



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Luciene de Aguiar Dias Barcelos Coutinho

GESTÃO DO SUS E SAÚDE DO TRABALHADOR
Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena

Rio de Janeiro
8 de dezembro de 2015

Luciene de Aguiar Dias Barcelos Coutinho

**GESTÃO DO SUS E SAÚDE DO TRABALHADOR:
Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Rio de Janeiro
8 de dezembro de 2015

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C871g Coutinho, Luciene de Aguiar Dias Barcelos
Gestão do SUS e saúde do trabalhador: necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena. / Luciene de Aguiar Dias Barcelos Coutinho. -- 2015.
81 f. : tab. ; graf.

Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Gestão em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Vigilância em Saúde Pública.
5. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11

Luciene de Aguiar Dias Barcelos Coutinho

GESTÃO DO SUS E SAÚDE DO TRABALHADOR:

Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 08/12/2015.

Banca Examinadora

Dr^a. Maria de Fátima Silianski Andreazzi – UFRJ

Dr^a. Maria Helena Barros de Oliveira – DIHS/ENSP/Fiocruz

Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – orientador – DIHS/ENSP/Fiocruz

Dr^a. Fatima Sueli Neto Ribeiro – UERJ (suplente)

Dr. Renato José Bonfatti – CESTE/ENSP/Fiocruz (suplente)

Rio de Janeiro

8 de dezembro de 2015

Ao meu pai Laudercy (in memorian).

Ao mano Dercinho.

Às mulheres de minha vida que amo e me estruturam: Elza, mãe e amiga, e Raquel, filha e parceira.

Ao amor que tenho, presente em cada letra.

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a todos que nesta breve jornada que é a vida se fizeram presentes de diversas formas e que se perpetuam em minha memória e no meu cotidiano até agora e para sempre.

São muitas as lembranças e infinita a gratidão...

Pessoas queridas e amadas da família.

Amigos de tantos lugares, diversos momentos e percursos.

Gente que me guiou, ensinou a viver e sobreviver.

Gente que me deu a mão e sorriu para mim.

Abriu uma porta, fez uma prece, deu força, acreditou.

Sei quem é, lembro os rostos, vozes, nomes, conversas, olhares...

Os que foram e permanecem...

E os que estão e permanecerão.

Mas agradeço principalmente àqueles que não conheço...

Gente que vem construindo o mundo anonimamente. Lutando anonimamente.

Nunca vi, não sei onde mora, onde nasceu, vive ou viveu.

Gente que constrói, cria, guerreia, esbraveja, chora, canta, dança, cozinha, planta, colhe, interpreta, escreve, varre, lava, esfrega, pinta, martela, cuida, zela, ama...

Que está no papel em que escrevo, na cadeira onde me sento, nas paredes e utensílios de minha casa, no tecido da roupa que cobre meu corpo, na menor engrenagem da máquina que capta a água que bebo...

Que está no campo, no mar, nas cidades, nas metrópoles.

Gente que trabalhou e trabalha pelo mundo afora através dos tempos.

Gente que não sei quem é.

Mas sei que não posso viver sem ela. Eu não conseguiria chegar aqui.

Está em toda a minha vida, mesmo que nem sempre pudesse vê-la.

Meu maior agradecimento é para essa gente.

Para o trabalhador.

Para os anônimos.

Razão de ser deste trabalho...
Quando eu vagava pelos labirintos da
gestão do SUS não encontrava
a saúde do trabalhador.
Agora que vago nos labirintos
da saúde do trabalhador
e neles me perco, indago:
ó gestão, porque não nos olha
e nos ajuda a encontrar a saída?

Luciene Aguiar

Resumo: Estudo de caráter crítico-reflexivo sobre a relação entre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a área de saúde do trabalhador (ST). Tem como objetivo demonstrar que a gestão do SUS não considera nas pactuações e normatizações do sistema as necessidades de saúde do trabalhador, capazes de serem operacionalizadas em ações e serviços em termos de metas, indicadores e resultados. Analisa as contradições da gestão entre as necessidades presumidas – o que se presume que deveria ser feito em matéria de ST, com base na Lei, desde a Constituição Federal de 1988, nos indicadores epidemiológicos e nos impactos sociais – e as necessidades manifestas – que induzem a gestão do SUS a fazer escolhas por determinadas ações e serviços, desconsiderando a área de ST. A metodologia centrou-se na revisão bibliográfica e análise documental, especialmente das normas operacionais da gestão. O estudo tem como justificativa a necessidade de se buscar alternativas epistemológicas, políticas e legais que embasem o enfrentamento do problema da saúde do trabalhador no Brasil.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; gestão do SUS; normas operacionais; necessidades em saúde; vigilância em saúde pública

Abstract: Essay about the relationship between the management of the Health's Brazilian System (SUS) and the worker's health area. This article aims to demonstrate that the public management doesn't consider the issue of worker's health on the pacts and regulations system, missing its health needs, able to operate actions, services with goals, indicators and results. The text analyses the contradictions of the management between presume needs – stated on the Law, since the Brazilian Constitution, the epidemiological indicators and the social impacts – and the demand needs – that induces the management to do choices that excludes the worker's health. The method utilized was the bibliographic revision and the analysis of the management operative norms. The study is justified by the needs, under the epistemological, political and legal point of view, to fight against the problem of the worker's health in Brazil.

Key-words: worker's health; operative norms; management of the Health's Brazilian System (SUS); health needs; surveillance on public health.

LISTA de QUADROS

- Quadro 1 – Caracterização da busca nas bases de dados Lilacs, Scielo e Periódicos Capes da produção científica relacionada ao tema “a gestão do SUS e a saúde do trabalhador” – todos os anos (busca realizada em outubro de 2015)..... 15
- Quadro 2 – Saúde do Trabalhador e a gestão do SUS – Necessidades Presumidas e Manifestas..... 37
- Quadro 3 – Instrumentos normativos de operacionalização da gestão do SUS, segundo os modelos de financiamento e de atenção à saúde e as características e inovações para a gestão – Brasil, 1991-2011..... 53
- Quadro 4 – Instrumentos normativos de operacionalização da gestão do SUS, segundo a referência às ações de saúde em geral, às ações de vigilância em geral e à saúde do trabalhador – Brasil, 1991-2013..... 54
- Quadro 5 – Ações de Saúde do Trabalhador no SUS – Incisos do Artigo 6º, Parágrafo 3º, da Lei 8.080, de 19/09/1990, e comentários sobre a sua implementação..... 62
- Quadro 6 – Entidades que representam os usuários em todos os 5.564 Conselhos Municipais de Saúde do Brasil, segundo o tipo, número absoluto e percentual – Brasil, 2007..... 64
- Quadro 7 – Metas de ações e serviços em ST para construção de indicadores universais – Componentes propostos para inclusão em normativas pactuadas de gestão do SUS..... 70

SIGLAS e ABREVIACÕES

AVC - Acidente Vascular Cerebral
AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESTEH - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
COPPEAD - Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DIHS - Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman
DIHS-LAPS - Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural
DPT - Vacina Tríplice Bacteriana (difteria, tétano e coqueluche)
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD - Educação à Distância
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FESP - Funções Essenciais da Saúde Pública
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GM - Gabinete do Ministro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
IRA - Insuficiência Respiratória Aguda
IVR - Índice de Valorização de Resultados
Lilacs - Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe
LOS - Lei(s) Orgânica(s) da Saúde
MBA - Master in Business Administration/Mestre em Administração de Negócios
MPE - Ministério Público Estadual
MPF - Ministério Público Federal
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
PIB - Produto Interno Bruto
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SES - RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
ST - Saúde do Trabalhador
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE-RJ - Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
USP - Universidade de São Paulo
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

Apresentação – Para chegar até aqui.....	01
Introdução.....	07
As Origens.....	07
O Roteiro.....	09
A Síntese.....	11
A Metodologia.....	11
Capítulo 1 – O Direito que se tem e o Direito que se perde.....	16
1.1 – Perplexidade diante dos dados.....	17
1.2 – A regra constitucional – omissão e ofensa.....	19
1.3 – Saúde do Trabalhador – a regra e os fatos.....	25
Capítulo 2 – Gestão do SUS – necessidades presumidas e manifestas.....	28
2.1 – Planejamento e gestão em saúde.....	28
2.2 – Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena.....	32
2.3 – Determinantes, condicionantes e desvios.....	37
2.3.1 – Determinantes – necessidades presumidas.....	39
2.3.2 – Condicionantes – necessidades manifestas.....	43
2.3.3 – Desvios – necessidades presumidas versus necessidades manifestas – o caso da saúde do trabalhador.....	48
Capítulo 3 – Uma síntese reflexiva e propositiva - vislumbrando cenários de aproximação entre a saúde do trabalhador e a gestão do SUS.....	65
Referências Bibliográficas.....	76

Apresentação – Para chegar até aqui

O Caiçara

Há muito tempo, Uma casa no espaço
Entre matas, a margem do canal.
Ir a Igreja, só barca. Diz:- Normal,
A minha vida segue seu compasso.

Até hoje ficou. A mata é seu muro
O lampião, fraca luz, quebra o escuro
Da mata fechada. Do lado oposto
A cidade cresceu. Até dá gosto!

Mas se lá fez família e seu viver
Cresceu a cidade, mas onde crescer
Na casa simples da margem oposta
Onde leva a vida como esta gosta.

A cidade cresceu. O caiçara ficou
Vivendo feliz o tempo que passou.
Olha doutro lado. Tudo é progresso
Vive como poeta, como é nos verso.
tonypoeta - 19/01/12

Macaense de nascença e de coração cresci ouvindo minha mãe dizer que eu precisava estudar, ter profissão, emprego e independência. Mas, ao olhar para os lados, dentro das oportunidades que Macaé oferecia nas décadas de 1970 e 1980, nada me agradava ou estimulava. Queria mais, conhecer outras pessoas, outros colégios, outros professores. Na minha cidade, os professores mais temidos, mais exigentes e famosos que haviam me dado aula, tornaram-se amigos. E me diziam: você tem que continuar estudando, é boa aluna, converse com seus pais, busque outra cidade para estudar. Havia em mim uma grande curiosidade de entender e conhecer o mundo, o que eu via não bastava. O processo de persuasão do meu pai foi árduo, com muitas lágrimas e nãoos. Por fim, acho que ele se convenceu por me ver tão triste e frustrada, e acabou cedendo para eu ir estudar em Niterói e morar num pensionato de freiras. Fui, com 15 anos, morar num quarto com mais cinco mulheres em diferentes fases da vida. Isto foi também uma escola, que mereceria um capítulo à parte...

A escolha da carreira foi simples e bem inocente, sem olhar o mercado, estigmas, status. Eu queria cuidar das pessoas, adorava a saúde e o campo social. Quase fui para humanas, quase optei por sociologia. Mas o interesse em conhecer doenças e como tratá-las me fez decidir. Enfermagem foi minha única e verdadeira opção. Nunca me arrependi. No 2º semestre do ano de 1984, após concluir o segundo grau no Instituto Abel de Niterói, entrei para cursar Enfermagem na UFRJ, orgulhosa e feliz, na mais absoluta certeza de que havia escolhido o melhor para mim. A

graduação foi muito boa. Algumas disciplinas me despertaram paixão, como a parasitologia, a genética, a antropologia. Mas o fascínio ocorria mesmo nos estágios supervisionados, nas escolas, nas comunidades, na ação com trabalhadores, nas enfermarias dos hospitais por onde passei. Neles interagia com as pessoas, cuidava, estudava, aprendia, via, ouvia, praticava. Era sempre a primeira a chegar, saía por último e ajudava as colegas. Morria de medo de errar, mas nunca fugi dos desafios, por pior que pudesse parecer.

Formei-me decidida a voltar para Macaé e atuar na cidade. Inicialmente queria seguir estudando, mas desta vez meu pai foi totalmente contra e eu não insisti. Achei que seria interessante adquirir alguma experiência no trabalho, por dois ou três anos, e que depois poderia retomar os estudos, especializando-me ou fazendo mestrado. Mas não foi bem assim. Encantada com os hospitais, fiz Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Amava a UTI e o Centro Cirúrgico, equipamentos, a organização do cuidado, a supervisão hospitalar e tudo o mais que ocorresse dentro das (para mim) sagradas paredes nosocomiais. Mesmo assim, ainda antes de colar grau, a Secretaria de Saúde de Arraial do Cabo me convidou para trabalhar e lá estive por um mês. Mas não era o que eu queria e ao primeiro sinal positivo da Santa Casa de Macaé (Hospital São João Batista) fui correndo. Esse hospital com 200 leitos, único com UTI, Centro Cirúrgico e Centro de Queimados na região era o meu sonho. O convite seria para que eu trabalhasse por um mês a título de experiência, como um estágio, e que depois a Direção e o Corpo de Enfermagem dariam um veredicto sobre a possibilidade de contratação. Despedi-me de Arraial do Cabo e aceitei feliz. Ia trabalhar sem hora para voltar como se estivesse com um contrato milionário. Na segunda semana já estava com a carteira assinada e, ao completar 40 dias, fui convidada para ser a enfermeira-chefe. Fiquei na função por 10 anos. No início foi difícil, muita gente me ajudou e o contrário também ocorreu. Tive que aprender muitas coisas ‘na marra’, errando, refazendo, perdendo o sono, conversando, reunindo. Foi uma época rica, preciosa e incomparável.

Lá dentro vi a transição do INAMPS para o SUS. Vi as NOB's serem implantadas no município, acompanhei discussões, mas me sentia muito distante da saúde pública, pois vivíamos apartados da rede como um outro centro de poder que media forças com a própria Secretaria de Saúde e demais setores. O Hospital era intocável e agia como queria frente à rede. Foi assim por muito tempo, mas algumas denúncias, fiscalizações, processos etc. fizeram esta impressão ruir aos poucos. Por

outro lado, descobri um novo interesse no campo do ensino. A SES-RJ e o COFEN promoveram a qualificação das atendedoras de enfermagem. Durante três anos preparei e supervisionei cursos e estágios e ministrei aulas, como parte das minhas atividades de enfermeira-chefe, sem remuneração adicional. Foi uma experiência formidável.

Após 10 anos e meio, pedi demissão para ocupar vaga de enfermeira em Quissamã por concurso público e por terem me oferecido naquele município tempo integral. No Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus fiquei por três anos. Montamos e operacionalizamos o Centro Cirúrgico, as rotinas de pré e pós-operatório, a Central de Esterilização, a ambulância UTI, as rotinas da maternidade. Foi um período de concretizar saberes onde foi possível criar serviços próximos ao 'estado da arte', graças ao apoio constante da secretária de saúde e do próprio prefeito. Contudo, com a troca da gestão e a entrada de novas concursadas fui convidada a me retirar para montar programas e atuar junto às unidades básicas de saúde. Acho que chorei por um mês. Não imaginava o que faria fora do hospital... E o que é isso, 'programa'? Postinho só faz curativo e injeção... O que teria eu para fazer neles? Atender gente sem doença, sem dor? Como é mesmo isso? Mas sair dos limites do hospital me refez a visão de mundo, entender o SUS, ver a rede e compreender qual o papel de cada serviço dentro do sistema. Um aprendizado a fórceps. Não entendia quase nada quando ia para as reuniões. E para que tanta reunião? Tanta estratégia, tanto acordo? Após passar 15 dias em cada uma das seis unidades básicas, fui lotada no Centro de Especialidades para montar o Programa de Saúde da Mulher. Caí em campo para estudar, visitar a SES-RJ, fazer cursos e consegui vaga na Especialização em Gestão de Saúde Materno-Infantil pelo EAD da ENSP depois de um ano na função. Articular e planejar ações, envolver outros serviços, negociar metas, descobrir o implícito pelos indicadores... Isso eu nunca tinha feito. De novo senti medo, perdi noites do sono nas leituras, queimei pestanas... Mas conseguimos avançar. Habilitamos o município para fazer laqueaduras e vasectomias pelo SUS, diminuimos o número de cesarianas e de internações em UTI neonatal, treinamos toda a equipe para fazer o papanicolau e abrimos as portas dos serviços para contracepção em adolescentes. Parece fácil, mas não foi. Conceder direitos, ampliar ações. Era isso o que eu queria.

Todo esse trabalho trouxe visibilidade. Na época, também já atuando como enfermeira concursada em Macaé, fui convidada pelo então vice-prefeito para trabalhar no gabinete, assessorando-o e ao prefeito. Aceitei e caminhei lentamente por dentro da gestão, acompanhando o que acontecia, opinando quando solicitado. E

estudando. Foi a época em que mais fiz leituras relativas à composição da rede de saúde, controle social, planejamento... Tinha coisas que lia e não entendia, o entendimento veio muito depois. O trabalho fundamentalmente era acompanhar a construção e implantação de novos serviços. Analisar impactos, custos, necessidades, estudando a situação de saúde do município, além de preparar falas do prefeito e vice-prefeito relativas à saúde. Foi uma época de muito estudo, muito aprendizado. Nunca sabia quando surgiria uma nova demanda e sobre o que seria. Após dois anos e com o vínculo de Quissamã cedido para Macaé, fui convidada a assumir a direção de um novo hospital, localizado na região serrana do município, a 40 km do centro. Ele ainda estava em fase de acabamento, não tinha nada, nem nome... Era uma planta no papel e um labirinto de paredes de tijolos, herança do governo anterior que tínhamos que terminar e abrir as portas para a população. Da primeira visita saí cheia de planos e dúvidas e fui direto para a RDC 50 da ANVISA buscar respostas para as inúmeras dúvidas. Foram necessárias muitas reuniões, visitas, modificações na planta, mas no final de oito meses conseguimos funcionar. Escolhemos o nome, logomarca, impressos, cores das paredes e jalecos, mobiliário. Estabelecemos rotinas, horários, transporte. Muito foi montado e muito ficou emperrado na burocracia, mais na operacionalização e implantação do serviço.

Após estudar o território, optamos por fazer gestão participativa com atores da comunidade, do próprio hospital e dos outros serviços de saúde do município/região. O grupo se reunia uma vez por mês e a mim cabia dar as respostas às demandas e explicar as dificuldades. O que era discutido nas reuniões era levado à comunidade por um programa de rádio que eu apresentava por uma hora, semanalmente. Hoje, olhando para trás, percebo claramente que faltou estudar os processos produtivos da região e envolver os trabalhadores no processo de gestão. Nós os atendíamos, mas não olhávamos para eles... Buscando melhor entender a gestão, na época fiz MBA Executivo em Saúde na COPPEAD. Neste curso apreendi ferramentas importantes e entendi claramente a interdependência de outros setores, bem como a necessidade de entender melhor a máquina pública burocrática. Esta, uma total desconhecida, coberta por várias camadas nebulosas. Quem sabe seus segredos não ensina, porque não quer ou não tem tempo. Mas eu sentia a necessidade de entender aquele idioma financeiro e orçamentário que obedecia a um planejamento cercado de leis, resoluções, acórdãos...

Fiz vários cursos de atualização na Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ,

buscando entender essas coisas. Ajudou-me bastante a agilizar os processos administrativos, de compra, empenhos, pagamentos e tudo o mais que cerca este universo da gestão pública. Enfim, colaborou para que conseguíssemos fazer aquele hospital funcionar respeitando as boas práticas e sem incorrer em erros que pudessem criar problemas legais. Findo o período de dois anos, após o serviço ter um perfil definido, fui convidada a assessorar o secretário de saúde de Macaé. Mais uma vez saio da zona de conforto e vou para um trabalho desconhecido. Na secretaria, com uma equipe nova e inexperiente, dediquei-me a prepará-la para o planejamento, controle interno, protocolos e acompanhamento das demandas jurídicas e do controle externo (CMS, TCE-RJ, MPF, MPE, Associações, Sindicatos, Câmara de Vereadores etc).

Trabalhei muito por quatro longos anos e entendi o que é direito à saúde e o quanto ele pode não ser prestado e exercido. Envolvida neste dilema, busquei na Especialização Direito e Saúde do DIHS/ENSP/Fiocruz respostas e caminhos para diminuir à distância entre o que era direito, o que se pode fazer e o que é realmente feito. Muitas vezes sentia que me faltavam argumentos para convencer o secretário e seu grupo tecnocrático da verdadeira função do gestor do SUS, da necessidade de uma visão integral da saúde, da equidade, do real papel do controle social, da necessidade de solidariedade entre os municípios... Tem momentos que o estabelecido em Lei não basta. Durante o curso, a cada módulo, minhas convicções se reforçavam. Eu precisava acertar a rota do meu caminho. Acompanhei também a disciplina Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e uma crítica da trajetória, no CESTEJ, o que me colocou na rota da linha de pesquisa Saúde e Trabalho.

Daí em diante tudo mudou. Ao fazer as leituras e discutir com o grupo e olhando para dentro da minha experiência tive certeza de algo que já percebia, eu vinha trabalhando certo, mas do lado errado! Percebi claramente que a categoria trabalho, central em nossas vidas, não aparecia nas propostas de atuação da gestão. Como os trabalhadores e suas mazelas perdiam feio para o poder econômico. Que se fazia gestão pública utilizando a lógica da gestão privada inspirada em mecanismos mercadológicos onde se visa o lucro, não o bem estar social. E após refletir tive a certeza de que a mudança de rota passaria pelo Mestrado Acadêmico, aprofundando os estudos, buscando respostas, soluções, saídas e compartilhando aquilo que já vi, vivi e fiz.

Hoje, com o mestrado, sinto-me cada vez mais consciente da importância do

SUS como política pública, instituída pela Constituição Federal de 1988 e que estabelece a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Este Estado que deve a todos os trabalhadores de diversos momentos históricos, seu crescimento e desenvolvimento. É deles que vem minha inspiração. Por eles, que também sou eu, pretendo seguir estudando. Desejo que o Doutorado seja minha próxima etapa.

Introdução

Havia portas ao redor do salão inteiro, mas estavam todas trancadas; depois de percorrer todo um lado e voltar pelo outro, experimentando cada porta, caminhou desolada até o meio, pensando como haveria de sair dali (CARROL, 2013, p.17).

As Origens

No presente estudo fazemos uma reflexão sobre o distanciamento entre a gestão operacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e o que propõe o arcabouço jurídico legal e normativo referente à saúde do trabalhador, consolidado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Discutimos os fatores que evidenciam a existência de um hiato que impede a efetivação da área da saúde do trabalhador (ST), no âmbito de uma gestão do sistema que tem sido incapaz de considerar e priorizar as questões da relação saúde-trabalho. Adotamos como premissa e, por isso, enfatizamos, o trabalho enquanto categoria central da saúde pública.

O percurso até a consolidação da área da saúde do trabalhador no SUS compõe-se de um processo de lutas em prol de melhorias das condições de trabalho e defesa de um direito à saúde, constituído como um direito humano universal de cidadania. Contudo, consideramos que a ST é desprezada e colocada na marginalidade das políticas de saúde, no contexto de prioridades definidas pela gestão do SUS para o estabelecimento de ações e serviços.

