

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOSEANE PRESTES DE SOUZA

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DA RELAÇÃO
ENTRE A AGENDA NACIONAL E A DO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
2013**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOSEANE PRESTES DE SOUZA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DA RELAÇÃO
ENTRE A AGENDA NACIONAL E A DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão da Atenção à Saúde e Organização dos Serviços em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Bernarda Donato Göttems

BRASÍLIA
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1013675.

S729p Souza, Joseane Prestes de.
Política pública de saúde do trabalhador : análise da relação entre a agenda nacional e a do Distrito Federal / Joseane Prestes de Souza. -- 2013.
107 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Leila Bernarda Donato Göttems.

1. Política de saúde. 2. Política pública. 3. Higiene do trabalho. I. Göttems, Leila Bernarda Donato. II. Título.

CDU 351.77(81)

JOSEANE PRESTES DE SOUZA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DA RELAÇÃO
ENTRE A AGENDA NACIONAL E A DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em de de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Leila Bernarda Donato Göttems - Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Maria da Graça Luderitz Hoefel - Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Maria Raquel Gomes Maia Pires - Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professor Doutor Elioenai Dornelles Alves - Membro Suplente
Universidade de Brasília

*Dedico esta pesquisa aos trabalhadores do Brasil,
em especial aos do Distrito Federal, no qual me incluo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me abençoa e está a meu lado em todos os momentos.

A minha mãe, Eloiza, que me incentiva a buscar novos conhecimentos.

Ao meu pai, João Antonio, que sempre me pergunta quando eu vou me formar Mestre e diz que quer me ver “Dotôra”.

Ao meu avô, José Prestes (*in memoriam*), que deixou registrado em depoimento durante a minha formatura, há 10 anos, que aquele era mais um degrau dos muitos que eu subiria, continuando a caminhada.

A minha irmã, Jemina, de quem eu sou musa inspiradora e que me faz querer ser cada vez melhor, para continuar sendo um bom exemplo. É um orgulho imenso ver a Enfermeira que ela se tornou!

Ao meu irmão, João Antonio, que fica feliz com cada passo que eu dou.

A minha professora orientadora, Leila, por seu bom senso, seus ensinamentos e sua amizade. Foi um anjo que, entre várias professoras, fez com que ela fosse destinada a mim.

Ao anjo que tem nome, professor Elioenai, fundamental em meu ingresso na UnB, com sua paciência e seu estímulo.

Ao Departamento de Atenção Básica (DAB), pela oportunidade concedida de ser referência para a Saúde do Trabalhador, mantendo interface com a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) nos quatro anos em que trabalhei como Consultora Técnica no Ministério da Saúde.

Aos colegas da CGSAT/MS, do CEREST/DF e dos Conselhos de Saúde, sem os quais não haveria este estudo.

Aos amigos que encontraram tempo para perguntar sobre a minha dissertação, mas, em especial, aos que entenderam minha reclusão nos últimos dois anos e a quem eu devo uma comemoração à altura.

A todos, meu muito obrigada!

E vamos à luta

*Eu acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera e enfrenta o leão
Eu vou à luta com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade e constrói
A manhã desejada*

*Aquele que sabe que é negro o couro da gente
Que segura a batida da vida o ano inteiro
Aquele que sabe o sufoco de um jogo tão duro
E apesar dos pesares ainda se orgulha de ser brasileiro
Aquele que sai da batalha
Entra no botequim, pede uma ceva gelada
E agita na mesa uma batucada
Aquele que manda o pagode
E sacode a poeira suada da luta e faz a brincadeira
Pois o resto é besteira
E nós estamos pelaí ...*

Eu acredito é na rapaziada

(Gonzaguinha, 1980)

RESUMO

SOUZA, J. P. **Política Pública de Saúde do Trabalhador**: análise da relação entre a agenda nacional e a do Distrito Federal. 2013. 107 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

Em 2012, foi publicada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a proposta de desenvolver, de forma descentralizada nos estados e municípios, ações de promoção, prevenção, atenção à saúde e controle de agravos relacionados ao trabalho. Esta pesquisa investigou a inclusão da Saúde do Trabalhador (ST) nas políticas públicas do Brasil e do Distrito Federal (DF), com os objetivos de: analisar a relação entre as agendas nacional e do DF no desenvolvimento da política pública de ST; analisar como foi instituída a ST como política pública de saúde no Brasil; reconhecer as recomendações relacionadas à ST nas conferências de saúde nacional e distrital; identificar como este tema se insere nos planos de saúde do governo federal e do governo do DF. Foi realizada pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, cuja coleta de dados deu-se por entrevistas com atores-chaves do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do DF e do Controle Social, e pela análise documental de portarias, resoluções, planos de saúde, relatórios de conferências nacionais e distritais. O tratamento dos dados foi por análise de conteúdo, da qual emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) a origem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil; 2) a prioridade dessa Política na agenda dos governos; 3) o financiamento para as ações de Saúde do Trabalhador; 4) a articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os resultados obtidos foram: as ações de ST são desenvolvidas desde 1970, período anterior à criação do Sistema de Saúde brasileiro; a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi motivada pelos movimentos sociais, sindicais e por pesquisadores que produziram evidências sobre o adoecimento pelo trabalho; as quatro Conferências de Saúde nacionais e distritais, entre 2000 e 2011, recomendaram aos governos a implantação de ações, programas e políticas para a Saúde do Trabalhador; os Planos de Saúde nacionais e distritais incorporaram a maioria das recomendações, mas não todas; a prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é a articulação entre as ações de Atenção Básica, Vigilância em Saúde e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de forma descentralizada nos estados e municípios; a política institucionalizou as ações de ST que eram realizadas nos

serviços municipais, porém, no DF, continuam com ênfase nos servidores públicos de saúde. Para avançar, é necessário superar a falta de profissionais qualificados, a fragmentação dos sistemas de saúde, a subnotificação dos agravos, as discontinuidades de gestão e interferências político-partidárias na regulação dos ambientes de trabalho e ampliar o financiamento público. Concluiu-se que os movimentos sociais foram fundamentais na inclusão da ST na agenda pública, mas precisam continuar vocalizando a necessidade de ações efetivas de atenção integral a Saúde do Trabalhador no Distrital de Saúde. Os estudos consistentes sobre ST ainda são insuficientes para qualificar as propostas contidas nos Planos Nacional e Distrital de Saúde.

Descritores: Política de Saúde; Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviços de Saúde; Controle Social.

ABSTRACT

SOUZA, J. P. **Public Health Policy for Workers:** analysis of the relationship between the national agenda and the Federal District agenda. 2013. 107 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

In 2012, Brazil published the *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST)*, that proposes the development of actions of health promotion, prevention, health care and control of work-related injuries, in a decentralized manner, in the states and municipalities. This research investigated the inclusion of the Worker's Health (WH) in the public health policies in Brazil and in Federal District (DF). Objectives: To analyze the relationship between the national agenda and the DF agenda in the development of public policy of WH; to analyze how the WH was instituted as a public health policy in Brazil; to recognize the recommendations relating to the WH at Health Conferences in national and district and identify how this theme fits in the health plans of the federal government and the government of the Federal District. Method: The authors conducted a descriptive, exploratory qualitative research. Data collection was through interviews with key stakeholders from the Ministry of Health, from the Department of Health of DF and from the Social Control, as well as through documentary analysis of ordinances, resolutions, health plans, and national reports and conference district. The treatment of the data was by means of content analysis, through which the following themes emerged: 1) the origin of the PNST in Brazil; 2) the PNST priority in the government agendas; 3) the funding for the actions of workers' health; 4) and the relationship between Health Surveillance, Primary Care and the Reference Center for Occupational Health (*CEREST*). Results: The actions of WH have been developed since 1970, period before the creation of the Brazilian health system; the publication of PNST was motivated by social and trade union movements, as well as the researchers who produced evidence on illness related to work, the four national and districtal Health Conferences between 2000 and 2011 recommended the governments to implement actions, programs and policies for the WH; National and districtal Health Plans incorporated most of the recommendations, but not all; PNST priority is to connect the actions of Health Surveillance, Primary Care and *CEREST* in a decentralized manner in states and municipalities; politics institutionalized the WH actions that were held in municipal services, but, in DF, it continues with emphasis on public servers health. To move forward, we must overcome the shortage of

skilled professionals, the fragmentation of health systems, underreporting of injuries, discontinuities management and partisan political interference in the regulation of workplaces and expand public funding. Conclusions: social movements were central in the inclusion of WH on the public agenda, but they must continue vocalizing the need for effective actions of integral care to WH in the DF; consistent studies on WH are still insufficient to qualify the proposals contained in the National and District Plans Health.

Descriptors: Health Policy; Occupational Health; Health Surveillance; Primary Care; Health Services; Social Control.

RESUMÉN

SOUZA, J. P. **La Política Pública de Salud de los Trabajadores:** análisis de la relación entre la agenda nacional y la agenda del Distrito Federal. 2013. 107 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

En 2012, el Brasil publicó la *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST)*, que propone el desarrollo de promoción, prevención, atención de salud y control de enfermedades relacionadas con el trabajo, de una manera descentralizada en los estados y municipios. Se investigaran las acciones de la Salud del Trabajador (ST) en las políticas de salud pública de Brasil y del Distrito Federal (DF). Objetivos: Analizar la relación entre las agendas nacionales y del DF del desarrollo de política pública del ST, para analizar como el ST fue instituido como política de salud pública en Brasil; reconocer las recomendaciones relativas a la ST en las Conferencias de Salud nacional y de distrito; y determinar como este tema se inscribe en los planes de salud del gobierno federal y del gobierno del Distrito Federal. Método: Fue realizada una investigación cualitativa descriptiva, exploratoria. La recolección de datos fue a través de entrevistas con las principales partes interesadas del Ministerio de Salud, el Departamento de Salud del DF y Control Social, así como a través del análisis documental de las ordenanzas, resoluciones, planes de salud, los informes nacionales y de distrito conferencia. El tratamiento de los datos fue el análisis de contenido, por lo que los siguientes temas emergieron: 1) el origen de PNST en Brasil; 2) la prioridad de la PNST en las agendas gubernamentales; 3) el financiamiento de las acciones de Salud Ocupacional; y 4) la relación entre Vigilancia Sanitaria (VS), Atención Primaria (AB) y el Centro de Referencia para la Salud del Trabajador (*CEREST*). Resultados: Acciones de ST se desarrollan a partir de 1970, el período anterior a la creación del Sistema de Salud de Brasil; la publicación de la PNST fue motivada por factores sociales, sindicales y los investigadores han presentado pruebas sobre la enfermedad en el movimiento laboral: las cuatro Conferencias de Salud nacional y del distrito ocurridas entre 2000 y 2011 recomendaran a los gobiernos a implementar acciones, programas y políticas para ST; los planos de salud nacionales e distritales incorporaran la mayor parte de las recomendaciones, pero no todos; la prioridad de la PNST es el vínculo entre las acciones de AB, VS y *CEREST* en forma descentralizada en los estados y municipios; la política institucionalizada de las acciones de ST se realizaron en los servicios municipales, pero en DF continúan con énfasis en los

servidores públicos de la salud. Para seguir adelante, debemos superar la escasez de profesionales cualificados, la fragmentación de los sistemas de salud, el subregistro de las lesiones, la gestión de las discontinuidades y la interferencia política partidista en la regulación de los centros de trabajo y ampliar la financiación pública. Conclusiones: los movimientos sociales jugaron un papel decisivo en la inclusión de ST en la agenda pública, pero deben continuar vocalizando la necesidad de una acción eficaz en la ST en el DF; estudios sólidos sobre ST son aún insuficientes para calificar las propuestas contenidas en los Planes Nacionales y Distritales de Salud.

Descriptores: Política de Salud, Salud Ocupacional, Vigilancia de la Salud, Atención Primaria, Servicios de Salud, Control Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regiões Administrativas do DF. Principais Localidades do Distrito Federal...	39
Figura 2 - Regiões de Saúde do DF. Dados populacionais por Região do PDR - 2012....	40
Figura 3 - Rede de serviços do Distrito Federal. Sistema de Saúde da SES/DF no Plano Diretor de Regionalização/Norma Operacional de Atenção à Saúde.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Regiões de Saúde e Regiões Administrativas do DF.....	37
Quadro 2 - Comparação das características da análise de conteúdo e análise documental.....	44
Quadro 3 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2000 para a Saúde do Trabalhador.....	72
Quadro 4 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2004 e 2003, respectivamente, para a Saúde do Trabalhador.....	73
Quadro 5 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2008 e 2007, respectivamente, para a Saúde do Trabalhador.....	74
Quadro 6 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2011 para a Saúde do Trabalhador.....	75
Quadro 7 - Visão Geral do Processo: instrumentos de gestão do SUS.....	78
Quadro 8 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde do DF de 2001 à 2003.....	80
Quadro 9 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde Nacional e do DF de 2004 à 2007.....	80
Quadro 10 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde Nacional e do DF de 2008 à 2011.....	81
Quadro 11 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde Nacional e do DF de 2012 à 2015.....	82

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Distrito Federal.....	83
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
ADRT	Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidente de Trabalho
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
DAB	Departamento de Atenção Básica
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DETRAN	Departamento de Trânsito
DF	Distrito Federal
DORT	Distúrbio Osteomolecular Relacionado ao Trabalho
DRT	Doenças Relacionadas ao Trabalho
DSAST	Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DSOC	Departamento de Saúde Ocupacional
ESF	Estratégia Saúde da Família

FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LC	Lei Complementar
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PLANEJASUS	Planejamento do SUS
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RS	Reforma Sanitária
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federada
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	23
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	28
2.3 A ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	35
3 MÉTODO	41
3.1 ABORDAGEM E MODELO DA PESQUISA	41
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
3.3 LOCAL DO ESTUDO	41
3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	42
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	43
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A AGENDA NACIONAL E DO DISTRITO FEDERAL SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR, NA PERSPECTIVA DOS INFORMANTES-CHAVES ENTREVISTADOS.....	45
4.1.1 A origem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	45
4.1.2 A prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na agenda política dos governos	50
4.1.3 O financiamento para as ações de Saúde do Trabalhador	57
4.1.4 A articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Tabalhadora	62

4.2 EVOLUÇÃO DAS AÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL	69
4.2.1 Análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Distritais de Saúde.....	70
4.2.2 Análise dos Planos de Saúde Nacional e do Distrito Federal de 2001 a 2015.....	77
4.3 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NOS ÂMBITOS NACIONAL E DISTRITAL	84
5 CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com gestores do nível federal para a atenção à saúde dos trabalhadores.....	104
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com gestores do Distrito Federal para a atenção à saúde dos trabalhadores.....	105
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
ANEXO A - Documentação de Aprovação do Comitê de Ética	107

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre Saúde do Trabalhador (ST) iniciou-se no Brasil em meio à Reforma Sanitária (RS), na década de 1970. Nos últimos 40 anos, várias iniciativas da sociedade brasileira buscam consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral à ST, o que inclui ações de assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados às atividades laborais. Mesmo com tantas iniciativas, há obstáculos para a consolidação de programas, políticas, projetos e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais e que colocam o Brasil em situação crítica quando comparado com países socialmente mais desenvolvidos (LACAZ, 2010).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem como principal objetivo garantir a todas as pessoas o direito ao trabalho digno, em liberdade e em segurança. Com a Convenção nº 155, a qual versa sobre segurança e saúde dos trabalhadores e elaborada em 1981, a OIT previa:

[...] formular e por em prática uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho, para prevenção de acidentes e danos à saúde consequentes ao trabalho, que guardem relação com a atividade laboral ou sobrevenham durante o trabalho, reduzindo ao mínimo as causas dos riscos existentes no meio ambiente de trabalho [...] (BRASIL, 2002c, p. 36).

