0,777	0,835
Esperança de vida ao nascer	66,17	71,64	75,10
IDHM Renda	0,619	0,687	0,743
Renda per capita	377,38	574,17	815,43

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Fonte: ATLAS BRASIL, 2019.

Em 1991, o IDH do Brasil foi de 0,493 (0,647 de subcomponente renda; 0,662 de longevidade e 0,279 de subcomponente educação). No ano de 2000, houve um salto para 0,612 do IDH (0,692 de subcomponente Renda; 0,727 de Longevidade e, 0,456 de subcomponente educação). Em 2010, o IDH da União atingiu a casa de 0,727 (decorrente de crescimento nos subcomponentes Renda para 0,739, Longevidade para 0,816 e Educação para 0,637). Essas mudanças totalizaram uma taxa de crescimento 47% no IDH Nacional de 1991 a 2010. (ATLAS BRASIL, 2019).

Considerando os dados acima, tanto na Esfera Administrativa Nacional quanto na Unidade Territorial do Estado do Espírito Santo, a dimensão do IDH que mais cresceu em ambos os casos foi a Educação, seguida por Longevidade e Renda (ATLAS BRASIL, 2019).

Como se pode observar, o Espírito Santo tem alcançado posições significativas de crescimento e desenvolvimento econômico, segundo indicadores tradicionais, mas preocupação há sobre repercussões de tal crescimento no campo da saúde e da Saúde do Trabalhador, em termos mais específicos.

Informações extraídas da base de Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Ministério da Saúde, forneceram dados significativos referentes ao período compreendido, entre 2012 e 2017, acerca das seguintes doenças e agravos relacionados ao trabalho no Estado do Espírito Santo: Câncer; Dermatose; PAIR; Pneumoconiose; Transtorno Mental; Acidente Biológico; Acidente Grave; LER e DORT; e, Intoxicação exógena. (SAGE, 2019).

Dentre os principais grupos de agravos relacionados ao trabalho, os dados da SAGE (2012-2017) mostram que há registro de apenas 1 caso de câncer de origem ocupacional no Estado (em 2013); 93 registros de dermatoses ocupacionais; 11 registros de perda auditiva laboral, 93 registros de pneumoconiose; 62 registros de transtorno mental; 5.639 registros de

acidente com material biológico; 3.124 casos de acidentes de trabalho graves; 560 casos de LER/DORT; e 1.935 registros de Intoxicação Exógena. (SAGE, 2019).

No Estado, os números formais de emprego por grandes setores estão concentrados no setor de serviços, seguido da indústria e setor agrícola. Já os setores econômicos por subclasses de Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE com mais comunicações de acidente de trabalho e afastamentos são: Administração Pública em geral; Aparelhamento de placas e execução de trabalhos em mármore, granito, ardósia e outras pedras – CNAE 2391-5/03; e, Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional – CNAE 4930-2/02. (Observatório de SST, 2019; IBGE, 2019).

Ou seja, o primeiro lugar em se tratando de maior quantidade de acidentes de trabalho e, conseqüentemente, afastamentos previdenciários acidentários no Estado ocorre na Administração Pública em geral - CNAE 8411-6. De acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, do IBGE, esta subclasse compreende: atividades executivas e legislativas, exercidas pelos poderes públicos, nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal, e em nível de administração direta e indireta; administração e supervisão em assuntos fiscais, administração e gestão do pessoal das administrações públicas; administração e gestão do patrimônio e gastos gerais; atividades das procuradorias do Estado; atividades de regulamentação e fiscalização do processo eleitoral; e, atividades de auditoria das contas públicas. (Observatório de SST, 2019; IBGE, 2019).

O segundo setor econômico com mais comunicações de acidente de trabalho e afastamentos, que é o de aparelhamento de placas e execução de trabalhos em mármore, granito, ardósia e outras pedras – CNAE 2391-5/03, compreende: corte ou aparelhamento de placas ou chapas de pedra (resserrado) não associados à extração; execução de trabalhos em mármore, ardósia, granito e outras pedras (móveis, obras de arte como imagens, esculturas, complementos decorativos etc.) não associada à extração; e atividades de desdobrar, serrar e cortar placas de mármore, granito, ardósia e outras pedras, não associadas à extração. (Observatório de SST, 2019; IBGE, 2019).

A análise setorial do emprego no Espírito Santo da RAIS, em 2015, mostrou que o setor de serviços é o maior tanto em número de vínculos quanto em número de acidentes e afastamentos previdenciários, sendo as atividades de atendimento hospitalar e a administração pública em geral responsáveis pelos primeiros e segundo lugares em comunicações de acidentes de trabalho. Apesar disto, é de se estranhar, porém, não ser mais expressiva a ocorrência de afastamentos previdenciários acidentários no Estado do Espírito Santo na Indústria (que ocupa

o segundo lugar dentre os grandes setores com número de empregos formais, sendo sucedida pela agricultura), tendo em vista a forte expressão econômica do setor de mármore e granito no Estado, que possui o maior parque industrial de beneficiamento de rochas e é o maior produtor e exportador nacional de chapas e blocos, sendo responsável por mais de 95% das vendas de manufaturados para o exterior, por mais de 80% da produção, contribuindo para que o País seja o 4º exportador mundial de rochas ornamentais [o Brasil possui a maior diversidade (mais de 1.200 variedades) de rochas naturais do mundo].

O terceiro setor econômico com mais comunicações de acidente de trabalho e afastamentos no Estado, transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional – CNAE 4930-2/02, compreende o transporte rodoviário de cargas em geral, exceto de produtos perigosos, intermunicipal, interestadual e internacional; transporte intermunicipal, interestadual e internacional de cargas, em contêineres; e locação de veículos rodoviários de carga com motorista, intermunicipal, interestadual e internacional. (Observatório de SST, 2019; IBGE, 2019).

5.2. O ESTADO NECESSÁRIO ENQUANTO DESTINO

Os dados estatísticos significativos revelados levam a refletir que o desenvolvimento econômico capixaba e as colocações do Estado nos rankings gerais não tem sido conquistados a qualquer preço. Há correlação, em termos de saúde dos trabalhadores, com o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho. Paira a seguinte pergunta no ar: será que esta é uma preocupação por parte da gestão no âmbito da saúde e do governo do Estado? E, em se tratando de gestão pública, planejamento e orçamento, com que embasamento legal?

De acordo com o Governador do Estado do Espírito Santo, Sr. Renato Casagrande, em reportagem publicada no Departamento de Imprensa Oficial do Estado, do dia 15/04/2019, o atual modelo de gestão da saúde não tem apresentado resolutividade compatível com o montante de recursos financeiros investidos:

“Nós avaliamos que o modelo de saúde implementado até hoje no Brasil e no Estado está se esgotando. O SUS [Sistema Único de Saúde] tem que ser defendido, protegido e fortalecido. Mas a gestão da área de saúde e a modelagem construída até agora, muito alicerçada no atendimento hospitalar, não produz o resultado que queremos. A cada ano a gente investe mais recursos na saúde, um volume crescente e ainda assim não conseguimos resultados proporcionais aos investimentos” (DIO-ES, 2019, p.3).