[...] a institucionalização da saúde do trabalhador no SUS [...] manteve-se fora do rol de prioridades das políticas públicas de saúde. Mantiveram-se a fragmentação da área e a desconsideração da categoria trabalho como determinante central de situações de saúde-doença, sem o devido componente articulador com a atenção básica, a epidemiologia, a vigilância e a assistência, a despeito do esforço daqueles comprometidos com a área (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p. 442).

Na pesquisa discutimos a área de saúde do trabalhador no Brasil, no âmbito da Saúde Pública, examinando alguns de seus fundamentos e, principalmente, suas normativas regentes, a partir da nova ordem constitucional.

Desde a Revolução Industrial tornou-se mais evidente a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, comprometendo a própria reprodução da força de trabalho. Em função disso, a medicina do trabalho surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, focada na atuação do médico, no espaço das fábricas, visando, principalmente, o controle e a recuperação da saúde do trabalhador, de modo a garantir o seu retorno, o mais imediatamente possível, à linha de produção (MENDES; DIAS,

1991). Embora tenha-se iniciado, a partir daí, a busca dos fatores causais das doenças e acidentes de trabalho, efetivamente estas continuaram a vigir até os dias de hoje, inclusive, paradoxalmente, sem parar de crescer, tanto nas suas formas antigas quanto nas suas modernas formas de agravos ante as também novas formas de (re)estruturação do trabalho.

Apesar da medicina do trabalho buscar soluções para os danos à saúde provocados pelos processos de trabalho, sua ação foi sendo evidenciada como tardia, pois na maioria das vezes as doenças provocadas pelo trabalho eram percebidas ou diagnosticadas quando encontravam-se em estágios avançados. Assim, ela foi incapaz de conter as mortes e os acidentes de trabalho, mantendo-se ao longo de décadas os perfis de morbidade e mortalidade vinculados ao trabalho.

Nesse contexto, especialmente a partir da II Guerra Mundial, consolidou-se a Saúde Ocupacional, com uma proposta multidisciplinar, organizada com equipes multiprofissionais, e direcionada para a intervenção sobre o ambiente de trabalho, com base na Higiene Industrial (MENDES; DIAS, 1991). Contudo, as medidas propostas, que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, restringiam-se a intervenções sobre riscos objetivos, muitas vezes naturalizando-os, e se mostrando insuficientes para dar conta da relação do trabalho em sua complexidade quanto ao adoecimento e mortes no trabalho. A incapacidade resolutive deste modelo deu margem ao surgimento de questionamentos por parte dos trabalhadores, com destaque para o movimento operário italiano, a partir da segunda metade do século XX, em que a participação dos trabalhadores nas questões relativas à saúde e a segurança no trabalho passou a se constituir num novo modelo, a que se chamou de Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No Brasil, a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, a influência desse modelo propiciou que as questões da saúde no trabalho fossem trazidas para o ideário da saúde pública, chegando a nós no formato político e normativo que hoje conhecemos.

De antemão, é importante ressaltar que a relação saúde-trabalho enfocada na dissertação é aquela que diz respeito às ações de saúde pública direcionadas para a população trabalhadora em geral e, não, à população trabalhadora específica do sistema de saúde, em si. Cabe esta ressalva, em virtude de que nossa análise sobre a gestão da saúde do trabalhador no SUS não irá tratar da gestão do trabalho e dos trabalhadores do próprio SUS. Esta diz respeito às relações de trabalho privativas da

gestão pública do Estado enquanto empregador e não como provedor de políticas públicas.

Enquanto política pública de saúde, inserida constitucionalmente como política de saúde pública no SUS, as ações e serviços de saúde do trabalhador abrangem o conjunto de relações saúde-trabalho em todas as modalidades de abordagem, sejam aquelas guarnecidas por qualquer contrato específico entre patrões e empregados (relações privativas), sejam aquelas desguarnecidas por ausência de vinculações contratuais. Daí, o foco da pesquisa recair sobre a saúde do trabalhador enquanto política pública totalizadora na tomada de posição frente aos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho de qualquer ordem.

Também é importante ressaltar que, no decorrer do trabalho, referimo-nos à gestão do SUS *lato sensu*, ou seja, à gestão de todas as ações e serviços no âmbito do SUS. Embora a gestão específica das ações e serviços de saúde do trabalhador seja abordada em nossa análise, por se tratar de uma atuação *stricto sensu*, não é o alvo objetivo da pesquisa.

É sob este panorama que desenvolvemos nossas reflexões no presente trabalho, considerando que, a despeito da inclusão da ST como campo da saúde pública e consignada constitucionalmente como ação do SUS, ainda não observamos, no cenário cotidiano das práticas de saúde, ações efetivas disseminadas e incorporadas aos serviços e à cultura institucional do sistema.

O Roteiro

Para melhor compreensão do caminho percorrido na pesquisa, no Capítulo 1 “O Direito que se tem e o Direito que se perde” enfatizamos os dados epidemiológicos disponíveis sobre acidentes e doenças do trabalho, no tópico “Perplexidade diante dos dados”. Em seguida, no tópico “A regra constitucional – omissão e ofensa” analisamos o significado da norma jurídica e o quanto a CF/88 é desrespeitada em suas normas inferiores. No último tópico “Saúde do Trabalhador – a regra e os fatos” apresentamos de forma sucinta o campo da ST, no âmbito do “espírito” da norma, que efetivamente faz o sistema de saúde operar numa determinada direção.

No Capítulo 2 “Gestão do SUS – necessidades presumidas e manifestas” apresentamos três tópicos. No primeiro “Planejamento e gestão em saúde” desenvolvemos uma breve discussão sobre o tema, situando especialmente o *modus operandi* do sistema. Em “Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena”

utilizamos e analisamos a categoria ‘necessidades em saúde’, de forma a subsidiar a temática que nomeia a própria dissertação. No terceiro tópico “Determinantes, condicionantes e desvios” sistematizamos o pensamento de modo a categorizar o comportamento da gestão sob as forças em jogo que o determinam, condicionam-no e o levam a desviar-se do que, consideramos, devesse ser a sua missão.

Finalizamos a pesquisa com o Capítulo 3 “Uma síntese reflexiva e propositiva - vislumbrando cenários de aproximação entre a saúde do trabalhador e a gestão do SUS”. Por se tratar de um tema pouco explorado, apontamos algumas questões a serem consideradas na gestão, tanto no momento de pactuação e confecção das normas, quanto nas atitudes esperadas de enfrentamento da relação saúde-trabalho. Basicamente é um capítulo demonstrativo de argumentos que, de algum modo, sensibilizem os que vêm pensando a gestão do SUS, segundo as necessidades epidemiológicas, sociais e de alinhamento com os princípios constitucionais.

A Síntese

A dissertação obedeceu a um eixo idealizado que pode ser sintetizado no passo a passo estabelecido para a sua confecção, apresentado a seguir.

O tema é a gestão do SUS e a saúde do trabalhador. Os conceitos implicados são debatidos na medida de sua compreensão para a apreensão do tema.

Seu objeto se situa na investigação sobre as causas do distanciamento da área de saúde do trabalhador como foco das ações de saúde em geral, ante as propostas normativas operacionais e de pactuação da gestão do SUS.

Tem como principal questão norteadora: a área de saúde do trabalhador é inserida como ação de saúde pública prioritária no arcabouço normativo operacional da gestão do SUS? Com base nesta questão, consideramos como hipótese da dissertação que os instrumentos normativos e de pactuação de gestão do SUS, em sua organização, gerenciamento e execução, não priorizam as questões relativas à área de ST.

Seu objetivo geral é identificar de que forma a área de saúde do trabalhador se insere como ação prioritária, ou não, na gestão do SUS, a partir da análise das diretrizes constitucionais, dos instrumentos normativos operacionais e de pactuação da gestão e do seu contexto sociopolítico.

Para atingi-lo, seus objetivos específicos são:

(1) contextualizar na perspectiva sociopolítica a área de saúde do trabalhador, considerando o seu arcabouço normativo;

(2) caracterizar conceitos e métodos de gestão no âmbito do SUS, na vertente relacionada ao objeto;

(3) revisar e analisar as normativas e instrumentos de pactuação da gestão do SUS, incluídas as resoluções e documentos de registro referentes à área de saúde do trabalhador pertinentes ao objeto;

(4) refletir sobre possíveis razões da não priorização da área de saúde do trabalhador como política pública, de modo a estabelecer estratégias de aproximação entre aquela e a gestão do SUS.

Para dar conta desses objetivos, a metodologia proposta se fundamenta em dois eixos:

(A) o estado da arte relacionado à área de saúde do trabalhador, nas vertentes explicitadas nos objetivos, e ao da gestão do SUS no seu enfoque normativo, constituindo-se na revisão bibliográfica das bases de dados correntes nacionais; e

(B) o estado das práticas relacionado aos componentes da política, dos planos e da execução das ações, tanto da área de saúde do trabalhador quanto dos instrumentos normativos e de pactuação da gestão do SUS, constituindo-se da análise documental da legislação do SUS (NOBs, NOAS, Pactos, Decretos etc.) e resoluções e documentos de registro, pertinentes aos objetivos, referentes à área de ST. Adiante são explicitados os parâmetros metodológicos utilizados para os achados.

A justificativa desta dissertação se fundamenta em aspectos de caráter conceitual da área de saúde do trabalhador, sua institucionalidade, a partir de sua inserção no espectro das ações do SUS, desde a Constituição Federal de 1988, a baixa capacidade operacional da área a partir das normativas de saúde em geral e o não reconhecimento do grave perfil epidemiológico da saúde do trabalhador na perspectiva da vigilância em saúde.

A metodologia

Apesar de recorrente, a literatura acadêmica sobre saúde do trabalhador quando trata da categoria de análise gestão, refere-se invariavelmente à gestão das suas próprias ações e serviços. No que tange à gestão do SUS na sua relação com a área de saúde do trabalhador inexistem textos que aprofundem a discussão sobre o que

prescreve a Carta Constitucional, as Leis Orgânicas da Saúde e as normas operativas. Por meio de pesquisa qualitativa, a dissertação buscou dar visibilidade a essa realidade da produção acadêmica, relacionando as ações e serviços de saúde do trabalhador ao que efetivamente estabelece a operacionalização da gestão do SUS, na estrutura do planejamento em saúde.

A pesquisa qualitativa responde a questões que não podem ser quantificadas, trabalhando com significados, motivos, aspirações, crenças, valores, como fenômenos humanos que fazem parte da realidade social, sendo ela a expressão do próprio dinamismo da vida individual (MINAYO, 2013). No presente trabalho buscamos compreender a relação das bases legais e normativas do SUS e as abordagens teórico-conceituais da área, a partir da emergência do paradigma da saúde do trabalhador como uma categoria central à vida. Sistematizando apreensões comuns dos pesquisadores, discutindo pressupostos da integração da saúde do trabalhador ao campo das práticas em saúde, pretendemos subsidiar a discussão dos rumos da produção do conhecimento na área, coerentes com o ideário político de técnicos e pesquisadores solidários às lutas dos trabalhadores pela saúde.

A metodologia qualitativa foi utilizada por meio de pesquisa documental e bibliográfica, de caráter exploratório, sobre as normas operacionais de gestão do SUS e as ações em saúde do trabalhador. Nas bases de dados indexadas, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes utilizamos como palavras-chave "gestão do SUS", "planejamento em saúde", "saúde do trabalhador" e "necessidades em saúde". A expressão "necessidades em saúde", bastante utilizada na literatura de planejamento, não foi encontrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Encontramos "necessidades e demandas por serviços de saúde" ou "determinação de necessidades de cuidados de saúde", ambos relacionados à assistência à saúde não tendo sido observada alguma proximidade com o ideário de necessidades em saúde que utilizamos nessa pesquisa. Buscamos, assim, dimensionar a produção científica nessas áreas e o estado das práticas a partir da análise da legislação e das normas operacionais que são os instrumentos normativos 'infralegais' que possibilitam a operacionalização dos preceitos da legislação que rege o SUS.

Os resultados demonstraram existir uma insuficiente produção científica quanto à relação entre as normas operacionais de gestão do SUS com as ações e serviços em saúde do trabalhador, evidenciando a necessidade de aprofundamento da temática. Assim, foi feito um exame detalhado das referidas normas operacionais de

1991 a 2006, do Pacto pela Saúde 2006 e do Decreto 7.508 de 2011, que são instrumentos que tentam organizar o sistema. Buscamos, ainda, correlacionar diretrizes estabelecidas e/ou pactuadas no nível federal sobre a saúde do trabalhador, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, com a normatização subsequente.

Os achados demonstram uma incipiente intenção de operacionalizar e intensificar diretrizes, objetivos e metas que as instituem com a centralidade que têm na vida, especialmente pela danosa realidade epidemiológica que a cerca. Utilizando o operador booleano AND foram combinados os descritores "saúde do trabalhador" AND "necessidades em saúde"; "saúde do trabalhador" AND "gestão do SUS"; "saúde do trabalhador" AND "planejamento em saúde"; "planejamento em saúde" AND "saúde do trabalhador" AND "necessidades em saúde"; e, finalmente, "gestão do SUS" AND "saúde do trabalhador" AND "necessidades em saúde". Dos 748 textos encontrados, apenas 06 (seis) se aproximavam do tema proposto. Contudo, nenhum deles dizia respeito ao objeto da pesquisa.

A maior parte dos achados referentes ao descritor "necessidades em saúde", associado aos outros descritores selecionados, traz abordagens específicas por categorias profissionais ou processos de adoecimento. Já o descritor "gestão em saúde", acrescido dos demais selecionados, trouxe como resultados em sua maioria estudos voltados para a gestão do trabalho, modelos de gestão, humanização do trabalho, gestão de redes de saúde ou gestão específica dos serviços de saúde do trabalhador.

O resultado da pesquisa deixa em aberto a ampliação dessa discussão acadêmica. No quadro 1 apresentamos uma síntese dos achados nas bases de dados pesquisadas.

Além da busca nas bases de dados indexadas e da pesquisa documental, muitos outros textos de referência, principalmente teses e livros não disponibilizados online, foram também utilizados. Nas referências bibliográficas estão devidamente assinalados.

No texto, a partir dos fatores que determinam a gestão do SUS, buscamos sistematizar e analisar o que rotulamos de necessidades presumidas e necessidades manifestas na área de saúde do trabalhador. No primeiro caso, tendo como pano de fundo a ideologia do SUS, presumimos que a gestão tem um compromisso com o que supostamente deveria ser realizado. No caso das necessidades manifestas, a gestão é

levada a ter um comportamento que nem sempre condiz com a ideologia que originou a concepção e a criação do sistema de saúde brasileiro. Na metodologia utilizada, baseada fundamentalmente na análise documental e na revisão bibliográfica, os resultados dizem respeito à sistematização das necessidades (presumidas e manifestas), observando as características problematizadoras, antidogmáticas e originais que distinguem o trabalho ensaístico (MEDEIROS, 2000). A presente dissertação identifica-se, sobretudo, com a proposta de se constituir num ensaio que possa problematizar a gestão do SUS, contrapor-se aos dogmas que excluem a saúde do trabalhador do rol de prioridades e contribuir originalmente para esse debate.

Quadro 1

Caracterização da busca nas bases de dados Lilacs, Scielo e Periódicos Capes da produção científica relacionada ao tema “a gestão do SUS e a saúde do trabalhador” – todos os anos (busca realizada em outubro de 2015)

Descritores	No. Textos encontrados / relacionados	Tipo de publicação	Título	Autor
"saúde do trabalhador" AND "necessidades em saúde"	224 / 01	Artigo “São Paulo em Perspectiva”	Saúde do Trabalhador no Âmbito Municipal	Silva, ZP; 2003*
"saúde do trabalhador" AND "gestão em saúde"	187 / 04	Artigo “Ciência & Saúde Coletiva”	Saúde do trabalhador: novas-velhas questões:	Minayo-Gomez, C e Lacaz, FAC; 2005*
		Tese Doutorado ENSP/FIOCRUZ	Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: Apontamentos para uma Política de Estado	Vasconcellos, LCF; 2007*
		Artigo “Ciência & Saúde Coletiva”	O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST	Dias, EC e Hoefel, MG; 2005*
		Capítulo do livro: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea	Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios	Santos, APL e Lacaz, FAC, 2011*
"saúde do trabalhador" AND "planejamento em saúde"	320 / 01	Dissertação Mestrado UNICAMP	Saúde do Trabalhador no Brasil; análise do modelo proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)	Spedo, SM; 1998*
"saúde do trabalhador" AND "planejamento em saúde" AND "necessidades em saúde"	17 / 00	-	-	-
"saúde do trabalhador" AND "gestão em saúde" AND "necessidades em saúde"	00 / 00	-	-	-

* ver referências bibliográficas

Capítulo 1 – O Direito que se tem e o Direito que se perde

...cada governo faz as leis para seu próprio proveitoestabelecidas estas leis, declaram justo, para os governados, o seu próprio interesse, e castigam quem o transgride como violador da lei, culpando-o de injustiça.... em todas as cidades o justo é a mesma coisa, isto é, o que é vantajoso para o governo constituído; ora, este é o mais forte, de onde se segue, que em todos os lugares o justo é a mesma coisa: o interesse do mais forte (Trasímaco argumentando com Sócrates in Platão: A República, 1965, p. 84, adaptado).

A constituição do SUS e sua implementação reflete o embate político-ideológico que se travou e se trava na instituição de sistemas de proteção social, no Brasil, na linha do modelo institucional-redistributivo (DRAIBE, 1993). De certo modo, a consignação do SUS na Constituição Federal de 1988 expressou uma vitória, ainda que efêmera, das correntes políticas que defenderam, e ainda defendem, a implantação desse modelo nos sistemas de proteção social no Brasil, “*caracterizado pela política substancialmente universalista e igualitária, mais ou menos temperada pela política seletiva*” (DRAIBE, 1993, p. 16).

É voz corrente que o SUS é a política social mais inclusiva do país. Não é por outra razão essa percepção de vários segmentos que analisam as políticas sociais. Para caracterizar o SUS nessa perspectiva, sua base doutrinária se pauta na universalidade, integralidade e igualdade/equidade e sua organização, por meio de normas infra-constitucionais, deve atender a princípios de planejamento e gestão coerentes com a doutrina.

Um dos aspectos organizativos paradigmáticos do SUS, mais próximo das tendências internacionais de proteção social, é a descentralização político-administrativa, viabilizando uma eventual democratização da vida política e aproximando “*decisões, demandas e demandantes*”, nos chamados municipalismos ou localismos (DRAIBE, 1993, p. 33). Este fato é um forte sinal de que o SUS coloca no planejamento e na gestão do sistema a essência do que pode (e deve) ser desenvolvido, em termos de ações e serviços para guardar coerência com os princípios que nortearam a sua concepção enquanto um sistema de proteção social.

Neste texto tratamos de observar o quanto a saúde dos trabalhadores ainda carece de inclusão na lógica inclusiva do SUS. No 1º tópico ‘Perplexidade diante dos dados’ fazemos uma breve análise sobre os dados disponíveis sobre a morbimortalidade no trabalho, caracterizando-os como uma necessidade presumida de

base epidemiológica. No 2º tópico ‘A regra constitucional – omissão e ofensa’ consideramos a carta constitucional como balizamento primordial para a tomada de posição da gestão do SUS e no 3º tópico ‘Saúde do Trabalhador – a regra e os fatos’ um breve percurso da institucionalização da área e como a vemos como uma necessidade que se presume como eixo de interesse primordial da gestão do SUS.

1.1 – Perplexidade diante dos dados

[...] pois os tempos que vivemos são de perplexidade no campo das demarcações disciplinares e das correspondentes estruturas normativo-paradigmáticas que referenciam nossas proposições de conhecimento (SEVALHO; CASTIEL, 1998, p. 48).

É comum se ouvir dizer que tem leis que “pegam” e leis que não “pegam”. Em matéria de atenção à saúde do trabalhador, podemos dizer que a lei não pegou. Embora a Constituição Federal de 1988 seja clara, direta e objetiva no que tange às atribuições do Sistema Único de Saúde quanto à ST, no decorrer de sua implementação, a disposição normativa e operacional evidenciou uma indolência com a saúde dos trabalhadores, a ponto de causar perplexidade se olharmos para os dados epidemiológicos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Mesmo tendo a ST sido normatizada em alguns aspectos, ao longo dos últimos 25 anos pós-SUS, a forma como o foi, e tem sido, mostra uma intenção operativa irrelevante no sentido de mudar o cenário epidemiológico brasileiro.

A situação dos agravos relacionados ao trabalho é um dos pontos de partida para o estranhamento frente à irrelevância da área de ST, enquanto parte substantiva, como deveria ser, das políticas públicas de saúde no Brasil. Observamos adiante um breve panorama dos dados epidemiológicos disponíveis.

As estatísticas oficiais de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, no Brasil, são estabelecidas desde o final da década de 1960 pela Previdência Social, por intermédio do sistema CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho. É um sistema de coleta de informações para efeito de processamento de benefícios. Sua vocação epidemiológica, capaz de desencadear ações de vigilância da saúde, é nula. Apenas tangencialmente ele é capaz de taxar empresas por majoração de ônus sobre o seguro acidente de trabalho, no caso de aumento na incidência de agravos evidenciados por acompanhamento de séries históricas dos setores produtivos. Este sistema que existe há quase 50 anos não dialoga com os sistemas de informação em saúde. Mesmo

porque, só recentemente, o SUS principiou a inclusão em seu rol de agravos de notificação compulsória alguns relacionados ao trabalho (BRASIL, 2004; 2011; 2014). E, mesmo assim, o nível de notificação é baixíssimo, comparado ao sistema CAT, ainda que ao contrário deste, todos os trabalhadores brasileiros sejam alvo de notificação perante o SUS.

Como se sabe, o sistema previdenciário é exclusivo para trabalhadores regidos pelo contrato CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), inclusive com algumas exceções, como é o caso dos empregados domésticos que (ainda) não participam das estatísticas. Mesmo assim, o número de acidentes de trabalho (inclusive doenças), com milhões de trabalhadores fora desse *ranking* (servidores públicos dos 4 entes federativos, militares de toda ordem, autônomos, cooperativados, prestadores de serviço, entre inúmeros outros), alcançou a casa dos 40 (quarenta) milhões, desde que se iniciou seu registro.

Em 2013, o INSS registrou 717.911 acidentes do trabalho (BRASIL, 2013). Comparando-se com 2012, o número aumentou em 0,55%. O total de acidentes registrados com CAT aumentou em 2,3% de 2012 para 2013. Dos acidentes registrados com a CAT, os chamados acidentes típicos (aqueles ligados diretamente à atividade do trabalho) responderam por 77,32%; os acidentes de trajeto representaram 19,96%; e as doenças do trabalho contribuíram com 2,72%. Os homens participaram com 73,01% e as mulheres com 26,99% nos acidentes típicos; no caso dos acidentes de trajeto, respectivamente 62,21% e 37,79%; e nas doenças do trabalho 58,38% e 41,62%. A faixa etária de maior incidência foi constituída por jovens de 20 a 29 anos no caso dos acidentes típicos e de trajeto. Nesta faixa etária, os homens participaram com 34,11% e as mulheres com 37,50% do total de acidentes registrados em seu agrupamento por sexo. As doenças relacionadas ao trabalho incidiram majoritariamente na faixa de 30 a 39 anos, representando 33,52% do total de acidentes registrados em todas as faixas etárias (BRASIL, 2013).