Relacionados à segurança e à saúde dos trabalhadores, dados da OIT apontam que 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho; 321 mil pessoas morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho; 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho; 317 milhões de acidentes laborais não mortais ocorrem a cada ano; a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho; e a cada 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

No Brasil, os indicadores básicos para a ST propostos pelo Ministério da Saúde (MS) são: demográficos - relacionados à população economicamente ativa; socioeconômicos - taxa de desemprego e trabalho infantil; de mortalidade - taxa de mortalidade por acidente de trabalho; de morbidade e fatores de risco - taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho, taxa de incidência de acidentes do trabalho (típicos), taxa de incidência de acidentes do trabalho (de trajeto) (BRASIL, 2013a). O primeiro indicador universal, proposto pelo

Ministério da Saúde, tem como foco as notificações de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho (ADRT) (BRASIL, 2013b).

Os dados brasileiros não são tão distantes dos internacionais. De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em 2012, um total de 2.717 trabalhadores perdeu a vida em serviço, segundo dados dos registros da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Números da Previdência Social mostram que, em 2011, foram registrados 711.164 acidentes de trabalho, dos quais 2.884 resultaram em morte (BRASIL, 2013a). O Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho, publicado pelo MTE, indica que a maioria dos acidentes registrados no ano de 2011 ocorreu na Região Sudeste (387.142), seguida pelas regiões Sul (153.329), Nordeste (91.725), Centro-Oeste (47.884) e Norte, com 31.084 acidentes notificados. Observa-se que, nas duas primeiras regiões, concentra-se o maior número de trabalhadores formais do país.

Quando se analisa os acidentes por grupos etários, nos últimos três anos, há indícios de uma pequena mudança no sentido de menor incidência nas idades mais jovens e um aumento da incidência nas idades superiores. Em 2007, 54,81% dos acidentes ocorreram em idades inferiores a 34 anos. Esse percentual cai para 52,78% em 2011. A faixa etária de 35 a 44 anos permanece com participação praticamente estável no triênio, e a participação da faixa etária superior a 45 anos aumenta de 20,38% para 22,66% (BRASIL, 2013a).

O Brasil é o quarto colocado mundial em número de acidentes fatais do trabalho. De acordo com o governo federal, é registrada, no país, cerca de uma morte a cada 3,5 horas de jornada diária e são gastos mais de R\$ 14 bilhões por ano com acidentes de trabalho (BRASIL, 2013a). Esse cenário nacional e internacional sobre agravos, acidentes e mortes por causas relacionadas ao trabalho tem pressionado os países em desenvolvimento a formularem políticas públicas específicas para a promoção da ST.

Ao analisar os dados do Distrito Federal (DF) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), verifica-se o aumento gradativo da quantidade de notificações de acidentes de trabalho. Em 2007, o número de notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico foi de 35; em 2008, houve um aumento para 47; em 2009, foram 311 acidentes notificados; em 2010, 422; em 2011, esse número aumentou para 513; e em 2012, foram 454 notificações. Isso representa um aumento de 1.197,10% de notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico no período de 2007 a 2012. Em relação aos acidentes de trabalho graves, em 2007 foram preenchidas 5 notificações; em 2008, 1342; em 2009, esse número aumentou para 1.122; em 2010, foram 742 casos notificados; em 2011, 642; e em 2012, foram 696 notificações, perfazendo um aumento de 13.820,0% no

período analisado. Ao se trabalhar com os dados de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbio Osteomolecular Relacionado ao Trabalho (DORT), em 2007, houve o preenchimento de 30 notificações; em 2008, de 85; em 2009, 40 casos foram notificados; em 2010, 30; 3 notificações em 2011; e 78 no ano de 2012, configurando um aumento de 160,0% durante o período estudado (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

Nesta perspectiva, esta pesquisa abordará a inclusão da ST nas Políticas Públicas do Brasil e do DF, a partir da seguinte indagação “Como ocorre a relação entre a agenda nacional e a do DF no desenvolvimento da ST?”.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a relação entre as agendas nacional e do DF no desenvolvimento da Política Pública de Saúde do Trabalhador e apresenta como objetivos específicos: analisar como foi instituída a ST como política pública de saúde no Brasil; reconhecer as recomendações relacionadas à ST nas Conferências de Saúde nacional e distrital; e identificar como a Saúde do Trabalhador se insere nos Planos de Saúde do governo federal e do governo do Distrito Federal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas Públicas, segundo Lopes, Amaral e Caldas (2008), são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade. Souza (2006) conceitua política pública como o campo do conhecimento que coloca o governo em ação e/ou analisa essa ação para propor modificações no rumo ou curso dessas ações. O conjunto articulado de decisões tomadas para a resolução de um problema ou para a realização de um objetivo considerado de interesse público é outra definição de política pública. As decisões constituem um padrão de atividade governamental a respeito do assunto e representam aquilo que é de fato realizado e não um conjunto de intenções. Um problema é considerado público quando um grupo considerável de pessoas considera que este deve receber atenção (BONAFONT, 2004; RODRIGUES, 2010).

O ciclo de formação da política pública considera as seguintes etapas que não necessariamente devem estar em ordem: formação do problema, inclusão na agenda, formulação de política, além de decisão, implementação e avaliação da política. Cada uma dessas situações aborda diversas questões sobre relevância, legitimidade, representação social e todos os temas ligados à qualidade de vida (SARAVIA; FERRAREZI, 2006).

Segundo Kingdon (2003), agenda pública é o conjunto de ações que precisam ser realizadas, para as quais atores governamentais e da sociedade prestam atenção e dedicam esforços. Em estudos sobre agenda de saúde busca-se entender sua composição, como e por quê ela muda de um tempo para o outro.

As políticas de saúde no Brasil iniciaram em 1904, com a Revolta da Vacina. Na década de 1930 houve a criação do Ministério da Educação e de Saúde Pública. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), responsável por ações preventivas. Os trabalhadores, que eram os mais afetados pelas doenças, tiveram grande participação na criação das políticas públicas de saúde no Brasil, assim como os técnicos de serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa, pois trouxeram à cena política as condições de trabalho geradoras de doenças e a necessidade de modificá-las (PAIM, 2008).

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), as definições de política de saúde estão em sintonia com uma situação ideal projetada para cada setor da população abordado e oferecem um marco ideal expresso em seus valores finais como guias de condução das atividades governamentais. A definição da Organização Mundial de Saúde para Políticas de Saúde é a

mais difundida e a mais adotada internacionalmente, por enfatizar o caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. [...]. Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998 apud FLEURY; OUYERNEY, 2008, p. 18-19).

O processo de mobilização social e político, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), favoreceu no Brasil a adoção do conceito ampliado de saúde. Esta passou então a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, com garantia de vida digna e de acesso universal, igualitário às ações e serviços, incorporando elementos determinantes e condicionantes como: condições geográficas, meio ambiente, saneamento básico, alimentação, habitação, emprego, renda, educação, garantia de acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a saúde passou a se expressar como um retrato da qualidade de vida (CUNHA; CUNHA, 2001).

Atualmente, a criação e o fortalecimento de espaços de decisão das políticas de saúde no âmbito do SUS, representada principalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), evidencia que a reunião de gestores e representações de todas as esferas de gestão do SUS atua de forma mais homogênea. Com isso, há uma busca por consensos pela análise de cada política proposta pelo gestor federal, que possam impactar na implementação do SUS a partir da efetiva definição de responsabilidades entre os entes federados.

Os temas que se transformarão em políticas de saúde são informados no Conselho Nacional de Saúde (CNS) após serem deliberados pela CIT. A metodologia de entrada dos temas na pauta das reuniões ordinárias do CNS, realizadas mensalmente, se dá com a análise e a definição de prioridades pela mesa diretora eleita pelo pleno e com a regularidade mensal de reuniões. Por força de regimento, a prioridade de temas está relacionada à discussão e à definição pelo pleno em reunião anterior, seguida pela definição de pertinência, relevância e urgência, além da ordem de chegada dos pedidos de pauta.

Dessa forma, o documento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) foi aprovado, em 2011, pelo CNS, e orienta a atenção integral à saúde

do trabalhador no SUS, reinterando a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas; a necessidade de uma ação transversal no âmbito do SUS, de caráter transdisciplinar e interinstitucional; a necessidade de sintonia e de uma relação dinâmica com as mudanças nos processos produtivos; e a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL, 2011e).

Saúde do Trabalhador, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), refere-se a:

[...] um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001a, p. 7).

Historicamente, o setor saúde só passa a ter um papel institucional em relação à saúde dos trabalhadores a partir de 1988, quando a Constituição Federal (CF) estabeleceu, no seu artigo 200, a competência do SUS para “executar as ações de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988, p. 130).

O trabalho, a segurança e a previdência social são considerados, pela CF, direitos sociais de todos os cidadãos e devem ser assegurados a qualquer trabalhador, independente da área em que atua. Desse modo, normas de saúde, higiene e limpeza, adicional de remuneração para as profissões que são consideradas perigosas e insalubres, reconhecimento de acordos de trabalho e seguro garantido contra acidentes de trabalho devem ser incorporados como medidas para a redução de riscos relacionados ao trabalho, sendo de responsabilidade do empregador (SILVA; OLIVEIRA, 2012; LUCAS; OLIVEIRA, 2012).

A CF instituiu o SUS, utilizando como referência o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Sua implantação teve início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual garante a participação popular e o controle social na saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS, define a Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades destinadas à recuperação, reabilitação, promoção e proteção

à saúde de trabalhadores que são submetidos a riscos e agravos das condições de trabalho, realizadas por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 1990a).

Portanto, compete ao SUS, em suas diferentes esferas de gestão, considerar a organização de ações de saúde do trabalhador, articulando a assistência aos portadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho e a vigilância dos fatores de risco, agravos, dos ambientes, das condições e da organização do trabalho, como foi ratificado na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), publicada pela Portaria GM/MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998b). Elaborada com o objetivo de orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador no SUS, a NOST regulamentou a operacionalização das seguintes ações, na gestão plena da Atenção Básica:

- garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, por meio de rede própria ou contratada, dentro do seu nível de responsabilidade da atenção, assegurando todas as condições necessárias para o acesso aos serviços de referência, sempre que a situação exigir;
- realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo a identificação das situações de risco e a tomada de medidas pertinentes para a resolução da situação e a investigação epidemiológica;
- notificação dos agravos à saúde e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informação dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
- estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização dos serviços e das demais ações em saúde do trabalhador;
- utilização dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde do trabalhador, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de saúde neste campo, e alimentar os bancos de dados de interesse nacional (BRASIL, 1998b, p. 2).

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS vem se consolidando no Brasil como uma política de Estado de grande relevância social, sendo pautado pela concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Embora passados 25 anos da existência do SUS, sua implementação ainda apresenta muitos desafios para serem superados, dentre os quais se destacam o subfinanciamento crônico, a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, a predominância do modelo biomédico que favorece a fragmentação da assistência, dificultando a prática da integralidade e da interdisciplinaridade e dissociando-se do modelo mais estruturalista, o qual envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a

reabilitação (PAIM, 2013; MENDES, 2013). Destaca-se, ainda, como fator de entrave à consolidação do SUS, a redução das despesas com as políticas sociais, a insuficiência e a indefinição de fontes de recursos para a saúde, o oferecimento de planos de saúde particulares aos trabalhadores e a não resolutividade de problemas de saúde prioritários e evitáveis (SCHEFFER, 2013).

Ao tentar assegurar um sistema de saúde eficaz e eficiente, ante o aumento das demandas para o SUS, se faz pertinente a integração dos recursos dos meios e do pessoal na gestão das redes de serviços, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Considerando estes aspectos, o MS tem formulado políticas, programas e projetos para compor o cuidado em saúde, entendido por Cecílio e Merhy (2003, p. 196) como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”, todos comprometidos com a integralidade do cuidado em saúde, tendo início pela organização dos processos de trabalho.

O planejamento, o monitoramento e a avaliação no contexto do setor saúde são fundamentais no processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2006). Faria (2005) refere que a estruturação do campo de análise de políticas públicas no Brasil é, ainda, incipiente e incorpora uma grande fragmentação organizacional e temática com uma precária institucionalização.

[...] a escassez dos estudos “pós-decisão” no país parece explicada não apenas pela frágil institucionalização da área no Brasil, que faz com que a análise de políticas públicas continue gravitando na órbita das questões analíticas mais tradicionalmente valorizadas pela Ciência Política, mas também pela debilidade no país do campo de estudos da Administração Pública (FARIA, 2003, p. 22 apud FARIA, 2005, p.101).

A avaliação de políticas públicas se constitui em uma importante etapa de qualquer planejamento e, segundo Cohen e Franco (1998), deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e obtenção da eficiência na utilização de recursos.

A avaliação é a última etapa do ciclo de políticas e é definida por Faria (2005, p. 97) como atividade destinada a “aquilatar os resultados de um curso de ação cujo ciclo de vida se encerra, fornecer elementos para o desenho de novas intervenções ou para o aprimoramento de políticas e programas em curso e parte da prestação de contas e da responsabilização dos agentes estatais”.

Faria (2005) ainda aborda as tradicionais divisões do ciclo da política, quais sejam as fases de formulação, de implementação e de controle dos impactos das políticas, nas quais se insere a avaliação. Por outro lado, para Cotta (1998), a avaliação pode e deve ser feita junto

com as outras fases do ciclo de políticas, iniciando pela construção da agenda, explicitando que em todas as fases existem decisões importantes a serem tomadas. A autora refere que se não houver controle e métodos para a avaliação, haverá desperdício dos recursos disponíveis - ineficiência - e não alcance dos objetivos pretendidos - ineficácia. Entende que “são precisamente estes dois vetores - eficiência e eficácia - que orientam a realização das avaliações” (COTTA, 1998, p.107).

Os processos de implementação e de avaliação configuram-se como partes do ciclo da política que fornecem elementos para a reflexão sobre os determinantes centrais da intervenção. A avaliação de uma política pública é imprescindível para o desenvolvimento e adaptação das formas e instrumentos da ação pública, e o seu resultado é a suspensão, ou o fim do ciclo político, ou o início de um novo ciclo. Este resultado é que, ao ser analisado, inclui algum tema na agenda prioritária dos gestores (FREY, 2000).

As Agendas de Saúde, resultantes de negociação e consenso entre os Órgãos Gestores, os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores, destacam e justificam os objetivos e indicadores da política pública de saúde nos municípios, estados, Distrito Federal e no país, conforme Portaria GM/MS nº 393, de 29 de março de 2001. Essas agendas orientam a elaboração dos planos de saúde, que correspondem a metas e intenções para o período de quatro anos de gestão dos respectivos níveis de governo, além de construir o quadro de metas quantificáveis e passíveis de acompanhamento, de forma ascendente. Os planos de saúde servirão de base para a elaboração dos futuros relatórios de gestão, correlacionando os resultados obtidos com os recursos aplicados (BRASIL, 2001c).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823 e publicada em 23 de agosto de 2012, define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. Enfatiza a vigilância, visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012a). Pela natureza de seu objeto, a PNST possui interfaces com diversas áreas e políticas públicas como Previdência Social, Trabalho e Emprego, Educação, Meio Ambiente, Agricultura, Indústria, Comércio, Mineração, Ciência e Tecnologia, Segurança Pública, entre outras.

Para Nardi (2002), Saúde do Trabalhador tem como conceito ser:

o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras, que - aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução - estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho (NARDI, 2002, p. 11).

Os conceitos de trabalho, trabalhador, saúde e doença relacionada ao trabalho permitem compreender os condicionantes econômicos, sociais, tecnológicos e organizacionais advindos do modelo de desenvolvimento de um país, sendo responsáveis pelas condições de vida e saúde da população e dos trabalhadores fundamentando assim, o campo da Saúde do Trabalhador (DIAS; RIBEIRO, 2011).

Trabalho, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é:

[...] a ocupação econômica remunerada em dinheiro, produtos ou outras formas não monetárias, ou a ocupação econômica sem remuneração, exercida pelo menos durante 15 horas na semana, em ajuda a membro da unidade domiciliar em sua atividade econômica, ou a instituições religiosas beneficentes ou em cooperativismo ou, ainda, como aprendiz ou estagiário. Para os indivíduos que trabalham investiga-se a ocupação, o ramo de atividade, a posição na ocupação, a existência de mais de um trabalho, o rendimento efetivamente recebido no mês anterior, o número de horas efetivamente trabalhadas, etc. (IBGE, 2012).