Por este motivo, foi realizada reunião no Palácio Anchieta, em 12/04/19, na qual o Governador do Estado, juntamente com o Secretário Estadual de Saúde, Sr. Nésio Fernandes, entregaram um pacote de Projetos de Lei ao Sr. Erick Musso, Presidente da Assembleia Legislativa do Espírito Santo. Na ocasião, o Secretário Estadual de Saúde esclareceu:

“Desde o início da gestão, temos nos debruçado sobre processos de trabalho, buscando mecanismos para materializar políticas de saúde avançadas para o estado, como a proposta de criação do Instituto Capixaba de Ensino, Inovação e Pesquisa em Saúde. Temos muito espaço para inovar e com a capacidade criadora de todos os técnicos da Sesa vamos promover mudanças significativas na Saúde Pública espírito-santense”. (DIO-ES, 2019, p.3).

A proposta de criação do Instituto Capixaba de Ensino, Inovação e Pesquisa em Saúde – Icepi, está atrelada à sua responsabilização pelo conjunto de políticas de inovação em saúde, sendo previsto investimento maciço em modernização das práticas de cuidado da rede própria e implantação do prontuário eletrônico. Também, está prevista a criação do “iNova Saúde” enquanto subsistema estadual de ensino, ciência, tecnologia e inovação para projetos de formação na área da saúde como, por exemplo, cursos de residência médica e multiprofissional; curso de aperfeiçoamento em controle social etc. (DIO-ES, 2019, p.3).

Tais propostas implicam planejamento, que permita o entrelaçamento da Gestão da Saúde com Instrumentos Gerais de Gestão do Estado. Acerca do planejamento, a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS (PRC MS, GM nº 1, de 28 de setembro de 2017) revogou a portaria que estabelecia as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, incorporando-a (PRT MS/GM nº 2135, de 25 de setembro de 2013), mas manteve as disposições quanto aos Instrumentos de Planejamento, separando-os em duas categorias: Instrumentos de Planejamento da Saúde, que envolvem o Plano de Saúde, suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão; e Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo, que consistem no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual – LOA. (PRC MS/GM nº 01/2017, Art. 94, parágrafo único, V).

Tomado como referência, no SUS, o Plano de Saúde é Plurianual e consiste nas intenções e resultados a serem alcançados em um período de 4 anos. A Programação Anual de Saúde objetiva viabilizar o proposto no Plano Plurianual de Saúde, operacionalizando ações, metas, recursos financeiros, dentre outros, para cada período de 1 ano, de forma coincidente com o período orçamentário. (PRC MS/GM nº 01/2017).

Os Relatórios de Gestão, por sua vez, são apresentados pelos gestores quadrimestralmente e anualmente, com o panorama geral do que foi alcançado com a execução da Programação Anual de Saúde, incluindo: recursos investidos, serviços públicos realizados na rede assistencial (própria, contratada e/ou conveniada), indicadores de saúde e seus respectivos índices pactuados no âmbito de atuação correspondente, resultados alcançados e possível reprogramação. (RESOLUÇÃO CNS nº 459/2012, Anexo I).

Diante do exposto, o processo de planejamento e orçamento do SUS necessita ser ascendente do nível local ao federal, considerando as particularidades em cada esfera administrativa para o Planejamento Estratégico: necessidades da Política de Saúde versus disponibilidade de recursos em Planos de Saúde, que integram a categoria dos Instrumentos de Planejamento da Saúde (LEI nº 8.080/1990, Art. 36).

Não obstante, outros dois integrantes da categoria de Instrumentos de Planejamento da Saúde são indispensáveis para o recebimento de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde: Plano de Saúde e Relatório de Gestão (LEI nº 8.142/1990, Art. 4º).

Deste modo, o repasse financeiro, quer na esfera administrativa municipal, quer na esfera administrativa estadual, está condicionado à apresentação dos Instrumentos de Planejamento da Saúde supramencionados.

No tocante ao planejamento da saúde, o Decreto que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde reforça a obrigatoriedade do processo de planejamento da saúde ser ascendente e integrado nas 3 esferas administrativas de Governo, considerando: os Conselhos de Saúde, as necessidades políticas de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros no intuito de compatibilizá-los. (DECRETO nº 7.508/2011, Art. 15).

Nesse contexto, a tríade de Planejamento da Saúde (Plano Plurianual de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão) relaciona-se com a tríade do Planejamento e Orçamento do Governo, embora esta última seja mais abrangente, por abarcar a cadeia produtiva do setor de serviços para além da rede de serviços de saúde, envolvendo secretarias diversas, Casa Civil e o Governo como um todo.

Por sua relevância, faz-se necessário compreender a situação da Saúde do Trabalhador na Gestão Pública no Estado do Espírito Santo, considerando os instrumentos de Planejamento da Saúde e os Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo. É exatamente nesta interseção que reside a tônica deste estudo: A Saúde do Trabalhador se faz presente nos Instrumentos de Planejamento da Saúde e nos Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo do Estado do Espírito Santo? Vai de encontro ao que está posto ou vai ao encontro do prescrito no contexto normativo?

O quadro Legislação Básica em Gestão do SUS apresenta o contexto normativo dos instrumentos de planejamento da saúde e dos instrumentos de planejamento e orçamento do governo exemplifica visualmente as principais legislações selecionadas acerca da Gestão do SUS dentre a vasta gama existente para balizar o processo de planejamento.

Quadro 4. Legislação Básica em Gestão do SUS

Contexto Normativo	Data	Origem	Situação	Assunto
Constituição da República Federativa do Brasil	05/10/1988	PR	V	Instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça.
Lei Nº 8.080	19/09/1990	PR	V	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Continua

Lei Nº 8.142	28/12/1990	PR	V	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos.
Decreto Nº 1.232	30/08/1994	PR	V	Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.
Decreto Nº 1.651	28/09/1995	PR	V	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
Portaria Nº 399 Revogada pela PRT 2501/2017.	22/02/2006	MS, GM	R	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Portaria Nº 699	30/03/2006	MS, GM	V	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria Nº 3.085 Revogada pela PRT 2135/2013.	01/12/2006	MS, GM	R	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.
Portaria Nº 3.332 Revogada pela PRT 2135/2013.	28/12/2006	MS, GM	R	Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.
Portaria Nº 204 Revogada pela PRC 06/2017	29/01/2007	MS	R	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria Nº 3.176 Revogada pela PRT 2135/2013.	24/12/2008	MS, GM	R	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde.
Portaria Nº 2.046 Revogada pela PRC 01/2017.	03/09/2009	MS, GM	R	Regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário - TAS, instituído pela Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.
Acórdão Nº 1459	03/06/2011	TCU	V	Instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARGSUS a estados e municípios; Permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARGSUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores.