Em relação aos óbitos, os números são aterradores. O Anuário Estatístico da Previdência Social de 2011 registra 82.171 óbitos por acidentes de trabalho, entre 1988 e 2011 (BRASIL, 2011b, p.132). Sabemos que esta estatística é subestimada, especialmente porque grande parte dos acidentes de trânsito é relacionada ao trabalho e não é computada como tal. Os acidentes com mototaxistas são reflexo desta realidade. *“Diversos estudos, no Brasil, apresentam o comportamento e as características dos acidentes com motocicletas no trânsito, porém, poucos conseguem*

apresentar uma relação explícita entre esse tipo de acidente com o acidente de trabalho” (DUARTE, 2011, p. 28).

Além disso, o mesmo anuário registra 363.107 incapacidades permanentes para o trabalho, no período. Igualmente subestimados, os números refletem essa realidade assustadora em que centenas de milhares de trabalhadores foram retirados compulsoriamente do mercado de trabalho, em virtude da forma como se organizam os processos produtivos no Brasil.

O que faz com que um gravíssimo problema de saúde pública seja tratado normativamente, ora de forma inexpressiva e mesmo ausente, ora de maneira insuficiente para engendrar análises e intervenções capazes de interromper este panorama inconcebível? E sempre com um alinhamento periférico e marginal a outros problemas de saúde pública que, embora sejam igualmente relevantes, não ostentam a magnitude dramática desses indicadores.

1.2 – A regra constitucional – omissão e ofensa

A Constituição é uma norma suposta e não posta, decorre daí a sua supremacia, amparada na necessidade de uma ordem normativa inquebrantável, vez que não editada por nenhum ato anterior, figurando no plano lógico-jurídico, sob influências sociais, políticas e econômicas (SILVA, 2010, p.1).

Antes de analisarmos as possíveis razões para o distrato com a questão, é preciso refletir sobre o significado do instrumento normativo, enquanto peça operativa da execução de regras no Estado de direito. Situar a norma infra-constitucional na sua vocação de fazer valer a regra constitucional é o que se espera nos atos operativos do sistema de saúde.

O novo direito constitucional brasileiro, cujo desenvolvimento coincide com o processo de redemocratização e reconstitucionalização do país, foi fruto de duas mudanças de paradigma: a) a busca da efetividade das normas constitucionais, fundada na premissa da força normativa da Constituição; b) o desenvolvimento de uma dogmática da interpretação constitucional, baseada em novos métodos hermenêuticos e na sistematização de princípios específicos de interpretação constitucional. A ascensão política e científica do direito constitucional brasileiro conduziram-no ao centro do sistema jurídico, onde desempenha uma função de filtragem constitucional de todo o direito infraconstitucional, significando a interpretação e leitura de seus institutos à luz da Constituição (BARROSO, 2001, p. 47).

É curioso que, a despeito da volúpia normativa que existe no Brasil e, muito fortemente, no SUS, é patente a baixa frequência da ST nas normas existentes e uma escassez de normas específicas que tratam das relações saúde-trabalho.

A propósito do excesso de normatização no Brasil, o fenômeno da hiperlegislação é documentado por números extravagantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, entre 05/10/1988 (data da promulgação da Constituição Federal), até 31/08/2013, foram editadas 4.785.194 (quatro milhões, setecentos e oitenta e cinco mil, cento e noventa e quatro) normas que regulam as relações sociais no país, os direitos e deveres dos cidadãos. A média totaliza 784 normas editadas por dia útil. No nível federal foram editadas 158.663 normas, no estadual foram 1.219.569 normas e no âmbito municipal foram 3.406.962 (AMARAL *et al.*, 2013).

A área da saúde comparece com força de liderança: *“Saúde, Educação, Segurança, Trabalho, Salário e Tributação são temas que aparecem em 45% de toda a legislação”* (AMARAL *et al.*, 2013, p. 2).

E, mesmo tendo o tema saúde, assim como o tema trabalho, participando majoritariamente no conjunto de toda a legislação, quando se trata de normatizar sobre a ST revela-se sua escassez.

De qualquer modo, esse fenômeno inflacionário de normas indica-nos cautela em qualquer intenção propositiva de fazer alguma coisa pela área de ST. Não se trata, portanto, de concorrer com a reivindicação de novas normas que venham a tratar da ST, embora elas até possam ser necessárias em determinadas circunstâncias, mas impõe-se analisar o porquê de que nas normas já editadas a expressão da área de ST é incapaz de impulsionar a tomada de decisão para ações concretas capazes de reverterem os alarmantes números.

Em relação àquela fúria legiferante, Souza adverte *“...a ausência de parâmetros e paradigmas mais precisos abre a possibilidade para que as leis se validem tão-somente pela adequação formal em relação ao ordenamento jurídico. Assim, no que pertine ao conteúdo material, este somente é legitimado se a lei for formalmente adequada.”* (SOUZA, 2012, p. 5)

Uma das inquietudes que norteiam este trabalho é justo esta: será que a questão da ST é adequada ao sistema de saúde, a ponto de ser legitimada em seu conteúdo material? Dobrowolski (1999) indaga se a norma legal no Estado contemporâneo é *“...um plano de ação destinado a modificar a ordem social existente ou serve apenas*

para resolver um problema concreto” (p.253). Mirando a CF/88, com base nesta reflexão, é necessário recorrer à intenção normativa constitucional.

A inscrição da ST no espírito constituinte pretendia modificar a ordem social que regulara até então as questões relacionadas ao mundo do trabalho na sua estreita ligação com a saúde. Parece-nos que esta foi a resposta constitucional, em tempos de reforma radical do sistema de saúde, ao fato de que o aparelho de Estado da saúde pública esteve alheio durante décadas aos problemas da relação saúde-trabalho. Vinculada às normas de caráter contratualista e não universalista das áreas estatais do trabalho e da previdência social, a saúde do trabalhador pré-constitucional não era um problema de saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Quanto ao *problema concreto*, referido por Dobrowolski, entendemos que os dados epidemiológicos, antes demonstrados, que, já à época do processo constituinte ostentavam essa magnitude, impulsionaram o espírito reformista de então, corroborando o interesse do legislador em transformar a questão da saúde dos trabalhadores num problema concreto de saúde pública e colocá-lo no âmbito do direito de todos e dever do Estado.

Se a Reforma Sanitária trouxe em seu ideário o espírito de subordinação aos princípios de justiça e inclusão social (FLEURY, 2009), é no estatuto da norma constitucional que essa capacidade poderá ser desenvolvida, a partir de suas normas operativas no mundo dos fatos.

É bem verdade que uma norma que antecede as normas subsequentes que lhes dão corporeidade no mundo real, muitas vezes, na conjuntura político-econômica perde sua força original. Parece ser esse o caso da ST. Assim, a intenção de fazer justiça perde seu elo de ligação com a regra do direito. Cabe perguntar: que Direito que se tem e que Direito se perdeu, se está perdendo e ainda se perderá?

Deve existir uma razão final, uma norma fundamental, que é a fonte da validade de todas as normas que pertencem a certa ordem jurídica. Embora a existência de toda norma seja condicionada por certo fato, não é um fato, mas uma norma, o motivo pelo qual todas as normas do sistema existem - isto é, são válidas. Isso demonstra claramente que uma norma não é idêntica a seu fato condicionador (KELSEN, 2001, p. 213).

Essa contradição entre o que diz a norma geradora, maior, e o que ocorre na vida real, não é novidade em matéria das relações saúde-trabalho. Marx, no Livro 1, tomo 2, de O Capital ao falar d“*o estado de saúde dos trabalhadores*” recorre ao relato do Dr. Simon, funcionário do *Privy Council* e editor dos *Public Health Reports*:

Em meu quarto relatório [1861] mostrei como é praticamente impossível para os trabalhadores sustentar o que seria seu primeiro direito em matéria de saúde, o direito de que, qualquer que seja a atividade para a qual seu empregador os reúna, o trabalho deva estar livre de todas as circunstâncias nocivas à saúde que possam ser evitadas, na medida em que isso dependa dele. Demonstrei que, enquanto os trabalhadores forem praticamente incapazes de alcançar por si mesmos essa justiça sanitária, não poderão conseguir nenhuma ajuda eficaz dos administradores nomeados da polícia sanitária. (...) A vida de miríades de trabalhadores e trabalhadoras é, agora, inutilmente torturada e encurtada pelo sofrimento físico sem fim, causado apenas por sua ocupação (*Public Health, VI Rep.* Londres, 1864. pp. 29-31) (MARX, 1988, p. 95).

O texto de um século e meio atrás mantém sua atualidade quando assinala a incapacidade dos trabalhadores alcançarem uma justiça sanitária, por si mesmos, aliada à omissão dos órgãos oficiais responsáveis pela polícia sanitária. Dois aspectos ressaltam aqui:

1º - embora o controle social do SUS devesse garantir aos trabalhadores um protagonismo na confecção das normativas que lhes fizessem alcançar uma justiça sanitária, isto não ocorre;

2º - continuamos sob uma ordem omissa dos órgãos oficiais de vigilância da saúde (responsáveis pela polícia sanitária).

Ainda nesse ‘salto epistemológico’ de 150 anos, chegamos a 1999, onze anos depois de promulgada a Constituição Federal de 1988. Neste ano, a Organização Panamericana de Saúde deu início a um projeto de avaliação da gestão em saúde pública, denominado de *Funções Essenciais da Saúde Pública - Fesp*. Seu objetivo foi o de fortalecer as autoridades sanitárias nas Américas.

O uso das FESP oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais. Uma saúde pública entendida como responsabilidade do Estado e da sociedade civil interessada numa saúde individual e coletiva que garanta o acesso equitativo a serviços públicos e privados com qualidade e com uso racional dos recursos humanos e tecnológicos. Um exercício renovado da saúde pública que utilize o monitoramento, a análise e avaliação da situação da saúde das populações como instrumento de políticas de saúde para a organização de serviços individuais e para a vigilância, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública. Uma saúde pública responsável, que interaja com os cidadãos e com a sociedade, para garantir transparência no uso dos recursos sociais mediante mecanismos de arrecadação de contas e participação cidadã (FINKELMAN, 2002, p. 299).

Foram consideradas 11 Fesp: (1) Monitoramento e análise da situação da saúde; (2) Vigilância e investigação de riscos em saúde pública; (3) Promoção da saúde; (4) Participação social dos cidadãos; (5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde; (6) Fortalecimento da

capacidade institucional de regulação e fiscalização; (7) Avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde; (8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação; (9) Garantia de qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva; (10) Investigação em saúde pública; (11) Redução do impacto de emergências e desastres.

No Brasil, esse instrumento de avaliação foi aplicado a 65 gestores de saúde nas 3 esferas de governo. Considerando os diversos tipos de instâncias, os gestores elegeram 4 (quatro) Fesp mais relevantes para o desenvolvimento institucional sob sua responsabilidade: nº 6 (fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização); nº 1 (monitoramento e análise da situação da saúde); nº 7 (avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde); e nº 10 (investigação em saúde pública) (FINKELMAN, 2002).

Embora a abordagem das relações saúde-trabalho exija uma capacidade de desenvolvimento institucional baseado nas 11 Fesp para o seu enfrentamento, o arcabouço normativo da ST, cuja construção obedeceu às suas peculiaridades teórico-conceituais, identifica-se de forma preponderante com as Fesp 2 e 4 (vigilância e investigação de riscos em saúde pública; e participação social dos cidadãos) que foram citadas de modo totalmente inexpressivo pelos gestores brasileiros.

Em 2007, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) publicou um relatório sobre as Fesp adaptadas ao Brasil e não houve mudança naquela ênfase assinalada pela gestão à época (CONASS, 2007).

Além de apontar a não priorização do enfrentamento das questões que envolvem as relações saúde-trabalho, calcadas nas normativas operacionais e nas pactuações da gestão do SUS, é também necessário compreender o ‘espírito’ da gestão quando estabelece o planejamento das ações que envolvem o tema.

Nas tentativas correntes de um planejamento social na forma jurídica admite-se implicitamente um entendimento historicamente novo do direito, do tempo e do planejamento, que devemos tomar consciente para que ele possa ser referido enquanto base do planejamento (LUHMANN, 1985, p. 166).

Ou, em outras palavras, que conveniências ou inconveniências movem o espírito público do gestor a fazer escolhas do que deve ou não ser pactuado e planejado e em que medida, muitas vezes ofendendo o preceito constitucional explícito.

Em sua função, ao gestor público cabe observar aquilo que deve ser cumprido e, obviamente, cumprir. “A administração pública reveste-se do princípio da

indisponibilidade do interesse público, segundo o qual, o administrador, em todas suas condutas, deve levar em conta aquilo que atende ao interesse da coletividade.” (SCHMITZ, 2013, p. 2).

No caso do SUS, o *interesse da coletividade* é estabelecido por inúmeros parâmetros, dos quais se destaca o perfil epidemiológico dos agravos, e tanto as normas operacionais quanto os planos de ação pactuam-se entre os próprios gestores nos mecanismos estabelecidos na lei, por meio das comissões intergestoras (BRASIL, 2011c). Entretanto, muitas vezes predominam outros interesses, por parte dos gestores, que não os da coletividade, especialmente em determinados temas, caso da ST. Ao ser retirado da esfera de preocupação dos gestores, os problemas decorrentes da relação saúde-trabalho são também retirados da agenda de prioridades do sistema de saúde.

Se é taxativa a determinação constitucional para realizar ações e serviços de ST, seria de se esperar um outro nível de preocupação da gestão com o tema. Nesse caso, alinhamo-nos com Schmitz: “...quando o administrador público deixa de atender alguma política pública prevista constitucionalmente, ele estará ferindo o ordenamento jurídico, além de tentar esvaziar aquilo que o constituinte julgou como *imprescindível*” (SCHMITZ, 2013, p. 23).

Spagolla e Morete seguem a mesma linha ao propor a constitucionalização do Direito Administrativo e argumentam:

Ora, a fim de orientar todo o ordenamento jurídico do Estado, tanto para sua integração quanto para a elaboração de novas normas, o constituinte – traduzindo os anseios da sociedade na oportunidade da criação da Constituição Federal – estabeleceu princípios norteadores da ação de seus agentes. Arrolou, especificamente, princípios referentes à Administração Pública... (SPAGOLLA; MORETE, 2011, p. 20).

A propósito dessa questão, recente decisão (2011) do Ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal, é elucidativa:

O Poder Público - quando se abstém de cumprir, total ou parcialmente, o dever de implementar políticas públicas definidas no próprio texto constitucional - transgredir, com esse comportamento negativo, a própria integridade da Lei Fundamental, estimulando, no âmbito do Estado, o preocupante fenômeno da erosão da consciência constitucional. [...] É que nada se revela mais nocivo, perigoso e ilegítimo do que elaborar uma Constituição, sem a vontade de fazê-la cumprir integralmente, ou, então, de apenas executá-la com o propósito subalterno de torná-la aplicável somente nos pontos que se mostrarem ajustados à conveniência e aos desígnios dos governantes, em detrimento dos interesses maiores dos cidadãos (BRASIL, 2011d, online).

1.3 – Saúde do Trabalhador – a regra e os fatos

Nas favelas, no Senado
Sujeira pra todo lado
Ninguém respeita a Constituição
Mas todos acreditam no futuro da
nação
Que país é esse?
Que país é esse?
Que país é esse? (Renato Russo)

Em 1992, aos dois anos de vigência da Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº 8.080, de 19/09/1990 – (BRASIL, 1990), já se destacava o caráter marginal e periférico que a área assumia em matéria de interesse da saúde pública.

É pertinente ressaltar o caráter de marginalidade da área de Saúde do Trabalhador, pois mesmo as instituições responsáveis pelas ações apresentam um interesse secundário pela questão. O processo de absorção das ações da Saúde do Trabalhador, por parte do SUS, vem apresentando diversos problemas e, até o momento, não podemos afirmar que as mesmas estejam sendo executadas eficazmente. De um lado, a marginalidade de que se reveste a questão da Saúde do Trabalhador no contexto do setor saúde. De outro, a fragmentação de atribuições e responsabilidades na área (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992, p. 153).

No caso da sua institucionalidade, as políticas de saúde do trabalhador que vêm sendo implementadas exibem problemas de viabilidade executiva, em virtude de sua baixa capacidade de se institucionalizar nos serviços de saúde pública em geral.

Desde o início de sua implantação como campo de ações do SUS, legitimadas pela Lei 8.080/90, a área se institucionalizou de forma voluntarista e errática, por intermédio dos chamados Programas de Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994). Mesmo com a criação da Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), em 2002, instituída pela Portaria Nº 1.679, de 19 de setembro, cujo objetivo era integrar, fortalecer, organizar e sistematizar as ações de saúde do trabalhador no SUS, não podemos dizer que a área esteja instituída de modo eficaz e eficiente (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Com a proposta de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção à ST no âmbito do SUS, com foco nas relações trabalho-saúde-doença, a rede nacional tem nos Cerest (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) o lócus privilegiado de suporte técnico para essas ações. Suas demais funções como organizar e sistematizar informações e desenvolver um papel facilitador da capacitação para o controle social, técnicos e profissionais do SUS, também apresentam dificuldades para sua efetivação. Dias e Hoefel, já em 2005, enumeravam algumas dificuldades que seguem como desafios a serem superados:

...b) frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) o controle social ... fragilizado ...; g) desvio dos recursos destinados à implantação da RENAST para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) ... precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 825-826).

Ao se observar, mesmo que de forma sucinta, a irrelevância da área de saúde do trabalhador nos instrumentos normativos, fica evidente que estes lhe fazem raras menções e quando o fazem é na linha de notificação de agravos, sem estabelecer metas de ações que interrompam os fatores determinantes destes mesmos agravos. Um exemplo marcante é o que está estabelecido no documento pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite na Resolução MS/GM Nº 5, de 19/06/2013 (BRASIL, 2013b), que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP):

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde Indicador 40 - Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES* 2013-2015

Indicador Universal	Meta 2013-2015
Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados

* Descrição do indicador: Identifica, entre os municípios brasileiros, a existência de notificação de pelo menos 1 dos 11 agravos relacionados ao trabalho constantes da Portaria nº 104/2011. Por ser qualificado como universal, conforme a Resolução supracitada, deverá ser pactuado obrigatoriamente em todo o território nacional.

Ora, ao quadro epidemiológico de proporções dramáticas, anteriormente apresentado, sobrepõe-se uma pactuação das 3 esferas de governo no sentido de notificar (apenas) 1 entre 11 agravos, como meta de saúde do trabalhador no Brasil, e sem apontar metas para a redução dos agravos notificados.

Desvendar que pontos se ajustam à *conveniência e aos desígnios dos governantes* em matéria de NÃO enfrentar a saúde do trabalhador com a força que o problema exige é um desafio esperando a sua hora de ser enfrentado.

Por certo, são muitas as razões que levam os gestores do SUS a se omitir e mesmo ofender a CF/88 neste tópico. O fato de haver uma multiplicidade de órgãos estatais responsáveis pela ST, sem uma sintonia fina entre eles, é uma delas. O enfrentamento, especialmente no nível local, com os setores econômico-produtivos, criando ‘desconfortos’ entre a gestão pública e os financiadores das campanhas eleitorais é outra delas. O poder político expresso nos parlamentos das esferas federal, estadual e municipal, cujo interesse mal tangencia a defesa das relações saúde-trabalho é outra razão.

García-Villegas (2013), reportando-se especialmente à América Latina, observa que em países onde os direitos sociais são ainda precários, as constituições são aspiracionais (*constitucionalismo aspiracional*, no original), ou seja, aspiram a transformações sociais em contextos conservadores e bloqueadores das mudanças. Enunciando o paradoxo, o autor se indaga se essas constituições são textos jurídicos ou simplesmente enunciados políticos. Assim se manifesta: “*Las constituciones aspiracionales se caracterizan por mantener una profunda distancia respecto de las realidades sociales y políticas que quieren transformar. Esta ruptura está inscrita en su naturaleza futurista y progresista. La constitución no expresa el país que existe sino el que queremos*” (GARCÍA-VILLEGAS, 2013, p. 96).

Esta aguda observação aplica-se com propriedade à área de saúde do trabalhador no Brasil. Enfim, repensar esta questão, melhor analisá-la e estabelecer agendas propositivas de enfrentamento é um enorme desafio do SUS. Nas palavras do próprio García-Villegas ... “*...al ver que la constitución no cumple con las promesas de cambio social, de justicia e igualdad que prometió, no sólo le quita su apoyo, sino que termina por convencerse de que ella es el fruto de una estrategia de engaño por parte de las élites dominantes. A su juicio, las constituciones aspiracionales, con su lenguaje generoso e incluyente, sirven más al poder para legitimar el statu quo que a los ciudadanos para proteger sus derechos*” (GARCÍA-VILLEGAS, 2013, p. 86).

Capítulo 2 - Gestão do SUS – necessidades presumidas e manifestas

[...] Para cada justiça efetuada um ato injusto lhe antecede e outro injusto lhe sucede.[...] Não seria necessário fazer justiça se justiça dada fosse (Fadel, 2013, p. 43).

O presente capítulo possui três tópicos. No 1º ‘Planejamento e gestão em saúde’ expressamos, de forma breve, os pontos de partida para o planejamento em saúde, especialmente no caso do SUS, e as formas de levá-lo adiante. O 2º tópico ‘Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena’, que dá identidade à dissertação, discute com um pouco mais de minúcias o nosso entendimento do que sejam essas necessidades e os dilemas em jogo frente a elas. No 3º tópico ‘Determinantes, condicionantes e desvios’ propusemos uma espécie de classificação para elucidar pontos e exemplificar, especialmente com o caso da ST.

2.1 – Planejamento e gestão em saúde

O planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar (para onde queremos conduzir o sistema)... (TANCREDI *et al.*, 1998, p. 1).

Como estratégia para implantação do arcabouço legal e normativo dentro do processo dinâmico de implementação do SUS foi necessário elaborar planos alinhados à nova política nacional de saúde, coerentes com os grandes objetivos nacionais e que permitissem aos gestores locais maior autonomia e responsabilidade com a gestão do sistema de saúde (SOUZA, 2003).

Os planos deveriam contemplar produtos de um grande processo de análise situacional e de acordos, sendo eles os documentos que registram os enunciados finais dos acordos, respeitando a política e a base legal e normativa, indicando objetivos e metas a serem alcançadas por período e permitindo aos executores a decisão pela melhor forma de alcançar estes objetivos (TROSA, 2001). Contudo, a rigidez dos planos no que tange ao tempo para o qual foram elaborados deveria ser considerada. Tancredi *et al.* (1998) dizem que eles deveriam ser vistos como uma peça de vida efêmera e que o processo de planejamento, em si mesmo, deveria ser permanente.