O trabalho é considerado pela Saúde do Trabalhador como eixo organizador da vida social, espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico (ESCORSIM et al., 2005). Nessa perspectiva, os trabalhadores assumem papel de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991).

No século XIX, o filósofo alemão Marx (1983, p. 211) estudou o tema trabalho na sociedade capitalista industrial, definindo-o como o “processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”, colocando em movimento as suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas. A palavra trabalho se constitui na síntese de toda a atividade humana: esforço, transformação, ofício, profissão, discurso, dissertação; atividade escolar, de grupo, de organizações e instituições; esforço, fadiga, obra, obra artística e até como saudação à vida - trabalho de parto. Atua, assim, sobre o mundo externo e modifica-o ao mesmo tempo em que modifica a si próprio (SIVIERI, 1995).

Considera-se, na atualidade, que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as doenças profissionais; doenças que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas de doenças relacionados ao trabalho; doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que também impactam na saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2008).

A Saúde do Trabalhador começou a receber atenção especial a partir do século XVIII, na Inglaterra, com a Revolução Industrial quando, pressionados pelos prejuízos econômicos resultantes dos altos índices de acidentes e adoecimentos, os donos das indústrias contrataram médicos para serem os responsáveis por cuidarem da saúde dos seus trabalhadores, que reivindicavam por mudanças em seu ambiente de trabalho lutando por saúde para si e seus companheiros (MENDES; DIAS, 1991). A medicina do trabalho, no entanto, tinha como foco desenvolver práticas assistenciais de aspecto curativo da assistência aos agravos, dirigidas à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações fiscalizatórias centradas no ambiente e no posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objeto dessas ações (DIAS; HOEFEL, 2005).

Aspectos de higiene, ergonomia e segurança do trabalho começaram a ser pensados no início do século XX quando outros profissionais se uniram aos médicos para realizarem a atenção aos trabalhadores, iniciando a prática da Saúde Ocupacional (SO), cujo foco era a visão fragmentada das questões trabalho/saúde/doença para fins de produção de capital (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Nos anos 50, surgem novos questionamentos sobre as condições de trabalho, principalmente na Europa, onde os trabalhadores lutavam juntos pela garantia de saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas em seu ambiente de trabalho, movidos pelo estado de bem-estar social, se organizando em movimentos sociais e desenhando políticas públicas (BERLINGUER, 1983; ODDONE et al., 1986).

Em meados dos anos 70, momento histórico que marca o fim da ditadura e a redemocratização do Brasil, as formulações teórico-conceituais produzidas pela epidemiologia social eram inseridas na agenda da Reforma Sanitária. Assim, surge uma nova concepção de Saúde Pública para a sociedade brasileira, que inclui as questões de Saúde do Trabalhador, tendo como eixos norteadores da nova proposta a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e a gestão dos processos produtivos; e a busca da garantia de atenção integral à saúde (LACAZ, 1994).

A forma como o campo da Saúde do Trabalhador foi construído, com reivindicação do movimento sindical e dos técnicos de saúde ligados à RS, expressa uma profunda discordância com a prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, com críticas sobre o envolvimento excessivo dos médicos com o capital. O mesmo acontece com os setores da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que expressam críticas ao excesso de influência das Ciências Sociais e ao envolvimento ideológico de esquerda na Saúde do Trabalhador (NARDI, 2002).

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular (ODDONE et al., 1986; LEÃO; VASCONCELLOS, 2013). Considera o trabalho como determinante das condições de vida e saúde e busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte (LACAZ, 1994). Para a Saúde do Trabalhador, as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde são indissociáveis, independente dos arranjos institucionais nos quais se inserem. Suas ações são organizadas de forma descentralizada e hierarquizada nas três esferas de gestão - federal, estadual e municipal - com a participação social e o controle dos Conselhos de Saúde (DIAS; HOEFEL, 2005; COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Ao agregar as questões do trabalho e adoecimento para o âmbito da Saúde Pública, o movimento da RS rompeu os padrões vigentes das práticas da Saúde Ocupacional e, no âmbito das políticas públicas, inseriu a questão da Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde (LARA, 2011).

A política de saúde para os trabalhadores tem como objetivo reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde, tendo como valor maior a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis (FLEURY; OUVENEY, 2008).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), publicada em forma de anexo do Decreto Nacional nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, reconhece como trabalhadores todos os homens e mulheres que, para sustento próprio e/ou de seus dependentes, exercem atividades laborais nos setores de economia formais ou informais (BRASIL, 2011i).

O conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de Saúde do Trabalhador. Envolve especialmente dois conjuntos de informações: o conhecimento sobre o perfil das atividades

produtivas da população trabalhadora e a realidade do mundo do trabalho nos territórios (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Silva et al. (2012, p. 183) referem que:

[...] a saúde no trabalho é influenciada por uma série de fatores que podem interferir, ou não, no emocional do profissional. Podem estar relacionados com o sistema hierárquico da empresa, à modalidade de liderança, à divisão de trabalho, ao excesso de responsabilidades, às relações interpessoais, ao conteúdo das tarefas e ao retorno insuficiente de dados ou reconhecimento por parte das chefias.

Corroborando a afirmação anterior sobre a influência emocional, Lara (2005) expõe que os fatores impactantes na saúde dos trabalhadores são depressão, estresse, fadiga, ansiedade exacerbada, dor de cabeça constante, além de problemas gástricos, dermatológicos, ortopédicos e respiratórios.

A ampliação do conceito de saúde, a legislação do SUS e a necessidade de atender integralmente ao usuário levaram a grandes transformações no setor saúde e nos indicadores de qualidade de vida e tais mudanças implicaram reformulação do modelo assistencial organizado a partir dos serviços de Atenção Básica (AB), com a Estratégia Saúde da Família (ESF) (LIMA et al., 2005).

A boa análise da situação de saúde dos trabalhadores na AB requer monitoramento contínuo dos indicadores e das situações de risco para o planejamento das ações e tomada de decisão dos gestores do SUS, bem como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores, da população e das instâncias de representações do controle social, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de saúde (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012a). A AB é organizada a partir de uma base territorial com critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas (LACAZ et al., 2013).

A Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, foi publicada para fortalecer, ampliar e adequar as ações da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que trabalha diretamente com a AB e que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2009a). Desde sua criação, por meio da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro em 2002, a RENAST representa etapa importante no processo de organização institucional e estratégia de ação para prover atenção integral à saúde dos trabalhadores. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são

considerados, nesta rede, lócus privilegiado de execução, articulação e pactuação de ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência, e constituem ferramentas estratégicas na disseminação das práticas em Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 2002a; DIAS; HOEFEL, 2005).

A RENAST é uma das diretrizes da PNST e responde pela execução de ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro, tendo como objetivo produzir seus serviços (BRASIL, 2002a). É composta, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011, por 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e por uma rede sentinela de 1.000 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no SINAN (BRASIL, 2011d).

Cabe aos CEREST regionais capacitar a rede de serviços de saúde, apoiar a investigação de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT) e os de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2011b; JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

O objetivo do CEREST estadual, inclusive no DF, é executar políticas públicas destinadas à ST, mediante ações de promoção e prevenção dos acidentes de trabalho e das DRT, bem como ações de assistência e reabilitação dos trabalhadores vítimas de agravos ocupacionais. Inclui ações de Vigilância em Saúde em conjunto com as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária e promove, em áreas específicas, ações assistenciais com a AB e os demais níveis de complexidade (BRASIL, 2009a).

O desenvolvimento de ações de ST considera a determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores e da população em geral e os impactos ambientais decorrentes das relações produção-consumo, ambiente e saúde na rede pública de serviços de saúde no Brasil (LACAZ, 2007) e foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Posteriormente, foi regulamentada pela LOS nº 8.080/1990, que atribuía ao SUS a responsabilidade pela atenção integral à ST (BRASIL, 1990). Até 1988, apenas os trabalhadores do setor formal, com contrato e carteira de trabalho assinada, dispunham de proteção social-trabalhista, previdenciária e assistência médica, tendo a saúde sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério da Previdência Social (MPAS). A assistência médica individual aos trabalhadores era prestada pelo Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS). O Ministério da Saúde, nesta época, realizava ações de caráter coletivo preventivista, como controle de endemias e vacinação (LACAZ, 1994; PAIM, 2009).

Os desafios expressos para o SUS no cerne da prática laboral perpassam inúmeras questões sociais, econômicas, culturais, ideológicas e, sobretudo, se encontram em condições dentro da própria forma do Estado de promover um desenvolvimento, que tem como base um modelo segregador e violento. Portanto, é imprescindível analisar a integralidade da atenção à saúde no SUS, sem perder de vista questões cruciais para a saúde, que é o caso do desenvolvimento econômico brasileiro. Para isso, se faz necessário cumprir e fazer cumprir os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, trazendo para a prática dos serviços públicos de saúde as diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária (MERHY et al., 2004).

Os princípios do SUS orientam uma nova forma de cuidar da saúde dos trabalhadores. De acordo com o princípio da universalidade, todos os trabalhadores - urbanos e rurais, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado - têm direito aos cuidados propiciados pelo SUS (BRASIL, 2012a). O princípio da equidade orienta que os grupos de trabalhadores mais vulneráveis, em situação de precariedade, discriminação, ou inseridos em atividades de maior risco para a saúde, devem merecer atenção diferenciada (MERHY et al., 2004). A construção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho e a assistência integral à saúde caracterizam a atenção à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012a).

A saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS; a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) desde a Atenção Básica até o nível terciário, incluindo as ações de Vigilância em Saúde (DIAS; RIBEIRO, 2011). O pressuposto que orienta as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador é a de que os agravos para a saúde decorrentes do trabalho são, por definição, passíveis de prevenção e controle. Deverão ser priorizadas as medidas de alcance coletivo, considerando que configuram mecanismos fundamentais para assegurar a qualidade das condições de vida e trabalho (BRASIL, 2009b).

2.3 A ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado na região Centro-Oeste, é dividido em 31 Regiões Administrativas (RA), com área total de 5.779.999 km², configurando-se na menor unidade federativa brasileira. Em seu território, está localizada a capital da República Federativa do Brasil, denominada Brasília, que é a sede do Governo do Distrito Federal. A população estimada de 2013 é de 2.789.661 de pessoas, enquanto que pelo censo em 2010 a população é 2.570.160. Sua densidade demográfica é de 444,66 hab./km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012; WIKIPÉDIA, 2013).

O DF é um território autônomo dividido em regiões administrativas (RA) que, na prática, funcionam como típicas cidades, mas com a particularidade de não haver prefeitos ou vereadores e sim, administradores regionais e secretários (WIKIPÉDIA, 2013). As RA do DF (Figura 1) não possuem autonomia financeira, mas integram sua estrutura administrativa, na qual o Administrador Regional é indicado pelo Governador com a função de planejar e executar a gestão regional seguindo o orçamento aprovado no Plano Plurianual do DF.

Desde o desenho original do sistema de saúde do DF, conforme análise dos planos de saúde, há predominância da atenção hospitalar no modelo assistencial. Resgata-se que o desenho original do sistema de saúde do DF foi proposto, em 1960, por Bandeira de Mello que depois foi modificado por Jofran Frejat, em 1979. Caracterizado como o primeiro plano de saúde do Distrito Federal, elaborado na década de criação de Brasília quando no setor saúde se contrastava os enfoques curativo e preventivo e a assistência individual e coletiva no país, o Plano Bandeira de Mello propôs a criação de uma instância de gestão denominada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos em todo o território. Porém, a estrutura tornou-se insuficiente para o atendimento à população, pois, além do acelerado crescimento demográfico em Brasília, havia na época uma demanda reprimida que era atendida por profissionais limitados em sua qualificação, o que gerava insatisfação da população (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2003b; GÖTTEMS et al., 2009; GÖTTEMS, 2010).

A tentativa de solução para este impasse foi dada por Jofran Frejat, que criou o Plano de Assistência à Saúde inspirado no ideário de Alma Ata e trazendo a Atenção Primária à Saúde como foco central para a política de saúde do DF. Este plano continha a proposta de

criação de postos de saúde rurais, centros de saúde com especialistas em cuidados primários e hospitais - regionais e o de base, que até hoje é referência para a alta complexidade - além de estabelecer hierarquia na assistência, referência e contrarreferência e regionalização dos serviços. Essa característica, acrescida de políticas descontínuas para o fortalecimento da Atenção Básica e da ausência da organização de redes de cuidados, torna o sistema ineficiente e oneroso (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2003b; GÖTTEMS et al., 2009; PIRES et al., 2009; GÖTTEMS, 2010).

Em 1993, foi promulgada a Lei Orgânica do Distrito Federal, transcrevendo as disposições da Constituição Distrital e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, em seu Capítulo II e artigos 204 a 216. Incluem-se, nessa Lei, aspectos relativos aos direitos do cidadão; às determinações sociais do processo saúde/doença; ao acesso; à organização da rede de serviços; à gestão de recursos humanos; à complementaridade do setor privado; à participação social na gestão e formulação da política; ao financiamento com recursos da União e do Distrito Federal, incluindo aspectos contemporâneos como a reforma psiquiátrica; ao atendimento aos portadores de necessidades especiais; e à saúde do trabalhador (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, 1993).

Em relação à gestão do sistema de saúde, o Secretário de Saúde constitui-se no gestor das políticas de saúde e possui representantes nas Coordenações Gerais de Saúde em cada Regional de Saúde. Embora para a SES/DF os Coordenadores-Gerais de Saúde são os gestores locais da política de saúde, a ele não são atribuídas às funções e responsabilidades de um Secretário Municipal de Saúde, como nos municípios dos estados do país (HILDEBRAND, 2008; GÖTTEMS et al., 2009; GÖTTEMS, 2010).

Atualmente, a composição da rede de serviços de saúde no Distrito Federal tem um sistema hierarquizado e regionalizado - 31 Regiões Administrativas, 15 Regionais de Saúde e 7 Regiões de Saúde - conforme descrito no Quadro 1 e ilustrado nas figuras 2 e 3. Em função da organização político-administrativa do DF, a descentralização de políticas públicas do Ministério da Saúde para o Distrito Federal requer, invariavelmente, uma adaptação dos desenhos e estratégias para uma Unidade Federada (UF) que se organiza como cidade-estado.

Quadro 1 - Regiões de Saúde e Regiões Administrativas do DF.

