

MINISTÉRIO DA SAÚDE: A INSTITUCIONALIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carlos Augusto Vaz de Souza
Jorge Mesquita Huet Machado

1 INTRODUÇÃO

1.1 A saúde do trabalhador antes da criação do Sistema Único de Saúde

A partir dos anos 1970 e durante toda a década de 1980, o Brasil passa por um processo de redemocratização e, neste contexto, o Movimento da Reforma Sanitária propõe uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira que inclui a Saúde do Trabalhador como campo de práticas institucionais no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

O modelo proposto inclui a participação dos trabalhadores na gestão e nas ações desenvolvidas, enfatiza as ações de vigilância e de educação em saúde e é amplamente discutido na 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em dezembro de 1986, organizada em seguimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabelece os princípios de equidade, integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização das ações do SUS, bem como relaciona fortemente Saúde e Democracia. A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores teve a participação de representações de vinte estados e redundou em ampla adesão dos sindicatos ao projeto de construção do SUS (SANTANA e SILVA, 2009). Reforçou-se a ideia da Saúde como direito e foi proposta a elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) que representasse alternativa ao modo de atenção à saúde existente, tendo como referência um diagnóstico da situação de saúde (SANTANA e SILVA, 2009).

Nesse processo político social surgiram alguns serviços de atenção à saúde do trabalhador em Secretarias de Saúde de alguns estados e municípios, os quais realizavam ações de assistência, de vigilância e de formação/capacitação de pessoal.

Em São Paulo são estabelecidos os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) em vários escritórios regionais da Secretaria de Estado da Saúde, em articulação com o movimento sindical e com a cooperação internacional entre o Brasil e a Itália.

Ao final dos anos 1980 são desenvolvidas experiências similares nas secretarias de saúde de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia, que passam a compor um cenário do marco inicial da saúde do trabalhador no SUS e estabelecem as bases da discussão sobre o tema saúde do trabalhador no período pré-Constituição Federal de 1988.

1.2 A criação do SUS e a incorporação da saúde do trabalhador como campo de atuação

O marco legal referencial do processo de criação do SUS é a promulgação da Constituição Federal em 1988, a qual expressa em seu Artigo 196º que: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988), e em seu Artigo 198º que: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988).

A Saúde do Trabalhador é evidenciada na Constituição, em seu Artigo 200º, quando este define que ao SUS compete executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Em decorrência do definido constitucionalmente, é estabelecida a Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que reafirma a Saúde do Trabalhador como integrante do campo de atuação do SUS e regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990a).

Assim, na LOS, em seu Artigo 6º, parágrafo 3º, entende-se por Saúde do Trabalhador:

um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância 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, 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 a empresas sobre os riscos de acidente 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;
- 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 (BRASIL, 1990a).

É muito importante destacar que a incorporação do tema saúde do trabalhador no âmbito do SUS, trazida pela Constituição Federal de 1988 e pela LOS, expressa, principalmente, a necessidade de que o setor saúde não se limite a receber os acidentados e adoecidos no trabalho, mas sim se dedique a desenvolver ações de promoção e vigilância que transformem os processos e os ambientes de trabalho que impactam negativamente na saúde da população.

2 INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A saúde do trabalhador no Ministério da Saúde teve inserção inicial na vigilância sanitária e passou pela assistência à saúde, antes de se estabilizar na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), em 1998, como Área Técnica de Saúde do Trabalhador (VASCONCELLOS, 2007).

No ano de 1999 foi criada uma Assessoria de Saúde Ocupacional na então Secretaria de Assistência à Saúde, que mais tarde teve o nome alterado para Assessoria Técnica de Saúde do Trabalhador. Assim, por alguns anos, o Ministério da Saúde conviveu com a insólita situação de ter duas áreas de saúde do trabalhador na sua estrutura, com perspectivas diferenciadas, inclusive pelas próprias características e funções das secretarias, e pouco articuladas em relação à formulação e implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), sendo marcante até 2002 o predomínio da condução da Política pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador da SPS (VASCONCELLOS, 2007).

Essa situação perdurou até o início de 2003, quando a SPS e a Secretaria de Assistência à Saúde se fundiram, transformando-se em uma única e nova secretaria, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com uma única Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT) (VASCONCELLOS, 2007).

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.956, de 14 de agosto, trouxe importante mudança de localização institucional da Área Técnica de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, ao definir que a gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador passassem a ser exercidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (BRASIL, 2007).

A inserção da Saúde do Trabalhador na esfera nacional da gestão na SVS reforça a abrangência das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, constituindo espaço de articulação de conhecimentos e técnicas da epidemiologia e de diversas disciplinas, de práticas dos profissionais e dos saberes e das experiências dos trabalhadores. Esta concepção pretende estabelecer uma dinâmica entre prevenção e assistência e uma ênfase na promoção da saúde, como proposta transformadora da Reforma Sanitária em constante movimento.

A nova inserção da Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde se consolida com a publicação do Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que formaliza a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), no interior do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da SVS, cabendo à Secretaria a coordenação da gestão da PNST (BRASIL, 2009a).