Continua

Decreto Nº 7.508	28/06/2011	PR	V	Regulamenta a Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Lei Complementar Nº 141	13/01/2012	PR	V	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.689 de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.
Portaria Nº 575 Revogada pela PRC 01/2017.	29/03/2012	MS, GM	R	Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do SUS.
Resolução Nº 459	10/10/2012	MS, CNS	V	Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.
Portaria Nº 2.135 Revogada pela PRC 01/2017.	25/09/2013	MS, GM	R	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.
Portaria Nº 2.807	20/11/2013	MS, GM	V	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no SUS, especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações, com vista à formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Continua

Portaria Nº 2.501	28/09/2017	MS, GM	V	Revoga as Portarias que menciona. Dentre elas a PRT MS, GM 399-2006
-------------------	------------	-----------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora. Informações obtidas nas seguintes fontes de dados: Planalto, Saúde Legis (Ministério da Saúde). Notas: (1) PR representa Presidência da República, Casa Civil; (2) V representa situação vigente; (3) MS,GM representa Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro; (4) R representa revogada(o).

5.3. A GESTÃO PÚBLICA ENQUANTO ESTRATÉGIA E O LUGAR DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Já vimos que há previsão legal federal para o planejamento e orçamento no contexto da Administração Pública, bem como instrumentos próprios e correspondentes na esfera da saúde e na esfera do governo. Veremos, a seguir, que esta realidade não difere no contexto da Saúde do Trabalhador. Mas, seria isto suficiente para mudar o perfil do Espírito Santo, considerando a situação de Saúde do Trabalhador no território?

O perfil gerencial no setor público tem influência direta na qualidade de vida e desenvolvimento econômico da população. Lembremos, também, que a maior parte do tempo de um indivíduo é dedicada às atividades laborais, no contexto capitalista de venda da mão de obra para subsistência pessoal e/ou familiar.

Logo, o campo da Saúde do Trabalhador é de fundamental importância frente aos impactos dos processos produtivos na vida e saúde da coletividade, considerando os ambientes de vida e trabalho, tendo em vista a redução da morbimortalidade por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. O que assegura a gestão pública enquanto estratégia para o lugar da Saúde do Trabalhador? Um exemplo é o Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde, que resgata a importância e responsabilidade do Estado para assegurar a Saúde. Assim, não podemos descartar a Saúde do Trabalhador, mas colocá-la transversalmente às ações assistenciais e atividades preventivas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, contemplando, inclusive, as ações de saúde do trabalhador cuja execução faça parte campo de atuação do SUS. (LEI nº 8.080/1990; BRASIL, 2018).

Dentre as características que diferem o setor público do privado pode-se elencar o fato de tanto as instituições quanto os servidores públicos obedecem a limites impostos pelo Estado, bem como, a estabilidade adquirida pelo servidor após estágio probatório. Características, estas, inexistentes nas organizações privadas, nas quais é exercida a liberdade negativa por parte dos empregadores, em cujas mãos está a liberdade de empreendimento, contratação e demissão de seus funcionários, predominando, assim, a instabilidade no emprego, uma vez que promoções ou demissões são uma constante (COELHO, 2012).

Quem caracteriza e faz o serviço público e o privado são os clientes internos, os servidores, trabalhadores, gestores, com ingresso de formas distintas, submissão a distintos regimes jurídicos e tipos de relação para exercerem diferentes funções, ocupando cargos variados criados pelo empregador ou determinados por Lei (COELHO, 2012).

Logo, a qualidade de vida e desenvolvimento econômico da população no território estadual também perpassa pela cadeia produtiva do setor de serviço público. A qualidade destes serviços prestados aos clientes externos, o público, dependerá não somente dos clientes internos supramencionados, mas da qualidade do processo de planejamento e orçamento tanto em termos de SUS, quanto em termos de Governo do Estado.

A qualidade de vida e desenvolvimento econômico da população também depende de outros fatores, tal como o Controle Social. Como menciona Arnstein (2002), o controle social consiste na participação da sociedade civil enquanto corresponsável pela gestão, não somente no tocante ao planejamento, mas, também, na execução, avaliação dos objetivos, processos e resultados obtidos.

Contextualizando para a Rede de Serviços Públicos envolvendo o SUS, no tocante aos Instrumentos de Planejamento da Saúde, o SARGSUS, assim como o prestação de contas realizada pela acesso aos dados disponibilizados na internet pela Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento – SEP, constituem importantes ferramentas para o controle social, visto que possibilitam o acesso da população aos Objeto de Investigação do presente estudo: Plano Plurianual Estadual de Saúde, Programação Anual Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão Estadual; e, Plano Plurianual Estadual, Lei de Diretrizes Orçamentárias Estadual, e Lei Orçamentária Anual Estadual, respectivamente.

O planejamento é essencial na gestão pública, isso é evidente. No Brasil, o planejamento é deficiente, havendo importante diferença entre o que foi planejado e o que foi executado.

Muitas boas ideias não se concretizam devido, muitas vezes, a questões de conflito de interesses político-partidários. A peça fundamental, como mencionado, para o bom planejamento é o controle social, a participação popular. Este controle social constitui uma das diretrizes do SUS e implica na participação da sociedade tanto na elaboração quanto na execução das políticas públicas, bem como, em sua gestão, controle administrativo-financeiro e monitoramento dos planos e programas.

O artigo 198 da CF/88 dispõe a participação da comunidade, juntamente, com a descentralização, com direção única em cada esfera de governo e o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como diretrizes do SUS a serem seguidas.

Sob a ótica do SUS, as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 contribuíram bastante para reforçar ainda mais o controle social no mesmo, assegurando a participação popular por meio das Conferências de Saúde (Nacionais, Estaduais e Municipais), dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais, Locais e, das Comunidades Indígenas), dentre outros mecanismos de controle.

Essas legislações também dispõem sobre o controle social no que tange à Vigilância em Saúde do Trabalhador, de modo que as CIST assessorem os Conselhos de Saúde; a RENAST exerça o controle direto das ações dos CEREST via participação efetiva das organizações dos trabalhadores, definindo as prioridades de intervenção, acompanhando a implementação da Política de Saúde do Trabalhador, legitimando e controlando a aplicação dos recursos, a fim de que as atividades sejam desenvolvidas de acordo com a realidade do sistema produtivo local e com as necessidades dos trabalhadores.

Também, há todo um contexto normativo norteando como está posta a Saúde do Trabalhador, cuja política integra a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que na Gestão Pública compreende-se como Estado Necessário. O Estado Herdado difere-se do Estado Necessário porque apenas o segundo é capaz de atender e /ou satisfazer a maioria das demandas atuais da sociedade, incluindo aquelas relacionadas à parcela da população trabalhadora em situação de vulnerabilidade por questões relacionadas à saúde e ao trabalho (DANIGNO, 2012; RESOLUÇÃO CNS nº 588/2018).