Região de Saúde	Coordenação Geral de Saúde	Região Administrativa	Serviço de Saúde
Centro-Sul	Asa Sul	RA1 - Brasília (Asa Sul)	HBDF, HMIB, UM da Asa Sul, Centros de Saúde n ^{os} 5, 6, 7, 8, Diretoria de Saúde Ocupacional (DISOC), Centro de Testagem e Aconselhamento, Núcleo de Inspeção de Brasília, Núcleo de Inspeção do Lago Sul, CAPS ad Rodoviária.
		RA16 - Lago Sul	
	Candangolândia Núcleo Bandeirante Riacho Fundo I e II Park Way	RA8 - N. Bandeirante	Centro de Saúde n ^o 1 da Candangolândia, n ^o 2 do Núcleo Bandeirante, n ^o 3 do Riacho Fundo I, n ^o 4 do Riacho Fundo II, Posto de Saúde Urbano n 1 e 2 do RF II, PS Rural CAUB do RF II, Posto de Saúde Rural do Park Way, Núcleo de Inspeção do Núcleo Bandeirante, Núcleo de Inspeção do RF e Instituto de Saúde Mental (CAPS I).
		RA17 - R. Fundo I	
		RA 21 – R. Fundo II	
		RA 24 – Park Way	
	Guará	RA 19 - Candangolândia	HRGu, Centro de Saúde n ^{os} 1,2 e 3, Postos de Saúde Urbano n ^o 1, Centro de Saúde da Estrutural, CAPS ad, Laboratório Regional do Guará, Núcleo de Inspeção do Guará.
		RA 29 - S.I.A.	
		RA 25 - SCIA (Estrut.)	
	Centro-Norte	Asa Norte	RA 10 - Guará
RA 1 - Brasília (Asa Norte)			
RA 18 - Lago Norte			
RA 11 - Cruzeiro			
RA 23 - Varjão			
Oeste	Ceilândia	RA 22 - Sudoeste/Octogonal	HRC, Centros de Saúde n ^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12, Posto de Saúde Urbano Privê, Posto de Saúde Rural n ^o 1, Laboratório Regional da Ceilândia, CAPS ad.
	Brazlândia	RA 4 - Brazlândia	
Sudoeste	Taguatinga	RA 3 - Taguatinga	HRT, HSVP, Centro de Saúde n ^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, Posto de Saúde Urbano do Areal, Central Radiológica de Taguatinga, CAPS II, Unidade Mista de Taguatinga, Núcleo de Inspeção de Taguatinga Sul, Núcleo de Inspeção de Taguatinga Norte.
		RA 20 - Águas Claras	
		RA 30 - Vicente Pires	
	Samambaia	RA 12 - Samambaia	HRSAM, Centro de Saúde n ^{os} 1, 2, 3 e 4, Posto de Saúde Urbano 1, Núcleo de Inspeção da Samambaia e Unidade de Pronto Atendimento - UPA, CAPSII.
Rec. das Emas	RA 15 - Recanto das Emas	Centro de Saúde n ^{os} 1 e 2, Posto de Saúde Urbano 1, Núcleo de Inspeção do Recanto das Emas.	
Norte	Sobradinho	RA 5 - Sobradinho I	HRS, Centros de Saúde n ^{os} 1, 2 e 3, Postos de Saúde Rural 1, 2, 3 e 4, Núcleo de Inspeção de Sobradinho, CAPS ad.
		RA 26 - Sobradinho II	
	Planaltina	RA 6 - Planaltina	HRPI, Centro de Saúde n ^{os} 1, 2, 3, 4 e 5, Posto de Saúde Urbano 1, Posto de Saúde Rural 1, 2, 3, 4, 7, 9 e Arapoangas, Núcleo de Inspeção de Planaltina, CAPSII.

Região de Saúde	Coordenação Geral de Saúde	Região Administrativa	Serviço de Saúde
Leste	Paranoá	RA 7 - Paranoá	HRPa, Centros de Saúde n ^{os} 1 e 2, Centro de Saúde do Itapoã, Posto de Saúde Rural 1, 5, 6 e 8, CAPS II Paranoá, Núcleo de Inspeção do Paranoá, CAPS ad Itapoã.
		RA 27 - Jardim Botânico	
		RA 28 - Itapoã	
	São Sebastião	RA 14 - São Sebastião	Centro de Saúde 1, Posto de Saúde Urbano 1 e 2, Posto de Saúde Rural 2, Unidade Mista de São Sebastião, Núcleo de Inspeção de São Sebastião.
Sul	Gama	RA 2 - Gama	HRG, Centro de Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 8, Posto de Saúde Rural 1, 3 e 4, Policlínica, Núcleo de Inspeção do Gama, CAPS II.
	Santa Maria	RA 13 - Santa Maria	HRSM, Centro de Saúde n ^{os} 1 e 2, Posto de Saúde Urbano 1, 2 e 3, Núcleo de Inspeção de Santa Maria e CAPS ad.

Fonte: Plano de Saúde do Distrito Federal 2012-2015. Brasília, 2013.

O DF recebe privilégios financeiros, quando comparado aos demais estados do país, por ser a capital federal. Conforme a Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002, que criou Fundo Constitucional do Distrito Federal, os recursos necessários para a organização e a manutenção da segurança pública, da educação e da saúde são parcialmente financiados por este recurso do Tesouro Nacional. Além disso, há outras fontes de recursos da saúde no Distrito Federal, como os oriundos do Fundo Nacional de Saúde, que são repassados pelo Governo Federal para o Fundo de Saúde do DF, e por recursos próprios (BRASIL, 2002b; HILDEBRAND, 2008).

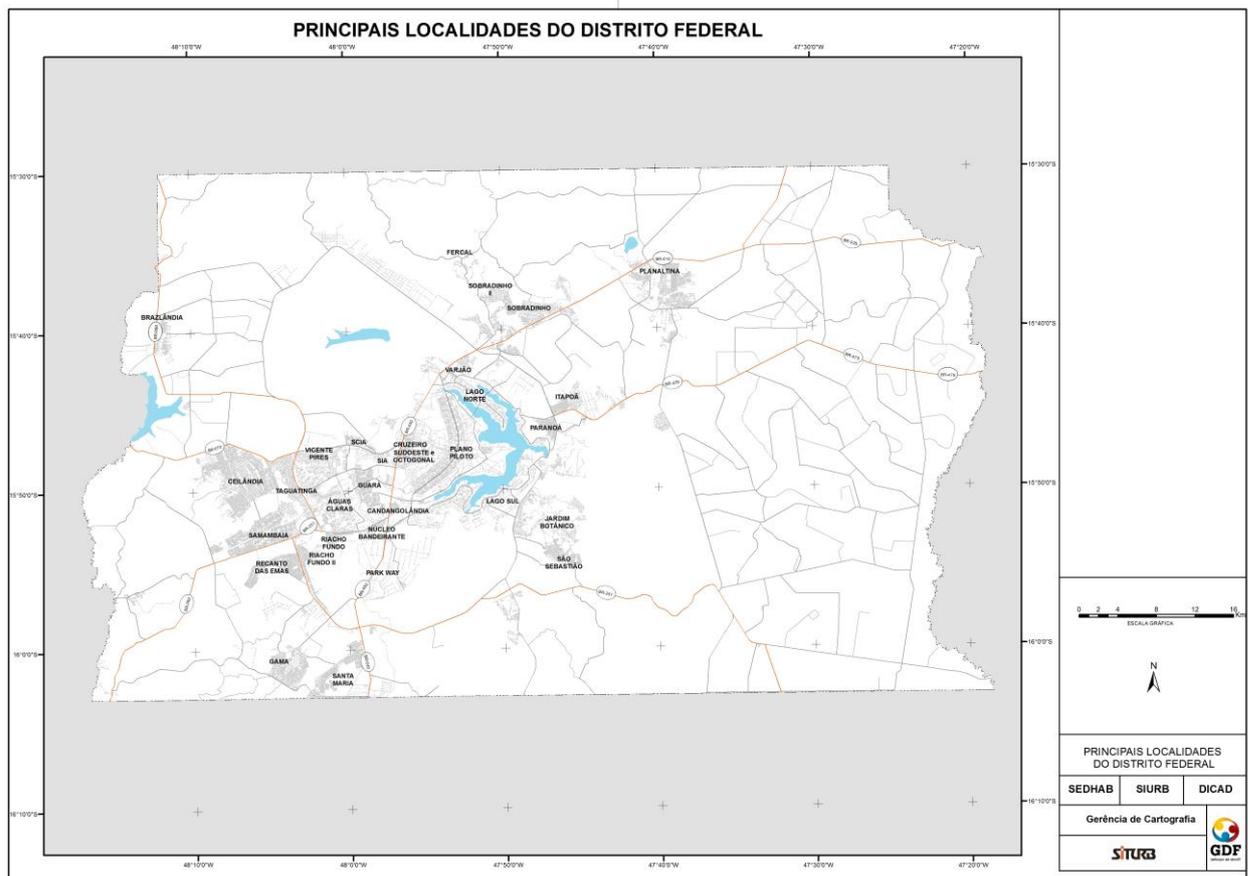
Conforme Regimento Interno do Conselho de Saúde do DF, aprovado em 12 de dezembro de 2011, o Conselho Distrital de Saúde é presidido pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal e sua composição é representada por usuários, gestores e prestadores de serviços e profissionais da saúde, conforme orientações brasileiras (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011h; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2011b).

Houve estreitamento na relação entre o Governo do Distrito Federal e o Governo Federal nos últimos 2 anos, pois ambos são regidos por representantes do Partido dos Trabalhadores (PT), mas, antes, havia disputas políticas locais, o que tornava a relação entre os governos conturbada. Desde a eleição direta para governador, em 1989, esta é primeira vez que há alinhamento político partidário entre a esfera federal e a distrital (HILDEBRAND, 2008; GÖTTEMS et al., 2009).

Na atual conjuntura, há uma estreita relação entre os dois governos, representados pelo Ministério da Saúde e pela SES/DF, favorecendo para que nas ações de Saúde do Trabalhador, o DF seja projeto-piloto. Nesse sentido, há necessidade de realização de pesquisas que desvelem realidades e produzam sistematização de evidências que contribuam

para a organização e aperfeiçoamento da atenção à Saúde do Trabalhador no DF, haja vista que o cotidiano das práticas de gestão da atenção à saúde carece de avaliações. A implementação dos novos dispositivos requer articulação refinada entre a atenção e a gestão, especialmente na definição dos resultados das ações que geralmente não são definidos na perspectiva das necessidades de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, pois a Política Pública de Saúde do Trabalhador nasce em nível nacional, mas se materializa nos estados, nos municípios e no Distrito Federal.

Figura 1 - Regiões Administrativas do DF. Principais Localidades do Distrito Federal. Brasília, 2013.



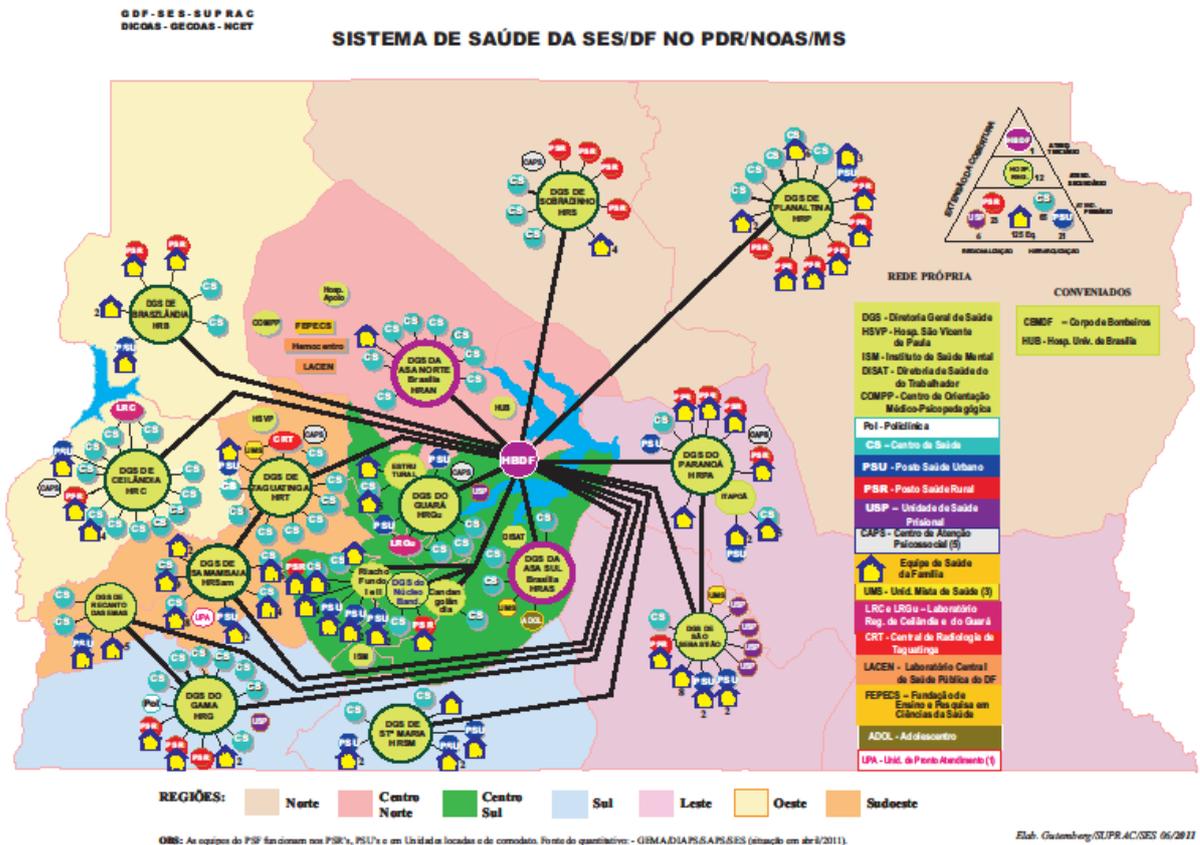
Fonte: DICOAS/SES/DF.

Figura 2 - Regiões de Saúde do DF. Dados populacionais por Região do PDR - 2012.



Fonte: DICOAS/SES/DF.

Figura 3 - Rede de serviços do Distrito Federal. Sistema de Saúde da SES/DF no Plano Diretor de Regionalização/Norma Operacional de Atenção à Saúde. Brasília, 2013.



Obs: As equipes do PSF funcionam nos PSR's, PSU's e em Unidades locais e de convênios. Fonte do quantitativo - GIMADIA/PSA/SES (situação em abril/2011).

Elab. - Gustenberg/SUPRAC/SES 06/2011

Fonte: DICOAS/SES/DF.

3 MÉTODO

3.1 ABORDAGEM E MODELO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, pautado na definição de Minayo (2010), como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Quanto ao seu objetivo, trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. Souza (2002, p. 19) retoma a ideia de Parse, Coyne e Smith (1985) quando se refere ao estudo descritivo do tipo exploratório como aquele que “focaliza a descoberta do significado de um evento de vida para um grupo de sujeitos que compartilham deste evento, buscando investigar intensamente as interações do meio ambiente e da infraestrutura de uma unidade social”.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os entrevistados foram técnicos da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal (CEREST/DF), órgão vinculado à Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Os critérios de inclusão dos informantes-chaves foram: ser profissional envolvido com a gestão e atenção à ST na CGSAT/SVS/MS e no CEREST/DF e ter mais de 4 anos de atividade com o tema, exceção aos participantes dos Conselhos de Saúde nacional e distrital.

Os contatos com os participantes se fizeram por meio telefônico e, quando isso não foi possível, pela ida da pesquisadora ao local de trabalho dos participantes para agendamento das entrevistas. A fim de assegurar o anonimato dos sujeitos entrevistados, foram criadas denominações fictícias, relacionando cada sujeito a um código que vai de E1 ao E8, sendo E1, E2, E5 e E6 gestores federais e E3, E4, E7 e E8 gestores distritais.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Brasília/DF, em um órgão do governo federal e um órgão do governo do Distrito Federal.

O primeiro órgão, CGSAT/SVS/MS, está localizado em um prédio do Ministério da Saúde no Setor Comercial Sul - SCS, quadra 04, bloco A, Edifício Principal, 6º andar. É composto por 11 técnicos, incluindo o seu Coordenador.

O segundo órgão, CEREST/DF, situa-se no Plano Piloto, Quadra 712/912-Sul. O mesmo local também é sede do Departamento de Saúde Ocupacional (DSOC) do DF, responsável pela atenção à saúde dos servidores do Governo do Distrito Federal (GDF). Dele fazem parte outros equipamentos, chamados de CEREST regionais e localizados nas Regiões Administrativas de Sobradinho e de Santa Maria, pertencentes às Regiões de Saúde Norte e Sul, respectivamente.

3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas e análise documental.

As entrevistas com os informantes-chaves foram realizadas com a utilização de um roteiro semiestruturado, elaborado a partir do referencial teórico e dos objetivos da pesquisa. Os informantes-chaves, nesta pesquisa, são profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde do trabalhador. Segundo Minayo (2010), informantes-chaves são aquelas pessoas centrais para o desenvolvimento e continuidade da ação naquela comunidade, sendo reconhecidos legitimamente pelos demais membros.