3 A IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS NA DÉCADA DE NOVENTA

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da LOS, iniciou-se o processo de disseminação institucional da Saúde do Trabalhador no SUS com a expansão dos PST e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador anteriormente existentes (SANTANA e SILVA, 2009).

No ano de 1998 publicaram-se as Portarias GM/MS nº 3.120, de 1º de julho (Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador) (BRASIL, 1998a), e nº 3.908, de 30 de outubro (Norma Operacional de Saúde do Trabalhador) (BRASIL, 1998b), que contribuíram para a organização da vigilância e demais ações nos serviços de saúde do trabalhador nas diversas esferas de gestão do SUS. Com o objetivo de melhorar a qualidade do registro e do reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999, instituindo a lista destas patologias (SANTANA e SILVA, 2009).

Um instrumento complementar e pensado para dar sustentação ao processo de reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho no SUS foi o manual “Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL e ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL, 2001).

Uma avaliação dos serviços de saúde do trabalhador no SUS realizada em 2001-2002 apontava a existência de cerca de setenta experiências em funcionamento e cerca de cento e oitenta serviços registrados nos cadastros do Ministério da Saúde durante o período de 1994 a 2001 (LACAZ, MACHADO e FIRPO, 2002), delineando um cenário do período pré-instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que indica uma primeira disseminação de serviços estaduais de saúde do trabalhador e de experiências regionais e municipais concentradas nas regiões Sudeste e Sul.

Destaca-se ainda como referência desse período a centralidade dos estados como indutores das ações de saúde do trabalhador, podendo ser citados como exemplos desse movimento o incentivo à criação de programas municipais pela Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro desde 1988, bem como a organização da Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul, realizada em 2002, com a participação de 30 mil pessoas de todos os municípios do estado, com uma plenária estadual com três mil pessoas e discussão de onze temas indicados pelas conferências regionais.

4 RENAST: CRIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO

A RENAST¹ foi criada em 2002 por meio da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro (BRASIL, 2002a).

A instituição da RENAST, enquanto principal estratégia para a consolidação da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, se deu a partir da necessidade de fortalecer a articulação, no âmbito do SUS, das ações de promoção, prevenção, proteção, vigilância e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho; e a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, que deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade. A RENAST também apresenta como objetivo a articulação de ações intersetoriais, buscando o estabelecimento de relações com outras instituições e órgãos públicos e privados, como universidades e instituições de pesquisa (SANTANA e SILVA, 2009).

1. Ressalta-se que a proposta formalizada pela Portaria GM/MS nº 1.679/02 foi formulada originalmente pela Assessoria Técnica de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (VASCONCELLOS, 2007).

A organização da RENAST obedece aos princípios de descentralização, hierarquização de serviços e regionalização. Com grande ênfase neste último, cuja formatação considera o Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, onde os municípios devem desempenhar atividades relacionadas à saúde do trabalhador, em seus diferentes graus de incorporação tecnológica, preservando a economia de escala – tanto no campo da vigilância, como no da assistência –, definida em função das atividades econômicas locais e regionais, da concentração de trabalhadores e da construção das linhas de cuidado de acordo com a capacidade instalada do SUS.

O eixo integrador da RENAST é a rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), constituída por Centros estaduais localizados em cada uma das capitais, e regionais, de gestão estadual ou municipal de acordo com a definição do estado, localizados em regiões metropolitanas e municípios sede de pólos de assistência das regiões e microrregiões de saúde, com a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador, integradas, no âmbito de uma determinada região, com a ação de outros órgãos públicos (BRASIL, 2002a). A Portaria GM/MS nº 1.679/2002 previu a implantação de 130 CERESTs, sendo 27 estaduais (BRASIL, 2002a). Ainda no final de 2002 foram habilitados os primeiros 17 CERESTs; entretanto, as primeiras liberações de recursos federais ocorreram somente a partir do ano de 2003.

Um dos importantes avanços trazidos pela RENAST foi a garantia de um financiamento federal sistemático para as ações de saúde do trabalhador, traduzido nos recursos repassados aos estados e municípios para a habilitação e manutenção mensal dos CERESTs. No caso dos CERESTs estaduais e CERESTs regionais de gestão estadual, os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, e no caso dos CERESTs regionais de gestão municipal os recursos são repassados do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2002a, 2005a).

As práticas dos Centros são significativamente diferenciadas entre si, em função de aspectos como o perfil produtivo, os estágios de estruturação do SUS e de mobilização dos atores sociais em cada região. Mas todos eles desenvolvem ações de promoção da saúde, de prevenção, de vigilância dos ambientes de trabalho, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação, de capacitação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores. Partes importantes destas ações são realizadas pelos CERESTs, e outras ações desenvolvem-se nos diversos pontos da rede de atenção à saúde do SUS (SANTANA; SILVA, 2009).

A necessidade da articulação das ações de saúde do trabalhador em toda a rede de atenção do SUS está presente na Portaria GM/MS nº 1.679/02, sendo re-

ferências expressas para a estruturação da RENAST a organização e a implantação de ações na rede de Atenção Básica, no Programa de Saúde da Família (PSF) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2002a).