Pensar o plano como efêmero significa introjetar nele o processo permanente de planejamento, com sua dinâmica cúmplice da realidade dos fatos que ocorrem inelutavelmente no cotidiano. Significa, do mesmo modo, permear o plano, especialmente aquele cristalizado pela formalidade da administração pública, com uma

capacidade de se adequar às necessidades manifestas (as que exercem pressão por demandas imediatas) sem deixar de se ancorar nas necessidades presumidas (as que se presumem por força de lei e realidades epidemiológica e social).

Rivera *et al.* (1989) observam que o foco de um plano é governar um processo, porém este somente é governado por meio da ação. A organização para a ação (planificação) é descrita em quatro instâncias formalizadas:

a) a planificação na conjuntura, como a tentativa de sistematizar no dia-a-dia o cálculo que precede e preside a ação, que, para ser racional, requer planos de longo prazo; b) a planificação anual operativa, ou plano de ação anual, que propõe uma referência direcional ou um farol direcional para a planificação na conjuntura, mas que, por sua vez, requer referências direcionais mais distantes no tempo para fundamentar sua proposta anual; c) a planificação para o período de governo, ou de médio prazo, que marca as trajetórias e objetivos que servirão de guia para a planificação anual e conjuntural; d) a planificação a longo e muito longo prazo, cuja função é antecipar o futuro que queremos criar e onde modelamos nossos sonhos realizáveis (RIVERA *et al.*, 1989, p. 121).

Os mesmos autores acrescentam que um plano de curto prazo viabiliza a medida da ação a ser tomada a partir do plano de longo prazo. Ou seja, o plano de longo prazo é o que dá as diretrizes para o plano de curto prazo, desenhando assim uma ação dinâmica entre os planos de diversas instâncias temporais, em relação à execução de seus objetivos e metas. “*Esta planificação em horizontes muito longos serve de farol direcional para a planificação de médio prazo*” (RIVERA *et al.*, 1989, p. 121). Porém, os autores ressaltam inúmeras variáveis para a sua execução dentro dos prazos estabelecidos, como forças políticas opostas, poder de execução, diferenças entre atores sociais que com distintas formas de pensar também planejam, surgimento de problemas e oportunidades, entre tantas outras variáveis.

Segundo Teixeira (2010, p. 17), planejamento é um termo bastante utilizado pela política e pela administração que “*consiste em definir proposições e construir sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas*”. É uma ferramenta da ação gestora para elaboração do processo de mudança no sistema de saúde e, na prática, incorpora os princípios dos diferentes métodos para possibilitar a interação com a realidade na busca de programar ações e estratégias necessárias para tornar possível o alcance de objetivos e metas desejados.

Destacamos ainda como uma grande riqueza o seu processo de análise, discussão e diagnóstico realizada com os mais diversos atores que compõem o cenário do sistema/instituições de saúde. Mendes (2002) destaca que o planejamento se

constitui num suporte básico para o desempenho da função de direcionamento político do sistema de saúde. Para tal, os planejadores devem compreender a realidade e o campo das práticas, ter envolvimento com a ação, com os atores sociais envolvidos e/ou interessados, ter uma clara visão do que se pretende no futuro e quais são os objetivos a serem perseguidos.

Já podemos observar que na área de saúde do trabalhador o planejamento em saúde não tem observado a realidade, nem aquilo que se expressa nas necessidades presumidas e, tampouco, considerado o envolvimento dos atores sociais. Ora, se o país, na sua projeção de futuro, tem como prioridade o crescimento econômico, sem considerar a categoria trabalho como motor do mesmo, é compreensível a marginalização do campo da saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública. É ‘coerente’ com a ideia de que *“Universalidade e equidade são metas aparentemente longínquas no sistema de saúde e demais sistemas públicos de atenção às necessidades sociais da população trabalhadora em países como o Brasil.”* (STOTZ, 1991, p. 451).

Se as políticas públicas em saúde refletem a correlação de forças políticas presentes nas arenas de governança, nem sempre a intenção do Estado desenhada na carta constitucional é capaz de imprimir força suficiente para induzir aos planos necessários para lhe concretizar.

Existe uma vasta terminologia na literatura a respeito de planejamento em saúde, cujo desenvolvimento depende de um conjunto complexo de informações que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde de uma população em um dado território. Estas informações deveriam demonstrar inúmeros aspectos ou características das condições de vida, sejam sociais, demográficas, econômicas, culturais, epidemiológicas, ambientais que refletissem as necessidades presumidas e manifestas, como demandas para o sistema de saúde. Daí a importância vital dos sistemas de informação e banco de dados alimentados e gerenciados pela própria administração pública que forneçam subsídios imprescindíveis em qualquer dos métodos verificados, pois tem papel fundamental desde a identificação dos cenários até a avaliação do impacto das ações e serviços. Não é o caso das informações no campo da saúde do trabalhador, pois como vimos anteriormente, além do sistema de informação em saúde não dialogar com o sistema previdenciário, as informações que existem não são utilizadas para desencadear ações interventoras sobre a realidade.

Somente é possível fazer planejamento conhecendo o contexto em que ele está inserido, daí sua relação direta com a qualidade das informações. A partir deste entendimento poderá ser definido o que se deseja fazer no sistema de saúde e qual a visão do futuro desejado dentro do jogo de forças, interesses e ideologias no qual este sistema está inserido.

Não se pode deixar de assinalar que a concepção sistêmica do SUS guarda, na sua origem, uma necessidade intrínseca de estabelecer mecanismos intersetoriais ostensivos, na esfera do planejamento, que possam dar conta das políticas sociais e econômicas que garantam a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme inscrito na CF/88. Um desafio ainda não solucionado para o planejamento em saúde.

Outro desafio para superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia da saúde como direito social de cidadania. As políticas voltadas para as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, produção industrial e provisão de insumos, formação de recursos humanos e regulação dos vários mercados em saúde são exemplos que, em geral extrapolam o âmbito da autoridade exclusiva da saúde. Particularmente, a atuação do Ministério da Saúde nessas políticas é importante para assegurar o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando, por sua vez, uma concepção ampliada sobre a política de saúde, em sua dimensão, econômica e de poder (NORONHA *et al.*, 2008, p. 466).

Assim, o método ideal de planejar deveria ser também o que melhor compreende, caracteriza, analisa e cria proposições futuras que atendam as necessidades de saúde. Entretanto, cada método traz em si mesmo características e aplicabilidades próprias e o melhor método é aquele que irá mais colaborar em uma situação específica (TANCREDI *et al.*, 1998).

De qualquer modo, independente do método, e mais do que a sua aplicabilidade técnica e tecnológica, a essência do planejamento é transpor a realidade em que consiste a sua razão de ser, não para subjugar-la sem modificá-la, mas para transformá-la e fazer com que ela não mais seja necessária nos planejamentos futuros.

2.2 – Necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena

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

O conceito de necessidades em saúde é polissêmico. Compreendê-las no contexto das situações de saúde implica considerá-las como componente de três dimensões da realidade: os problemas com sua ordem complexa, as necessidades propriamente ditas e os determinantes sociais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Sob a ótica do SUS, as necessidades de saúde tendem a ser vinculadas à sua própria concepção, seja na perspectiva do direito ampliado quanto na articulação de políticas sociais e econômicas que corroboram a abrangência daquele direito assegurado.

Na dimensão micropolítica, as necessidades acabam por se constituir em demandas concretas por parte dos sujeitos, sejam individuais ou coletivos, que recaem na estrutura física e dinâmica do sistema. “*No contexto atual do SUS, a continuidade da luta pelo direito à saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam necessários*” (MATTOS, 2005, p. 43).

Considerando como pano de fundo que o provimento para atender às necessidades de saúde é a ordem constitucional, presume-se que a gestão do SUS, ao obedecê-la, desenvolva um elenco de medidas capazes de lidar com as situações de saúde, de modo a resolver os problemas com evidência epidemiológica histórica e visibilidade social, como é o caso da saúde do trabalhador. Assim, entendemos como necessidades presumidas as que dizem respeito àquilo que deveria ser planejado e executado obedecendo ao que estabelecem os dispositivos legais, de modo associado ao que demonstram os indicadores epidemiológicos e os desajustes sociais decorrentes.

Além de estarem ancoradas na realidade e nas características regionais do tempo presente, algumas situações de saúde, como é o caso da saúde do trabalhador, trazem a marca da intenção de mudança do próprio modelo de saúde e o estigma das séries históricas dos dados sobre os agravos relacionados ao trabalho. São

necessidades presumidas, também, porquanto expressam a exigência de seguir uma ordem jurídica com sua intenção transformadora em todas as variáveis subsequentes que lhe acompanham no elenco de medidas regulamentadoras, que já estejam em curso ou, ao menos, aguardando regulamentação. Estas, inclusive, como consequências naturais da ordem jurídica, dependentes de serem provocadas pela própria gestão nas esferas de pactuação do sistema.

São presumidas, ainda, pelo entendimento de que se presume que a norma jurídica deverá ser posta no mundo real dos fatos no menor tempo possível para fazer frente à realidade epidemiológica e social. Essas necessidades deverão ter como pano de fundo a realidade histórica que motivou a regra em sua origem. No caso da saúde do trabalhador, os indicadores de agravos, em seu percurso histórico, evidenciam uma lacuna de ações estratégicas de curto, médio e longo prazo, por parte das instituições responsáveis. No SUS, o comportamento da gestão é indicativo de que as necessidades presumidas não fazem parte da agenda prioritária das ações e serviços, especialmente porque a ST tem na vigilância da saúde sua principal ação transformadora da realidade. E, embora, a vigilância da saúde, enquanto necessidade presumida, seja coerente com a priorização preventivista constitucional do SUS, sua implementação pela gestão não é priorizada, especialmente no tocante à saúde do trabalhador. Assim, “...numa perspectiva de ação pública coordenada, articulada e harmônica vemos o quanto ainda falta para afirmarmos que existe um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil (VASCONCELLOS *et al.*, 2014, p. 4618)

Por outro lado, as necessidades manifestas são decorrentes de demandas objetivadas no tempo presente sem, necessariamente, guardar coerência com a ordem jurídica que estabeleceu a reordenação do sistema de saúde com uma explícita motivação original transformadora. Necessidades manifestas não consideram, também, os indicadores com a relevância exigida para cada um deles singularmente, tanto na perspectiva histórica quanto na demanda reprimida por mecanismos de invisibilização de setores na correlação de forças sociais. Essas necessidades são mais permeáveis a conjunturas políticas, especialmente de ordem local, em que interesses contraditórios com os de defesa da saúde muitas vezes subordinam a gestão ao espectro do poder político. Na vigilância em saúde do trabalhador, essa evidência é bem acentuada, por sua interferência na gestão e organização dos estabelecimentos de trabalho, submetidos à hegemonia dos setores econômico-produtivos que determinam a ordem política em cada nível de gestão.

Necessidades manifestas devem-se, ainda, a uma hegemonia do planejamento e da execução para a solução dos efeitos e não das causas, especialmente mantendo a vigência do modelo centrado na doença, inclusive porque este garante uma maior visibilidade da gestão. O mesmo não ocorre com a vigilância da saúde. As necessidades manifestas exercem uma gama de formas de pressão sobre a gestão do sistema (interesses corporativos, demandas por acesso – filas, regulação –, apelo midiático, judicialização, imaginário simbólico da população centrado na atenção à doença, clientelismo, vínculos de cunho eleitoral, entre outros). No mais das vezes, a gestão se curva à hegemonia da solução dos efeitos.

Embora se compreenda que a gestão do SUS, por força de sua responsabilidade pública, deva imprimir uma capacidade de atendimento aos dois tipos de necessidades, as exigências sobre a solução dos efeitos superam as soluções das causas. A gestão acaba, assim, por se deter prioritariamente nas necessidades manifestas.

No caso da saúde do trabalhador, a prioridade da gestão no atendimento às necessidades manifestas exibe de forma mais evidente sua contradição, em virtude de que a determinação das causas de agravos do trabalho é mais próxima da realidade, na micropolítica do território e, portanto, de mais fácil visualização e solução.

Ainda que a determinação das relações saúde-trabalho situe-se na macropolítica das relações sociais de produção, as causas desses eventos são peculiarmente decorrentes da micropolítica gerencial de cada um dos estabelecimentos de trabalho, seja qual for a sua natureza jurídica. Seu alcance como fenômeno sanitário causal é restrito a territórios bem delimitados e passível de intervenções igualmente bem delimitadas. Ou seja, embora a solução política dos problemas advindos da relação saúde-trabalho seja quase intransponível na conjuntura brasileira atual, a solução técnica das causas de morbi-mortalidade no trabalho é relativamente simples e de grande eficácia. Os agravos oriundos no trabalho, além de impactar fortemente os serviços de saúde, produzem impactos sociais de enorme magnitude sobre os trabalhadores e suas famílias. Estimativas e produção acadêmica desses impactos, do ponto de vista econômico, não são usuais, mas já foram efetuadas pela própria Previdência Social. Em documento técnico enviado à equipe de transição do 1º governo Lula, em 2002, estimava-se o custo Brasil da morbi-mortalidade no trabalho em R\$ 24 bilhões (US\$ 6,6 bilhões) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em 2012, segundo cálculo de José Pastore, professor de Relações de Trabalho da Universidade

de São Paulo (USP), o custo seria de R\$ 72 bilhões (ESTADÃO, 2012). Portanto, três vezes mais no período de 10 anos.

De qualquer modo carecem os estudos mais aprofundados sobre os impactos econômicos produzidos pelos agravos decorrentes do trabalho, especialmente porque eles são de natureza múltipla, incidindo, entre outras coisas, sobre: a Previdência Social (benefícios e estrutura de resposta); o SUS (assistência, especialmente nas média e alta complexidades); os seguros privados (prêmios e estrutura de resposta); as empresas (absenteísmo, perda de horas-homem trabalhadas, renovação tecnológica, multas, rotatividade de mão-de-obra, seguros público e privado, ações judiciais etc.); e as famílias (perda de renda, suporte familiar e repercussões sociais e psicológicas não contabilizáveis). Ainda que não houvesse impactos econômicos, há uma dimensão pouco explorada no descuido com a saúde do trabalhador, no sentido de

... dar visibilidade às questões éticas relacionadas à dinâmica vida-trabalho-saúde, as quais parecem surpreendentes e espantosas quando avistadas a partir de uma perspectiva encaixada no regular e no comum. Ao olharmos tais questões na dimensão do extraordinário (tal como a bioética nos permite pensar), perceberemos também as obscurecidas e ocultadas aporias decorrentes desses contextos. Apostamos no instrumental oferecido pela bioética na feitura dessa interface com o campo da saúde do trabalhador, por considerarmos que ela retém em seu olhar uma apropriação situada além da pura e simples regulamentação legal de dispositivos destinados a garantir direitos e deveres. Antes, o olhar bioético voltará sua atenção para o campo da invisibilidade, ou seja, para contextos que de início são percebidos como insolúveis justamente porque os nós críticos de seus problemas se encontram invisibilizados (LINS *et al.*, 2015, p. 300).

Parece ser esse o sentido de imprimir uma episteme da bioética na questão da saúde do trabalhador. Mesmo sem cambiar a natureza política e econômica do Estado brasileiro, é possível intervir ostensivamente na causação dos agravos do trabalho, por meio da vigilância, criando expectativas de redução de grande magnitude dos mesmos. Essa aparente contradição entre a micro e a macro política acompanha a própria identidade do SUS, forjada como política de bem-estar num contexto neoliberal agudo.

O sistema de saúde brasileiro ingressa na primeira década do novo século com desafios gigantescos, agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990. Os avanços formais conquistados na formatação administrativa do Sistema Único de Saúde através das varias normas operacionais instituídas naquela década, apesar da multiplicação de agentes políticos interessados na sua preservação, correm seríssimo risco de serem tragados por fora pela contração de investimentos públicos e pela cisão irrecorrível do sistema de saúde (NORONHA; SOARES, 2001, p. 451-452).

O acidente de trabalho, ainda que individual, é uma ocorrência social, sinalizadora de um processo coletivo de determinação, cuja abordagem é responsabilidade da saúde pública. Por exemplo, uma máquina que causa amputação num trabalhador pode ser rapidamente interditada ou substituída ou consertada. Nesse caso, a vigilância pode ser exercida no tempo mais ágil possível, aproximando o que se presume que deva ser feito do que se manifesta como fato concreto. A contradição da gestão em saúde se expõe, pois essa não é a regra executiva no cotidiano das ações e serviços de saúde.

Já uma criança desnutrida tem sua determinação no nível da macropolítica, implicando fatores dependentes de diversas políticas públicas que, no mais das vezes, não estão associadas e nem dialogam entre si. A gestão do SUS, especialmente no nível local, tem uma baixa governabilidade sobre a imbricação setorial necessária para solucionar o problema da desnutrição e efetuar a sua vigilância. Nesse caso, a contradição da gestão não aparece de modo tão contundente como no caso da saúde do trabalhador. Ou melhor, a contradição não aparece para quem não está analisando a capacidade da gestão do SUS de dar respostas mais incisivas para problemas incisivos.

O gestor é cobrado, apenas, quanto à solução do efeito da desnutrição, apesar das causas serem múltiplas e de caráter macropolítico. No caso do acidente, ocorre o mesmo, embora ele possa atuar na causa. O fato de que não existem mecanismos efetivos de obrigá-lo a isso, a atenção do serviço de saúde volta-se ‘apenas’ à necessidade manifesta de cuidar do efeito (a amputação) e não da sua causa. Esperar a próxima amputação, muitas vezes no mesmo local, tem sido a sina assistencial do SUS.

Os dilemas postos na cena da gestão do SUS, quanto às necessidades presumidas e manifestas, não devem se constituir em mero exercício de retórica e, sim, em capacidade de fazer opções decisórias que incidam a favor de grupos populacionais postos na estante gerencial do esquecimento. A vigilância dos fatores que causam morte e adoecimento decorrentes do trabalho é mais do que um imperativo da saúde pública, é parte substantiva da sua própria essência. No Quadro 2 assinalamos algumas diferenças entre as necessidades presumidas e manifestas, por parte da gestão do SUS, na abordagem da área de saúde do trabalhador.

Quadro 2
Saúde do Trabalhador e a gestão do SUS
Necessidades Presumidas e Manifestas

Categorização	Necessidades Presumidas em ST	Necessidades Manifestas em ST
Normas antecedentes	Constituição Federal/88 Lei 8.080/90	Desconsiderada nos Pactos
Normas operacionais	Cartas de Intenções	Desconsideradas em indicadores e metas
Trabalho	Categoria central	Determinante irrelevante
Informações epidemiológicas	Série histórica – Números dramáticos	Informações vagas e Insuficientes
Modelo	Preventivista	Assistencial
Soluções dos agravos	Sobre as Causas	Sobre os Efeitos
Vigilância	Prioridade	Indesejável e/ou Incipiente
Controle Social	Trabalhador como sujeito	Corporativismo
Bioética	Fundamento epistêmico	Desconsiderada
Impactos	Sociais – ambientais - econômicos	Produção de serviços
Planejamento	Intrinseco	Improvisado
Relações políticas locais	Contra-hegemonia ao poder econômico	Submissão e subordinação ao poder econômico
Balizamento legal	Planejamento estratégico	Judicialização

Fonte: autora

2.3 – Determinantes, condicionantes e desvios

[...] uma ausência de estratégias de atenção à saúde dos trabalhadores ... pode ser caracterizada como uma estratégia de negação, estabelecida para resultar em ocultamento dos conflitos ambientais e de saúde resultantes do processo de desenvolvimento em curso. Se a rede de serviços não está apta a identificar os danos do trabalho e do ambiente sobre a saúde da população ... Se não há reconhecimento do agravo ... Se as políticas públicas fecham os olhos para estes problemas, o governo engendra sua exclusão das prioridades do setor saúde, e dificulta sua visibilidade para a sociedade: na mídia, na pauta de negociação entre trabalhadores e empregadores, entre os temas de pesquisas (RIGOTTO, 2004, p. 234-235).

Enquanto política pública, inserida na Carta Constitucional, ao SUS é determinado um comportamento operacional capaz de fazer jus ao cumprimento de sua missão. Fatores que se situam na esfera maior das relações sociais de produção e na dinâmica das relações Estado-sociedade são compreendidos como determinantes sociais que vão imprimir à saúde da população uma determinada marca da forma como ela adoece e morre.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam,

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

Já os determinantes da gestão do SUS, no nível mais próximo da realidade, lida com situações que, embora tenham sua causalidade em geral distante da sua capacidade resolutiva e possibilidade de governança, exigem respostas objetivas e corporificadas nas ações e serviços de saúde. A gestão do SUS, nesse caso, é impelida a adotar processos decisórios que deem conta da realidade cotidiana, de forma ágil nas respostas. Todavia, é incoerente que a gestão deixe de cumprir aquilo que lhe determina a base legal do sistema, assim como os compromissos assumidos nas pactuações e o modo de operar do ponto de vista de um planejamento que seja coerente com as necessidades em saúde. Não se espera da gestão do SUS que abdique dos determinantes que guardem sintonia com a missão do sistema (necessidades presumidas).

Sabemos que existem condições que exigem da gestão decisões do tipo “apagar incêndio”, não previstas nos planos de saúde e no planejamento de curto a longo prazo. Existem também condições em que a gestão do SUS, seja por pressão política, seja por auto-deliberação, faz opções decisórias do tipo “escolha de Sofia” que acabam por criar lacunas no que se espera do conjunto de ações e serviços como respostas às necessidades em saúde. Esses fatores condicionantes, no mais das vezes, não guardam a sintonia requerida com a missão do sistema.

A par das formas que determinam ou mesmo condicionam a gestão a tomar atitudes, desvios da gestão configuram comportamentos que comprometem a própria missão do sistema. Os desvios da gestão, embora nem sempre se situem na esfera da improbidade administrativa, são capazes de deixar à margem territórios, agravos e grupos populacionais, como é o caso dos trabalhadores, enquanto tal, inseridos no mundo do trabalho. Desvios, mais do que não guardar coerência com o sistema de saúde, distorcem-no e o contradizem.

A seguir trazemos à reflexão a ideia de determinantes, com o entendimento de necessidades presumidas; os condicionantes, enquanto necessidades manifestas; e os desvios da gestão, a partir do caso da saúde do trabalhador.

2.3.1 – Determinantes - necessidades presumidas

A gestão do SUS, no âmbito das políticas sociais do país, guarda peculiaridades que, por certo, são-lhes exclusivas. Características singulares do sistema, por força de sua unicidade numa república federativa, de per si, obrigam a estabelecer regras de organização que busquem consensos e pactuações nas esferas interfederativas (SANTOS; ANDRADE, 2009). A par disso, a forma como o sistema se organiza nas práticas das ações e serviços, além de olhar para a realidade epidemiológica e social, deve manter coerência com a ideologia constitucional do sistema expressa na sua doutrina e organização. Consideramos que esses aspectos são os determinantes políticos da gestão, garantidos na Lei Maior.