A entrevista destina-se a construir informações relevantes ao objeto da pesquisa. Na entrevista semiestruturada, busca-se estimular diferentes narrativas das vivências do entrevistado, permitindo que este emita sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação; caracteriza-se, assim, como uma conversa a dois, com finalidade de abordar um tema específico, de iniciativa do entrevistador (MINAYO, 2010). Estas entrevistas foram gravadas e depois transcritas para posterior sistematização e análise.

Os instrumentos para a entrevista (Apêndices A e B) tiveram uma ficha de identificação dos sujeitos e perguntas pertinentes ao objetivo do estudo. Foi realizada uma simulação prévia do instrumento de pesquisa para se ter certeza da clareza e compreensão deste, possibilitando sua reformulação, caso necessário. O pré-teste foi realizado com um dos gestores de nível federal e foi incluído na análise final, pois as questões não necessitaram ser reformuladas.

A análise documental foi feita a partir de portarias, resoluções, planos, relatórios e outros documentos da gestão. A análise documental busca informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesses, vale-se de documentos originais

que ainda não receberam tratamento analítico, tem como objetivo constituir um *corpus* satisfatório, esgotar todas as pistas de informações interessantes e é considerada técnica decisiva para pesquisa em ciências sociais e humanas (HELDER, 2006).

O critério de inclusão de documentos foi ser publicação oficial de órgãos governamentais e conterem informações sobre a Saúde do Trabalhador, publicados a partir de 2000.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material recolhido e as transcrições das entrevistas semiestruturadas foram feitas por meio de análise de conteúdo que permite tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto (MINAYO, 2010). A análise de conteúdo é definida por Bardin (2011, p.42) como “conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter [...] indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” e será o referencial utilizado para a criação de categorias temáticas. Para isso, foi utilizada sua ideia que traz as categorias como rubricas ou classes que se reúnem pelo reconhecimento existente entre os dados, organizando-os em tópicos, facilitando a busca de padrões ou temas em conjuntos específicos.

Segundo Minayo (2010), a análise temática desdobra-se em três fases: pré-análise, fase em que o material a ser analisado é escolhido e os indicadores que levem à interpretação final serão elaborados - nesta, realizou-se a transcrição das entrevistas, nas quais foram categorizadas as unidades de registro; exploração do material, momento que ocorre a transformação dos dados de acordo com as categorias teóricas iniciais ou segundo conceitos emergentes, vê-se os dados mais relevantes, depois se escolhe regras de contagem e, após, realiza-se a classificação e agregação dos dados, organizando-as em categorias teóricas ou empíricas - nesta, realizou-se a categorização de informações, com a finalidade de elaborar os temas propriamente ditos; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, fase em que os dados brutos sofrem operações estatísticas simples ou complexas, podendo-se exercer inferências sobre as descobertas do estudo - nesta, realizou-se a codificação e a inferência.

Segundo Bardin (2011), a análise documental condensa as informações, para consulta e armazenamento. No Quadro 2, há a comparação das características da Análise de Conteúdo e da Análise Documental.

Quadro 2 - Comparação das características da análise de conteúdo e análise documental.

ANÁLISE DE CONTEÚDO	ANÁLISE DOCUMENTAL
Foca-se em mensagens (comunicações); Categorial-temática (é apenas uma das possibilidades de análise); Objetivo: manipulação de mensagens para confirmar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem.	Foca-se em documentos; Classificação - Indexação; Objetivo: representação condensada da informação para consulta e armazenagem.

Fonte: BARDIN, 2011 (adaptado).

A partir das falas dos atores entrevistados, foi possível identificar quatro categorias temáticas, constituindo-se em: “a origem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, “a prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na agenda dos governos”, “o financiamento para as ações de Saúde do Trabalhador” e “a articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”.

A partir da análise documental, surgiu a evolução das ações para a Saúde do Trabalhador no Brasil e no DF e sua configuração como política pública.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo, foram obedecidas as normas de pesquisa na área de saúde e em qualquer área de investigação envolvendo coleta de dados com pessoas, referidas pela Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu as novas Diretrizes para a Pesquisa com Seres Humanos (GOLDIM, 2000).

Ao aceitarem participar da pesquisa, aos participantes era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) para assinatura, com as informações pertinentes à pesquisa e o caráter sigiloso quanto à sua identificação e a origem das informações que constam do resultado do trabalho, de acordo com as normas de ética em pesquisa estipuladas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa no Brasil (CONEP) e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF).

O projeto foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 143.847 - FEPECS/SES/DF (Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A AGENDA NACIONAL E A DO DISTRITO FEDERAL SOBRE SAÚDE DO TRABALHADOR, NA PERSPECTIVA DOS INFORMANTES-CHAVES ENTREVISTADOS

4.1.1 A origem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

O primeiro ponto destacado entre os evidenciados pelos entrevistados quando provocados sobre o que culminou na inserção do tema Saúde do Trabalhador em seu nível de gestão e a criação da PNST é a menção de sua historicidade.

A política nacional de saúde do trabalhador começou a ser delineada a partir da Conferência de 1986, ali se trouxe a necessidade de ter uma política voltada à saúde dos trabalhadores no país, com a discussão da Reforma Sanitária e com a própria Constituição de 88. (E1)

[...] a Saúde do Trabalhador teve uma grande contribuição na Reforma Sanitária do país e isto antecede a Constituição de 88, ela ajudou os reformistas com as suas contribuições, com as suas experiências de saúde pública, por menor que fosse, pela pressão do próprio controle social à época, que exigia e queria a saúde para o trabalhador, o olhar para o trabalhador. (E2)

Em 1985, o regime militar chega ao fim e, com isso, as lideranças do movimento sanitário assumem posições-chaves nas instituições responsáveis pelas políticas de saúde no Brasil. Uma das expressões da redemocratização do país foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas. É considerada o marco mais significativo do processo de construção de um novo momento para a saúde e visto como o “movimento pela democratização da saúde em toda a sua história”, originando a Reforma Sanitária e as diretrizes, bases e ideias para a criação de um novo sistema de saúde (BRASIL, 1987; LACAZ, 1994; PAIM, 2008; PAIM, 2009).

A Constituição Federal brasileira, promulgada 2 anos depois da 8ª Conferência, definiu a necessidade de que as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador fossem executadas como competência do SUS (BRASIL, 1988).

Outro ponto salientado pelos entrevistados, sintetizado por E5, foi a participação dos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, estudantes e pesquisadores na inserção da saúde do trabalhador na agenda governamental.

Foi um movimento que veio das bases, principalmente da aliança dos profissionais da saúde nas gestões estadual e municipal, profissionais da academia com os movimentos sociais de trabalhadores, em especial com os sindicatos nesse bojo da redemocratização do país. (E5)

[...] isso tudo partiu do final da década de 70 pra cá, a Saúde do Trabalhador se institucionaliza na esfera federal em 88 com a Constituição Federal que coloca no âmbito do SUS também executar ações de saúde do trabalhador. (E5)

Com o tema Saúde e Democracia, a Reforma Sanitária foi definida como um movimento que apareceu na luta contra a ditadura e teve forma nas universidades, no movimento sindical e nas experiências regionais de organização dos serviços, tendo como resultado a garantia de que saúde é um direito do cidadão brasileiro e um dever do Estado, por meio de emenda popular na Constituição Federal (BRASIL, 1986; PAIM, 2008). Cabe ressaltar que a CF/88 conceituou a saúde como resultado de um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego e lazer, reconhecendo-a como um direito a ser assegurado pelo Estado, explicitando uma abordagem respaldada nos determinantes socioeconômico-culturais da saúde em contraposição ao modelo biomédico até então predominante (BRASIL, 2011a).

Essa mudança de modelo assistencial no país explicitada pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica de Saúde é referenciada nos depoimentos dos entrevistados como um aspecto importante para a ampliação da concepção de Saúde do Trabalhador e do acesso ao cuidado de saúde.

[...] antes disso, nós tínhamos dentro da saúde do país, desde o início do século passado, aquelas caixinhas de previdência que eram conformadas para uma categoria profissional específica [...] então estes trabalhadores recolham um certo valor do seu salário como contribuição e recebiam assistência, mas era algo completamente assistencial e nem todos davam a chance dos seus dependentes e familiares participarem. (E2)

A Saúde do Trabalhador esteve presente o tempo todo, mas não enquanto Saúde do Trabalhador como nós vemos hoje, mas às vezes como Medicina do Trabalho, como uma ação da Previdência [...] mas de uma certa forma, este campo da Saúde do Trabalhador fez parte da história da Saúde Pública do Brasil até aqui. (E2)

A Lei Elói Chaves, criada em 1923, regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e é indicada como o momento inicial de responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. A partir dessa Lei, as medidas de proteção social aos trabalhadores tiveram um reconhecimento legal como política pública. A Lei determinava que o custeio das CAPs fosse mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos), empresas (1% da

renda bruta) e consumidores dos serviços destas, porém, o Estado ainda não participava de forma efetiva (PAIM, 2008).

Cabe ressaltar que, desde 1953 até a criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia apenas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal (LACAZ, 1994; LIMA; PINTO, 2003). Embora amparado pela LOS e pela CF/88, a atenção integral ao trabalhador foi realizada como ações fragmentadas até o ano de 2002, com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Essa percepção é confirmada no relato de um dos entrevistados, quando afirma que:

[...] já se vinha tentando discutir uma política de saúde para o trabalhador em meados de 90, mas ficou muito mais fortalecida a partir da criação da RENAST. (E1)

A implementação da RENAST acontece por meio da estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica com definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; organização de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade - Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; caracterização de municípios sentinela em Saúde do Trabalhador; e efetivação das ações de promoção e vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009b).

A partir desse período é que começam os atos normativos e a definição de diretrizes para a Saúde do Trabalhador com a corresponsabilização dos três níveis de gestão do SUS, conforme os trechos da entrevista de E1.

Em 2005, a 1.125 trouxe as diretrizes mínimas para uma política de saúde do trabalhador. Essa discussão foi se acelerando na discussão da política, principalmente a partir de 2007 e foram criados três grupos de trabalho. Um deles discutiu a política nacional de saúde do trabalhador, o qual foi composto por coordenadores estaduais, coordenadores dos CEREST, a COSAT, hoje CGSAT, parceiros da Fiocruz e diversas universidades. (E1)

[...] um divisor de águas foi a Portaria 2.728 que trouxe a adesão ao pacto pela vida, pelo SUS e pela gestão do SUS e o manual da RENAST traz as atribuições da gestão [...] acho que evoluímos muito, a Política saiu claramente definida das nossas atribuições e dos nossos objetivos. (E1)

[...] para a implantação da Política e implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, o grande facilitador foi a construção de normativas, inclusive das diretrizes da vigilância em Saúde do Trabalhador, portaria 3.252/09, portaria 2.728, portaria 104/11 e principalmente as políticas 1.823/12 e o decreto-lei 7.602 que trouxeram um norte para a RENAST. Essa é a grande conquista dos últimos anos. (E1)

A Portaria GM/MS nº 1.125, de 6 de julho de 2005, regulamentava as ações de ST em todos os níveis de atenção do SUS e dispunha sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Definia como diretrizes a atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a articulação intra e intersetorial, a estruturação de rede de informações em ST, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão das ações (BRASIL, 2005b). Essa Portaria foi revogada em 12 de dezembro do mesmo ano pela Portaria GM/MS nº 2.442, de 9 de dezembro (BRASIL, 2005c).

A Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, aprovava as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pelos entes federados (BRASIL, 2009b). Foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013c).

Já a Portaria nº 104, que revogou a Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004, define uma relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, conceituando estes termos e incluindo aquelas relacionadas à condição de trabalho. Estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições para profissionais e serviços de saúde, relacionados aos casos de acidente de trabalho ou agravos à saúde de trabalhadores também (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011b).

O Decreto nº 7.602 dispõe em forma de anexo da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), tendo por objetivo promover a saúde e melhorar a qualidade de vida do trabalhador, prevenir acidentes e danos à saúde advindos do trabalho ou que aconteçam durante ele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011h).

Ainda na perspectiva histórica, os entrevistados destacam a realização da 1ª e da 2ª Conferência em Saúde do Trabalhador como relevantes para o fortalecimento da saúde e segurança do trabalhador na agenda governamental.

A Saúde do Trabalhador ganhou destaque a partir da 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador [...] mas uma dimensão mais aguda a partir da 2ª Conferência e à medida que as forças mais progressistas, mais de esquerda assumiram uma projeção de projeto de sociedade do país e houve também uma maior mobilização das entidades sindicais que trazem a pauta de saúde do trabalhador como parte do projeto de desenvolvimento para o país. (E6)

[...] a gente vê hoje, no ponto de vista político, uma chance grande dessa agenda ganhar o corpo que a gente acha que merece na política do SUS como um todo, nesse triênio de gestão do Conselho Nacional de Saúde, inclusive este ano foi deliberado no pleno do Conselho a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no ano que vem. (E5)

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida de 1 a 5 de dezembro de 1986, ano da 8ª Conferência, trouxe o entendimento de que saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional e é resultado de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica, tais como direito à saúde, ao trabalho, à informação, à participação e ao lazer. A Conferência possibilitou um foro de debates eminentemente político além da discussão técnica, propiciou a percepção da situação da classe trabalhadora, apontou os determinantes e apresentou soluções concretas e coerentes com o propósito de transformar a realidade da Saúde do Trabalhador no país (BRASIL, 1986). A 2ª Conferência, realizada de 13 a 16 de março de 1994, teve como tema central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e propôs que todas as ações de Saúde do Trabalhador no SUS fossem unificadas, sugerindo a reestruturação dos setores saúde, trabalho e previdência e a definição da política nacional de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1994).

A participação social tornou-se um direito reconhecido na Constituição Federal de 1988, como resultado da luta dos movimentos sociais, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, abrindo a gestão pública a novos atores sociais. No contexto específico da saúde, a participação surge como um dos princípios organizativos do SUS, no âmbito do planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas em saúde, por meio dos conselhos e conferências (VIEIRA et al., 2013).

Segundo Vieira et al (2013), as organizações populares que discutem as políticas públicas de saúde configuram-se em espaços que favorecem a participação e promovem a construção da cidadania, tendo em vista que um cidadão pleno seria aquele, titular de direitos sociais, civis e políticos.

Observa-se que a trajetória da PNST ocorre em uma correlação de força entre os movimentos sociais e os governos na relação entre capital e trabalho. A ST como uma política pública está, portanto, sujeita aos avanços e retrocessos da relação entre sociedade e estado a partir da perspectiva de classes (IAMAMOTO, 2001; SOARES, 2002). A análise do seu desenvolvimento remete à questão do desenvolvimento econômico, às transformações qualitativas e quantitativas das relações econômicas decorrentes do processo de acumulação capitalista no Brasil (DEMO, 1999). A Saúde do Trabalhador, assim como as outras políticas de saúde no contexto do SUS, ocorre em cenários permeados pela ambiguidade, pela incerteza e pelo conflito entre valores e interesses de grupos na escolha pública (BAGGOTT, 2002; WALT; GILSON, 1994).

4.1.2 A prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na agenda política dos governos

A política pública surge como uma forma de equacionar problemas econômicos e sociais de maneira a promover o desenvolvimento do país. A importância do campo do conhecimento de políticas públicas surge com a questão econômica principalmente no que se refere às políticas restritivas de gastos, só mais tarde a área social entra na agenda do governo (SOUZA, 2006).