Um importante instrumento para a implantação das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica foi publicado em 2001: o volume 5 dos *Cadernos de Atenção Básica*, voltado ao setor (BRASIL, 2001), atualmente em processo de revisão/atualização.

Em 6 de julho de 2005, com base em documento da PNST elaborado em 2004, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.125, que trouxe as seguintes diretrizes da Política, as quais vêm norteando o desenvolvimento das ações do SUS nesse campo desde então:

- I. atenção integral à saúde dos trabalhadores: promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho; assistência integral à saúde dos trabalhadores; adequação e ampliação da capacidade institucional;
- II. estruturação de rede de informações em Saúde do Trabalhador;
- III. articulação intra e intersetorial;
- IV. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- V. desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e
- VI. participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005b).

Nesse mesmo ano é publicada a Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro, que trata da ampliação da RENAST, a ser cristalizada pela adequação e ampliação da rede de CERESTs; pela inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos e do estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; pela efetivação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; pela instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, que configuram a Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e pela caracterização dos Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005a, 2009b).

Em relação à rede de CERESTs, na Portaria GM/MS nº 2.437/05 foi estabelecido o aumento de 130 para 200 centros, estabelecendo-se recursos adicionais e novos valores do incentivo para implantação e do repasse mensal, que correspondem a R\$ 50 mil mensais, em parcela única, quando da implantação, e repasses mensais de R\$ 30 mil para os centros regionais e R\$ 40 mil para os centros estaduais (BRASIL, 2005a). Estes são os valores de repasses vigentes.

Quanto à necessidade de estruturação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, ressalta-se como marco institucional a Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004, que dispôs sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS. Foram estabelecidos onze agravos para notificação compulsória: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes de Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004a).

Cabe então à Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, constituída basicamente por serviços de atenção básica, média e alta complexidade e hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência, o atendimento, o diagnóstico e a notificação dos agravos à saúde do trabalhador considerados prioritários pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) (BRASIL, 2004a). Os CERESTs, enquanto estruturas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de apoio técnico especializado para toda a rede do SUS, têm um importante papel a desempenhar na capacitação das unidades de saúde componentes da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador nos estados e municípios.

Para auxiliar a operacionalização da identificação desses agravos de notificação compulsória, foram elaborados e publicados, em 2006, os seguintes protocolos de procedimentos: Anamnese Ocupacional; Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais Graves e com Crianças e Adolescentes; Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Chumbo Metálico; PAIR; Pneumoconioses; Risco Químico – Atenção à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno; Câncer Relacionado ao Trabalho – Leucemia Mielóide Aguda/Síndrome Mielodisplásica Decorrente da Exposição ao Benzeno; e Dermatoses Ocupacionais (BRASIL, 2006b).

A partir do final de 2008 é iniciado um processo de revisão parcial da Portaria da RENAST (nº 2.437/2005), com foco na adequação ao Pacto pela Saúde, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006c), e desde então consolidado como o principal instrumento de articulação entre as esferas de gestão do SUS e destas com a sociedade. Em consonância com o caráter de articulação das esferas federal, estadual e municipal do SUS, ressalta-se a construção coletiva da proposta de revisão envolvendo a SVS/MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), representando as Secretarias Estaduais de Saúde, e o Conselho Nacional de Secretarias

Municipais de Saúde (CONASEMS), que igualmente atende à busca do reforço do comprometimento dos gestores, principalmente dos gestores locais, que é fundamental para a efetivação de toda política pública e mais essencial ainda na Saúde e na Saúde do Trabalhador.

Em novembro de 2009 é publicada a nova Portaria da RENAST, a de nº 2.728, que substitui a Portaria GM/MS nº 2.437/05, com a devida adequação aos compromissos estabelecidos no Pacto pela Saúde, em especial ao Pacto pela Gestão, e aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS. Neste sentido, é reforçada a necessidade de que as ações em saúde do trabalhador e as respectivas destinações de recursos devam estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distritais e municipais e nas respectivas Programações Anuais de Saúde, e posteriormente demonstradas no Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2009b).