No âmbito do SUS, uma das áreas de atuação que mais desafios enfrenta para a sua efetiva implantação é a da saúde do trabalhador. As razões, além das que se encontram em outras áreas, situam-se na essência das relações sociais de produção, em que sobressaem os conflitos de classe e a hegemonia do poder político-econômico na condução das políticas públicas. Como Estado alinhado com a ideologia liberal internacional de um capitalismo de mercado globalizado, o Brasil tem dificuldades de implementar determinadas áreas na saúde, caso da saúde do trabalhador, que não sejam obedientes à ordem política e econômica vigente.

Ocorre que o SUS, lastreado na ordem jurídica do Estado brasileiro, enquanto política universalista, inclusiva e participativa, ao trazer para si a área da saúde do trabalhador, exacerbou a contradição de ser uma política de bem-estar social abrigada num Estado de ‘bem-estar do mercado’. Daí, lidar com essa contradição, na perspectiva da gestão do SUS, é um desafio epistemológico que carece de uma ampliação do debate no campo da saúde do trabalhador, justificado pela magnitude da relação saúde-trabalho, cujas consequências geram um enorme impacto na saúde pública, ainda não dimensionado.

Aos, podemos dizer, determinantes políticos da gestão, garantidos pela ordem constitucional, acrescentam-se determinantes de ordem técnica, considerando-se as características singulares em cada nível e localização da atenção à saúde que exigem da gestão intervenções dependentes dos modos de planejar e fazer.

A conjugação entre determinantes políticos e técnicos expressa-se na prestação de ações e serviços baseada nas necessidades presumidas e nas necessidades

manifestas. O que nos traz a doutrina e organização do SUS é fundamentalmente o corolário das necessidades presumidas.

Quando a CF/88, no capítulo da Saúde, Seção II, em seu artigo 196, assinalou "*A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*", expressou, em poucas palavras, a doutrina que passou a nortear o funcionamento do sistema público de saúde brasileiro. No breve texto lá encontramos explícita e implicitamente a universalidade, a igualdade, a integralidade, a concepção sistêmica, a cidadania sanitária e, por decorrência, o dever da gestão do sistema em fazer valer esses princípios doutrinários.

Já em seu artigo 198, a CF/88 (BRASIL, 1988) estabelece as diretrizes para a organização do sistema, que irão nortear as ações e serviços na estrutura da rede pública de saúde. Lá estão: "*descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais; participação da comunidade.*" Igualmente de forma objetiva, ora explícita ora implicitamente, observamos a unicidade, a autonomia federativa com a necessidade de se estabelecer pactos interfederativos, o modelo prioritariamente preventivista superando o assistencial, a democracia participativa na gestão e, sem redundância, o mesmo dever da gestão do sistema. Fica muito evidente que, num modelo preventivista, a matéria da saúde do trabalhador tem sua concretização no mundo real dos fatos pela via das ações e serviços de vigilância.

Não é à toa, nem se pode entender como letra morta, o que a Constituição Federal determina em seu artigo 200: que ao SUS compete *executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

Uma vez que o Estado se obriga a prestar as ações e serviços determinados constitucionalmente, é o mesmo Estado que legislará neste sentido (SLOMSKI, 2009). E para dar conta da lógica de implementação do SUS foi necessário criar vasta "*legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis de governo*" (PAIM *et al.*, 2011, p. 19), como também ajustes nos serviços de saúde que antes privilegiavam em sua organização a atenção médica curativa (TANCREDI *et al.*, 1998). Além disso, em decorrência da inscrição constitucional do direito à

saúde, fruto do processo de lutas e conquistas, instituiu-se também a necessidade de desenvolvimento técnico e de rearticulação política (RODRIGUEZ-NETO, 2003).

Com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, a 1ª - Lei 8.080, de 19/09/1990 - e a 2ª - Lei 8.142, de 28/12/1990 -, esta decorrente dos vetos presidenciais sobre a 1ª (BRASIL, 2006), os dispositivos constitucionais foram detalhados em alguns aspectos que são essenciais à nossa discussão. No artigo 6º da Lei 8.080/90, a execução de ações de saúde do trabalhador é determinada como atribuição do SUS. No mesmo artigo, o parágrafo 3º define o que a lei que regulamenta a CF/88 entende por saúde do trabalhador. Ao considerarmos a ST como uma necessidade presumida em saúde, a ser cumprida pela gestão do sistema, entendemos que o elenco de atribuições estabelecidas não pode ser negligenciado por qualquer razão e justificativa. Impedimentos alegados para que a ST não ‘decole’ no SUS baseiam-se em razões e justificativas que permeiam as demais ações e serviços direcionados para outras áreas, mas que não são negligenciadas pela gestão.

Destacamos, ainda, na Lei 8.080/90, o artigo 7º que define as diretrizes organizacionais do art 198 da CF/88, especialmente no seu inciso VII “*utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*”. Conforme observamos anteriormente, os indicadores epidemiológicos relacionados aos agravos provenientes do trabalho, a despeito de sua dramaticidade não parecem sensibilizar a gestão, mesmo a lei sendo enfática nesse item de organização das ações e serviços.

No tocante à Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), onde são definidos os mecanismos de participação da comunidade, há nela um indicativo de que a gestão do SUS, já no seu nascedouro, não abriria mão de estabelecer os seus próprios determinantes operacionais, especialmente na esfera do planejamento. Nesse sentido, de forma incoerente com o princípio da participação da comunidade, a gestão do SUS participa do controle social...

Quanto à representatividade, o controle social do SUS nasce com distorções. Movidos pela urgência, o Conass e o Conasems tiveram um papel fundamental na recuperação dos vetos à Lei 8.080/90, mas se auto-inseriram no controle social do SUS, conforme estabelecido na Lei 8.142/90. Daí surgiu um paradoxo: a gestão executiva imiscuiu-se na gestão participativa (participação da comunidade, conforme o preceito constitucional) que tem como propósito controlar, de fato e de direito, a mesma gestão executiva. Mesmo havendo uma correlação quantitativa ‘favorável’ à representação social (comunidade), mantém-se a instância controlada (executiva) na esfera controladora (VASCONCELLOS, 2010, p.128).

A partir das definições legais de ordenação constitucional, estabelecidas nas leis orgânicas, o processo de implantação e implementação do SUS passou a ser orientado pelas Normas Operacionais, estabelecidas por portarias ministeriais.

Embora o instrumento que formalize a Norma Operacional seja uma portaria emitida pelo executivo federal - Ministro da Saúde -, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No item 2 da NOB/SUS 01/93, relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS). Atualmente estas comissões, inclusive a Comissão Intergestores Regional (CIR), são estabelecidas pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c).

Tendo em vista a grande heterogeneidade política, social e econômica no Brasil, além das características do federalismo brasileiro e as transformações políticas advindas do mundo globalizado, são relevantes as tentativas de definição do papel de cada esfera de gestão do SUS, onde existem árduos debates e conflitos de interesse. Dessa forma, as Normas Operacionais passaram a orientar o processo de institucionalização do sistema. Com a implantação do SUS ocorrendo de forma gradual, nas quase três décadas que separam as leis orgânicas do momento atual, as normas operacionais redefiniram estratégias aplicadas a cada momento, estabelecendo os mecanismos para a descentralização do sistema, definição de responsabilidades entre os entes federados, reorganização do financiamento, deliberação de instâncias de negociação entre gestores e o controle social, entre outros (TANCREDI *et al.*, 1998).

Substituídas por mecanismos mais ostensivos de pactuação, cujo Pacto pela Saúde, de 2006 (BRASIL, 2006b), é a coroação de uma gestão fundamentalmente pactuada, hoje, podemos dizer que o não reconhecimento da ST como um grave problema de saúde pública é mais do que algum deslize isolado da gestão. Fica

evidente que há uma intenção deliberada de desconsiderar o problema da saúde do trabalhador nas instâncias mais “elevadas” da pactuação do sistema.

Vemo-nos frente a um dilema. Ao mesmo tempo em que as necessidades presumidas, baseadas na doutrina e organização do SUS e na realidade epidemiológica e social, incitam a gestão do SUS a enfrentar os agravos da saúde do trabalhador, as pactuações do sistema tratam-na de forma superficial e sem qualquer capacidade resolutiva das causas dos problemas.

2.3.2 – Condicionantes - necessidades manifestas

O Brasil continental de reconhecidas diferenças e desigualdades regionais e sociais, com a institucionalização do SUS ampliou o acesso e o cuidado com a saúde para uma grande parcela da população brasileira num momento em que o sistema de saúde vinha sendo progressivamente privatizado (PAIM *et al.*, 2011).

A assistência à saúde no país possuía uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários (BRASIL, 2003, p. 14).

O reconhecimento do direito à saúde e a aprovação dos princípios e diretrizes do SUS consagraram a decisão do Estado em modificar a política de saúde brasileira, com ampliação da cobertura, instituída pelo princípio da universalidade e a necessidade de recursos financeiros adequados para o seu funcionamento. Para o Estado cumprir com a responsabilidade política e social da saúde ser um direito de cidadania deveria adotar políticas econômicas e sociais que melhorassem as condições de vida da população, fato que não acompanhou a implementação de projetos, planos e programas, especialmente pelas dificuldades de estabelecer relações intersetoriais mais contundentes.

Independente dessas dificuldades, para concretizar o processo de reforma do sistema de saúde, fez-se necessária uma reformulação na organização e gestão do sistema, além da reorientação do seu financiamento, cuja viabilidade opera com uma gama de problemas. “*A definição das fontes de financiamento e do montante de recursos financeiros destinados à saúde tem sido, ao longo dos últimos 24 anos, o “calcanhar de Aquiles” do processo de construção do SUS.*” (TEIXEIRA *et al.*, 2014, p.126).

Um dos desafios encontrados para o financiamento foi a necessidade de uma distribuição equitativa dos recursos nos Estados e municípios. A herança ‘inampsciana’, com a lógica de pagamento por produção, a partir da capacidade da rede instalada e da oferta de serviços, evidenciou sua grande variabilidade regional, onde os Estados com maior atividade econômica congregavam um maior número de serviços e, conseqüentemente, recebiam a maior parte dos recursos financeiros.

Contraditoriamente, o aumento do aporte de recursos em áreas sem ofertas de serviços, também poderia implicar em uma alocação ineficiente (PORTO *et al.*, 2003).

O SUS, portanto, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo no Brasil, financiado com recursos públicos (PAIM *et al.*, 2011, p. 21).

Apesar de o SUS já se encontrar na maioria, os mecanismos do seu financiamento ainda são pouco familiares aos próprios gestores e ao controle social que o monitora, embora do financiamento dependam as decisões que impactam diretamente nos resultados dos planos de saúde (planejamento) e nas ações e serviços de saúde. Agregam-se às dificuldades as mudanças rápidas e o grande número de normas que regem o tema. Orçamento e contabilidade públicas possuem uma linguagem própria que dificulta sua compreensão e conseqüentemente sua aplicabilidade.

O desconhecimento técnico, aliado à complexidade operacional e aos conflitos de diversas ordens, tem produzido obstáculos, continuamente, de maneira a manter o financiamento como um dos grandes desafios para a gestão em saúde no presente e nos anos que virão (COELHO; SCATENA, 2014, p. 287).

As agruras do financiamento das ações e serviços de saúde podem ser uma atenuante para o cumprimento das necessidades presumidas, tendo em vista que as pressões exercidas sobre a gestão no sentido de atender às necessidades manifestas induzem-na a atendê-las prioritariamente, dada a escassez de recursos. Contudo, a mesma atenuante não pode ser uma justificativa (uma desculpa) para que a gestão não cumpra o que determina que seja cumprido nas necessidades presumidas.

Aquilo que poderia servir de argumento, especialmente nas esferas de pactuação do sistema (sobre as razões que levam ao descumprimento das necessidades presumidas), como mote para a luta dos gestores pela adequação do financiamento,

acaba funcionando como justificativa do que se torna injustificável diante da realidade dos indicadores e problemas sociais decorrentes dos agravos no trabalho.

É, também, importante reiterar que a mudança do sistema baseou-se na migração de uma cidadania regulada de lógica securitária (previdenciária) para a universalidade, tendo como essência da transformação do modelo a questão trabalho na sua relação com a saúde. Esse fato também é impactante na questão do financiamento por este não ter sido acompanhado de uma migração automática das rubricas afins da área da Previdência Social para a área da Saúde (SOUZA, 2002).

Apesar dos avanços indiscutíveis na construção do SUS, existem obstáculos a serem enfrentados, além das dificuldades da insuficiência e instabilidade do financiamento e na alocação de recursos que comprometem a sua consolidação como política de Estado que garanta o direito à saúde. Soares e Santos (2014) analisam o gasto com saúde no Brasil de 1995 a 2012 comparando com os gastos internacionais, o PIB e a Receita Corrente Bruta e concluem que houve queda de valores.

A tendência de queda acentuada da participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde se manteve ao longo de todos os períodos. O percentual do gasto público per capita [sic], em relação ao total gasto, está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa, e próximo do sistema privado americano. (SOARES; SANTOS, 2014, p. 24).

Santos (2013) defende que o financiamento é um "ponto crucial" para garantir a funcionabilidade de um sistema de saúde que pretende ser universal e igualitário. Sendo assim, tanto as formas de financiamento quanto sua operacionalização influenciam diretamente nos resultados do atendimento às necessidades de saúde, tanto as presumidas quanto as manifestas. Contudo, Paim (2012) afirma que não basta existir o recurso, é importante saber aplicá-lo para que cumpra sua finalidade primordial, que é a promoção da saúde da população.

O não atendimento às necessidades presumidas e a 'predileção' pelas necessidades manifestas podem ser melhor compreendidas pelos denominados "*nós críticos relativos ao desenho (estrutura organizacional) e ao processo de gestão do SUS*" (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1823).

Ao discutirem a institucionalidade do SUS, Paim e Teixeira (2007) destacam 10 (dez) "nós críticos" relacionadas à gestão. Partem da hipótese que o Brasil tem uma cultura organizacional patrimonialista, autoritária, burocrática e colonizada por interesses privados e que o SUS, como macro-organização, necessita de inovações

institucionais para retomar o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Destacamos entre os “nós críticos” apontados pelos autores: a falta de consenso no desenho macro-regional (federalista/municipalista) e, conseqüentemente, de sua missão (funções e competências das diversas esferas de governo); fragmentação interna do Ministério da Saúde, com conseqüente insuficiência da coordenação interna na direção nacional e fragilidade nas ações intrasetoriais; dificuldade de comunicação e informação entre os entes federativos, tanto pela heterogeneidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, quanto pelas divergências político-partidárias nas relações intra-governamentais, com reflexo na utilização dos serviços de saúde para reprodução do clientelismo e favorecimentos; gestão amadorística em todos os níveis, com improvisação de gestores e equipes, ineficiência na gestão de sistemas, serviços e recursos, além de dificuldades de incorporação de tecnologias e instrumentos de gestão modernos; “engessamento” do processo de gestão por conta de limitações legais, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal; dificuldade de articulação intersetorial entre o SUS e as demais instituições gestoras de políticas e programas na área econômica e social; *modus operandi* do controle social com tensões e disputas muitas vezes impertinentes com as instâncias executivas, além da “*captura dos espaços de participação e controle social por organizações fortemente corporativas, representativas de grupos populacionais específicos...*” (p.1823-1824).

Em relação ao amadorismo na gestão, Campos (2003) assinala que contribuir para o mundo das finalidades dos serviços é incompatível com propostas organizacionais “*cosméticas ou eficientistas*”, que visam redução de custos com ênfase na eficiência e não no impacto sobre a saúde da população (p.143).

Podemos classificar as necessidades manifestas em quatro tipos de ordem: político-clientelística; jurídica; ideológica; e organizacional do sistema.

No caso de necessidades manifestas de ordem político-clientelística, a gestão do SUS se comporta, ora como balcão de atendimento, ora como devedora de compromissos assumidos em campanhas eleitorais, ora, ainda, como temerosa de criar enfrentamentos com interesses econômicos especialmente de ordem local, como é, especialmente, o caso da saúde do trabalhador.

Destacamos nessas necessidades as influências que se exercem sobre a gestão do SUS, por parte de setores com maior força de pressão sobre o Poder Executivo, como é o caso dos setores produtivos em geral, especialmente aqueles que participam mais intensamente das atividades econômicas da região de abrangência. Do mesmo

modo, o atendimento a setores com maior poder de mobilização social e que contam com redes de solidariedade e apoio midiático tende a obter respostas mais imediatas da gestão. De modo geral, as demandas por atendimento a essas necessidades encontram-se na esfera político-partidária, especialmente clientelística e de fidelidade política (BURSZTYN, 1994) e na herança patrimonialista que acompanha a formação política do Estado brasileiro (BRESSER-PEREIRA, 2001).

As necessidades manifestas de ordem jurídica situam-se nas demandas trazidas pelo que se convencionou chamar de judicialização da saúde. Nesse caso, a gestão tende a cumprir exigências demandadas pelo Poder Judiciário, sem que possa estabelecer, a priori, planos de ação, especialmente orçamentários, que sejam capazes de preparar a gestão para o seu cumprimento.

A Administração Pública, ao ser constrangida pelo Poder Judiciário a prestar, indiscriminadamente, atendimento médico e assistência farmacêutica, pode sofrer grave desequilíbrio orçamentário, comprometendo o funcionamento do próprio Estado e não apenas da estrutura do SUS, uma vez que o cumprimento das decisões judiciais estabelecem prestações materiais nem sempre submetidas à dotação orçamentária dos entes públicos. Ou seja, tendo em vista a reserva do possível e a competência orçamentária do legislador, os direitos prestacionais encontram-se limitados aos recursos econômicos efetivamente disponíveis para a concretização da assistência à saúde. (GONTIJO, 2010, p. 609).

O que estamos considerando como necessidades manifestas de caráter ideológico são aquelas que se situam na percepção da população do binômio saúde-doença. A oferta de serviços de saúde, como é sabido, é a oferta de serviços para atendimento a doentes. A contradição que acompanha a evolução do conceito de saúde, incitando a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) a conclamar os cuidados primários de saúde com o entendimento de que saúde não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, traz imerso o imaginário simbólico de que saúde é igual a atendimento à doença.

O oportunismo do complexo médico-industrial, em constante processo de evolução tecnológica, tem na própria população o esteio para que a gestão do SUS priorize as necessidades manifestas. A estruturação de demandas da população e do controle social do SUS tem na oferta de novos insumos e exames complementares um apelo irresistível, situando oferta-compra-consumo de produtos de saúde na cena do mercado, num contexto de política pública universalista distributiva, o que parece uma contradição. Esse ‘fetiche sanitário’ assume um caráter ideológico que coloca a gestão do SUS na posição contraditória de ser o garantidor de um modelo para o qual foi

designado para desconstruí-lo. Além disso, “[...] a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e, como tal - é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade.” (SPINK, 1992, p. 134).

O caráter organizacional do SUS, baseado hegemonicamente no modelo de atenção à doença, faz com que as necessidades manifestas pela atenção à doença obtenham respostas mais eficazes e ágeis no atendimento às demandas. A própria estruturação dos serviços de saúde é totalmente focalizada na assistência médica e no atendimento às doenças. Os profissionais de saúde acompanham e são naturalmente aderentes ao modelo médico e hospitalocêntrico, seja por influência de sua formação ou, principalmente, por força de sua opção vocacional, mais coerente com o mercado e oferta de oportunidades.

O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004, p. 127).

A ausência de uma cultura preventivista no sistema como um todo e, especialmente, na vigilância em saúde é, do ponto de vista organizacional, um problema de difícil solução por vários aspectos: intrasetorialidade, formação e educação continuada, dimensionamento de equipes, interdisciplinaridade, mobilidade, autoridade sanitária, prioridade epidemiológica, autonomia, visibilidade pública, entre outros.

2.3.3 – Desvios - necessidades presumidas versus necessidades manifestas

– o caso da saúde do trabalhador –

Partindo da sistematização adotada no presente texto, em que as necessidades presumidas (determinantes) e manifestas (condicionantes) exibem um debate normativo que se inscreve no que está definido nas normas do SUS, observamos uma atitude desviante da gestão ao efetuar escolhas do que deve ou não deve ser operacionalizado. Nesse sentido, a seguir são apresentadas as normas operacionais gerais do sistema e aquelas específicas da ST. É um debate que ainda espera a hora de sair do campo prescrito da pactuação para o campo real do enfrentamento da realidade.

As normas de gestão do SUS

Embora alguns juristas alegassem que "*as NOBs e outras portarias do executivo se detinham em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisariam ser regulamentadas [pelo fato de que] discursavam intenções inócuas, pois elas já estavam na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde*" (CARVALHO, 2001, p. 436) (grifo nosso), o SUS andou e anda movido a sucessivas normas.

Um dos principais argumentos para as sucessivas normatizações é a complexidade do desafio de institucionalizar os preceitos constitucionais na implementação do SUS. O fato demandou e demanda mecanismos de regulação e ordenamento que deem conta da sua consolidação (LEVCOVITZ, 2001).

Esse processo se inicia com as Normas Operacionais Básicas (NOB's), que nos anos 1990 passam a ser instrumentos fundamentais para efetivar a organização e o financiamento do SUS ditados pelo Ministério da Saúde.

Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990). Outro ponto a ser ressaltado diz respeito ao caráter transitório desse tipo de instrumento, que pode ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS (LEVCOVITZ, 2001, p. 273).

A primeira NOB foi assinada pelo presidente do INAMPS, através da Resolução nº 258, de 07/01/1991 (BRASIL, 1991). Ela objetivava dispor sobre a política de financiamento do SUS. Essa NOB mantinha o que se chamava de cultura 'inampsciana' por manter o critério de pós-pagamento, inclusive porque, a despeito do SUS já estar definido na Lei 8.080/90, a extinção do INAMPS só viria a ocorrer em 27 de julho de 1993 com a Lei 8.689 (BRASIL, 1993).

Em 1993 foi emitida, em maio, a NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993b), portanto ainda na vigência e sob os efeitos dessa cultura, baseada fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde e na série histórica dos gastos em saúde, ainda acarretando uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados e municípios. Contudo, a NOB 01/93 é um marco em direção à descentralização e na implementação de transferências de recursos "fundo a fundo" (LEVCOVITZ, 2001),

bem como na adoção das Comissões Bipartite e Tripartite como fóruns de negociação entre os gestores (SANTOS; ANDRADE, 2009).

A NOB 01/96 (BRASIL, 1996) fortalece a gestão compartilhada do SUS entre as esferas de governo, sendo a Programação Pactuada Integrada (PPI) uma ferramenta de execução na relação gestor-gestor. Apesar da descentralização ter sido aprofundada, os entes federados que não se habilitassem perante o Ministério da Saúde permaneceriam como "prestadores de serviço da União" (SANTOS; ANDRADE, 2009), porém destacamos o incremento do financiamento para as ações de atenção básica.

A NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001) representou um avanço na ordenação da regionalização e é fruto de um longo processo de debates iniciado pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS-MS), em março de 2000 (SANTOS; ANDRADE, 2009). Ela propõe a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aperfeiçoamento do processo de descentralização, principalmente ao instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR), além de enfatizar a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica nos municípios. Contudo, seu foco foi dirigido para a "gestão da oferta" reproduzindo a concepção censurável das normas anteriores (MENDES, 2002). Ou seja, sem a ênfase necessária na solidariedade da gestão, centrada na regionalização, hierarquização, descentralização e formas de financiamento.

QUEIROZ (2004) afirma que, no decorrer de 2001, muitos dos estados brasileiros haviam se mobilizado em resposta às propostas dessa norma, porém surgiram resistências, questionamentos e impasses importantes acerca do seu conteúdo, o que provocou a necessidade de sua revisão. A autora aponta que algumas dessas resistências estariam relacionadas à transferência de gestão de unidades assistenciais, dúvidas quanto ao financiamento e disputas para definição de município-polo regional.

Em razão dessas dificuldades é editada uma nova NOAS que objetiva o aperfeiçoamento da primeira (SANTOS; ANDRADE, 2009). A NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002) dá continuidade à anterior, mas amplia as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica para facilitar o processo de regionalização, utiliza a estratégia de regionalização, além de atualizar os processos de habilitação dos estados e municípios.

As normas operacionais têm a marca do lugar hegemônico de onde foram concebidas - o Ministério da Saúde -, com um formato institucional de assistência à saúde, idealizadas inicialmente no extinto INAMPS e posteriormente na SAS-MS.

O Pacto pela Saúde e seus componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS surge como uma tentativa de responder às necessidades de saúde presumidas e manifestas. Um novo cenário epidemiológico se apresenta com as doenças emergentes - AIDS - e a necessidade de controle de outras mais antigas como a dengue e a hanseníase. A judicialização é um fenômeno crescente que precisa ser enfrentado pelos gestores e o seu planejamento financeiro-orçamentário torna-se mais vulnerável. Somado a isso o processo de regionalização e descentralização precisava avançar.

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

O Pacto pela Saúde se torna o novo instrumento de gestão compartilhada do SUS, que prevê uma revisão anual para o atendimento das necessidades de saúde da população reiterando o compromisso com o controle social, como também enfrentando desafios para a consolidação dos avanços do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2009).

O Decreto 7.508, de 28/06/2011 (BRASIL, 2011c), regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre o planejamento da saúde, assistência à saúde e estabelece um novo instrumento na articulação interfederativa, instituindo o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde). Estabelece, também, de forma conceitual e operacional, as "Regiões de Saúde"; as "Portas de Entrada" para o sistema; as "Comissões Intergestores" como instâncias de pactuação; o "Mapa de Saúde" que objetiva descrever a rede de saúde pública e privada com demonstrativo dos indicadores de saúde; a "Rede de Atenção à Saúde", com a descrição do conjunto de ações e serviços de saúde; "Serviços Especiais de Acesso Aberto", que definem serviços específicos para atendimentos especiais; "Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica", documento que estabelece critérios para o diagnóstico de agravos a saúde, o tratamento preconizado e a avaliação dos resultados terapêuticos. No quadro 3 são apresentadas as normas de operacionalização da gestão do SUS, segundo os

modelos de financiamento e de atenção à saúde, suas características e as inovações para a gestão, no período de 1991 a 2011. Objetivando demonstrar o conteúdo normativo referente às ações de saúde e confrontá-las com a saúde do trabalhador, no quadro 4 são apresentadas as normas de operacionalização da gestão do SUS, segundo a referência às ações de saúde em geral, às ações de vigilância em geral e à saúde do trabalhador, no período de 1991 a 2013.

Quadro 3
Instrumentos normativos de operacionalização da gestão do SUS, segundo os modelos de
financiamento e de atenção à saúde e as características e inovações para a gestão
– Brasil, 1991-2011 –

Instrumentos normativos de operacionalização da gestão	Modelo de Financiamento	Modelo de atenção à saúde	Características e inovações para a Gestão
NOB-SUS 01/91 Resolução N° 258, de 07/01/1991	Equipara prestadores públicos e privados qto. ao repasse de recursos / Convênios como forma de repasse	Não faz referência	Criação do sistema de informações Hospitalares (SIH)
NOB-SUS 01/93 Portaria N° 545, de 20/05/1993	Mecanismos de transferência regular e automática fundo a fundo	Integral, universal, equânime, regionalizado, hierarquizado / responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, todos os pontos do sistema	Criação das CIB's e da CIT Criação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) / Estabelece condições de gestão para os municípios como gestores e o estado de forma frágil.
NOB-SUS 01/96 Portaria N° 2.203 de 05/11/1996	Implantação de valor per capita para financiar atenção básica Piso da atenção básica (PAB fixo e variável)	Fortalecimento da atenção básica (PACS e PSF)	PPI como instrumento de organização do sistema / Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação para estados e municípios de gestão municipal: Gestão Plena do Sistema ou Gestão Plena da Atenção Básica / Reorganiza procedimentos de alta complexidade / Municípios não habilitados permanecem como prestadores de serviço / Cria tetos de repasse específicos
NOAS-SUS 01/2001 Portaria GM-Ms N° 95 de 26/01/2001	Maior equidade na alocação de recursos	Regionalização da Assistência	Revisão de critérios de habilitação dos municípios (Gestão Plena da Atenção Básica ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) / Institui o PDR / Institui regiões de saúde, microrregiões de saúde, municípios-polo
NOAS-SUS 01/2002 Portaria N° 373 de 27/02/2002	Mantém modelo anterior.	Regionalização da assistência Descentralização	Atualiza critérios de habilitação
Pacto pela Saúde 2006 Portaria N° 399 de 22/03/2006 e seguintes (N° 699 de 30/03/2006, N° 3.085 de 01/12/2006, N° 3.322 de 28/12/2006, N° 204 de 29/01/2007)	Corresponsabilidade das 3 esferas de gestão Financiamento de custeio com recursos federais, organizados e transferidos em 05 blocos: Atenção básica / Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar / Vigilância em Saúde / Assistência Farmacêutica / Gestão do SUS	Estados/região/município pactuam ações necessárias para metas e objetivos em 06 prioridades: Saúde do idoso / Controle câncer de colo de útero e mama / Redução da mortalidade infantil e materna / Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias - dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza / Promoção da Saúde / Fortalece Atenção Básica	Pacto de gestão Prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados habilitados ficam mantidas, ainda sob a regulamentação anterior (NOB SUS/96 e Noas SUS 01/02) Diretrizes para a gestão: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, PPI, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde
Decreto 7.508, de 28/06/2011 Regulamenta a Lei 8.080/90	O COAP definirá responsabilidades dos entes nas ações e serviços, estabelecendo recursos financeiros para a sua realização	Estimula a regionalização	COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde) / Mapa de Saúde / Protocolo Clínico de Diretriz Terapêutica / Renases / Renames.

Fonte: adaptado de várias fontes e consolidado pela autora

Quadro 4

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

Instrumentos normativos	Referência a ações de Saúde	Ações de Vigilância	Referência à Saúde do Trabalhador
NOB-SUS 01/91	Não explícita	Ausente	Ausente
NOB-SUS 01/93	Ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária acordo com as "condições de gestão" e enquadramento dos "requisitos" dos municípios	Sanitária / Epidemiológica / Saúde do Trabalhador (Apenas Gestão semi-plena, sem especificar as ações)	Desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitando o trabalhador e o portador de doença ocasionada pelo trabalho
NOB-SUS 01/96	Institui o enfoque epidemiológico para a programação das ações / Incorpora ações de Vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças	Institui ações de Vigilância Sanitária conforme condição de habilitação do estado ou município, sem especificar as ações	Ausente
NOAS-SUS 01/2001	Áreas de atuação mínima: conforme Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Portaria Nº 723, de 10/05/2001) 18 indicadores de 04 grandes áreas do Pacto da atenção Básica 2001	Mortalidade infantil e materna / Controle de doenças e agravos / Cobertura vacinal (DPT e influenza) / Indicadores (sarampo, tétano neonatal, sífilis congênita, AVC, tuberculose, hanseníase,)	Ausente
NOAS-SUS 01/2002	Áreas de atuação mínima conforme Pacto de Indicadores da Atenção Básica: 20 indicadores principais, 14 complementares e os de inclusão opcional.	Mortalidade infantil e neonatal / Mortalidade materna / Procedimentos obstétricos pós-aborto / Cobertura vacinal (tetra valente e influenza) / Indicadores de agravos (Diabetes, tuberculose, IRA, hanseníase, AVC, ICC)	Ausente
Pacto pela Saúde 2006	Estabelece diretrizes, objetivos e metas para as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida / Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, estabelecendo metas e objetivos do Pacto pela Vida, entre outras preposições / Periodicamente a pactuação é refeita e nas diretrizes, objetivos e metas	Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, nos termos de compromisso de Gestão Estadual e Municipal	Ausente
Portaria Nº 2.669, de 03/11/2009		Consolidar e ampliar a descentralização das ações em Vigilância Sanitária	Aumentar a identificação e notificação de agravos em Saúde do trabalhador
Decreto 7.508/2011	Requisitos mínimos para instituir uma região de saúde: Atenção primária / Urgência e emergência / Atenção psicossocial / Atenção ambulatorial especializada e hospitalar / Vigilância em saúde	Obrigatória dentro das regiões de saúde	Ausente como obrigatória. A serem pactuadas ou não em cada região de saúde
Resolução MS/GM-CIT Nº 5, de 19/06/2013		Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificado

Fonte: da autora

É patético observar os indicadores pactuados nas normativas operacionais, ao comparar o que se presume que deveria ser exigido em matéria de ST e o que se exige em outras áreas, inclusive no elenco de ações de vigilância.

Já nos indicadores do Pacto da Atenção Básica, da NOAS 01/2001, a redução da mortalidade infantil e materna mostrava uma intenção da gestão mais determinada, ao encomendar um panorama epidemiológico que pudesse preparar ações mais contundentes para alcançar o objetivo pactuado. As diversas taxas e proporções (mortalidade infantil; mortalidade infantil por causas evitáveis; óbitos infantis sem assistência médica; mortalidade materna; óbitos de mulheres em idade fértil investigados; recém-nascidos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal; partos e abortamentos em adolescentes) estabelecidas na pactuação já davam a tônica do enfrentamento da questão. Os frutos dessa imperiosa e fundamental atitude da gestão do SUS no enfrentamento do problema colhem-se hoje com a redução da mortalidade infantil e materna no país (BRASIL, 2014). O mesmo não se pode dizer da saúde do trabalhador. Ao contrário da saúde da mulher e da criança que não estão inscritas na Constituição Federal/88, a ST, embora inscrita constitucionalmente, não mereceu a mesma atenção na pactuação intergestora nacional do SUS.

No caso da vigilância em saúde, no tocante ao controle de doenças e agravos prioritários, no mesmo pacto citado, os indicadores são claramente indutores de uma mudança de atitude da gestão (cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano de idade; cobertura vacinal contra influenza; proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas, após a notificação; número de casos confirmados de tétano neonatal; número de casos confirmados de sífilis congênita; taxa de incidência de tuberculose; taxa de prevalência de hanseníase; taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos de idade). Nenhuma menção se fazia à saúde do trabalhador.

Em 2006, nas prioridades do Pacto pela Vida a gestão assume uma postura mais incisiva exigindo metas de cumprimento de redução de agravos que, inclusive em alguns casos, aproximam-se dos seus fatores determinantes. Além da redução da mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias, são exemplos bem objetivos: a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero; a ampliação para 60% da cobertura de mamografia; atingir o patamar de eliminação da hanseníase, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os

municípios prioritários; 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano; reduzir em 15% a incidência de malária na região da Amazônia Legal; entre outros. Saúde do trabalhador não é mencionado.

No Pacto de Gestão, o Termo de Compromisso de gestão municipal, faz uma curiosa menção à vigilância: “*assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.*” (BRASIL, 2006b). Mais uma vez, observamos o desvio do olhar da gestão ao não enxergar a (vigilância da) saúde do trabalhador como uma necessidade constitucional presumida. Desvio que permanece após o Pacto pela Saúde observado na Portaria MS/GM Nº 2.699, de 03/11/2009 - Meta Brasil – (BRASIL, 2009) e na Resolução MS/GM Nº 5, de 19/06/2013 (BRASIL, 2013b), cujos objetivos e metas pactuadas restringem-se, respectivamente, ao aumento do número absoluto de notificações de agravos relacionados ao trabalho e ao aumento do número de municípios que os notificam.

Observamos que esses indicadores não se tratam de taxas de incidência ou prevalência desses agravos, tampouco de investigação de agravos ou óbitos 'confirmados'. Ou seja, nenhum indicador como sinal apontando para uma eventual futura tomada de decisão.

Saúde do Trabalhador – as normas instituídas

A normatização da saúde do trabalhador no SUS vem andando a passos lentos, refletindo o embate que se travou na Assembleia Constituinte em relação ao tema. Sonia Fleury, em depoimento, observou “*...a tentativa de colocar mais claramente na Constituição Federal os direitos em relação à saúde do trabalhador, dos quais não entrou quase nada.*” (BRASIL, 2006, p. 93-94).

A inclusão da Saúde do Trabalhador como atribuição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 foi um processo cercado por polêmicas, desde a aprovação da substituição do termo anterior "saúde ocupacional", considerado pelos técnicos progressistas e a área sindical como incompleto, ao apego a antigas teses trabalhistas que relacionavam a área da saúde no trabalho como prerrogativa específica do Ministério do Trabalho (RODRIGUEZ-NETO, 2003). Ainda assim, a ST foi consignada como diretiva constitucional e alcançou algum destaque na legislação regulamentadora constitucional.

Com a Lei 8.080/90, algumas atribuições foram colocadas no artigo 6º, parágrafo 3º, com o entendimento da saúde do trabalhador enquanto um conjunto de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, promoção, proteção, recuperação, reabilitação e de que os trabalhadores estão submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Para melhor explicitar essas ações, a Lei 8.080/90 colocou o espectro de abrangência em oito tópicos (incisos). Embora a Lei 8.080/90 tenha aprofundado a compreensão do constituinte quanto ao tema, é bastante evidente a frouxidão do legislador ao assinalar em três dos incisos, como atribuição do sistema, a expressão participação, no âmbito de competência do SUS. Essa ideia de participação revela o embate ocorrido com os setores que não desejavam que o SUS assumisse a responsabilidade mais direta pela intervenção nos processos e ambientes de trabalho (VASCONCELLOS, 2007).

A rigor, o embate sobre a competência do SUS no exercício da vigilância plena em ST mantém-se, especialmente provocado por setores do aparelho de Estado situados na esfera do trabalho. Recentemente houve interpelação levada pelo setor de fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego à Advocacia Geral da União sobre a competência do SUS em inspecionar os processos e ambientes de trabalho (DIHS-LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2015).

A ocorrência de um inoportuno conflito de competências que se pauta no corporativismo de certas instâncias estatais, por certo, reflete na lassidão da gestão do SUS em assumir as necessidades presumidas em ST.

A hierarquia proposta pelo SUS, em sua formulação de Saúde do Trabalhador, estabelece uma organização interdisciplinar a partir da epidemiologia, constituindo um saber dogmático característico da área de saúde. Por sua vez, no campo do Ministério do Trabalho e Emprego, o arcabouço interdisciplinar da saúde do trabalhador é fundamentado e hierarquizado através da submissão das outras disciplinas ao estudo das relações de trabalho. Essa disputa teórica é muitas vezes intuitiva e, sobretudo, condicionada pelos próprios micropoderes existentes dentro das instituições de referência. Isso inclui de forma perversa os corporativismos que se auto-reproduzem como fim de sua ação institucional, constituindo-se num campo fechado de negócios e saberes (MACHADO, 2004, p. 7-8).

De qualquer modo, ainda que com uma certa timidez do legislador, a Lei 8.080/90 estabelece nos seus oito incisos de saúde do trabalhador ações que, a priori, dariam conta do que se presume atendem às necessidades da área, caso tivessem obtido a capacidade operacional decorrente de metas pactuadas nos mecanismos de gestão do SUS. O que ocorreu com a área de saúde do trabalhador foi a emissão de cartas de intenções, sob a forma de instrumentos normativos do tipo Planos e Políticas,

que não se mostraram suficientes para se traduzirem em ações concretas na rede do sistema. Merecem destaque algumas iniciativas que pretendiam sensibilizar a gestão para as necessidades presumidas em ST.

A partir da NOB-SUS 01/96, foi emitida a Portaria MS nº 3.908, de 30/10/1998, que aprovou a NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - (BRASIL, 1998). Ela estabelecia procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS, definindo o elenco mínimo de ações a serem desenvolvidas pelos municípios, estados e DF, habilitados nas condições de gestão previstas na NOB. A NOST foi proposta por GT em 1994, tramitou no CNS três anos e passou por um processo de discussão e negociação envolvendo diversos segmentos e representações sociais. Teve sua redação final aperfeiçoada pela CIST nacional. Sua aprovação, na época, foi de fundamental importância para a área porque fazia referência aos mecanismos de financiamento das ações de ST, detalhando e complementando a NOB-SUS 01/96. Dentre os mecanismos de financiamento criava o Índice de Valorização de Resultados (IVR), cujos critérios deveriam ser definidos pela Comissão Intergestores Tripartite. Dos componentes do IVR definidos na NOST encontravam-se a organização de unidades de referência em ST, implementação de unidades municipais e o registro de 100% dos casos atendidos de acidentes de trabalho e agravos decorrentes do processo de trabalho (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005). A NOST permaneceu como carta de intenções e foi superada pelos novos mecanismos de pactuação que viriam na sequência. Do que se propunha nada foi efetivamente implementado.

No mesmo ano de 1998, também após um período de longa tramitação no CNS, na CIST e no Ministério da Saúde, foi promulgada a Portaria nº 3.120, de 01/07/1998 (BRASIL, 1998b), que aprovava a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Até hoje essa Instrução Normativa serve como parâmetro para organizar ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), conforme pode ser observado em alguns projetos desenvolvidos em vários estados. Contudo, a Visat ainda não foi implantada no SUS, de forma sistemática, conforme preceitua a Constituição Federal. *“Apesar de serem muitas as iniciativas, são minoritários os casos em que se pode falar de implementação de ações sistemáticas de VISAT, isto sem contar que em muitos locais do país sequer elas existem”* (VASCONCELLOS *et al.*, 2014, p. 4618).

Como se vê, mesmo ainda servindo como roteiro metodológico de ações, essa normativa também pode ser tida como mera carta de intenções.

Recentemente, duas declarações políticas foram emitidas. Uma em 2011, pelo Decreto Nº 7.602, de 07/11/2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (BRASIL, 2011e) e outra, em 2012, pela Portaria Nº 1.823, de 23/08/2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (BRASIL, 2012). A primeira, interministerial, diz respeito à pretensa integração entre as áreas de Saúde, Trabalho e Previdência, cujo objetivo foi atenuar o conflito de atribuições sem, contudo, resolvê-lo. A segunda, do Ministério da Saúde, trata exclusivamente da saúde do trabalhador no SUS reafirmando o que foi enunciado em outros dispositivos.

A existência de duas políticas nacionais sobre saúde do trabalhador, quando se tem uma determinação constitucional nítida sobre a área, inserindo-a no SUS, é uma aberração do ponto de vista institucional e organizacional das ações e serviços.

Ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter NENHUMA política de Estado para a área. Quem tem duas não tem uma. Demonstra-se que se cria uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS.... Enquanto diversas corporações e instituições se mantiverem reativas e não compreenderem que o SUS é o responsável pela condução das políticas de saúde pública no Brasil e que a saúde do trabalhador, no seu todo, é uma política de saúde pública, andaremos sem um marco referencial legal e legítimo de política de Estado estruturante para a área. Essas corporações e instituições reativas não se situam só no campo da previdência e do trabalho... Estão inseridas no próprio setor saúde, especialmente nas suas instâncias de gestão... (VASCONCELLOS, 2013, p. 180).

Uma iniciativa operacional da área de ST foi, em 2002, a constituição da Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002 (BRASIL, 2002b), cujo objetivo era a criação de uma rede, com o objetivo de articular ações de ST, conferindo legitimidade aos serviços já existentes no Brasil, buscando dar-lhes visibilidade na estrutura do SUS (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Em 2005, a Renast foi modificada pela Portaria GM/MS nº 2.437, de 07/12/2005, revogada em 2009, pela Portaria nº 2.728, de 11/11/2009 (BRASIL, 2009), que vigora até hoje. A Renast, desde sua origem, passou a ter como estrutura efetora os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Com a Renast, os Cerest foram sendo habilitados e recebendo incentivos financeiros, na modalidade de aportes para a instalação e mensal. Esses recursos,

rubricados na alta complexidade do Ministério da Saúde, continuam sendo repassados, até hoje, conforme critérios estabelecidos na Portaria citada. Leão e Vasconcellos (2011) assinalam que mesmo com o aporte financeiro e numérico dos Cerest, como estratégia de articulação das ações os resultados ainda se situam aquém das expectativas geradas com a sua implantação.

Hoje temos no Brasil 210 Cerest (RENAST *online*, 2015). Mesmo com o incremento dos Cerest nos últimos anos, o fato de que os critérios de habilitação para o repasse de recursos e funcionamento não são transformados em metas e indicadores nas diretrizes dos planos de ação, como podemos observar na “Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde” (BRASIL, 2013b) resulta numa atuação não sistemática e errática desses serviços. A relação dos Cerest com a gestão do SUS no nível local é permeada por tensões permanentes na utilização dos recursos e na compreensão de sua própria missão.

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

Em matéria de utilização de recursos para áreas não tidas como prioritárias pela gestão do SUS, caso da saúde do trabalhador, os desvios de caminho são flagrantes, a ponto de se manter dinheiros acumulados e intocáveis por força da rubrica. “*O que se assiste em geral são Cerests sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas*” (COSTA *et al.*, 2013, p. 18).

Uma das razões para esses desvios de caminho da gestão é a Portaria MS/GM Nº 2.135, de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Nela se lê no seu artigo 1º § único: “*O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: II – respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). ...*” (BRASIL, 2013c). Ora, se no processo de pactuação nacional, à área de saúde do trabalhador cabe, tão somente, “*Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificado.*” (BRASIL, 2013b) é de se supor que a pactuação nas esferas locais e regionais não sejam impelidas a ir além desse tipo de ação.

Seja por necessidades manifestas, que induzem a gestão do SUS a prover ações estranhas à área de ST, seja por desvios da mesma gestão em não cumprir o que lhes diz respeito, inclusive em matéria de utilização dos recursos alocados, é muito penoso aos técnicos inseridos nos serviços fazer ou viabilizar que se faça o que é devido à saúde dos trabalhadores.