De forma semelhante ao que foi identificado quando levantadas as legislações básicas sobre gestão do SUS, foi elaborado um quadro para apresentar visualmente que legislações são o que não faltam em se tratando de Saúde do Trabalhador no SUS.

Quadro 5. Legislação Básica em Saúde do Trabalhador

Contexto Normativo	Assunto
Constituição da República Federativa do Brasil	Art. 200 - Ao SUS, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
Lei nº 8.080 de 19/09/1990	Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [...] Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: [...] I - a execução de ações: [...] c) de saúde do trabalhador [...] § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, continua

à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do 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; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; 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; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e 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.

Continua

<p>PRT MS,GM 3.908 de 30/10/1998</p>	<p>Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS. Art. 1º [...] ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora [...] devem nortear-se pelos seguintes pressupostos básicos: I - universalidade e equidade, onde todos os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde; II - integralidade das ações, tanto em termos do planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, uma vez que os agravos à saúde, advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis; III - direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, os resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito diretamente à prevenção e à promoção da qualidade de vida; IV - controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas; V - regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional; VI - utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos; VII - configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.</p> <p style="text-align: right;">Continua</p>
--------------------------------------	--

<p>PRT MS,GM 3.120 de 01/07/1998 (PRC-1 MS,GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS)</p>	<p>Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes [...] A Vigilância em Saúde do Trabalhador pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, em consonância com os Sistemas Nacionais de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, articulada com a área assistencial[...] Como princípios, esquematicamente, pode-se considerar: Universalidade [...] Integralidade das ações [...] Pluriinstitucionalidade [...] Controle Social [...] Hierarquização e descentralização [...] Interdisciplinaridade [...] Pesquisa-intervenção [...] caráter transformador</p>
<p>PRT MS,GM 1.339 de 18/11/1999</p>	<p>Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no SUS, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria. Relação de agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional com doenças causalmente relacionadas (denominadas e codificadas segundo a CID-10)</p>
<p>PRT MS, GM 399 de 22/02/2006 (PRC-2 MS,GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS)</p>	<p>Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.</p>
<p>PRT MS, GM 2.728 de 11/11/2009 (PRC-3 MS,GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre as redes do SUS)</p>	<p>Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.</p>
<p>Decreto nº 7602 de 07/11/2011</p>	<p>Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.</p>
<p>PRT MS, GM 1.823 de 23/08/2012 (PRC-2 MS, GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS)</p>	<p>Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) para o desenvolvimento da atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução dos adoecimentos e mortes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.</p>
	<p style="text-align: right;">Continua</p>

<p>PRT MS, GM 1378 de 09/07/2013 (PRC-6 MS, GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS)</p>	<p>Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.</p>
<p>PRT MS, GM 204 de 17/02/2016 (PRC-4 de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS)</p>	<p>Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.</p>
<p>PRT MS, GM 205 de 17/02/2016</p>	<p>Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.</p>
<p>PRT MS, GM 2.866 de 02/12/2011 (PRC-2 MS, GM de 28/09/2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS)</p>	<p>Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Tem o objetivo de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.</p>
<p>Resolução CNS nº 588 de 12/07/2018</p>	<p>Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde enquanto política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público; e, dispõe a Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora enquanto um conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.</p>

Fonte: Elaborado pela autora. Informações obtidas nas seguintes fontes de dados: Planalto, Saúde Legis (Ministério da Saúde), Conselho Nacional de Saúde.

Quando a gestão dos recursos públicos é bem planejada, os cidadãos têm acesso à serviços públicos de qualidade em todas as redes da cadeia produtiva do setor de serviços, principalmente, a da saúde.

Nisto reside a importância de a sociedade participar da gestão do Planejamento e Orçamento Público, o que deve ocorrer desde a fase de elaboração do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, um instrumento importante é o Orçamento Participativo, que, embora exista, no Brasil, desde o final dos anos 1970, ainda não recebe o reconhecimento merecido por parte de uma grande parcela da população, pois, poucos são os cidadãos que conseguem se apropriar dos espaços coletivos de políticas públicas enquanto atores sociais.

Tanto a questão do planejamento quanto do orçamento, quer no setor Saúde, especificamente, quer no Governo do Estado, constituem etapas críticas, que requerem constante vigilância pela sociedade, no intuito de preservar o interesse público.

Fato este que fica evidente quando Malmegrin (2012) mostra a existência e opta por exemplificar, em vez de conceituar, os mecanismos e instrumentos para a avaliação das ações operacionais, que compreendem os mecanismos de controle interno, os instrumentos de controle interno e os instrumentos de controle externo.

O controle interno é aquele realizado pelo órgão ou entidade responsável pela atividade controlada, dentro de sua própria estrutura. Os mecanismos de controle interno compreendem o conjunto dos órgãos e estruturas normatizadas, que o constituem e executam a avaliação das ações operacionais internamente. (MALMEGRIN, 2012).

Neste sentido, os Instrumentos de Controle Interno existem para a avaliação das ações operacionais. Assim, os dados de acesso livre disponibilizados na internet via SARGSUS e página da Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento – SEP, do Espírito Santo, são utilizados para acessar o objeto de Investigação neste trabalho: Plano Plurianual Estadual de Saúde, Programação Anual Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão Estadual; e, Plano Plurianual Estadual, Lei de Diretrizes Orçamentárias Estadual, e Lei Orçamentária Anual Estadual, respectivamente.

O Aparelho Estatal necessita articular todo um conjunto de princípios, diretrizes, normas e funções para ordenamento dos fatores de produção e controle de sua produtividade e eficiência, em prol da obtenção de determinado resultado.

De forma complementar, o processo de Planejamento na Saúde também possui diretrizes a serem seguidas: responsabilidade individual dos entes federados; respeito aos resultados das pactuações entre os gestores, como CIR, CIB e CIT; monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS de modo ascendente e integrado, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo em cada esfera de gestão; transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; concepção a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Sua observância por parte da Gestão Pública, no tocante ao Estado de Direito, é primordial tanto para assegurar direitos sociais, direitos humanos - inclusive aqueles relacionados à saúde e trabalho, quanto para o exercício do controle pelo Estado e Sociedade contemplando a democracia representativa e os processos de planejamento, execução e controle administrativo do Estado (MALMEGRIN, 2012).

5.4. OS INSTRUMENTOS E NORMAS REVELARAM QUE...

Considerando todo contexto normativo a que se referem os Instrumentos de Planejamento da Saúde e, dos Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo e a essência dos principais Atos Normativos referentes à Saúde do Trabalhador, no que tangem a seus princípios e diretrizes, os resultados revelaram que a categoria Saúde do Trabalhador se fez presente nos instrumentos de planejamento da saúde do Espírito Santo, mas não nos instrumentos de planejamento e orçamento do governo do Estado.