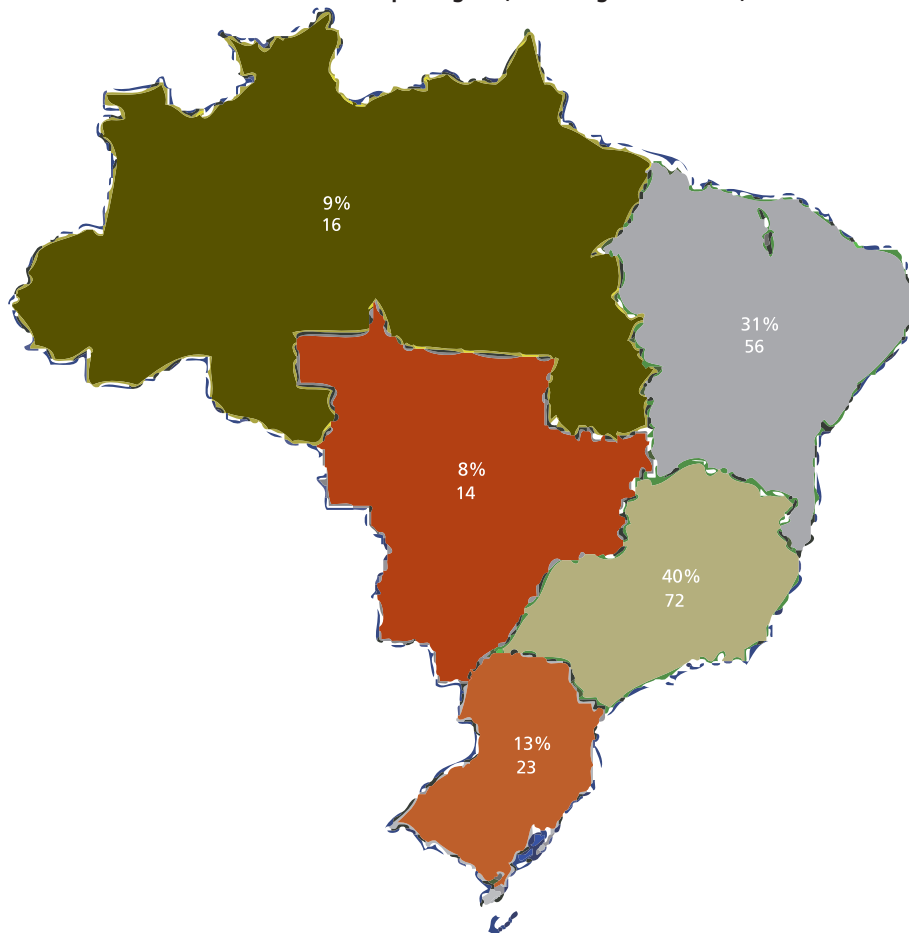
Uma alteração trazida pela Portaria GM/MS nº 2.728/09 foi a possibilidade de habilitação de CERESTs municipais, permitida apenas para municípios com uma população mínima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2009b). Até o momento não houve solicitação de habilitação nesta modalidade.

A Portaria GM/MS nº 2.728/09 será complementada pela publicação de um novo Manual de Gestão da RENAST, que revise e atualize o primeiro Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede, editado em 2006 (BRASIL, 2006a).

No processo de instituição da RENAST de 2002 a 2010 houve uma disseminação de CERESTs em todas as Unidades Federativas (gráfico 1 e tabela 1) e uma relativa homogeneidade na distribuição do número de CERESTs por região (tabela 2).

FIGURA 1

Número de CERESTs habilitados por região (2002 a agosto de 2010)



Fonte: CGSAT/DSAST/SVS/MS.

Nesse período foram habilitados 181 CERESTs, sendo 26 estaduais (apenas o estado de Sergipe optou por não habilitar CEREST estadual) e 155 regionais. Encontra-se em tramitação a habilitação de oito CERESTs regionais, sendo cinco no estado do Rio de Janeiro, um no Pará, um em Roraima e um no Rio Grande do Sul.

Em termos financeiros, considerando os valores de manutenção recebidos pelos centros, estão sendo repassados mensalmente à rede de CERESTs em torno de R\$ 5,5 milhões.

TABELA 1
Distribuição dos CERESTs por regiões e estados, conforme Portarias GM/MS nº 2.437/05 e nº 2.728/09

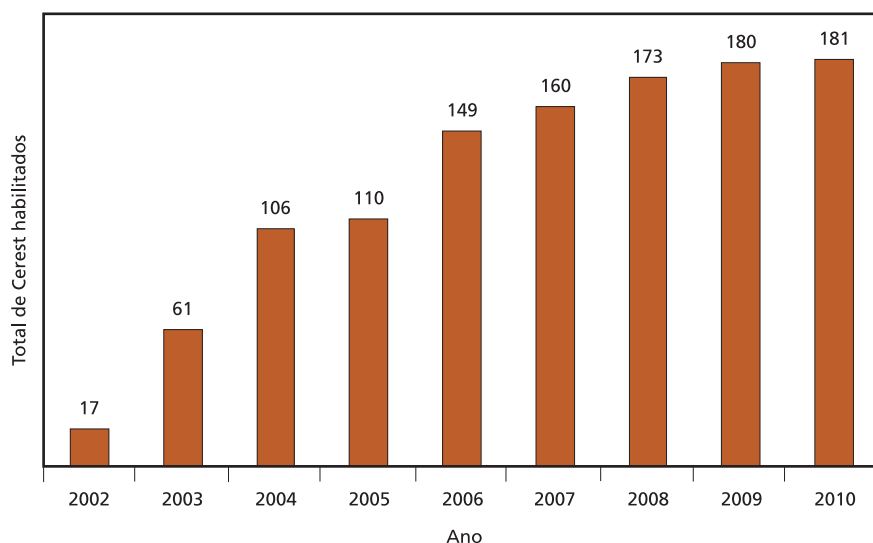
Regiões/Estados	CERESTs habilitados até agosto de 2010	CERESTs a serem habilitados	Total
NORTE	16	3	19
Rondônia	2	-	2
Acre	1	1	2
Amazonas	3	-	3
Roraima	1	1	2
Amapá	2	-	2
Pará	4	1	5
Tocantins	3	-	3
NORDESTE	56	-	56
Maranhão	5	-	5
Piauí	4	-	4
Ceará	8	-	8
Rio Grande do Norte	4	-	4
Paraíba	4	-	4
Pernambuco	9	-	9
Alagoas	4	-	4
Sergipe	3	-	3
Bahia	15	-	15
SUDESTE	72	10	82
Espírito Santo	3	2	5
Minas Gerais	17	2	19
Rio de Janeiro	10	6	16
São Paulo	42	-	42
SUL	23	6	29
Paraná	6	4	10
Santa Catarina	7	-	7
Rio Grande do Sul	10	2	12
CENTRO-OESTE	14	-	14
Mato Grosso	3	-	3
Mato Grosso do Sul	3	-	3
Goiás	5	-	5
Distrito Federal	1	-	3
TOTAL	181	19	200