O rol de atribuições dos Cerest é enorme e estamos muito aquém de impulsionar a área de ST no SUS, sem uma pactuação que faça cumprir a missão estabelecida dos serviços traduzida em indicadores efetivos de ações executadas. Dentre o elenco de suas atribuições, capazes de gerar indicadores de ações executadas, estão elencadas, entre outras, na PNSTT: intervenção nos processos e ambientes de trabalho; produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de ST, nas instituições e empresas públicas e privadas; planejamento conjunto entre as vigilâncias; atualização e/ou revisão dos códigos de saúde; notificação compulsória e investigação obrigatória dos acidentes de trabalho graves, com óbito e intoxicações por agrotóxicos; disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST; capacitação para aplicação de protocolos e linhas de cuidado em ST, incluindo a vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho; capacitação voltada para o movimento social, movimento sindical e controle social; articulação entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas; desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a ST no SUS (BRASIL, 2012).

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

Considerando as normativas de abrangência nacional direcionadas à área de saúde do trabalhador, cujo pressuposto foi o de atender as necessidades presumidas, observando o quadro a seguir com os tópicos da Lei 8.080/90 vemos o quanto ainda se carece de implementação efetiva de ações concretas.

Quadro 5
Ações de Saúde do Trabalhador no SUS – Incisos do Artigo 6º, Parágrafo 3º, da Lei 8.080, de 19/09/1990, e comentários sobre a sua implementação

Art.6º, §.3º, Lei 8.080/90 - Incisos	Legislações Complementares	Comentários
I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho	Sem Regulamentação específica	Garantida indistintamente a todos, trabalhadores ou não, com base no princípio da universalidade
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho	Portaria 3.120, de 01/07/1998	Apontada como princípio e objetivo de Vigilância em Saúde do Trabalhador
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador	Portaria 3.120, de 01/07/1998	Apontada como princípio e objetivo de Vigilância em Saúde do Trabalhador
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde	Sem Regulamentação específica	Pesquisas acadêmicas efetuadas com este objetivo, normalmente não são incorporadas como avaliações pelo SUS para a tomada de medidas de intervenção
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional	Sem Regulamentação específica	Resultados de fiscalizações e avaliações são negados sistematicamente às entidades sindicais, sob o argumento de sigilo. É habitual a proteção do infrator, numa ética ao inverso
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas	Sem Regulamentação específica	Serviços de Saúde de empresas quando fiscalizadas o são pela área de inspeção do trabalho
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais	Realizada em 1999, por meio da Portaria 1339, de 18/11/99	A periodicidade não foi ainda estabelecida. Desde 1999 não se tem conhecimento de iniciativas para efetuar a revisão
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores	Sem Regulamentação específica	Não existem canais formais de comunicação entre os sindicatos e o SUS para dar seguimento a essa ordem. Eventuais denúncias são acolhidas de forma pontual e aleatória por outras instâncias, como o Ministério Público

Fonte: da autora

O fato de se ter uma inflação normativa no Brasil, especialmente no SUS, indica-nos certa cautela em pensar que novas normas resolverão o problema que as necessidades em saúde do trabalhador presumem. Entretanto, se as normas que vêm sendo feitas funcionam mais como cartas declaratórias e de intenção, é preciso repensá-las e, eventualmente, editar normas que sejam efetivamente operacionais, com

maior nível de exigibilidade de resultados e cumprimento de metas. Muito do que tem sido feito até agora apenas tangenciou as necessidades presumidas. A contenção dos desvios da gestão passa pela mudança de atitudes com clara amarração das ações, vinculando-as ao cumprimento de metas que atendam às reais necessidades presumidas para a área e que gerem indicadores, capazes de serem avaliados e acompanhados.

Por se tratar de uma área singular, cujas peculiaridades passam pela participação efetiva dos trabalhadores e seus representantes, inclusive referendada nas normativas declaratórias, é fundamental que se estabeleçam mecanismos mais viscerais dessa participação. Nesse sentido, as metas devem contemplar os mecanismos participativos, cujos indicativos declaratórios de princípios e diretrizes já estão contemplados, de algum modo, na Renast e na Política (PNSTT).

As Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) são estruturas que acompanham a implantação e o funcionamento da Renast, pretensamente capazes de exigirem o cumprimento das necessidades presumidas e de serem instâncias de cultivo das necessidades manifestas e de monitoramento sobre os desvios da gestão do SUS. Estabelecidas em consonância com os artigos 12 e 13 da Lei 8.080/90, têm sua atuação, atualmente, restrita e debilitada, cuja capacidade de servir como pulmão da área, oxigenando as ações e serviços, é quase inexistente. Segundo o Inventário Renast 2010-2011, somente *“7% dos Cerest sempre contam com a participação dos trabalhadores.”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 32).

Vinculadas ao controle social do SUS, as CIST acabam por representar segmentos minoritários dos trabalhadores que não dão conta da complexidade e diversidade do mundo do trabalho em cada nível local. Além de problemas na estruturação dessas comissões (composição, coordenação, quantitativo, abrangência, regionalização, autonomia, etc.), no âmbito dos Conselhos de Saúde, a própria participação de representação dos trabalhadores é inferior, por exemplo, às associações de moradores e organizações religiosas. Baseada na pesquisa: *“Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”*, realizada entre os anos de 2003 a 2007 (MOREIRA; ESCOREL, 2009), Furtado (2012) analisou os tipos de representação nos conselhos de saúde. No quadro 6 vemos uma síntese dos resultados.

Quadro 6
Entidades que representam os usuários em todos os 5.564 Conselhos Municipais de Saúde do Brasil, segundo o tipo, número absoluto e percentual – Brasil, 2007

Entidades	Número absoluto	Nº percentual %
Organizações de moradores	6.613	26,11
Outros*	5.336	21,07
Organizações religiosas	5.221	20,61
Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais	5.131	20,26

Fonte: Furtado, 2012, segundo ParticipaNetSUS. (resumido)

* A categoria Outros foi assim classificada, por não estar relacionada na Resolução 333/2003, do CNS, que define as entidades participantes. Entre estas temos: Rotary; Lions; maçonaria, Dirigentes Lojistas; clubes desportivos; rádios; grupos musicais e bandas; partidos políticos; grêmios estudantis; laboratórios de análises clínicas (FURTADO, 2012, p. 79).

Se considerarmos que as CIST são comissões sem poder deliberativo, vinculadas aos conselhos, cuja participação da organização de trabalhadores nos mesmos é minoritária, é de se esperar que as demandas (necessidades manifestas), levadas ao plenário dos conselhos, sejam igualmente minoritárias em relação às demais demandas levadas por outras representações, tais como as de moradores e religiosas.

Pensar alternativas de representação faz parte do universo de mudanças requeridas para o atendimento das necessidades presumidas em saúde do trabalhador.

Capítulo 3 – Uma síntese reflexiva e propositiva – vislumbrando cenários de aproximação entre a saúde do trabalhador e a gestão do SUS

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (Guimarães Rosa, 2001, p.332).

Primeiras reflexões propositivas

Ao refletir sobre a política de saúde do trabalhador no Brasil, analisando sua implementação prescrita formalmente na base legal e desprezada na operacionalização de ações e serviços de saúde que impactem positivamente na vida dos trabalhadores, podemos observar que existe um ‘vazio’ a ser urgentemente enfrentado e modificado.

Segundo Lima e D’Ascenzi (2012), a análise de políticas públicas se dá por meio de uma abordagem sequencial em 3 (três) fases: formulação, implementação e avaliação.

Na fase de formulação temos a escolha dos problemas que merecem a intervenção estatal e é permeado pela lógica da atividade política. Em matéria de saúde do trabalhador, podemos inferir que nessa fase, especialmente no curso da Reforma Sanitária, havia um forte componente de expectativa de intervenção estatal.

Já a implementação está na esfera da prática administrativa, na execução das atividades adotadas na etapa anterior, onde se encontram uma multiplicidade de atores de organizações e interesses distintos que interagem e negociam em um cenário onde estão sujeitos às variáveis dos recursos disponíveis principalmente relacionados à esfera econômica e financeira. Por isso, a clareza dos objetivos a serem alcançados e o contexto social, configurado no apoio da população à política, influenciam diretamente na sua efetivação. Nessa fase, adversa à ST, é de se supor que houve uma perda progressiva da clareza dos objetivos, especialmente ligado a um contexto francamente neoliberal, onde a classe trabalhadora perdeu força como formuladora e tutora da execução das formulações.

Na fase de avaliação temos o questionamento do impacto dessa política no problema previamente selecionado ou, mais objetivamente, nos resultados alcançados. Cabe nessa etapa questionar se esses resultados produziram efeitos e se eles foram desejáveis ou não. Nesse caso, a avaliação, no que concerne à ST, restringe-se mais ao que não foi implementado do que aquilo que foi efetivamente realizado.

Por esse modelo de análise, notamos claramente que a escassa implementação nas normas operacionais (notificações de agravos em ST) não produzem os resultados

esperados (melhoria das condições de saúde da população trabalhadora), por falhas no no próprio processo de implementação mas, principalmente, pelo tipo de medidas propostas como implementáveis (operacionalidade por dentro do sistema).

Objetivamente, se as esferas decisórias de gestão do SUS exigem do sistema, ao longo de sua existência, apenas a notificação de agravos relacionados ao trabalho, sem qualquer apreciação ou direcionamento para seu controle e prevenção, configurando-se em números brutos ou absolutos nos sistemas de informação, é esperado que os atores implicados no planejamento e operação do sistema negligenciem a execução de ações que, de fato, viabilizem a política. Resultados concretos de enfrentamento do adoecimento e morte no mundo do trabalho deixam de existir e passam a sensação de ‘vazio’. Em se tratando de planejamento em saúde, vazios são sinais claros, pela ausência, de que precisam ser preenchidos.

Nesse sentido, com base no que foi exposto até aqui, é imperioso pensar em estratégias de preenchimento dos vazios da saúde do trabalhador, quando tratamos da gestão do SUS.

Como roteiro para a uma reflexão propositiva, capaz de vislumbrar cenários de aproximação entre a saúde do trabalhador e a gestão do SUS, utilizamos os postulados de Mazmanian e Sabatier (1989), que consideram seis condições para se alcançar a efetiva implementação da política pública:

1 - legislação ou outras diretivas legais capazes de resolver conflitos para alcançar os objetivos; 2 - legislação capaz de incorporar aportes teóricos que identifiquem fatores que afetem e implementem objetivos sobre grupos-alvo; 3 - legislação que viabilize a estruturação do processo de implementação, especialmente quanto ao envolvimento das agências (instituições), com a adequada integração hierárquica, clareza das regras de decisão, suporte financeiro e infra-estrutura; 4 - liderança nas agências (instituições) implementadoras capazes de dar consequência aos objetivos; 5 - suporte de organizações e grupos de sustentação durante o processo de implementação; 6 - objetivos que não sejam definidos por objetivos emergenciais e se sujeitem a mudanças políticas conjunturais (MAZMANIAN; SABATIER, 1989, p.41-42). (traduzido)

Em relação ao 1º postulado – *legislação ou outras diretivas legais capazes de resolver conflitos para alcançar os objetivos* –, tendo em conta que falta à CF/88 e à Lei 8.080/90 a capacidade de resolver conflitos, resta ao próprio SUS na operacionalização da gestão tomar essa iniciativa. O Decreto 7.602/2011 (Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho), interministerial, que pretendeu integrar as áreas de Saúde, Trabalho e Previdência, não foi capaz de resolver o conflito de atribuições, porquanto permanecem questionamentos sobre o real significado de

vigilância em ST, peculiar ao SUS. Essa situação, embora não seja tão relevante, é ainda um entrave para o desenvolvimento da vigilância na área.

Uma legislação que se pretenda efetivamente integradora de áreas e com capacidade de resolver conflitos de competências entre entes estatais, ainda não foi eficazmente elaborada pelo Estado brasileiro. O fato, todavia, não impede que a gestão do SUS, à luz de sua missão constitucional, traga para si a responsabilidade de provocar o Estado nessa direção, ao mesmo tempo em que elabore mecanismos mais operativos para que os conflitos, nas arenas de disputa de competências, possam ser efetivamente atenuados. Nesse sentido, faltam normativas mais incisivas de articulação intersetorial, ações conjuntas e definição política mais clara da gestão do SUS em relação ao problema. A ausência de diretivas legais que apontem claramente objetivos, metas e indicadores é, também, um fator de insegurança que contribui para se arguir a a competência do SUS nas ações de vigilância em ST. Finalmente, faltam, ainda, legislações de caráter local, leis orgânicas municipais e códigos sanitários, especialmente, para consolidar as necessidades presumidas nas leis antecedentes.

O 2º postulado – *legislação capaz de incorporar aportes teóricos que identifiquem fatores que afetem e implementem objetivos sobre grupos-alvo* – é uma condição a priori já apontada na Lei 8.080/90. Ainda sem regulamentação operacional, os seus incisos II, IV e V (Art.6º, §.3º) são claramente portadores dessa variável de incorporação teórica e identificação de fatores. Além do que se vê nas cartas declaratórias da área de ST, como recomendações dessa ordem, não existem, até hoje, normas pactuadas no SUS que apontem para isso.

No caso do 3º postulado – *legislação que viabilize a estruturação do processo de implementação, especialmente quanto ao envolvimento das agências (instituições), com a adequada integração hierárquica, clareza das regras de decisão, suporte financeiro e infra-estrutura* – podemos considerar dois aspectos quanto ao entendimento de quais são as agências (instituições).

A - No nível macro, agências enquanto a própria estrutura do SUS com a sua rede de serviços que atende, a priori, aos quatro pressupostos *integração hierárquica, clareza das regras de decisão, suporte financeiro e infra-estrutura*, cuja *estruturação do processo de implementação* depende das pactuações e da emissão de normativas para viabilizá-las; e

B - No nível micro, agências enquanto os Cerest que compõem a estrutura da Renast. Neste caso, como a *estruturação do processo de implementação* depende do

que é pactuado no nível macro, o processo de implementação se inviabiliza. Ainda que haja algum suporte financeiro e alguma infra-estrutura, o próprio grau de autonomia destas agências sequer é pactuado no nível macro.

No 4º postulado dos autores – *liderança nas agências (instituições) implementadoras capazes de dar consequência aos objetivos* – situamos, fundamentalmente o argumento da dissertação. Quando a CF/88, em seu artigo 198, assinala como diretriz organizacional, em seu inciso I, *descentralização, com direção única em cada esfera de governo* está indicando a liderança de direito exercida pelo poder executivo de cada ente federativo, numa república federativa. Não cabe discutir aqui o conceito de liderança (inclusive com o significado distinto entre a liderança ‘de fato’ e a ‘de direito’), mas presume-se que a gestão do SUS é a liderança investida da capacidade não só de liderar processos políticos e administrativos, como decidir na sua esfera de governabilidade. No caso do SUS, com pactuações entre os entes federativos obrigatoriamente estabelecidas em lei, essa liderança é compartilhada entre os diversos representantes. Daí, quando em nossa questão norteadora indagamos se “*a área de saúde do trabalhador é inserida como ação de saúde pública prioritária no arcabouço normativo operacional da gestão do SUS?*”, estamos invocando a capacidade de liderança do gestor do SUS de fazer valer sua investidura para cumprir a missão constitucional. Pelo que vimos até aqui, com a ST tratada pela gestão de forma marginal, periférica e irrelevante, podemos dizer, seguindo o que propõem Mazmanian e Sabatier (1989), que essa condição para a efetiva implementação da política pública não encontra na gestão do SUS um esteio adequado para a sua realização. A gestão do SUS, em geral, exerce uma liderança que exclui os trabalhadores em seus sofrimentos diários como liderados aguardando pela garantia da defesa de sua vida e saúde.

O 5º postulado – *suporte de organizações e grupos de sustentação durante o processo de implementação* – nos remete fortemente à intersetorialidade requerida para o desenvolvimento da área de ST. Dada a complexidade do mundo do trabalho, não é viável a implementação da política sem se atuar na visão original do SUS como sistema. Desde as ações conjugadas dentro dos próprios serviços de saúde (intrasetorialidade), comprometendo as diversas vigilâncias, a atenção básica, a rede em geral até as articulações com as inúmeras agências (instituições) não diretamente subordinadas ao SUS, é mandatório que a gestão do SUS se posicione e lidere o desencadeamento desses processos. O comportamento gerencial do SUS não trafega

por essa linha, dificultando parcerias, convênios, projetos comuns, ações conjuntas, planos estratégicos compartilhados, para ficar em algumas iniciativas.

Algumas organizações e grupos de sustentação são essenciais para a implementação da área, com destaque para as organizações de trabalhadores formais e informais. Nesse sentido as cartas declaratórias da área de ST reforçam a sua importância e a recomendam como condição *sine qua non* para a implementação da política. Outras agências são também essenciais para o desenvolvimento da política e, nesse ponto, a Renast tem a capacidade estrutural de ser o interlocutor da gestão nas aproximações. Podemos destacar os setores estatais da Previdência Social, do Trabalho, do Ministério Público, das Universidades e dos parlamentos locais, entre outras inúmeras agências.

Finalmente, o 6º postulado – *objetivos que não sejam definidos por objetivos emergenciais e se sujeitem a mudanças políticas conjunturais* – evidencia uma recomendação sobre aquilo que foi recorrente na dissertação: as necessidades manifestas. Na visão dos autores, coincidente com a nossa, não se sustentam planos de implementação de política com o atendimento de necessidades manifestas, sem que se tenha em conta o que entendemos como necessidades presumidas, razão de ser do sistema, em si mesmo.

Vislumbrando cenários para concluir

Argumentando fortemente sobre as necessidades presumidas, cujo fulcro é a lei antecedente, pode parecer que um cenário desejado é a confecção de novas normativas que façam justiça à saúde do trabalhador. Não é bem assim.

A inflação normativa no Brasil, especialmente na esfera da saúde pública, nos deixa acutelados na proposição de mais normativas. O que ocorre é que a pactuação do SUS é um processo dinâmico e ininterrupto que tem como resultado a edição de normas de legitimação e operacionalização desses pactos. É nesse sentido que para que a gestão demonstre intencionar resolver o problema da saúde do trabalhador não há outra saída que não seja recheiar as normativas pactuadas com metas e indicadores mais objetivos de ST.

Todas as recomendações, com princípios, diretrizes, objetivos, atribuições e competências de cada ente federativo estão muito bem alinhavadas nas cartas declaratórias da ST. Todavia, todo o esforço formulador, nascido na CF/88, passando pela Lei 8.080/90 e por todas as normas da ST até chegar na PNSTT, resumiu-se, do

lado da ST a cartas de intenções e do lado da gestão do SUS a aumentar a notificação de agravos, por sinal incipiente.

De forma esquemática e objetiva, no quadro 7 assinalamos algumas variáveis com potencial de se tornarem metas e indicadores exigíveis nas normativas pactuadas de gestão do SUS. O quadro tem como principais parâmetros as Portarias de números 3.120/1998; 1.823/2012; e 1.271/2014 (BRASIL, 1998b; 2012; 2014). Na sequência do quadro tecemos alguns comentários sobre cada um dos tópicos propostos.

Quadro 7
Metas de ações e serviços em ST para construção de indicadores universais
Componentes propostos para inclusão em normativas pactuadas de gestão do SUS

Ações e Serviços em ST	Exemplos
Agravos em geral Doenças e Acidentes	Meta: inclusão de indicadores por tipo de agravos e/ou setor econômico e/ou território e outras variações. Mortalidade, Morbidade e outros, com base em dados do SIA/SIH-SUS, SINAN, Sistema CAT, e-SUS e outros. Meta: aumento progressivo anual até atingir 100% no período X. Meta: construção de séries históricas cumulativas e renovadas (no máximo anualmente) dos indicadores ; Meta: redução de X agravos prevalentes por setor econômico e/ou território no período X. ¹
Vigilância	Meta: X ações e abertura de X processos administrativos, com base na Portaria 3.120/98, na área de abrangência, baseados em necessidades manifestas emergenciais e necessidades presumidas de acordo com séries históricas do item agravos em geral. ²
Qualificação e capacitação de equipes	Meta: X atividades de qualificação classificadas por tipo, período e público alvo. Construção de indicadores de avaliação das atividades por tipo, período e público alvo. ³
Investigação de eventos graves no trabalho	Meta: criação de 1 (um) Comitê de Investigação de Acidentes Graves e Fatais por área de abrangência – Cerest Estadual e/ou Regional. Construção de indicadores de investigação realizadas por setor econômico, período e procedimentos adotados. ⁴
Espaços de articulação entre serviços, academia e trabalhadores, no âmbito dos CEREST.	Meta: criação de 1 (um) Fórum de Formação para a Ação em ST, com ênfase na Vigilância, por área de abrangência – Cerest Estadual e/ou Regional. Construção de indicadores de avaliação das atividades por tipo, período e público alvo. ⁵
Necessidades manifestas específicas e explícitas	Meta: identificação de demandas e problemas a partir dos trabalhadores do território. Construção de indicadores de acompanhamento e avaliação das atividades por tipo, período e público alvo. ⁵
Mapeamentos e perfis	Meta: identificação de 100% do setor produtivo e entidades representativas de trabalhadores de acordo com a PNSTT. Construção de indicadores associados aos demais parâmetros de avaliação da situação de saúde. ⁶

Fonte: autora

¹ Essas metas são subsídios para a operacionalização, factíveis de serem incluídas nas pactuações de gestão do SUS. Alguns dos indicadores para o seu acompanhamento são: taxas de incidência e prevalência de agravos relacionados ao trabalho por território, setor produtivo, faixa etária, gênero, profissão etc. Conforme a Portaria N° 1.271, de 06/06/2014 (BRASIL, 2014), o item n° 15 da Lista Nacional de Notificação Compulsória, anexa, assinala como evento de saúde pública aquele que se constitua

em ameaça, considerando qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes e intoxicações. Vemos que os agravos relacionados ao trabalho, quaisquer que sejam, estão amplamente contemplados, merecendo atenção, investigação e controle sistemático para orientar intervenções que produzam mudança nos quadros de saúde dos conjuntos populacionais (MENDES; WÜNSCH FILHO, 2013, p. 212).

² A Portaria 3.120/98 estabelece os parâmetros para a realização da Vigilância em ST, por parte dos Cerest e da Vigilância Sanitária local, sempre em conjunto com os representantes dos trabalhadores, obedecendo a diversos critérios, tais como fases preparatórias das ações e intervenções de impacto em setores econômicos selecionados, em função de demandas e perfis de agravos. As ações geram processos administrativos na Vigilância Sanitária, de modo a acompanharem, ao longo do tempo, as transformações requeridas no(s) estabelecimento(s) de trabalho investigado(s). (BRASIL, 1998b).

A Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, do Caderno de Objetivos, Diretrizes e Metas 2013-2015 (BRASIL, 2013b) aponta um inventário único de indicadores a ser utilizado pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, em conformidade com o planejamento regional. No inventário, as ações de vigilância em ST poderão estar claramente estabelecidas com indicadores que propiciem o acompanhamento que apontem resultado nas condições de saúde verificadas nas metas propostas no item anterior (¹).