A Saúde do Trabalhador foi contemplada em ambas as unidades de análise quadri-ennais de competência da gestão do SUS: PES 2012/2015 e PES 2016/2019, as quais também contemplam a Saúde do Trabalhador voltada para os próprios servidores.

Cabe ressaltar que enquanto o PES 2012/2015 faz referência à Portaria MS/GM nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, a qual dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências, o PES 2016/2019 faz referência à Portaria MS/GM nº 1.823, de 28 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e dá outras providências.

Acerca do PES 2012/2015, considerando a categoria Saúde do Trabalhador, destacaram-se os seguintes achados: ampliação da rede de unidades sentinelas para notificação e investigação de agravos relacionados à saúde do trabalhador; implementação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAAT, por meio da estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST; atribuição ao Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador – NEVISAT, os objetivos de fomentar, coordenar e acompanhar a implantação das ações em Saúde do Trabalhador, além de promover ambientes e processos de trabalho saudáveis por meio de análises dos perfis produtivo regionais, integração da área junto à Atenção Primária à Saúde e demais serviços de saúde, aumento de notificações dos agravos à saúde do trabalhador, no SINAN, e implantação da rede sentinela e controle social; organização das ações de vigilância em saúde no SUS a partir das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.

Ainda sobre a Saúde do Trabalhador, no PES 2012/2015, foi possível observar: a constatação da necessidade de diminuir a subnotificação e dar maior visibilidade ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, que visa a notificação dos acidentes e agravos relacionados à saúde dos trabalhadores de todas as pessoas que trabalham, independente do vínculo; utilização de dados da DATAPREV/CAT e constatação de que no período de 2008 a 2010, no Espírito Santo, foram registrados na Previdência Social 46.143 acidentes de trabalho de trabalhadores celetistas (incluindo acidentes típicos, de trajeto e doenças ocupacionais), sendo 17.427, em 2008, 15.121, em 2009 e 13.595, em 2010, em comparação com 5.115 acidentes e agravos relacionados ao trabalho com maior registro de intoxicações exógenas, os acidentes com material biológico e as lesões por esforços de repetição/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT, registrados no mesmo período no SINAN.

Também, foi observado acerca da Saúde do Trabalhador, no PES 2012/2015: a menção à Diretriz 11 do Plano Nacional de Saúde, que consiste em contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

A Diretriz 6, do PES 2012/2015, se enquadrrou, também, na categoria Saúde do Trabalhador, ao tratar da redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de prevenção e vigilância em saúde e objetiva atenção a vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis e regular o consumo de bens e serviços sujeitos à legislação e normas do SUS/ES, destacando-se a meta de Implantar 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, na regional São Mateus. De igual forma, a Diretriz 7, do PES 2012/2015, trata da implementação das ações de promoção, considerando os determinantes e condicionantes à saúde e objetiva incorporar na prática cotidiana dos serviços de saúde a integralidade do cuidado, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, a partir da identificação e análise dos fatores geradores de ameaças a vida nas comunidades, destacando-se a meta de incrementar, em 10% ao ano, as notificações, no SINAN, de casos de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho graves e fatais e, também, a meta de realização do inquérito de vigilância dos acidentes e violências em 100% dos municípios com população maior do que 100.000 habitantes e que tenham serviços públicos de urgência e emergência.

Foram encontrados, no PES 2012/2015, se enquadrando mais diretamente em Política de Saúde e/ou Controle Social, os seguintes achados: garantir e legitimar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional; distribuição da representação do CES/ES com 24 conselheiros titulares, 12 representando os usuários (dentre eles, 1 representante de entidades dos trabalhadores rurais e, 1 representante de entidades dos trabalhadores urbanos), 6 Trabalhadores da Saúde e 6 Gestores e Prestadores de Serviço.

Em Política de Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, o PES 2012/2015 continha: fortalecimento de política de recursos humanos que desenvolvesse, monitorasse e avaliasse competências e habilidades, que contemple o grupo de profissionais já em atividade, acolha novos trabalhadores, retenha e recompense a força de trabalho, adote política que valorize os servidores, que estão próximos da aposentadoria, acumulam experiência no serviço e podem contribuir com os novos ingressantes; constatação da necessidade educação permanente dos trabalhadores, de rever as relações de trabalho, tornando imperiosa política de valorização dos trabalhadores, principalmente, com a implantação de Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos, destacando-se a Diretriz 11, que trata do fortalecimento das atividades de ciência, tecnologia e inovação em saúde, com uma de suas metas consistindo em implementar a política de gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Estadual de Saúde.

A Diretriz 12, do PES 2012/2015, enquadrando-se simultaneamente nas 3 categorias acima, pois trata da gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS do estado do Espírito Santo, em consonância com os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS e as políticas nacionais de educação permanente e de humanização e objetiva o fortalecimento das estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde, ampliando a capacidade de execução de ações e serviços assegurados na evidencia científica e com qualidade de vida do trabalhador.

Dentre as metas que se destacaram na Diretriz 12, do PES 2012/2015, enquadradas nas categorias Saúde do Trabalhador, Política de Saúde e/ou Controle Social, Política de Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, estão: desenvolver e implantar uma política de gestão do trabalho para a valorização do trabalhador do sistema estadual de saúde; implantar política de qualidade de vida no trabalho, que favoreça a integração, cooperação, bem-estar e preparação do trabalhador da saúde para aposentadoria; Implantação da mesa de negociação do SUS; reestruturar o Sistema de Informação da Gestão da Educação na Saúde; implementar a política de gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo, para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Estadual de Saúde; realizar curso básico de vigilância em saúde para todos os municípios; realizar 2 cursos de especialização em vigilância sanitária, 2 de epidemiologia e 1 em vigilância em saúde do trabalhador; reestruturar o Sistema de Informação da Gestão do Trabalho em Saúde.

Acerca do PES 2016/2019, considerando a categoria Saúde do Trabalhador, destacaram-se os seguintes achados: o entendimento de que a vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Inclui ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas; o conceito de que a vigilância em saúde abrange a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária; a incorporação da saúde do trabalhador por parte da vigilância sanitária por meio da realização de inspeção dos processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente considerando que suas ações se dirigem ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos por meio da fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais.