Fonte: BRASIL (2005a, 2009b); CGSAT/DSAST/SVS/MS.

Vale ressaltar a concentração dos CERESTs na região Sudeste – um total de 72 –, que corresponde a 39,8% deles em todo o país. O estado de São Paulo possui o maior número, são 42 CERESTs habilitados (23,3% do total). Em segundo lugar, está a região Nordeste, com 56 CERESTs habilitados (30,9% do total). As regiões Centro-Oeste e Norte apresentam os menores números absolutos de CERESTs, situação correspondente à concentração populacional das regiões.

Apesar desse aspecto de proporcionalidade entre a distribuição dos centros e a população das Unidades da Federação, é possível considerar que a implantação da Rede de CERESTs, enquanto componente da RENAST, “redesenha o mapa das desigualdades regionais na oferta de serviços em saúde do trabalhador” (SANTANA e SILVA, 2009, p. 191), na busca de uma distribuição adequada, com um pequeno viés de maior oferta para o Nordeste, região tradicionalmente com piores indicadores de saúde (SANTANA e SILVA, 2009).

GRÁFICO 1

Número de CERESTs habilitados (2002 a agosto de 2010)

Fonte: CGSAT/DSAST/SVS/MS.

TABELA 2

Número de CERESTs estaduais e regionais, por regiões, e índice de concentração de CERESTs por milhão de População Economicamente Ativa Ocupada (até dezembro de 2009)

Região	Número de CERESTs habilitados na RENAST			CERESTs / 10 ⁶ PEA Ocupada
	Região	Número de CERESTs habilitados na RENAST	CERESTs / 10 ⁶ PEA Ocupada	
Sul	3	20	23	1,58
Sudeste	4	68	72	1,88
Centro-Oeste	4	10	14	2,18
Norte	7	10	17	2,54
Nordeste	8	46	54	2,30
Total	26	154	180	2,01

Fonte: CGSAT/DSAST/SVS/MS. PEA Ocupada de 2006 (IBGE).

Os números relativos, considerando-se o tamanho da População Economicamente Ativa Ocupada (PEA) por região, demonstram em termos gerais uma situação relativamente homogênea de distribuição de CERESTs para o país, com variação de 2,54 CERESTs / 10^6 de PEA Ocupada na região Norte – região com o menor número de CERESTs – e 1,58 CERESTs / 10^6 de PEA Ocupada na região Sul.

Esse processo de implantação da RENAST de 2002 a 2010 configura-se na principal estratégia do SUS no campo da saúde do trabalhador nesse período, marcado inicialmente por uma vertente assistencial dos serviços de saúde do trabalhador (VASCONCELLOS, 2007), existindo em 2005, com a portaria de ampliação da Rede, uma tentativa de corrigir esse rumo ao adotar a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho como eixo estruturante, via definição de Rede Sentinela e relação com a Atenção Básica.

A racionalidade enfocando a vigilância em saúde do trabalhador ganha maior destaque nos dois últimos anos no processo de discussão da PNST e do Manual da RENAST, em contexto reforçado pela Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que “aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios” (BRASIL, 2009c).

Nessa portaria, a vigilância da saúde do trabalhador é incorporada como componente da Vigilância em Saúde, com a seguinte formulação:

Vigilância da saúde do trabalhador – visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos (BRASIL, 2009c).

A Portaria GM/MS nº 3.252/09 também traz como importantes diretrizes/desafios, na direção da construção da integralidade da atenção à saúde da população, a consolidação de uma Vigilância em Saúde integrada, a partir dos seus diversos componentes – promoção da saúde, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária –, e a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (denominação mais atual da Atenção Básica) (BRASIL, 2009c). É importante destacar que esse caminho tem sido percorrido pela Saúde do Trabalhador nos últimos anos, em processos que trazem avanços, mas necessitam de permanente aperfeiçoamento.

Recentemente, a inserção da vigilância da saúde do trabalhador na Vigilância em Saúde teve mais um momento de materialização, com a inclusão das doenças e agravos prioritários relacionados à saúde do trabalhador na Portaria GM/MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que unifica a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. As intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) passaram a fazer parte do anexo I, que traz a lista

de notificação compulsória em toda a rede pública e privada de saúde. Os demais agravos e doenças constantes da Portaria GM/MS nº 777/2004, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.472/2010, estão no anexo III, que traz a lista de notificação compulsória em unidades sentinelas (BRASIL, 2010).