Goldsmith e Eggers (2006) ao analisarem os desafios do trabalho em rede, como é o caso da vigilância, citam a importância da congruência de metas na gestão do setor público, qualificando-as como um componente essencial e contínuo para a solução de problemas. Destacam que o processo de execução poderá variar, desde que a meta seja cumprida. Por exemplo, a morte no trabalho poderá obedecer a formas variadas de enfrentamento, mas sua redução deve estar garantida. Acrescentam que no caso de problemas com maior complexidade, o foco principal deverá ser o alinhamento dos resultados, com clareza e objetividade para evitar incongruências.

³ É de fundamental importância capacitar e treinar os trabalhadores da saúde para as ações de vigilância em ST. Além disso, por se tratar de saúde do trabalhador, os

trabalhadores como co-partícipes da ação (Portaria 3.120/98) devem ser também capacitados. A própria Lei 8.080/90 prevê em seu art.14 a formação e educação continuada para os recursos humanos do SUS. Interpretamos que, no caso da vigilância em ST, representantes de trabalhadores são recursos humanos para essa modalidade de ação. Entendemos, ainda, a vigilância em saúde como principal estratégia para superar o modelo assistencial e que ações assistenciais e preventivas têm impactos distintos. As primeiras dão resposta às necessidades (manifestas) e as preventivas visam a mudança do quadro social de uma doença (necessidades presumidas), podendo modificar a demanda futura pelos serviços de saúde da população (MATTOS, 2007).

As ações de vigilância estão prescritas e previstas desde a NOB 93, contudo no que tange à ST, ainda não há exigência em efetivá-las nas pactuações. Adotar a vigilância em ST é uma estratégia que requer formação e capacitação permanente do agente público. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), desde o Pacto pela Saúde, considera que se deve *articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde (...)* (BRASIL, 2009b). Para isso estabelece critérios para alocação de recursos orçamentários e o financiamento se dá por meio de transferências pelo bloco de Gestão do SUS, mediante os mecanismos de pactuação. Mais uma vez observamos a possibilidade de existir uma formação direcionada para vigilância em ST, desde que exista a vontade do gestor. Sendo os agravos e mortes no trabalho uma realidade e um grave problema de saúde pública é urgente formar um grande número de agentes públicos e trabalhadores para o entendimento e enfrentamento desse quadro com clareza dos objetivos e metas a serem alcançadas.

⁴ À semelhança dos Comitês de Investigação de Morte Materna instituídos no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Tripartite em 18/03/2004 (BRASIL, 2004b), os Comitês de Investigação de Acidentes de Trabalho Graves e Fatais, por seu caráter intersetorial e interdisciplinar, podem desencadear ações conjuntas com alto grau de evidenciação de problemas crônicos e recorrentes, de modo a criar uma cultura ostensiva de prevenção e promoção da saúde, além de possibilitar a garantia da implementação da PNSTT. Atualmente, encontra-se em alguns estados a proposta de criação desses comitês (DIHS-LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2015b). A morte no trabalho é um evento de grave

representação social, subinformado, mas que pode ser evitado por meio de ações preventivas e de vigilância. Adotar como uma estratégia a implantação de comitês de estudo das mortes no trabalho estimularia posteriormente a qualidade do registro dentro dos setores de informação e vigilância epidemiológica nos estados e municípios. A proposta é que a criação destes comitês sejam pactuados e contenham uma agenda de compromissos, estratégias e ações com um cronograma que defina prioridades e responsabilidades. Inclusive, dando mais visibilidade social e política às mortes no trabalho.

⁵ Recentemente foi criado, no Rio de Janeiro, um Fórum Intersindical de Formação em Saúde-Trabalho-Direito para a Ação em Saúde do Trabalhador. Congrega Cerest(s), a Fundação Oswaldo Cruz, Universidades e Sindicatos de Trabalhadores, entre outras instituições. A proposta é que os Fóruns sejam criados junto aos Cerest(s) estaduais e/ou regionais para viabilizar os princípios, diretrizes, objetivos e estratégias da PNSTT. Uma das atividades é a organização de Grupos de Trabalho, por temas específicos, para desencadear ações de ST, constituindo-os em espaços de qualificação e capacitação de representantes de trabalhadores (dirigentes sindicais), membros das CIST e profissionais dos serviços para a ação em vigilância, conforme preconiza a Portaria 3.120/98. O Fórum é, ainda, uma arena de interlocução onde as necessidades em ST podem se manifestar de forma explícita e ser qualificadas, sistematizadas e encaminhadas sob a forma de demandas organizadas para as instâncias de decisão.

⁶ O planejamento em saúde é preconizado desde a NOB 93 e a análise da situação de saúde, assim descrito, surge no Pacto pela Saúde. Segundo Teixeira (2010) a análise da situação de saúde compõe uma etapa da metodologia do planejamento. Paim (2012) afirma que o planejamento é norteado por problemas do estado de saúde e que para compreendê-los devemos usar todas as fontes de dados e informações disponíveis, incluindo os sistemas de informação e oficinas de trabalho com representações comunitárias, entre outros. Reconhecidamente temos uma fragilidade nos sistemas de informações em saúde acerca dos dados em ST, o que pode comprometer o planejamento das ações. Barata (2006) ao analisar os Inquéritos Nacionais em Saúde diz que uma das consequências nocivas da utilização dos dados dos sistemas informatizados em saúde é atrelar as ações aos seus componentes, porém reconhece sua utilidade na formulação das diretrizes políticas nacionais. A análise da situação de

saúde deverá, então, ser composta de outros dados investigativos para proporcionar uma visão mais ampla da realidade local e não somente estar baseada num único sistema de informações, principalmente no caso da ST. As oficinas de trabalho com representações da comunidade, no caso da ST, aqui pode ser concebida pelo Fórum Intersindical (⁵), pelas CIST's ou ainda por outros métodos de gestão participativa, com a criação de espaços da palavra, responsabilização compartilhada e democratização no planejamento das ações (CHANLAT, 1996). A PNSTT e o Manual de Gestão e Gerenciamento da Renast (BRASIL, 2006c) estabelecem as diretrizes para que seja realizada a análise de situação de saúde, incluídos os mapeamentos e perfis produtivos locais.

Concluindo com a certeza de que muitas dúvidas surgiram durante a pesquisa e merecerão análises, reflexões e estudos posteriores tentamos aqui modestamente apontar para alternativas de implementação efetiva das ações e serviços da ST no SUS.

Tendo como base a pesquisa documental realizada ficou evidente a ausência de objetivos relacionados ao enfrentamento da realidade mórbida e mortal do mundo do trabalho nas pactuações propostas no âmbito federal. Complementarmente essa ausência se reflete nos demais entes federados em seus principais instrumentos de planejamento e gestão: Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão. Na literatura tampouco encontramos textos que tratem dessa questão, demonstrando um 'vazio', uma lacuna que merece ser preenchida.

Neste percurso, num sentido empírico, sentimos falta de muitas coisas... Sentimos falta de perceber o movimento sindical na defesa do SUS e da ST. Sentimos falta de dados e informações nas bases de dados do sistema que apontassem a real situação de saúde dos trabalhadores. Sentimos falta do agente público comprometido com a ST. Sentimos falta de relatórios consolidados que refletissem as experiências em vigilância em ST. Sentimos falta de ação. Sentimos falta de necessidades manifestas sob a forma de demandas organizadas.

No campo teórico sentimos falta de publicações que relacionassem a gestão e o planejamento do sistema com o mundo do trabalho e com os propósitos da Reforma Sanitária Brasileira, com o estabelecido na CF/88 e nas Leis Orgânicas da Saúde. Sentimos falta da representação da categoria trabalho como central em nossas vidas e como um dos determinantes sociais da saúde. Sentimos falta também da ação da academia para elucidação das necessidades presumidas e manifestas em ST.

Cabe ressaltar que qualificamos os indicadores pactuados historicamente como importantes e merecedores de acompanhamento, investigação e vigilância. Contudo, a ausência de indicadores relacionados à ST é uma injustiça social, um desrespeito aos direitos humanos. Urge um reparo: que o trabalho passe a ocupar no SUS o mesmo espaço que tem na nossa vida e na sobrevivência do próprio Estado. No centro, no foco, no pensamento, nas diretrizes, nos objetivos, nas metas, nos indicadores, nos planos, nos resultados, onde seja necessário. Que essa injustiça histórica, cuja solução foi presumida na Reforma Sanitária e na CF/88, seja revertida é o nosso desejo. E que o adoecimento e morte no trabalho se tornem uma necessidade manifesta, abraçada e atendida pela gestão. Fica a pergunta: se a ST é uma necessidade que já foi anteriormente presumida, por que se encontra ausente?

Boaventura de Souza Santos (2002) em um de seus textos destaca que a expansão da ciência propiciou um processo de aniquilamento de muitas formas de ser e de saber, produzindo silêncios sociais. Povos e grupos sociais tiveram suas necessidades e aspirações destruídas, descredibilizadas, invisibilizadas pela ciência moderna e hegemônica, representada pelos países desenvolvidos, pelo capitalismo, como também pela opressão às mulheres, na ascendência do capital sobre o trabalho, na soberania do homem branco. O autor propõe um procedimento investigativo que designa como "*sociologia das ausências e das emergências*", que intenciona evidenciar que aquilo que parece não existir foi produzido ativamente, cabendo identificar e libertar essas ausências produzidas para que se tornem efetivamente presentes.

[...] ao dilatarem o presente e contraírem o futuro, a sociologia das ausências e a sociologia das emergências, cada uma à sua maneira, contribuem para desacelerar o presente, dando-lhe um conteúdo mais denso e substantivo do que o instante fugaz entre o passado e o futuro [...] Em vez de estado final, propõem uma vigilância ética constante sobre o desenrolar das possibilidades, servida por emoções básicas como o espanto negativo que suscita a ansiedade e o espanto positivo que alimenta a esperança. (SANTOS, 2002, p. 258)

Na presente dissertação, que ora se interrompe para continuar pulsando nos momentos futuros de pesquisa, desejamos que as ausências na implementação da saúde do trabalhador como política pública de Estado se tornem presentes hoje e se mantenham num futuro próximo. E que concretizem o desejo dos que pensaram a Reforma Sanitária, concretizando o direito constitucional e trazendo justiça aos atos injustos sucessivos que causaram a sua invisibilidade histórica.

Referências Bibliográficas

- AMARAL, G. L.; OLENIKE, J. E.; AMARAL, L. M. F. (Coord.). *Quantidade de Normas Editadas no Brasil: 25 anos da Constituição Federal de 1988*. Curitiba (PR): Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, 2013. Disponível em: <http://www.ibpt.com.br/img/uploads/novelty/estudo/1266/NormasEditadas25AnosDaCFIBPT.pdf>
- BARATA, R. B. Inquérito Nacional de saúde: uma necessidade? *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 870-886, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n4/32318.pdf>
- BARROSO, L. R. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro. *Revista da EMERJ*, v.4, n.15, p. 11-48, 2001. Disponível em: http://www.emerj.fjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista15/revista15.pdf
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- 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/L8080.htm
- 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
- BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993b. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
- 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. 1998. Seção 1. P. 17-18. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html
- 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. 1998b. Seção 1. p. 36-38. Disponível em: http://dtr2004.sau.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_3120_de_01_07_1998.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS. NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS. NOAS-SUS 01/02. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.679, 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, 2002b. Seção 1, p. 53-56. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://dtr2004.sau.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Decretos/portaria_sauade_do_trabalhador.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 14 p. Disponível em: http://www.sau.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 379 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAAahUKEwiVop_0govJAhVBGpAKHS3EBuI&url=http%3A%2F%2Fses.sp.bvs.br%2Fliadbj-textos%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D1258&usq=AFQjCNHqeQAXrLZa0ND11vwNJgal7c6obA&sig2=cLSAIuAGfm6SbKhg6kz9g

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. *Manual de Gestão e Gerenciamento*. Brasília: 2006c. 82 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html

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. 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o 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. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2011b. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/27_130924-151222-748.pdf. Acesso em 14/01/2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. 23/08/2011. SEGUNDA TURMA AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO 639.337 SÃO PAULO. RELATOR : MIN. CELSO DE MELLO, 2011d. <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=627428>.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602/2011, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. 2011e. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *AEPS 2013 – Seção IV – Acidentes do Trabalho*, 2013. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 2.135, de 25/09/2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Saúde pública. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.271, de 6 de junho de 2014. 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. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO, WILHEIM E SACHS (Orgs.). *Brasil: Um Século de Transformações*. São Paulo, Cia. das Letras, 2001: 222-259. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/00-73EstadoPatrimonial-Gerencial.pdf>
- BURSZTYN, Marcel. Ser ou não ser: eis a questão do Estado brasileiro. *Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública*, v. 118, n. 3. Brasília, ENAP, 1994. p. 27-36. Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/2225/1994_RSP_ano.45_v.118_n.3_set-dez_p.65-72.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- CAMPOS, R. O. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 159.
- CARROL, L. *Aventuras de Alice no país das maravilhas & Através do espelho e o que Alice encontrou por lá*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2013. p. 416.
- CARVALHO, G. A Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63060212.pdf>
- CHANLAT, J. F. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. In: *Recursos Humanos e Subjetividade*. DAVEL, E. P. B.; VASCONCELLOS, J. G. M. (Orgs). Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 118-128.
- COELHO, C. B. C.; SCATENA J. H. G. Financiamento do SUS. In: *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1. ed. PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 271-286.
- COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JAKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/ST%20no%20SUS%20%28RBSO.v38n127a03%29.pdf>
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. 1. SUS (BR). 2. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 262 p. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/livro_A%20gest%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20nos%20estados_cole%C3%A7%C3%A3o%20progestores.pdf
- DIAS, E. C. *A Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 p. Tese (Doutorado) - UNICAMP, Campinas, 1994. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000082078&fd=y>
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_530540440.pdf
- DIHS-LAPS/ENSP/FIOCRUZ. Quem impedir as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS – Quem ganha com isso? *Boletim N° 1 do Fórum Intersindical de Formação Saúde-Trabalho-Direito*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/15557d_4ec60c1a0f464bebab217264c7b1d188.pdf
- DIHS-LAPS/ENSP/FIOCRUZ. Morte no Trabalho – é preciso fazer alguma coisa. *Boletim N° 2 do Fórum Intersindical de Formação Saúde-Trabalho-Direito*. Rio de Janeiro, 2015b. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/15557d_5ad73f45d38144ea9b9b90891bec8690.pdf
- DRAIBE, S. M. Modalidades Estruturais e Dinâmicas do “Welfare State”. In: *O welfare state no Brasil – características e perspectivas*. Caderno de Pesquisa n° 8 – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 1993. p.6-18. Disponível em: <https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracteristicas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>
- DOBROWOLSKI, S. A inflação legislativa e a jurisdição constitucional. *Revista da ESMESC*, Santa Catarina, ano 5, v. 6, p. 253-267, 1999. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15485>
- DUARTE, M. E. L. *Análise dos acidentes de trabalho causados por meio de transporte motocicleta em uma capital brasileira*. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte - 2011. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4dd11182acfd3.pdf
- ESTADÃO. País gasta R\$ 72 bilhões por ano com acidente de trabalho – M.R. *O Estado de São Paulo*. 21 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,pais-gasta-r-72-bilhoes-por-ano-com-acidente-de-trabalho-imp,-825342>
- FADEL, L. C. *Saúde Trabalho Justiça: poemas longos e curtos, ensaios e tentativas*. Rio de Janeiro: Reproarte, 2013. p. 108.
- FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo%28Org.%29.pdf
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>

- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP. 296 p. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-chronicas-nao-transmissiveis/integralidade_na_assistencia_a_saude_a_organizacao_das_linhas_do_cuidado.pdf
- FURTADO, C. C. *Participação e representação nos Conselhos Municipais de Saúde: uma análise sobre as entidades representantes dos usuários*. 2012. 132 f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.
- GARCÍA-VILLEGAS, M. Constitucionalismo aspiracional. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 15, n 29, p. 77-97. Primer semestre de 2013. Disponível em: http://institucional.us.es/araucaria/nro29/monogr29_1.pdf
- GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. *Governar em rede: o novo formato do setor público*. Brasília: ENAP, 2006. p. 259.
- GONTIJO, G. D. A judicialização do direito à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/345>
- GUIMARÃES ROSA, J. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. Disponível em: <http://miradas.soylocoporti.org.br/2014/11/27/a-poesia-de-grande-sertao-veredas/>
- KELSEN, H. *O que é justiça?: a justiça, o direito e a política no espelho da ciência*. 3ª d. (Trad. Luís Carlos Borges) São Paulo: Martins Fontes, 2001. 404 p.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L.C.F.; OLIVEIRA, M.H.B. (org). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Revista de sociologia Política*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>
- LINS, T. A.; VASCONCELLOS, L. C. F.; PALACIOS, M. Bioética e saúde do trabalhador: uma interface. *Revista bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 293-303, 2015. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1039
- LUHMANN, N. *Sociologia do Direito II*. Tradução de Gustavo Bayer. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro (Biblioteca Tempo Universitário; n.º 80), 1985. 212 p.
- MACHADO, J. M. H. Ação transversal intersetorial – entre o racional e o conjuntural. Texto contribuição da Abrasco para o Encontro Preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2004. p. 17-18 [mimeografado].
- MARX, K. *O Capital: Crítica da Economia Política. Livro I: Processo de Produção do Capital*. 12ª d. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1988.
- MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.
- MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: *Construção da Integralidade: cotiano, saberes e práticas em saúde*. PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2007. p. 47-61.
- MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. *Implementation and Public Policy*. New York/London: Lanham. 1989.
- MEDEIROS, J. B. *Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000. p. 237.
- MENDES, E. V. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02: Reflexões*. 2002. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>, acesso em 20/10/2015.
- MENDES, R.; WÜNSCH FILHO, V. A Contribuição da Epidemiologia para o Estabelecimento das Relações Causais entre o Trabalho e Condições de Saúde dos Trabalhadores e outros usos. In: *Patologia do Trabalho*. MENDES, R. (Org.). 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. p. 211-236.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>

- MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63010402.pdf>
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 107.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde do Trabalhador para um Novo País*. Documento encaminhado à equipe de transição do governo Lula [mimeografado]. Brasília: Cosat, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SVS. CGST; Fiocruz; UFB. *2º Inventário de Saúde do Trabalhador 2010-2011. Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>
- MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, n. 45, v. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n1/03.pdf>
- MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf>
- NORONHA, J. C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.) - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7014.pdf>
- OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, URSS, setembro de 1978. *Declaração de Alma-Ata*. Brasil: UNICEF, 1979. p. 64. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
- OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-156, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a06>
- PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: *Tatado de Saúde Coletiva*. CAMPOS, G. V. S. et al.(Orgs.). 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.767-782.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da Situação de Saúde: o que São Necessidades e Problemas de Saúde? In: *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. 1. ed. PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 29-45.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, supl., p.1819-1829, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>
- PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet 2011- Saúde no Brasil*, Londres, maio de 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>
- PLATÃO. *A República*. Tradução de Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 1997. p. 259.
- PORTO, M. S. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/712>
- QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. *Respvblica*, ANESP, ano III, n. 4, p. 9-36, 2004. Disponível em: <http://anesp.org.br/userfiles/file/Arquivos/respvblica4.pdf - page=9>
- RENATO RUSSO. Que país é este. Intérprete: Renato Russo. In: *Legião Urbana. Que país é este?* [SI]: EMI-Odeon, p1987. CD. Faixa 1. Disponível em: <http://www.cifraclub.com.br/legiao-urbana/que-pais-e-esse/>
- RENAST *online*. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Disponível em: <http://www.renastonline.org/cerests/cerestregional-campinas>. Acesso em: 04/11/2015.
- RIGOTTO, R. M. *O “progresso” chegou. E agora? As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento*. 2004. 566 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2004.
- RIVERA, F. J. U.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Vol. 2. São Paulo: Cortez, 1989, p. 222.
- RODRIGUEZ-NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 260.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 87-105.
- SANTOS, B. S. Para a sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 63, p.

- 237-280, 2002. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociologia_das_ausencias_RCCS63.PDF
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2009. p.165.
- SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas: Saberes Editora, 2013. p. 270.
- SCHMITZ, G. A. P. D. Omissões administrativas: hipóteses em que a omissão se torna ilegal. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 115, 2013. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13559
- SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e Antropologia Médica: a possível In(ter)disciplinaridade. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). *Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz / Relume Dumará, 1998. p. 47-69. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>
- SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. C. Saúde do Trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392003000100006&script=sci_arttext
- SILVA, E. L. P. Ofensa reflexa ao texto constitucional?. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 15, n. 2405, 31 jan. 2010. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/14273>
- SLOMSKI, V. *Controladoria e governança na gestão pública*. 1 d. São Paulo: Atlas, 2009. p. 140.
- SOARES, A.; SANTOS, N. S. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0018.pdf>
- SOUZA, C. R. A Inflação Legislativa no Contexto Brasileiro. *Revista da AGU – Advocacia-Geral da União*. Brasília-DF, ano XI, n. 33, jul./set, p. 37-64, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAAahUKEwjUoZqu-IXJAhWLfZAKHSznD4w&url=http%3A%2F%2Fwww.agu.gov.br%2Fpage%2Fdownload%2Findex%2Fid%2F14223238&usq=AFQjCNG-mwskPsB8yYu-0HStehXbl7fUiA&sig2=PioVc8nZ1U94HENjipTHfA&cad=rja>
- SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo, Ministério da Saúde, p. 45. Disponível em: http://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/sistema_sau.pdf
- SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidade entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA C. M. M. (org.). *Gestão de Sistemas de Saúde*. UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 15-58.
- SPAGOLLA, V. S. M.; MORETE, V. S. A Crise da Lei e seus Reflexos no Direito Administrativo: a Legalidade Questionada *UNOPAR Cient., Ciênc. Juríd. Empres.*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 17-21, Set. 2011. Disponível em: <http://revistas.unopar.br/index.php/juridicas/article/view/1036>.
- SPEDO, S. M. *Saúde do Trabalhador no Brasil: análise do modelo proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 1998. 189 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.
- SPINK, M. J. P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e sociedade*, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/08.pdf>
- STOTZ, E. N. *Necessidade de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. 1991. 765 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1991.
- TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. *Planejamento em Saúde*. Vol. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, p. 67.
- TEIXEIRA, C. F. (org.). *Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 161.
- TEIXEIRA, C.F.; SOUZA, L. E. P. de; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 121-137.
- tonypoeta. GOMES, A. C. tonypoeta pensamentos. Disponível em: <http://tony-poeta.blogspot.com.br/2012/01/o-caicara.html>
- TROSA, S. *Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete*. Tradução: Maria Luíza de Carvalho. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP, 2001, p. 316.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/saude-fadel.pdf>
- VASCONCELLOS, L. C. F. Saúde, Trabalho e Direito no SUS – Por uma agenda de movimentos. In BRAVO, M. I. S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. (orgs.). *Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010. p. 117-133.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Orgs.). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 423-452.

VASCONCELLOS, L. C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/04.pdf>

VASCONCELLOS, L. C. F.; MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio De Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63032604002.pdf>