Também, foram observados quanto à categoria Saúde do Trabalhador, no PES 2016/2019: entendimento de que a área de saúde do trabalhador compete a realização de estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho; entendimento do trabalho enquanto determinante da saúde das pessoas, as políticas e legislações em saúde do trabalhador as quais tem se ampliado de forma a proporcionar uma maior garantia à atenção à saúde da população trabalhadora, formal ou informal; presença do Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT) e do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-ES) na SESA e, de 3 CEREST com abrangência regional (Norte, Central e Sul) com objetivo de fornecer suporte técnico e científico aos municípios na implantação das ações de atenção à saúde do trabalhador; a Diretriz 03, que consiste na redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e prevenção buscando a articulação intersetorial considerando os determinantes e condicionantes de saúde com base nas necessidades sociais identificadas e a intervenção no risco sanitário por meio dos indicadores “Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)”, encerradas em até 60 dias após notificação e “Proporção de preenchimento do campo “ocupação”, nas notificações de agravos relacionados ao trabalho”.

Ainda sobre a Diretriz 3, do PES 2016/2019, destacaram-se as metas: reorganizar a Rede de Cerest Estadual com base na Renast e na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para saúde pública em 100% dos serviços de saúde em todos os municípios; implementar as atividades de educação em saúde e mobilização social para a redução dos riscos e agravos relacionados à vigilância em saúde; elaborar e implantar o plano de vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos - VSPEA; Reorganizar a Rede de Cerest Estadual com base na Renast e na Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; fazer a gestão do risco sanitário em 85% dos serviços, produtos e ambientes de trabalho; implementar ações intersetoriais para avaliação e monitoramento do uso de agrotóxicos, qualidade da água para consumo e os agravos relacionados à saúde do trabalhador; qualificar e divulgar a importância da notificação das Doenças Compulsórias em 100% dos serviços de saúde da Região Central.

Outras metas que chamaram atenção na Diretriz 03, do PES 2016/2019, são: ampliar e qualificar as notificações das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para saúde pública em 100% dos serviços de saúde em todos os municípios e qualificar e divulgar a importância da notificação das Doenças Compulsórias em 100% dos serviços de saúde da Região Central (Região Central); implementar as atividades de educação em saúde e mobilização social para a redução dos riscos e agravos relacionados à vigilância em saúde; ampliar, elaborar e implantar o plano de vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos – VSPEA, fazendo referência as metas referidas no plano (Região Metropolitana); estruturar a unidade regional do CEREST na Região Norte; estruturar a rede regional de atenção às violências sexuais e acidentes com material biológico; implantar sistema informatizado para integração e compactação das notificações de mortalidade, internações e das doenças e agravos de notificação; estruturar equipe regional para monitoramento permanente da morbimortalidade regional e busca de evidências para informação das políticas de saúde (Região Norte); capacitar 100% das equipes de vigilância sanitária - regional (1) e municipais (26) – e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Regional (1), para investigarem acidentes de trabalho graves e fatais; e desenvolvimento de ações em tóxico-vigilância, no quadriênio 2016-2019, (Região Sul); constatação a partir do banco de dados das CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), da Previdência Social, referente ao ano de 2014, que os acidentes de trabalho típicos prevalecem entre os agravos mais notificados quando comparados aos acidentes de trajeto e doenças ocupacionais, sendo observada maior concentração de acidentes na região metropolitana.

Foram encontrados, no PES 2016/2019, enquadrando-se, mais diretamente, em Política de Saúde e/ou Controle Social, os seguintes achados: constatação do grande desafio das CIES no Espírito Santo sendo a discussão efetiva de políticas educacionais que aproximem tanto os movimentos sociais quanto as Instituições de Ensino com cursos na área da Saúde, ao cotidiano do trabalho, formulando políticas que considerem gestores, trabalhadores, controle social e instituições formadoras, para garantir adequada formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS no Espírito Santo.

Também foram encontrados no PES 2016/2019, relacionando-se, mais diretamente, com Política de Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, os seguintes achados: citações quanto a gestão do trabalho nas últimas décadas, reconhecendo-se que vem passando por grandes transformações, trazendo novos desafios para as organizações e como resposta, a qualidade da prestação de serviços aos usuários do sistema de saúde tem sido uma exigência maior no processo de trabalho, demandando uma nova forma de pensar, estruturar e desenvolver trabalhadores capazes de produzir e oferecer serviços com eficiência e eficácia; estabelecimento de parcerias com Instituições de Ensino Técnico e de Nível Superior do próprio Estado, bem como adesão às capacitações ofertadas por Instituições prestadoras de serviços educacionais vinculadas ao Ministério da Saúde - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI), Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), objetivando formação para os trabalhadores do estado do Espírito Santo; Diretriz 06, tratando da gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores da SESA e do sistema estadual de saúde – SUS, em consonância com os princípios e diretrizes das políticas nacionais de educação permanente e de humanização, objetivando o fortalecimento das estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde, ampliando a capacidade de execução de ações e serviços com qualidade de vida do trabalhador, e proporcionando ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas e metas de viabilizar o atendimento das necessidades de qualificação profissional identificadas pelas áreas temáticas e áreas da gestão administrativa nos projetos prioritários e redes de atenção à saúde, de viabilizar o processo de educação a distância, visando a qualificação dos profissionais de saúde e desenvolver a gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo; dentre outros.

Em contrapartida, a Saúde do Trabalhador não se fez presente diretamente nas unidades de análise quadrienais de competência da gestão do Governo do Estado, como o PPA 2012/2015 e o PPA 2016/2019, mas sim as categorias Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, bem como, Políticas de Saúde e/ou Controle Social, a partir do programas nº 0694, quanto à melhoria da gestão pública e valorização do servidor com objetivo de aperfeiçoar e consolidar a gestão pública, aprimorando, organizando, controlando serviços e tornando a administração pública mais ágil, eficiente e eficaz, com os servidores valorizados e comprometidos com a ética, o profissionalismo e a qualidade dos serviços públicos.

O programa nº 0594, quanto à gestão da política de saúde no Estado, que objetiva apoiar o planejamento, coordenar, supervisionar, avaliar e dar suporte à execução das políticas públicas na área da saúde; nº 4703 quanto à capacitação e desenvolvimento de profissionais da rede de saúde; nº 4704, quanto à capacitação e treinamento de recursos humanos, servidor capacitado e treinado, dentre outros, também se destacaram por trazer as categorias Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, bem como, Políticas de Saúde e/ou Controle Social, apesar da Saúde do Trabalhador estar presente diretamente nas unidades de análise quadrienais de competência da gestão do Governo do Estado, como o PPA 2012/2015 e o PPA 2016/2019.