5 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS E NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Em relação ao controle social do SUS, a Lei Federal nº 8.080/90 contemplou a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a serem integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, tendo como finalidade a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS (BRASIL, 1990a). Este enunciado de articulação de políticas públicas é bastante importante para o SUS, a partir do conceito ampliado de saúde, e em especial para a saúde do trabalhador, que apresenta interfaces claras com áreas governamentais como Trabalho e Previdência Social, estas as mais diretamente relacionadas, além de outras, como por exemplo, Meio Ambiente, Educação, Agricultura, Indústria e Comércio, Minas e Energia. Assim, a saúde do trabalhador foi indicada na LOS como uma das áreas a serem objeto de trabalho de uma comissão intersetorial (BRASIL, 1990a). A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS foi instituída por meio da Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991 (CNS, 1991).

No entanto, os aspectos mais importantes relativos ao controle social do SUS, vetados quando da promulgação da Lei Federal nº 8.080/1990, foram estabelecidos na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). Dada a complementaridade de ambas as leis, elas costumam ser denominadas conjuntamente de Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 2005c). Assim, no final do ano de 1990, ficam definidas as fundamentais instâncias colegiadas de controle social do SUS: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). A Conferência de Saúde, a ser realizada a cada quatro anos, tem o papel de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas de gestão correspondentes (BRASIL, 1990b). Por sua vez os Conselhos de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, constituem-se como colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que têm o dever de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na esfera correspondente (BRASIL, 1990b).

Conforme mencionado anteriormente, a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores aconteceu no ano de 1986.

Em 1994 realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, coordenada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, com ampla participação de representantes de quase todas as Unidades Federativas, e em seu debate fica definida a municipalização como estratégia de universalização das ações de saúde do trabalhador, o que é evidenciado posteriormente (BRASIL, 2002b). A construção da PNST continuou sendo tema de discussão, com a inclusão de questões relacionadas ao meio ambiente (SANTANA e SILVA, 2009). Outras propostas importantes incluíram a unificação das ações de saúde do trabalhador no SUS, a superação da dicotomia prevenção e cura e a adoção de processos paritários entre Estado e trabalhadores na tomada de decisão (SANTANA e SILVA, 2009).

Após um hiato de onze anos, foi realizada em 2005 a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), convocada pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, uma importante sinalização política de aproximação intersetorial, resultado também do Grupo de Trabalho Intermministerial (GTI) instituído no ano anterior. Ao longo do processo de realização da 3ª CNST foram realizadas mais de mil e duzentas Conferências Municipais, Regionais (Microrregionais) e Estaduais, em todas as Unidades da Federação, envolvendo mais de 100 mil pessoas, e a etapa nacional aconteceu em Brasília no período de 24 a 27 de novembro, com a participação de mais de 4 mil pessoas e aprovação de 344 resoluções (BRASIL, 2010). A Conferência teve como lema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” e três eixos temáticos: *i)* Como garantir a integridade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos(as) trabalhadores(as)? *ii)* Como incorporar a Saúde dos(as) trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? *iii)* Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as)? (BRASIL, 2005d).

No ano de 2006 desenvolveu-se o processo inédito de devolução da 3ª CNST, organizado pela Área Técnica em Saúde do Trabalhador em conjunto com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outros órgãos envolvidos. O processo de devolução teve como objetivos: possibilitar uma reflexão sobre as resoluções da Conferência e os mecanismos necessários à sua efetivação nas esferas municipal, estadual e federal; contribuir para que os estados e municípios definissem suas prioridades e as estratégias viáveis para implementá-las tendo em vista as conjunturas locais; realizar uma discussão local sobre as prioridades, relacionando-as às deliberações; e construir um plano de intervenção do controle social em saúde do trabalhador. Foram realizadas plenárias estaduais de devolução da 3ª CNST em 23 Unidades da Federação, e os principais temas que apareceram como prioridades locais foram: agrotóxicos, em 15 plenárias; LER/DORT, em 12; acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, em dez; e o que se agrupou como problemas relacionados ao meio ambiente, em seis (BRASIL, 2010).

A construção e consolidação de espaços de participação social é uma ação contínua do campo institucional da saúde do trabalhador, e neste sentido há um incentivo à criação de CISTs nos conselhos estaduais e municipais de saúde e de instâncias colegiadas de gestão participativa junto aos serviços de saúde do trabalhador. Um espaço importante de discussão na direção do reforço da participação social na saúde do trabalhador tem sido o do Encontro Nacional das CISTs, organizado em articulação com a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS. O primeiro encontro foi realizado em 2007, o segundo em 2009, e o terceiro está agendado para dezembro de 2010.