[...] o problema na área de Saúde do Trabalhador afeta primeiro a saúde, porque há uma sobrecarga muito grande no sistema. Embora isto fique invisível a gente percebe que há uma omissão maior ainda em outros setores de políticas públicas como a previdência e a assistência e o trabalho, sobretudo quem tem um pacto antigo com o setor empresarial. (E6)

Dentro do Ministério da Saúde, enquanto política nós já começamos a fazer parte com maior impacto a partir da Política no ano passado, mas isso não significa necessariamente fazer parte da agenda. Há ainda um trabalho grande para estar na agenda, mas estar na agenda com discussão. (E2)

[...] o que mobiliza a 4ª conferência é a necessidade dos movimentos se articularem, dos conselheiros fazerem mais debates políticos, mas mesmo assim o tema Saúde do Trabalhador não é o grande motivador das conferências. (E6)

A formação da agenda governamental seria a resultante da combinação de um problema, um contexto político favorável e uma proposta viável, catalisada pela ação empreendedora de um líder político ou empreendedor público (RODRIGUES, 2010). No caso da Saúde do Trabalhador, a formação da agenda se deu na correlação de forças de grupos que pautaram o governo, representados pelos movimentos sociais e sindicais. Por outro lado,

havia a academia subsidiando o Estado com propostas viáveis e consistentes baseadas em evidências científicas e indicadores que demonstravam a existência de um problema: altos índices de morbimortalidade relacionados ao trabalho (GÖTTEMS, 2010). A ambiência política para a entrada destas questões na agenda foi possibilitada pela conjuntura político-partidária de 2003 até a instituição da PNST em 2011, com o Partido dos Trabalhadores (PT) no Governo Federal.

Muitas vezes a Saúde do Trabalhador chega à agenda estratégica do Ministério da Saúde sem seguir o nosso caminho institucional que é Coordenação - Diretor - Secretário até chegar no Ministro, mas chega no Ministro direto, por demandas do movimento social na área central do Ministério. (E5)

[...] muitas vezes os governantes não querem enfrentar os grupos político-econômicos que dão sustentação inclusive aos seus governos [...] se você for pelo interior do país, hoje boa parte é mantida pelo agronegócio [...] tanto é que este é o segundo setor que contribui para o PIB nacional. (E6)

[...] de fato tem um pacto político na história desses países dos governados sempre se aliam a elite econômica de alguns setores para manter a governabilidade. Isso não foi diferente no governo Lula e não é diferente no governo Dilma, tanto é que a bancada ruralista influencia nas decisões de governo. Pra enfrentar a questão do agrotóxico, tem que enfrentar a bancada ruralista e modificar o modelo produtivo do país, modelo este que dá 45% do PIB nacional. (E6)

[...] nós temos contribuições da academia, de pesquisadores, das centrais sindicais, de quem está na coordenação de Saúde do Trabalhador nos estados e municípios, sobretudo nas capitais, mas não houve apropriação e alargamento do debate político como você vê em outro local... este debate está colocado, mas numa esfera nacional intermediária sem ganhar a devida densidade no âmbito local onde há o maior enfrentamento, onde os trabalhadores precisam politizar este debate. (E6)

[...] falta um pacto entre os trabalhadores e a sociedade brasileira que são omissos para a saúde do trabalhador [...]. Apesar de tudo, ainda é muito discurso e pouca prática. (E6)

Dificulta o fato de a Saúde do Trabalhador ainda ser uma agenda que não é uma agenda prioritária dentro da SVS e consequentemente não se reflete na agenda maior do Ministério. (E5)

Os atores que atuam e desenham as políticas públicas podem ser individuais ou coletivos e privados ou públicos. Os atores privados são aqueles que têm o poder para influenciar o governo pela pressão em torno de ações; os atores públicos são aqueles que, de fato, têm o poder de decidir políticas (RODRIGUES, 2010). No modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon (2003), os atores de uma política pública dividem-se entre os governamentais e os não governamentais. Entre os atores governamentais, inclui-se o Presidente, seu *staff* e indicados, e os servidores de carreira. O Presidente exerce um papel dominante na formação da agenda, quando explicita uma prioridade, porque faz com que o assunto tome mais tempo e

energia do que se tivesse ingressado na agenda de outra forma. Isso se explica pelos recursos que o Presidente dispõe, como a visibilidade pública, o poder de veto e de fazer indicações e pela unicidade do Executivo que, mesmo não sendo absoluta, é muito maior que a existente no Legislativo (GÖTTEMS, 2010).

Enfrentar o debate sobre a relação capital-trabalho, enfrentar o debate sobre o pacto político que os governantes têm, muitas vezes com os grupos econômicos faz com que muitas vezes a Saúde do Trabalhador fique no campo do discurso e/ou da intenção da política pública. (E6)

[...] a gente espera fortalecer a organização local dos trabalhadores, fortalecer a participação no debate de Saúde do Trabalhador no âmbito local, comprometer os gestores locais e os atores locais e espera também com isso, fazer uma outra forma de mobilização de conferência: por regiões de saúde, por grandes ramos pra chegar até a etapa nacional e por fim, a gente espera realmente um pacto com a saúde do trabalhador. (E6)

[...] discutir a Saúde do Trabalhador implicaria em rediscutir o modelo de desenvolvimento que implicaria também nos modelos econômicos que geram riquezas. Essa é uma dimensão ideológica, se a gente pegar uma dimensão histórica o que falta é o governo entender que a saúde do trabalhador vem do estado e não mais do setor empresarial necessariamente ou predominantemente. (E6)

A combinação entre problemas - soluções - participantes - escolhas - alternativas e o meio político favorável ocorre no momento em que Kingdon (2003) denomina como janela de oportunidades para o governo formatar a agenda pública (RODRIGUES, 2010). Trata-se da oportunidade para os defensores de determinadas propostas apresentarem suas soluções para um determinado problema. Essa janela permanece aberta apenas por um período, fechando-se em seguida, requerendo ação imediata, porque geralmente várias questões competem-se para entrar na agenda de decisões governamentais, que é composta por uma pequena lista de itens. Os limites para a entrada dessas questões na agenda decorrem de considerações estratégicas feitas pelos atores e, também, por restrições lógicas decorrentes de outras decisões governamentais (GÖTTEMS, 2010).

No caso da PNST, o que se observa é que o problema já se arrasta desde períodos anteriores ao SUS e as soluções, por meio de serviços, se desenvolveram de forma incremental, com acumulação de experiências-pilotos que se destacaram no país. A ambiência para a definição de uma política com diretrizes claras e com recursos financiados deu-se com o governo de esquerda, que mantém grande capacidade de diálogo com os movimentos sociais. Este movimento foi explanado pelos entrevistados E2 e E8:

O desenho está como o Ministério da Saúde designou, abordagem de vigilância, mas algumas coisas vêm da época da RENAST então temos assistência. Contradição assistência/vigilância. O nosso organograma tem o CEREST e 3

gerências: uma de acompanhamento e avaliação, vigilância e assistência e a outra que é dos programas. (E8)

Dentro das políticas públicas de saúde a Saúde do Trabalhador se tornou realidade enquanto Política no ano passado, com a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, mas em termos de ações dentro da área técnica do Ministério da Saúde, a nível federal essa luta é muito anterior. (E2)

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi instituída em 2012, porém já se vinham agregando marcos referenciais para sua proposta desde o movimento sanitário. Ela sintetiza os marcos regulatórios legais - Constituição Federal, Decretos, Lei Orgânica da Saúde, Leis Complementares - e infralegais - portarias e resoluções -, e foi forjada nos espaços de articulação política e de formulação de estratégias do SUS. Observa-se que no Distrito Federal a PNST segue todo o marco normativo do nível federal, mas resguarda a sua capacidade de implementar projetos específicos, tais como projetos de promoção à saúde do trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Na percepção dos entrevistados, a PNST tem consistência técnica e conceitual, mas não chega a produzir mudanças substanciais na forma como as ações de ST vêm sendo realizadas, conforme se verifica nos trechos a seguir:

Hoje pra nós as portarias que saem só tem efeito legal, na execução é muito pouca a diferença que a gente vê [...] eu não achei que a Política teve muito a acrescentar não. Mas se a gente pensa em ganho é a legislação, né?! Por si só já é ganho [...] (E3)

A implantação da Política não afetou nosso trabalho, mas valeu no ponto de vista de documento, antes o pessoal perguntava o que o CEREST faz [...] hoje a gente tem respaldo [...] ajudou pelo respaldo das ações para os gestores, agora você mostra a Política e diz que está trabalhando com a política nacional de saúde. (E4)

[...] a gente concretizou a implantação da Política em agosto do ano passado como um instrumento que vai ser o grande guarda-chuva da organização das ações de saúde do trabalhador no SUS, este foi o nosso investimento para a construção desse documento dialogada com todos os atores e a partir de agosto pra cá vai ser por muito tempo priorizar a implementação da Política. (E5)

[...] a Política está muito bem formatada, quem conhece a Política não tem dúvidas do que fazer. Antes da implantação não se sabia o que fazer, nem qual era a atribuição, a prioridade, se era assistencial, de promoção, de prevenção, de vigilância. (E1)

Observa-se que há diferenças nas percepções dos entrevistados em relação aos efeitos operacionais da publicação da portaria que institui a PNST nos serviços de saúde estaduais e municipais. Observa-se, ainda, entre os entrevistados, uma supervalorização dos aspectos de pactuação política e da construção coletiva da portaria. Contudo, é recorrente a crítica de que não houve avanços práticos, restringindo-se a se institucionalizar o que já acontecia no âmbito

do SUS. Os depoimentos também demonstram a baixa apropriação por parte dos gestores na concepção de ST.

Ainda falta entendimento dos próprios gestores dentro do SUS, das secretarias, do que seria Saúde do Trabalhador. (E2)

[...] na construção do manual da RENAST os representantes do CONASS e do CONASEMS estavam conosco, porque na verdade quem vai colocar na prática a política são os gestores do SUS. (E1)

O termo Saúde do Trabalhador já é discutido há muito tempo nas instâncias federal, estadual e municipal, mas não é uma coisa que a gente vê se realizado, com todas as atividades feitas. (E3)

Enfrentar o debate sobre a relação capital X trabalho, enfrentar o debate sobre o pacto político que os governantes têm, muitas vezes com os grupos econômicos faz com que muitas vezes a Saúde do Trabalhador fique no campo do discurso e/ou da intenção da política pública. (E6)

Um dos princípios do SUS é a descentralização político-administrativa que implica que os entes federados são autônomos entre si na implementação das ações e serviços de saúde. Contudo, as decisões são tomadas nos órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS: o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2011a). Nesses colegiados, o desafio é a identificação das especificidades da atuação em cada uma das macrofunções gestoras, de forma coerente com os princípios e os objetivos estratégicos da política de saúde e para cada campo da atenção da saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No que concerne à ST, a elaboração de normas técnicas e padrões de qualidade para a promoção da saúde é função de todos os entes federados (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2012a). Especificamente, é competência da União “participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador”. Ao estado compete “coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador”. Porém, é na esfera municipal que se concentra os aspectos operacionais da política, visto que além de “participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho” o município também tem função de “executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador” (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva, a ST, assim como as demais políticas públicas que se operam a partir da descentralização político-administrativa no contexto do SUS, enfrenta dificuldades de responder a novas demandas no âmbito municipal ao não ter seus recursos financeiros ampliados, nem capacidade técnica, devido à carência de recursos humanos capacitados em quantidade e qualidade. No DF não é diferente, pois esta UF se comporta tanto como estado quanto como município em determinados momentos. Essas dificuldades são reiteradas pelos depoimentos a seguir:

[...] eu acho que quem está na gestão acha que é só ampliar cobertura e ampliar serviço que dá conta de atender a Saúde do Trabalhador. Ampliou Saúde da Família, ampliou a média e a alta complexidade, a estruturação, a equipe e se comprometeu diminuindo alguns indicadores, acha que com isso já pode estar atendendo as necessidades de saúde dos trabalhadores. (E6)

Obstáculos, dificuldades, não são só da Saúde do Trabalhador, mas do SUS como um todo [...] porque nem todos os municípios estão no mesmo nível de implantação e implementação das políticas públicas, não tem a mesma capacidade técnica e científica instalada e de recursos também. Isso dificulta [...] (E2)

[...] todas as áreas tem os mesmo problemas para implantar políticas públicas, na Saúde do Trabalhador ainda é um pouquinho mais grave porque o próprio profissional da ponta não tem esse olhar para as questões do trabalho. Não tem essa compreensão dele mesmo enquanto trabalhador e do usuário enquanto um trabalhador. (E2)

Nesse ano tiveram mudanças de gestores municipais, e na área de Saúde do Trabalhador com os CEREST também [...] teve município que mudou prefeito, mudou secretário de saúde e a equipe do CEREST foi toda mandada embora e veio outra equipe. A gente vive o tempo todo com essa coisa de investir em processo de formação [...] e perdendo pessoas. (E5)

E no monitoramento e avaliação é questão interna, o que a gente está conseguindo atender [...] a vantagem é que somos nós que fazemos os próprios dados [...] a gente não é muito competente ainda pra avaliar as coisas. (E8)

[...] vão ser criados DSOC em todas Regiões Administrativas para criar uma rotina de análise dos atestados médicos que são em grande quantidade na SES/DF e implantar um projeto CAPS voltado para a Saúde do Trabalhador tanto dos servidores quanto pra população em geral [...] implementar a Comissão de Investigação de Acidentes em Serviço que foi implantada pela portaria de 20 de junho deste ano. (E7)

[...] tem algumas diretorias que a subsecretaria de planejamento do DF como um todo inventou colocando este atendimento de saúde ocupacional ao servidor e centralizando em alguns lugares. Mas não é Saúde do Trabalhador, pode ser atendimento ao trabalhador da saúde do DF [...] (E8)

Desse modo, há inúmeros e complexos obstáculos e dificuldades na implementação de políticas públicas de saúde que surgiram e/ou tornaram-se visíveis após a LOS. Na ST isto ocorre. O município, que é quem de fato executa as ações, tem muita dificuldade em dar continuidade ao atendimento e resolver questões de saúde com abordagem segura em relação

aonexo-causal de determinado agravo à saúde. Nota-se que alguns entrevistados perceberam as questões políticas que interferem na execução das ações relacionadas à política de governo e partidária. Além disso, quando não há, pelo governo, passagem de informação clara, de forma que persistam dúvidas para o nível local, há confusão na operacionalização, pois as portarias contêm propostas para UF tradicionais e não propõe adaptações ao DF, com exceção da Portaria nº 1.378, recentemente publicada pelo Ministério da Saúde, que é a única a fazer orientações específicas para o Distrito Federal em relação à Saúde do Trabalhador e traz que o Distrito Federal compreende, simultaneamente, as competências relativas a estados e município para coordenação dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013c).

Na concepção de Boneti (2007), o Estado se torna um agente que repassa à sociedade civil as decisões saídas do âmbito da correlação de forças travadas entre os agentes do poder. Assim, o autor conceitua políticas públicas, da seguinte forma:

Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. Tais relações determinam um conjunto de ações atribuídas à instituição estatal, que provocam o direcionamento (e/ou o redirecionamento) dos rumos de ações de intervenção administrativa do Estado na realidade social e/ou de investimentos (BONETI, 2007, p. 11).

Mas o que ocorre efetivamente é o desconhecimento de como realizar a ST em uma perspectiva ampliada em municípios, estados e no Distrito Federal. Ressalta-se que no DF essa dificuldade se torna mais complexa pela sobreposição de papéis, como se infere novamente:

Quando os projetos tem uma característica mais regional, seriam articulações feitas pelo CEREST regional, mas até então são feitas pela gente, por isso que as coisas não se concretizam de forma correta. (E3)

A gente, enquanto CEREST estadual tem condição de fazer a coisa macro, desenvolver um projeto no DF e no entorno, para que depois o CEREST regional possa se configurar na regional. (E3)

O CEREST faz a articulação entre a vigilância em saúde do trabalhador e a Atenção Básica e as especialidades. (E4)

[...] a própria Política traz que o CEREST será aquele órgão que vai discutir as ações de Saúde do Trabalhador e vai sensibilizar a rede nisso. Realmente é um indutor, um matriciador das ações de vigilância. (E1)

A estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador é uma das formas de implementação da RENAST (MACHADO; SANTANA, 2012). Os CEREST estaduais têm como atribuição dar apoio técnico e científico, de forma matricial, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico para as equipes dos CEREST regionais, municipais e demais áreas técnicas no âmbito do município e do estado. As ações do CEREST, pela sua natureza intersetorial, podem provocar a percepção de estar em paralelo ao SUS, o que não é real. Na gestão de políticas há uma dimensão técnica e política do trabalho, o que acontece é o apego dos técnicos em fazer a parte técnica em detrimento da parte política.