Quando desviamos o olhar dos instrumentos quadrienais para os anuais, observamos coerência entre o que foi planejado para o período de 4 anos e a forma como isto será executado a cada período de 1 ano, considerando documentos de periodicidade anual de competência da Gestão do SUS, as diretrizes e metas passam a contar principalmente com ações e recursos financeiros programados e executados, sendo a categoria Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas a que mais se destacou, devido à grande ênfase dada ao processo formativo dos servidores, como, por exemplo: implementar a política de gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Estadual de Saúde; realizar capacitações para notificações em Saúde do trabalhador (Cerests Regionais e SRS); realizar Oficinas de Vigilância em Saúde do Trabalhador; realizar curso de investigação de acidente de trabalho; realizar curso para aplicação dos protocolos em Saúde do Trabalhador; realizar curso de atualização em legislação previdenciária; capacitar para notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador (acidentes graves e fatais); realizar curso de especialização em Saúde do Trabalhador; realizar curso básico de Vigilância em Saúde; financiar estudos e pesquisas, que analisem a correlação entre dados de saúde e intoxicações por agrotóxicos; realizar fórum sobre controle social em Saúde do Trabalhador; e realizar oficinas com municípios prioritários e com as SRS, com objetivo de sensibilização para a definição de referências técnicas em Saúde do Trabalhador, dentre outros.

Contudo, ainda, quando consideramos a delimitação do olhar dos documentos de periodicidade quadrienal para os de periodicidade anual, desta vez sob o contexto daqueles de competência da Gestão do Governo do Estado, os programas e objetivos supramencionados nos PPA 2012/2015 e PPA 2016/2019 não são mencionados diretamente nas LDO, pela natureza das mesmas, que é dispor sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária para o exercício de apenas 1 ano, mas são contemplados de forma ampla nas metas e prioridades da administração pública estadual, estruturados em eixos estratégicos, destacando-se os que se referem à melhoria da gestão pública e valorização do servidor e à atenção integral à saúde.

Ao contrário das LDO, nas LOA, os programas e objetivos aparecem no demonstrativo das despesas por funções, subfunções e conforme as especificações das fontes de recursos, sendo possível notar, no montante total, o que foi proveniente do tesouro e o que foi proveniente de outras fontes, inclusive para os programas nº 0694, nº 0594, nº 4703 e, nº 4704, anteriormente, citados e relacionados tanto com as categorias Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, quanto com as categorias Política de Saúde e/ou Controle Social.

Em contrapartida, as categorias Gestão do Trabalho e Gestão de Pessoas, Política de Saúde e/ou Controle Social, tem relevância do ponto de vista da Saúde do Trabalhador, pois alinham-se a alguns dos princípios e diretrizes trazidos pela Lei Orgânica da Saúde, Constituição Federal de 1988 e PNSTT como: integralidade e participação da comunidade, dos trabalhadores no controle social, dentre outros.

Sabe-se, de qualquer modo, que o existente não se mostra suficiente, o que dados epidemiológicos já mostrados evidenciam, tanto aqueles extraídos da SAGE (destacando-se os 5.639 registros de acidente com material biológico, 3.124 de acidentes de trabalho graves e 1935 registros de Intoxicação Exógena) quanto aqueles extraídos do Observatório de SST, como no caso dos acidentes de trabalho na Administração Pública (recordista de afastamentos previdenciários acidentários), no aparelhamento e outros trabalhos em pedras (chapas de granito etc.), no transporte rodoviário de cargas, além de elevados, também, no setor de serviços, indústria e agrícola.

Ainda, assim, a Saúde do Trabalhador não é tratada enquanto Política de Saúde, nos Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo do Estado.

Este fato, provavelmente, está relacionado à própria natureza dos instrumentos escolhidos, mas, mesmo assim, não impediu a presença nominal da política de atenção básica em um dos instrumentos de planejamento e orçamento do governo no Estado. Apesar de não ser esperado encontrar a saúde nestes instrumentos governamentais, a incorporação da Saúde do Trabalhador, para além do SUS, faz-se necessária, não apenas, como uma presença implícita ou subentendida nos instrumentos de planejamento, mas enquanto Política de Saúde que objetive reduzir e/ou mitigar o panorama dos acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho no Espírito Santo.

Neste sentido, a valorização da Política de Saúde do Trabalhador pode contribuir para a promoção do meio ambiente de trabalho saudável e, também, de processos produtivos que promovam saúde e qualidade de vida, ajudando no enfrentamento e redução da vulnerabilidade social associada às diferenças e desigualdades, pressupondo sua existência nas relações entre indivíduos ou grupos.

Considerando que o SUS do Estado do Espírito Santo está comprometido com a Saúde do Trabalhador nos Instrumentos de Planejamento da Saúde, estando tanto alinhado com o prescrito, quanto com os próprios Instrumentos de Planejamento e Orçamento Estaduais, faz-se necessário toda uma articulação para além do SUS, em nível de Governo do Estado, que deve se sensibilizar e incorporar a Política Pública de Saúde do Trabalhador de modo a que os Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo estejam a ela voltados, a fim de reduzir a vulnerabilidade social e a iniquidade, incluindo as doenças e agravos relacionados à saúde do trabalhador.

Lembremos que Silva e Waissmann reforçaram, em 2005, que a simples existência da normatização, nos moldes atuais, não dá conta da atualidade, apesar de consistir em uma característica importante e definidora do estado de direito, apontando para o notório reconhecimento por parte do Estado da questão da interdisciplinaridade frente à solução de questões administrativas de políticas públicas.

Logo, a forma de atuação do Estado, via normatização, necessita ser revista, reformulada e reavaliada, a fim de que objetivos sejam alcançados de forma satisfatória. Neste sentido, estes autores apontaram que o próprio arcabouço normativo, em seu bojo, se faz ineficiente pelo mesmo motivo: ainda se busca conceituar matérias como unas, instâncias não mais híbridas e sim solidificadas em categorias, reduzindo a adaptabilidade a novas situações e contribuições.

Cabe ressaltar que a intersetorialidade é valorizada pela Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e, Política Nacional de Vigilância em Saúde. Contudo, para a RENAST estabelecer-se enquanto rede, ainda se faz necessário driblar o que Leão e Vasconcelos atribuíram, em 2011, pontos de crise: ausência de uma concepção de integralidade; ênfase desproporcional numa das partes da atenção – o assistencialismo; ausência de mecanismos visceralmente mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação; heterogeneidade da inserção institucional dos seus centros de referência; reconhecimento impróprio dos membros dos CEREST em relação a seu papel; e, a ausência de uma missão estruturante.

Felizmente, apesar do panorama apresentado nos resultados e sua referida discussão de forma simultânea nesta pesquisa: o próprio Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador ofertado pelo Cesteh/Ensp/Fiocruz configura uma iniciativa de formação-ação de caráter multiprofissional, em consonância com o que Vasconcellos, Minayo e Huet destacaram, em 2018, para construção e amadurecimento de equipes de pesquisadores com formações distintas na perspectiva de investigação/ação.

Logo, é importante que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a Política Nacional de Vigilância em Saúde também sejam reconhecidas enquanto Políticas de Estado pelo Governo do Estado do Espírito Santo, com programas, ações e recursos orçamentários igualmente previstos nos instrumentos de planejamento e orçamento do Governo do Estado, da mesma maneira que a Política Nacional de Atenção Básica, a qual é literalmente citada em termos de dotação orçamentária nos mesmos.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu identificar a forma como a Saúde do Trabalhador se operacionaliza através dos instrumentos de planejamento do Estado do Espírito Santo. As unidades de análise escolhidas dentre as categorias Instrumentos de Planejamento e Orçamento do Governo sofreram a limitação do próprio método, das próprias unidades que são de difícil compreensão e extremamente genéricas por tratarem do governo do Estado como um todo. Contudo, foi identificada a gestão de trabalho e de pessoal, bem como, o controle social.