A CGSAT tem desenvolvido com a Fiocruz um projeto estratégico, o Observatório de Saúde do Trabalhador,² no sentido de ampliar os espaços de debate e participação dos trabalhadores, que vem sendo gerido em conjunto com as seis Centrais Sindicais existentes hoje no país, que elegeram os temas acidentes de trabalho e a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) como prioridades iniciais para o aprofundamento de um debate coletivo. Outros processos incentivados pela CGSAT envolvem a formatação de cursos voltados aos trabalhadores, a cooperação com entidades sindicais para implantação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, parcerias com universidades e o Projeto Vidas Paralelas,³ em articulação com o Ministério da Cultura, que, em conjunto, propõem a ampliação dos horizontes de interlocução com os trabalhadores.

Assim, nos últimos anos, apesar de um cenário geral de dificuldades e tensões na relação do SUS com o controle social, prevalece o princípio da participação social, originário e fundamental da Reforma Sanitária Brasileira e intrinsecamente ligado à história de construção da Saúde do Trabalhador no SUS.

6 A ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A inserção da Saúde do Trabalhador como atribuição do setor Saúde concretizada legalmente na Constituição Federal de 1988, paralelamente à manutenção dos papéis institucionais do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, faz com que a articulação destes três atores do Estado brasileiro seja permanentemente desejada, buscada e exercitada.

Esse caminho foi e é reforçado em todos os momentos em que a sociedade se organiza para discutir o tema. As Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador descritas sucintamente neste capítulo são exemplares nesta direção, sendo também frequente e crescente a necessidade do envolvimento de outras áreas governamentais, igualmente já citadas na seção anterior.

2. Endereço eletrônico: <<http://www.observatoriosst.com.br/home.php>>.

3. Endereço eletrônico: <<http://www.cultura.gov.br/vidasparalelas/>>.

No ano de 1993, a demanda social pela articulação das políticas governamentais diretamente relacionadas com a saúde do trabalhador teve como resultado a instituição, pela Portaria Interministerial MTb/MS/MPS nº 18, de 11 de novembro de 1993, do Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT), de caráter permanente, incumbido de buscar e promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução e na implantação concreta das políticas emanadas dos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social e dos respectivos Conselhos Nacionais (BRASIL, 1993). O GEISAT foi objeto de mais duas portarias interministeriais, a MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997 (BRASIL, 1997), que o instituiu novamente, revogando a portaria de 1993, e a nº 1.570, de 29 de agosto de 2002, que estabeleceu como responsabilidade do grupo a formulação e o encaminhamento, a cada dois anos, de um Plano de Ação Conjunta na área de saúde do trabalhador, bem como a promoção da sua operacionalização e acompanhamento, ressaltando a possibilidade de consulta, na elaboração e operacionalização do Plano, às instâncias de controle social, de pactuação e outras que pudessem contribuir para o seu aprimoramento e efetividade (BRASIL, 2002c).

Posteriormente, a discussão da intersetorialidade foi retomada com a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego, através da Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004. Os dois principais objetivos colocados para o grupo de trabalho foram: a) reavaliar o papel, a composição e a duração do GEISAT; b) elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo (BRASIL, 2004b).

A proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), elaborada pelo GTI, foi publicada para fins de Consulta Pública por meio da Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 3 de maio de 2005 (BRASIL, 2005e), e discutida, entre outros fóruns, na 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador.

Fica o registro de que o processo de discussão e a busca de formalização da PNSST foram descontinuados, sendo retomados apenas em 2008.

Nesse ano, por meio da Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 152, de 13 de maio, foi instituída a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CT-SST), composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, centrais sindicais e confederações de empregadores, e tendo como competência principal revisar e ampliar a proposta da PNSST (BRASIL, 2008), tendo como referências internacionais a Convenção nº 187 da Organização Internacional do Trabalho, de junho de 2006 (OIT, 2006),

e o Plano de Ação Global em Saúde do Trabalhador da Organização Mundial da Saúde, aprovado na 60ª Assembleia Mundial da Saúde ocorrida em 23 de maio de 2007 (OMS, 2007).

A CT-SST, em sua reunião ordinária de fevereiro de 2010, finalizou a nova proposta de Política, agora denominada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). O decreto de publicação da PNSST aguarda sanção presidencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as iniciativas e instrumentos legais relacionados caracterizam um momento no âmbito institucional em que há um amplo reconhecimento e a formalização jurídica da pertinência da inserção do campo da saúde do trabalhador no SUS. São reafirmadas as suas diretrizes e revigora-se a concepção da vigilância como eixo organizador do modelo de atenção integral vigente.

Encontra-se demarcado que as ações de saúde do trabalhador devem estar inseridas em todos os níveis de atenção à saúde, em consonância com a análise/vigilância da situação de saúde e balizada pelo reconhecimento da sua determinação social.

Existe também o reconhecimento de que a criação, a ampliação e a atualização da RENAST representaram o fortalecimento da PNST, tendo sido reunidas condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para a sua execução, no sentido da articulação das ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador no SUS, visando garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, bem como a busca da concretização de políticas e ações intersectoriais envolvendo outras instituições e órgãos públicos e privados, universidades, instituições de ensino e pesquisa, entidades representativas de trabalhadores e movimentos sociais.