[...] a gente tem investido bastante no processo de aproximação com o Ministério do Trabalho e Emprego, com a Previdência Social, com o Ministério Público do Trabalho e outros atores. Uma grande parte da nossa energia como esfera federal indutora de políticas é trabalhar como se organiza o SUS, atuar nesse campo e também como dialoga e constrói políticas e ações articuladas com outros atores governamentais, principalmente na esfera federal. (E5)

A gente está plenamente congruente com a gestão do SUS como um todo, porque era uma fala de algumas pessoas que a Saúde do Trabalhador corria, de certa forma, em paralelo à organização do SUS, então um dos grandes movimentos que a gente fez, político, é de estar nos aproximando, colocando a Saúde do Trabalhador plenamente inserida dentro de todos os processos de planejamento do SUS, de gestão financeira, e por aí vai. (E5)

Lá no Gama/Santa Maria só saiu o CEREST porque ficamos 2 meses nos reunindo até conseguir. Dá pra funcionar, mas não tem um processo de trabalho definido, é muito mais jogo de cintura. (E4)

[...] Sergipe não tem um CEREST estadual, mas tem uma coordenação de Saúde do Trabalhador no âmbito do estado [...] a gente tem estimulado porque entendemos que tem funções diferentes, mas que às vezes é do próprio CEREST e ele faz as duas coisas. No caso do DF acho que é por aí, como se a coordenação do CEREST fizesse tanto a parte política quanto a parte mais técnica [...], tem estas duas funções, se está fazendo é outra história. (E5)

A democratização das relações sociais e de trabalho pressupõe o estabelecimento de espaços de diálogos e negociação como um de seus instrumentos para a busca de solução de conflitos (ASSUNÇÃO; BRITO, 2012). Esses processos se referem nas parcerias entre setores do mesmo nível de gestão ou entre coordenações de diferentes níveis de gestão na busca de solução de determinado problema.

4.1.3 O financiamento para as ações de Saúde do Trabalhador

Identificam-se, nas macrofunções gestoras da saúde, quatro grupos de funções gestoras: a formulação de políticas/planejamento, nos quais estão incluídas as atividades de

diagnóstico da necessidade de saúde, a identificação das prioridades e a programação das ações; o financiamento; a coordenação, a regulação, o controle e a avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados; e a prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

[...] para o CEREST hoje nós temos um recurso para dar apoio para 210 centros em todo o país, 26 estaduais [...] cada um dos centros recebe 40 mil reais mensais do Ministério e temos 184 regionais que recebem mensalmente recurso de 30 mil reais, recursos estes para serem viabilizadas as ações de Saúde do Trabalhador ou apoiar as ações de Saúde do Trabalhador. (E5)

Um orçamento concreto pra Saúde do Trabalhador é o que o Ministério da Saúde destina do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. (E5)

Desde o ano passado a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador está com um orçamento na faixa de 11 milhões anuais para funcionamento que engloba a realização de eventos, diárias e passagens pra gente fazer nossa atividade de acompanhamento junto aos estados e municípios, desenvolver cooperações com instituições de ensino e pesquisa pra desenvolver alguns temas, publicações e tal. Este orçamento está dentro da Vigilância em Saúde, faz parte do orçamento maior da SVS e é um orçamento que foi dobrado nos últimos 2 anos sob uma demanda do controle social do SUS. (E5)

[...] o jurídico do Ministério queria colocar o recurso da Saúde do Trabalhador saindo da ação “XYZ” [...] e a gente trabalha a questão da transversalidade [...] quando a Atenção Primária está fazendo uma ação de Saúde do Trabalhador eu considero que esse recurso é da Saúde do Trabalhador, quando a área da Gestão da Educação em Saúde lançou agora a segunda turma de um curso de especialização à distância de Condição das Relações do trabalho e Saúde do Trabalhador, o recurso sai da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde. (E5)

[...] então não dá pra gente afirmar o recurso gasto em Saúde do Trabalhador é “X” porque pode ter tido essas duas fontes mais diretas específicas, mas todas as outras áreas quando estão induzindo ações que vão interferir nessa relação saúde - trabalho elas estão fazendo ações pra saúde do trabalhador e existem outros recursos, talvez não só do Ministério, mas do SUS como um todo, investidos nessa área embora não seja difícil de dizer com precisão qual é o recurso. (E5)

Hoje eu te digo com grande firmeza que das diversas áreas que compõem a saúde e que compõem um plano de saúde, uma das áreas que está mais capacitada com o seu plano de trabalho são os CEREST. (E1)

[...] para os CEREST estaduais são repassados 40 mil reais mensais e para os regionais 30 mil [...] mas temos um problema seríssimo [...] temos recurso acumulado pela falta de desenvolvimento das ações, porque o gestor não tem o entendimento. (E1)

O artigo 10 da Portaria nº 2.728 define que os recursos da área de Atenção à ST deverão destinar-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CEREST (BRASIL, 2009a). Para as ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), principalmente as ações de promoção e prevenção, poderão também

ser utilizados os recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e da Transferência de Recursos, conforme prevê a recente Portaria nº 1.378 (BRASIL, 2013c).

Para as ações de Saúde do Trabalhador executadas pela Atenção Básica (ESF, CS, UBS, PS etc.), podem ser utilizados recursos do Bloco de Financiamento da Atenção Básica conforme a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c). Para a utilização de recursos, utiliza-se a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007).

O orçamento da vigilância em saúde hoje, do Ministério da Saúde que é público, é em torno de 5.5 bilhões de reais enquanto o da média e alta complexidade é de 60 bilhões, com o foco da produção de serviços, da compra de medicamentos, da produção de exames [...] mas isso não tem refletido em melhorias para o SUS. (E1)

[...] é importante frisar que o orçamento da vigilância é 10% do orçamento que a média e a alta complexidade têm. (E2)

No orçamento da Vigilância em Saúde, há financiamento para o custeio de atividades de ensino-pesquisa e publicações, realização de eventos, passagens e diárias para técnicos e pesquisadores. No DF, os atores-chaves envolvidos na Política não têm domínio sobre o fluxo orçamentário, mas queixam-se da falta de autonomia para gerenciá-los, da subordinação à Subsecretaria e da exposição que sofrem pela realização de auditorias em seu ambiente de trabalho devido à baixa execução orçamentária. Infere-se das falas que o maior problema é o do modelo de gestão do sistema de saúde do DF, com concentração da gestão e das decisões e descentralização da prestação de serviços (GÖTTEMS, 2010).

O CEREST em si não tem autonomia nenhuma, quem ordena as despesas é a Secretaria de Saúde e o dinheiro todinho está dentro do fundo de saúde [...] o valor do CEREST é de 100 mil reais por mês, 40 mil pro CEREST estadual e 30-30 pros outros dois. Durante o ano a gente tem previsão de ter 1.200.000,00. Aí a gente vai fazendo projetos [...] passa pelo planejamento e a Subsecretaria olha se aprova e se sim, vai liberando. A gente não tem autonomia não! (E4)

Os CEREST regionais não têm autonomia, quem faz a gestão desses serviços é a coordenação central, o CEREST estadual. Mas nem mesmo a nossa coordenação aqui tem autonomia de 100%, ela está abaixo da Subsecretaria (SVS) [...] pelo Ministério da Saúde a sua obrigação é estar fazendo a avaliação do trabalho, o que está sendo gasto, estar prestando conta, mas a diretoria executa qualquer projeto e dá andamento em qualquer processo em curso somente com a autorização da Subsecretaria. (E3)

A gente tem autonomia para dividir o dinheiro para o que a gente quer, tá tudo pactuado, por exemplo, tanto de dinheiro para pessoa física, tanto pra pessoa

jurídica, gasto com passagem, com material permanente, é tudo separadinho, mas na hora que vai usar tem uns entraves o que torna tudo muito difícil. (E4)

[...] e o Ministério Público vem aqui fazer auditoria pra saber por que não utilizou o dinheiro que está recebendo há um tempão [...] desde 2009 os CEREST norte e sul recebem do Ministério da Saúde e não utilizaram com nada porque não estavam funcionando. Então este ano eu estou inaugurando. (E4)

[...] o que dificulta muito é o uso do recurso, se eu tivesse mais autonomia ficava mais fácil [...] depois você chega lá e dizem que não tem projetos. Projetos existem, mas é tanta burocracia [...] o termo correto do entrave é burocracia. (E4)

Os recursos do CEREST são direcionados para o pagamento das chamadas despesas de custeio e correspondem, dentre outros gastos, os de material de consumo, serviços de terceiros, gastos com obras de conservação e adaptação de bens imóveis e também aquisição de veículos e equipamentos. Em situações excepcionais, suplementarmente, esse recurso pode ser utilizado para pagamento de pessoal. Os recursos são aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelos seus respectivos Conselhos de Saúde. Há, ainda, um incentivo no valor de R\$ 50.000,00 quando da implantação de um CEREST, pago de uma só vez, no ato de habilitação e, mensalmente, os Centros de Referência estadual e regional recebem repasses mensais de R\$ 40 mil ou R\$ 30 mil, respectivamente (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011d). Para receber esses recursos, o estado e o município precisam ter ações para a ST no Plano de Saúde e na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Os planos municipais, estaduais e nacional de saúde são construídos a cada primeiro ano de mandato do gestor correspondente por 4 anos. Nesses planos tem que estar os objetivos, diretrizes e metas de cada área, inclusive a de Saúde do Trabalhador, ou seja, as nossas ações estão inseridas no plano do município, estado ou do país. (E1)

No DF tudo é pactuado, o plano de saúde anual, na LOA, mas só que a gente vê que quando vai chegando o fim do ano não cumprimos nada da LOA. Em 2010 estava pactuado fazer uma reforma no CEREST para ampliar o espaço, no final passou despercebido e ninguém viu isso, aí não se fez reforma nenhuma, não foi cumprido. (E4)

As ações têm que estar no território de abrangência. No plano municipal de saúde de Goiânia, por exemplo, são diversos municípios que fazem parte [...] As ações do plano de trabalho da Saúde do Trabalhador tem que estar na programação anual de saúde do município de Goiânia, inclusive discriminada a ação, a meta, o valor físico e financeiro e as parcerias que serão feitas. (E1)

O Ministério da Saúde, nas publicações do Planejamento do SUS (PlanejaSUS), órgão que articula solidariamente as três esferas de governo do SUS, define Plano de Saúde como um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos

compromissos e das prioridades de saúde em uma determinada gestão, e constitui-se base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a administração do sistema (BRASIL, 2009c). Os instrumentos básicos do PlanejaSUS têm sido continuamente debatidos, principalmente no tocante a processos de formulação e a estruturas básicas. Tais debates explicitam principalmente a importância e a necessidade de que esses instrumentos contribuam para a melhoria/aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social (BRASIL, 2009c).

[...] hoje o nosso recurso é fundamentalmente enviado ao CEREST e a gente acompanha através dos relatórios anuais de gestão, através das auditorias do DENASUS para saber se aquele dinheiro enviado foi utilizado cumprindo o plano de trabalho que estava previsto ou se o recurso foi utilizado em outra ação que não a de saúde do trabalhador, de acordo com o plano de saúde [...] o DENASUS tem mandado devolver o que é utilizado diferentemente disso. (E1)

[...] e o MPT junto com o DENASUS vem aqui fazer auditoria pra saber porque não utilizou o dinheiro, porque está recebendo há um tempão e a culpa termina que é incompetência de quem está na gestão. (E4)

Com o objetivo maior do contínuo aperfeiçoamento e concretização do SUS, o Plano mostra-se um importante instrumento para os gestores, técnicos e todos os cidadãos, à medida que propõe alternativas e ações que buscam principalmente a melhoria dos diferentes perfis de saúde. No Plano de Saúde do DF, são propostas algumas diretrizes que identificam a Saúde do Trabalhador como tema central. Alguns exemplos: “Implantar medicina do trabalho preventiva para a saúde do trabalhador”; “Aumentar, em pelo menos 20% no quadriênio, sendo 5% ao ano, o número de notificações de agravos relacionados à saúde do trabalhador, considerando o valor inicial de 1.562 notificações em 2011”; “Implementar uma Política de Segurança e Saúde no Trabalho em consonância com a Política Nacional do Trabalhador no SUS” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2012). Porém, reitera-se que, no Plano de Saúde do DF, a Saúde do Trabalhador tem duas estratégias: uma voltada aos trabalhadores com vínculo com a SES/DF, atendidos pelo Departamento de Saúde Ocupacional (DSOC), e outra aos trabalhadores da sociedade civil.

Nota-se então, pelas falas, que a publicação da PNST não garantiu aumento de recursos financeiros provenientes do governo federal; que há falta de autonomia do CEREST no gasto destes recursos; e quando não há autonomia para a utilização do recurso, há disputa na tramitação dos processos, principalmente com a área assistencial.

4.1.4 A articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

As ações a serem desenvolvidas pela rede SUS são explicitadas pela PNST, que reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a transversalidade das ações e seu caráter transdisciplinar e interinstitucional, em sintonia com as mudanças nos processos produtivos e com a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL, 2012a).

Os três primeiros objetivos da Política são: fortalecimento da vigilância de saúde do trabalhador e integração com as demais vigilâncias; a promoção da saúde, a prevenção e a construção de ambientes saudáveis de trabalho; e a atenção integral à saúde do trabalhador. (E2)

A Política hoje vem muito bem direcionada com ações de promoção, de prevenção, do diagnóstico e de vigilância em saúde do trabalhador. (E5)

A PNST já incorporou a perspectiva das RAS, que se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos (MENDES, 2009; BRASIL, 2010), dentre os quais destaca-se: a AB estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde. Em suma, a AB é, portanto, responsável por coordenar o cuidado e ordenar a rede de serviços, com o objetivo de fornecer um serviço de saúde qualificado, humano, em tempo e com acesso igualitário a toda população (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011c; SOUZA et al., 2013).

A Vigilância em Saúde envolve ações de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, organizadas a partir da articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador. Esta tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva de problemas de saúde (BRASIL, 2009b).

O desafio de articular os pontos de atenção se evidencia nas falas dos entrevistados como uma ação estratégica para implantar a PNST, atribuindo ao CEREST o papel de coordenação da RAS, e à AB, de coordenadora do cuidado, demonstrando um conflito de interesse com o que está designado na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, já que esta indica a AB como ordenadora da RAS (BRASIL, 2010a).

Nós só vamos ter uma atenção à saúde do trabalhador decente quando a gente identificar e acolher aquele trabalhador na APS e tentar identificar se aquilo que ele está passando tem alguma relação com seu ambiente de trabalho. (E1)

Em todos esses aspectos a APS é a grande produtora, pois tem uma influência fortíssima e é quem vai receber o paciente. Ela é fundamental para se desenvolver as ações de vigilância da Política. E por que não serem nossos parceiros nessas ações? (E1)

Então esse grande desafio que a gente tem trabalhado com os CEREST hoje é que precisamos capacitar e qualificar a assistência pra entender o que é a saúde do trabalhador. (E1)

[...] construímos um documento orientador para a vigilância em saúde do trabalhador no SUS, temos trabalhador em todo nosso processo de acompanhamento junto às secretarias estaduais e municipais de saúde e aos CEREST, reforçando esse papel deles enquanto ator organizador das ações de vigilância, como sendo um dos seus papéis principais, inclusive pra fazer o diálogo das vigilâncias em saúde já instituídas no SUS que são as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental. (E5)

Entre os instrumentos normativos que buscavam institucionalizar as ações de Saúde do Trabalhador, resultantes de longos processos de articulações políticas e técnicas, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998, ainda vigente, buscou orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde para este público (BRASIL, 1998). No mesmo ano, iniciou-se a elaboração do documento Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, que fazia menção à presença de ações na AB, na perspectiva da assistência integral à saúde dos trabalhadores e conformava sete diretrizes: a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; o fortalecimento da vigilância de processos e agravos relacionados ao trabalho; a assistência integral à saúde dos trabalhadores; a estruturação de redes de informação em saúde do trabalhador; a adequação e a ampliação da capacidade institucional; o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos.