As unidades escolhidas para analisar o setor saúde surpreenderam revelando a Saúde do Trabalhador de forma direta, sendo contemplada nos mesmos enquanto política de saúde, considerando as vertentes: vigilância em saúde sob coordenação do NEVISAT; formação em Saúde por meio de especialização em saúde do trabalhador; estruturação da RENAST por meio da implementação de CEREST Regionais e ampliação da rede de unidades sentinelas para aumento das notificações e investigações de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

É inegável a existência de questões orçamentárias referentes à saúde do trabalhador na unidade territorial do Espírito Santo, que não foram abordadas devido à limitação do método aos próprios instrumentos utilizados. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador mantêm-se em funcionamento. Independentemente do que oferecem, são prova de que há liberação de recursos financeiros via Fundo Nacional de Saúde para Média e Alta complexidade sendo necessária a transferência do valor para a conta do CEREST. Logo, o fato de não identificar a saúde do trabalhador nos instrumentos escolhidos, não necessariamente significa que não exista orçamento para o campo da Saúde do Trabalhador.

Todavia, seria interessante prosseguir novos estudos para aprofundar a temática. Pôde-se identificar a presença da Saúde do Trabalhador nos instrumentos de planejamento da saúde, mas não nos mais gerais instrumentos de planejamento de governo estadual. Há que se aprofundar a análise.

REFERÊNCIAS

ARNSTEIN, Sherry R. Uma escada da participação cidadã. **Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação**. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 4-13, jan. 2002.

ATLAS BRASIL. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil): 2019. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BACHETI, Alessandro. **União de famílias mantém a força da cafeicultura no ES. G1, TV Gazeta, Espírito Santo [23/06/2019]**. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espirito-santo/noticia/2019/06/23/uniao-de-familias-mantem-a-forca-da-cafeicultura-no-es.ghtml>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Ed. Edições 70: Lisboa, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.602**, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 9.660** de 01 de janeiro de 2019. Dispõe sobre a vinculação das entidades da administração pública federal indireta. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9660.htm. Acesso em 25. jun. 2019a.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452** de 01 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em 17. jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.097** de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L10097.htm. Acesso em 17. jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.180** de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET, altera a Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11180.htm. Acesso em 17. jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de

1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm. Acesso em 17. jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nos 13.334, de 13 de setembro de 2016, 9.069, de 29 de junho de 1995, 11.457, de 16 de março de 2007, 9.984, de 17 de julho de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 11.952, de 25 de junho de 2009, 10.559, de 13 de novembro de 2002, 11.440, de 29 de dezembro de 2006, 9.613, de 3 de março de 1998, 11.473, de 10 de maio de 2007, e 13.346, de 10 de outubro de 2016; e revoga dispositivos das Leis nos 10.233, de 5 de junho de 2001, e 11.284, de 2 de março de 2006, e a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm. Acesso em 25. jun. 2019b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Medida Provisória nº 870, de 01 de janeiro de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm. Acesso em 25. jun. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portarias de Consolidação Nº 1, 2, 3,4, 5 e 6 de 28/09/2017. [Consolidação das normas sobre: direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS; políticas nacionais de saúde do SUS; redes do SUS; sistemas e os subsistemas do SUS; ações e os serviços de saúde do SUS; financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS]. DOU Suplemento ao nº 190, de 03/10/2017, p.498 501. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/18/Portarias-de-Consolidacao-do-SUS.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://renastonline.Ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf. Acesso em: 13 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://renastonline.Ensp.fiocruz.br/sites/default/files/051_Cadernos_de_AB_Saude_do_Trabalhador.pdf. Acesso em: 21 fev. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.823 MS/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.728 MS/GM, de 11 de novembro de 2012. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União - TCU. Acórdão nº 1459/2011. Plenário. Relator: José Jorge. Sessão de 01/06/2011. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/KEY:ACORDAO-COMPLETO-1181242/DTRELEVANCIA%20desc/0/sinonimos%3Dfalse. Acesso em 03. set. 2018.

BRAZILIAN GRANITE HUB. Disponível em: <http://www.braziliangranitehub.com/eng>. Acesso em: 18 jun. 2019.

COELHO, Ricardo Corrêa. O público e o privado na administração pública. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

COUTINHO, Luciene de Aguiar B. Gestão do SUS e Saúde do Trabalhador: Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2015, 81 pag.

DANIGNO, Renato Peixoto. Planejamento Estratégico Governamental. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

DIO-ES. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo. Governo apresenta propostas para modernizar gestão da saúde: DIO-ES de 15/04/2019, p.03. Disponível em: http://ioes.dio.es.gov.br/portal/visualizacoes/diario_oficial. Acesso em: 15 Abr. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). Disponível em: <https://saude.es.gov.br/>. Acesso em: 15 set. 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento (SEP-ES). Disponível em: <https://planejamento.es.gov.br>. Acesso em: 15 set. 2018.

GALEANO, Eduardo. Para que serve a utopia? – Eduardo Galeano. Youtube, 17 mai. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs>. Acesso em: 03 jun. 2019.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>. Acesso em: 03 jun. 2019.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 21 fev. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Fundamentos de Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2018.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. Gestão Operacional. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. Redes públicas de cooperação em ambientes federativos. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho (MPT-OIT): 2019. Disponível em: <http://observatoriosst.mpt.mp.br/>. Acesso em: 15 dez. 2018.

ODDONE, I. et al. Luta contra a nocividade e reforma sanitária: uma proposta*. In: A luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986. P.114 – 133.

Plano Diretor de TDR SESA ES, 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf. Acesso em: 21. fev. 2018.

Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Ministério da Saúde): 2019. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2018.

SANTOS, Rita de Cássia Leal Fonseca. Plano Plurianual e Orçamento Público. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

SILVA, Patrícia Fernandes da; WAISSMANN, William. Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. Ciênc. Saúde Col., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 237-244, Mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2018.

Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS (Ministério da Saúde): 2019. Disponível em: <http://sargsus.saude.gov.br/sargsus>. Acesso em: 31 dez. 2018.

Sistema de Legislação em Saúde (Saúde Legis). Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/component/tags/tag/saude-legis. Acesso em: 15 set. 2018.

VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel; RIBEIRO, Fatima Sueli Neto. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Rio de Janeiro: Educam, 2011. 600p. Disponível em: <https://www.multiplicadoresdevisat.com/saude-trabalho-direito-livro>. Acesso em: 04 set. 2018.