O reforço da articulação das ações intergovernamentais em saúde do trabalhador passa pela manutenção do diálogo com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, algo cristalizado com a criação e funcionamento da CT-SST a partir de 2008, bem como exercido em diversos outros fóruns em que os três ministérios participam conjuntamente, como também pelo fortalecimento e difusão, com o suporte e o apoio da esfera federal, de diversas iniciativas exitosas de articulação entre as três áreas nos estados e municípios em curso nos últimos anos. Nesta direção, a publicação da PNSST seria um sinalizador político importantíssimo para a continuidade e o aprimoramento desse processo de articulação, que traz como desafio posterior a elaboração e a efetivação de ações intersectoriais articuladas, a serem expressas no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho previsto na Política.

A PNST e a PNSST são políticas que se articulam, com novas e recentes formulações em processo de formalização, e devem ser mais enfatizadas, carecendo de uma maior implantação e ênfase no âmbito geral das políticas públicas.

Concluindo, o SUS tem o compromisso de continuamente trabalhar para a melhoria da situação de saúde da população brasileira e entende que o trabalho é um dos condicionantes mais estruturantes para que este objetivo seja atingido, o que passa pela articulação e fortalecimento das diversas ações governamentais envolvidas, pelo aprimoramento da participação social na implementação destas ações, pelo fortalecimento do campo da saúde do trabalhador no SUS e pela própria concretização do SUS, uma conquista histórica da sociedade brasileira. Acredita-se que todos estes passos têm sido dados, e o Ministério da Saúde está contribuindo e tem muito a contribuir com este processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 182, 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18055-18059.

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. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 249, 31 dez. 1990b. Seção 1. p. 25694-25695.

BRASIL. Ministério do Trabalho (MTb). Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência Social (MPS). Portaria Interministerial MTb/MS/MPS nº 18, de 11 de novembro de 1993. Institui o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT). *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 216, 12 nov. 1993. Seção 1. p. 17083.

BRASIL. Ministério do Trabalho (MT). Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997. Institui o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT). *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 142, 28 jul. 1997. Seção 1. p. 16129.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 124, 2 jul. 1998a. Seção 1. p. 36-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 215-E, 10 nov. 1998b. Seção 1. p. 17-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 221-E, 19 nov. 1999. Seção 1, p. 21-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Cadernos de Atenção Básica; Programa Saúde da Família, n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 183, 20 set. 2002a. Seção 1. p. 53-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº 1.570/GM, de 29 de agosto de 2002. Dispõe sobre Portaria Interministerial nº 7, de 25 de julho de 1997, que institui o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT) e considerando a necessidade de adequação das demandas de cada uma das Pastas que integram o referido Grupo, bem como a importância de aprimorar o funcionamento de GEISAT e, ainda, as relações institucionais, adequando-as aos novos preceitos legais de interesse à saúde dos trabalhadores. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 168, 30 ago. 2002 b. Seção 1. p. 79-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador na rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 81, 29 abril 2004a. Seção 1. p. 37-38.

BRASIL. Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 32, 16 fev. 2004b. Seção 2. p. 40-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 236, 9 dez. 2005a. Seção 1. p. 78-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 129, 7 jul. 2005b. Seção 1. p. 49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed., revisada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Previdência Social (MPS). Ministério da Saúde (MS). Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 3 de maio de 2005. Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1.009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 85, 5 maio 2005d. Seção 1. p. 43-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento*. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Protocolos de complexidade diferenciada: anamnese ocupacional (nº 1); notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes (nº 2); atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao chumbo metálico (nº 4); perda auditiva induzida pelo ruído (Pair) (nº 5); pneumoconioses (nº 6); risco químico – atenção à saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno (nº 7); câncer relacionado ao trabalho – leucemia mielóide aguda/síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno (nº 8); dermatoses ocupacionais (nº 9)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1147>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 39, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 157, 15 ago. 2007. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Ministério da Previdência Social (MPS). Ministério da Saúde (MS). Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 152, de 13 de maio de 2008. Institui a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação, no País, da Convenção nº 187, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 92, 15 maio 2008. Seção 1, p. 78.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, altera e acresce Artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto nº 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fiocruz, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 100, 28 maio 2009a. Seção 1, p. 12-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 216, 12 nov. 2009b. Seção 1, p. 75-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 245, 23 dez. 2009c. Seção 1, p. 65-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 168, 1º set. 2010. Seção 1, p. 50-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. *Trabalhar, sim! Adoecer, não!:* o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Relatório ampliado da 3ª CNST). No prelo.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2, 1994, Brasília. *Anais...* [Série D. Reuniões e Conferências]. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3: “TRABALHAR, SIM! ADOECER, NÃO!”, 2005, Brasília. [Textos de apoio – coletânea nº 1. Série D. Reuniões e Conferências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos

Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 241, 12 dez. 1991. Seção 1, p. 28717-28718.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H., FIRPO, M. F. S. *Relatório final do projeto Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil*. São Paulo: 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/Arquivos/Sala187.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *C187 – Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Asamblea Mundial de la Salud, 60ª. *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. Ginebra: OMS, 2007.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 175-204 (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

VASCONCELLOS, L.C.F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. 2007. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