A gente foca em promoção da saúde junto com a Atenção Básica e junto com parcerias. (E4)

[...] os Centros de Referência à Saúde do Trabalhador dos locais onde eles existirem, vão dar o apoio matricial especializado às equipes da Atenção Primária para poderem fazer ações de vigilância, fazer até mesmo diagnóstico, a relação com o trabalho, fazer ações de promoção e proteção à saúde que inclui ações educativas, ações até mesmo de visitar o ambiente de trabalho, de sugerir mudanças, buscar minimização ou redução total dos riscos em que o trabalhador está exposto. (E2)

[...] nós conseguimos fazer uma articulação muito boa com o Núcleo de Atenção Primária nas Regionais e assim o trabalho se desenvolve. (E3)

A gente deve tirar o olhar da doença e ir para o indivíduo, sabendo que esse indivíduo-usuário pode ser um trabalhador sujeito a todas as circunstâncias inclusive as condições de trabalho dele, aos fatores e riscos do ambiente de trabalho. (E2)

No Brasil, AB e Atenção Primária à Saúde (APS) são tratados como termos equivalentes associados às noções de vinculação e responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seu território de vida, acessibilidade, atenção abrangente e integral, alta resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado, realizando ações de atendimento básico, como os de saúde bucal, de doenças crônicas, de práticas integrativas e complementares e de alimentação e nutrição (BRASIL, 2011c; SOUZA et al, 2013).

Um dos maiores objetivos das equipes de saúde da AB é conhecer a população adscrita, seu perfil epidemiológico e suas situações de vulnerabilidade para o planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2011c). O CEREST pertence ao nível secundário de atenção e deve oferecer serviços especializados de suporte ao desenvolvimento das ações de ST na AB, enquanto retaguarda técnica para suporte das ações assistenciais e da vigilância em ST (COSTA et al., 2013).

[...] a APS pode ter um papel muito importante na questão tanto dos seus atendimentos quanto nas visitas às famílias que é estar identificando e caracterizando qual é a atividade produtiva que essas pessoas estão envolvidas. (E5)

[...] o território onde as equipes de SF trabalham, ou mesmo que não haja equipes da ESF, que seja só um PACS, ou então só uma UBS, não importa como a APS está conformada, é naquele território de atuação daquela unidade, daquele serviço ou daquela instância primária que as pessoas vivem, trabalham, adoecem, na maioria das vezes. (E2)

A APS pode ser muito útil no mapeamento das atividades produtivas que se desenvolvem no território. (E5)

[...] a APS pode ser uma fonte de informação, uma unidade notificadora importante e já aparece um pouco, mas muito aquém do potencial que ela pode representar. A gente tem procurado estimular isso, por exemplo, nos 2 últimos encontros da RENAST um dos dias nós temos pego pra fazer uma divulgação de experiências

desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e pelos CEREST e uma das áreas temáticas é essa relação com a APS. Tem tido várias experiências concretas de relação da ST com a APS, mas a gente sabe que ainda tem muito que avançar nesse processo [...] (E5)

Uma das características AB é ter delimitado o seu território de atuação. Em consonância com os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB deve ser responsável pela promoção e pela proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011c). Nessa mesma linha, definem-se as atribuições gerais dos profissionais que trabalham na AB para o desenvolvimento do cuidado à ST. Com o olhar voltado para a ST temos:

- no território: identificação de atividades produtivas desenvolvidas no território de abrangência das equipes, das situações de trabalho das famílias e dos riscos à saúde relacionados ao desenvolvimento destas;
- no acolhimento: escuta qualificada das necessidades dos usuários trabalhadores, proporcionando atendimento humanizado e o estabelecimento do vínculo;
- realização do cuidado em saúde no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos domicílios;
- realização de busca ativa de DRT;
- responsabilização pela população trabalhadora adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando o usuário necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- desenvolvimento de ações educativas, como orientações sobre a prevenção de acidentes/doenças do trabalho;
- participação em atividades de planejamento e avaliação das ações direcionadas à ST, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- promoção da mobilização e participação da comunidade, buscando efetivar o controle social nas questões de ST;
- identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob a coordenação da Secretaria de Saúde;
- garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na AB;
- participação nas atividades de educação permanente que abordem o tema.

Contudo, para a AB ser resolutiva no DF, é necessário superar o modelo tradicional e focalizado que ainda persiste, e adotar com veemência o modelo da Estratégia Saúde da Família, transformando propostas tímidas e conservadoras em espaços criativos e aglutinadores das demandas de saúde (LARA, 2011; GÖTTEMS, 2010).

Se a vigilância em saúde do trabalhador ficar só por conta dos CEREST, a coisa não ia expandir no Brasil. A gente tem que chegar onde o serviço ou o SUS é mais capilarizado que é na APS. (E2)

Na PNAB 2011 tem uma partezinha que diz que a APS deveria dar prioridade ou trabalhar com as populações de risco e dentro dessas populações de risco nós poderíamos ter populações de trabalhadores em risco. (E2)

O Plano de Ação Global de Saúde do Trabalhador 2012-2017 define as linhas gerais de trabalho conjunto entre o secretariado da Organização Mundial de Saúde (OMS) e os centros colaboradores em Saúde Ocupacional. Neste Plano, é destacada a prioridade nº 4, que estabelece o fortalecimento dos sistemas de saúde, enfatizando as intervenções realizadas pela Atenção Básica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Há certos gestores municipais que acham que saúde é ter hospital, ter policlínica, ter UPA, mas tem outros que já acham que nós devemos tirar a visão do agudo e ir pro crônico, trabalhar mais com na abordagem da atuação da APS, da prevenção ao invés de ser só algo extremamente assistencialista e centrado no hospital ou no médico ou no enfermeiro. (E2)

Entre os princípios que orientam a institucionalização da ST no SUS, destacam-se o direito dos trabalhadores à proteção social, independente do tipo de vínculo de trabalho - se formal, informal, servidor, militar, empregado doméstico, entre outros -, de dispor de um ambiente de trabalho saudável e o direito de recusa do trabalho perigoso e/ou insalubre, exercício que pressupõe a informação e a sustentação política por suas organizações representativas (DIAS; SILVA, 2013).

[...] o dever do Estado é garantir saúde na classe trabalhadora, isso é claro no campo da saúde do trabalhador. Entretanto ainda é como se tivesse prevalecendo a idéia de que a responsabilidade, que todos os riscos da saúde do trabalhador ou é do próprio trabalhador que tem que correr atrás do prejuízo, inclusive pagando planos privados de saúde ou negociando outras formas de autogestão e não uma responsabilidade do estado. (E6)

Na ST nossa razão de ser é estar fazendo com que as pessoas não cheguem na assistência e isso significa que essa ação, principalmente da prevenção dos ambientes de trabalho seja uma ação de conflito. Conflito com o poder econômico, local/regional/estadual/nacional. (E5)

A política não é a do enfrentamento, a política é de fazer alianças, que muitas vezes são alianças com esses setores que alguma ação de ST vai fazer como se organiza o trabalho e os processos produtivos tenham que ser alteradas em prol dos trabalhadores, aí contra essa maré do poder econômico, financeiro e político. (E5)

É importante reafirmar que o desenvolvimento de ações de ST na AB exige articulação de todos os pontos de atenção à saúde que compõem a rede SUS, considerando a AB como responsável pela coordenação do cuidado (MENDES, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011c). Na atenção secundária, os centros ambulatoriais visam atender os problemas de saúde da população que demandam profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico de maior densidade. Os centros de especialidades médicas têm papel importante na atenção aos agravos relacionados ao trabalho, tanto no diagnóstico das doenças quanto no tratamento especializado (MENDES, 2009; BRASIL, 2010a).

Na atenção à ST, os serviços hospitalares e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) constituem a porta de entrada do trabalhador, principalmente nos casos de acidentes graves de trabalho. Esses serviços de urgência/emergência devem desenvolver ações mínimas para o cuidado de trabalhadores, tais como: reconhecer o usuário como trabalhador, investigar a relação do agravo com o trabalho; coletar informações relacionadas ao acidente acontecido; notificar os agravos; realizar a CAT; orientar o trabalhador quanto aos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada entre os dias 24 e 27 de novembro de 2005, em Brasília, abordou, em sua 7ª deliberação, que as atividades realizadas pelo CEREST fazem sentido somente quando forem articuladas “com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada” (BRASIL, 2011f).

Nesta última Conferência, houve uma iniciativa inovadora que visou a identificação de temas prioritários e a definição de planos de ação vinculados às deliberações aprovadas, conforme sua deliberação nº 300 que tem em seu objeto:

garantir a efetivação das propostas aprovadas nas Conferências de Saúde do Trabalhador de modo geral, por meio de plenárias estaduais de acompanhamento, retornando o Relatório Final para as suas bases representativas, por meio do envio de cópia do texto final para cada delegado participante, bem como o monitoramento do cumprimento das propostas aprovadas (BRASIL, 2011f, p. 186).

Esta iniciativa foi chamada de Processo de Devolução das Deliberações e seus objetivos principais foram: possibilitar uma reflexão sobre as deliberações e os mecanismos necessários para sua efetivação nas esferas municipais, estaduais e federal; contribuir para que os estados e municípios definam suas prioridades e estratégias viáveis para implementá-las tendo em vista as conjunturas locais; realizar uma discussão local sobre as prioridades, relacionando-as às deliberações e; construir um plano de intervenção do controle social em ST para a definição das prioridades na aplicação dos recursos e no cumprimento das propostas aprovadas, sendo seu foco dar continuidade da mobilização social e assegurar a implementação da política (HOEFEL et al., 2009).

Nós temos a PNST, a PNSST que já trazia que é da saúde fazer vigilância em ambiente de trabalho, sendo que há algumas unidades do MS que contestam isso, e até denunciam o CEREST, mas a Política traz essa clareza, então é uma grande conquista. (E1)

O DF tem outros projetos relacionados à Saúde do Trabalhador, mas no CEREST as nossas linhas de trabalho são as mesmas do Ministério da Saúde. (E3)

[...] o meu papel no Ministério da Saúde é muito a sensibilização da gestão [...] tudo isso que eu falo pra você eu repito para os gestores a cada viagem que eu faço. (E1)

Porque hoje a gente tem um projeto que é com um comitê interministerial de inclusão social que é do Ministério da Saúde com outros ministérios e aqui no DF quem está coordenando este trabalho com o catador de material reciclável é a Casa Civil e nós somos parceiros. (E3)

[...] nós temos o entendimento enquanto nível federal que a atenção integral à saúde do trabalhador é composta tanto das ações de vigilância quanto das ações de assistência. Então a gente tem a rede de vigilância e a rede de cuidados, a grosso modo. (E2)

[...] a gente coordena um trabalho com o Projeto Pró-Catador. O Pró-Catador é um projeto amplo em termos de articulação intersetorial, nós temos várias outras Secretarias envolvidas com esse projeto. A Secretaria da Saúde chamou a Secretaria do Trabalho que aderiu bem, a Secretaria de Desenvolvimento Social, a Secretaria de Educação, a Secretaria de Segurança e outras Secretarias que conseguiram fazer um Grupo de Trabalho só pra esse projeto. Isso, inclusive, foi uma convocação da Presidência da República que tem um comitê intersetorial de inclusão social, especificamente desse projeto Pró-Catador, que nasceu no CEREST e a gente já conseguiu fazer essa articulação. (E3)

Nós promovemos ações junto dos trabalhadores do SLU, onde a gente promoveu toda uma ação de vigilância e uma ação de assistência. (E4)

[...] no meio do semestre que vem a gente vai trabalhar de agosto até outubro fazendo um levantamento dos agravos dos professores, as fonoaudiólogas vão monitorar quais são os processos de doenças da voz e psiquiatra vai fazer um questionário pra eles responderem essa questão de depressão. Depois a gente vai fazer uma ação com a saúde pra fazer os exames. (E4)

Se a Política quiser deslanchar no país como um todo ela vai ter que seguir a mesma lógica das RAS e a RENAST vai ser um desses arranjos organizativos. (E2)

O projeto é muito grande e está sendo feito por etapas. Uma das etapas é implantar a diretoria de Saúde Ocupacional em todas as regionais. (E7)

[...] vai acontecer avanços mais concretos e consistentes a medida que a comunidade também evolua, da capacidade de cada um de nós se mobilizar, dos trabalhadores, da sociedade como um todo, encarar as questões dos acidentes de trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho como uma questão importante de saúde pública. Não só como uma questão que acontece com o outro. (E5)

Há muitas as ações realizadas para colocar a ST na agenda de prioridades nas esferas federal e do DF. O que se observa é que o MS tem mais clareza no alcance da PNST, mas está no espaço de formulação das políticas públicas. De outro lado, os atores responsáveis pela implementação das ações no DF demonstram menor entendimento sobre o papel dos diferentes pontos de atenção e sobre as atividades de vigilância promoção e assistência, predominando o enfoque assistencial.

4.2 EVOLUÇÃO DAS AÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

As mudanças sociais e políticas ocorridas no Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990, associadas ao contexto da Reforma Sanitária, foram determinantes nas propostas de reformulação das políticas de saúde no âmbito de suas relações com o trabalho, como já visto no item 2.2. Pode-se destacar, como um de seus principais resultados, a definição da área da Saúde do Trabalhador no campo de abrangência da saúde pública, delegando ao SUS assumir o papel legal nesta área.

Com a CF e a LOS, a Saúde do Trabalhador se inscreve definitivamente como política de saúde e se consolida com a criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde. A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) coordena as ações de Saúde do Trabalhador em articulação com os três níveis de gestão do SUS e foi a responsável pela proposição e formulação da PNST. A CGSAT tem como missão: formular, regular e fomentar políticas de Saúde do Trabalhador, de forma a eliminar e minimizar riscos, prevenir doenças e agravos, intervindo nos determinantes do processo saúde-doença, decorrentes dos modelos de desenvolvimento, dos processos produtivos e da exposição ambiental, com vistas à promoção da saúde da população. Sua visão é ter competência de produzir análise de situação de saúde sobre vulnerabilidades socioambientais para o planejamento de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011i; BRASIL, 2012a).

Uma das metas institucionais da CGSAT é a construção da atenção integral, equânime e universal à saúde dos trabalhadores, definindo um modelo estruturado em redes e que dê visibilidade à problemática das relações entre saúde e trabalho. Essa área técnica foi instituída no MS na década de 1990 e foi construindo uma rede de serviços de saúde para implementação das ações à saúde dos trabalhadores no SUS, de forma diferenciada. Em 2002, essa construção culminou na criação da RENAST pelo MS, com o objetivo de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

No Distrito Federal, assim como nos demais estados brasileiros, a promoção da saúde do trabalhador teve início anterior à publicação da PNST, em 2012, utilizando como guia as orientações da RENAST. A rede de serviços de saúde do DF realizava ações assistenciais e de vigilância da morbimortalidade por doenças relacionadas ao trabalho, especialmente voltadas aos servidores públicos de saúde da SES/DF, mas também, em menor abrangência, aos trabalhadores da sociedade civil em geral.

Por meio da análise documental dos Planos de Saúde elaborados a partir do ano de 2001 e dos Relatórios Finais das Conferências de Saúde a partir 2000, foi possível identificar os antecedentes da atual política de ST no Brasil e no DF. Observa-se, a seguir, que em todos os Planos de Saúde houve proposições de ações para a ST, e em todas as Conferências de Saúde foi objeto de recomendações nos relatórios finais, por vezes com grande destaque, e em outras com citações.

4.2.1 Análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Distritais de Saúde

No Brasil, as conferências nacionais têm sido um dos principais canais de diálogo entre o poder público e a sociedade civil, elas envolvem participantes em nível municipal, estadual e nacional. Essa organização permite que esses sejam processos participativos com maior capacidade mobilizadora, visto que são os únicos a integrar a capilaridade dos municípios com a abrangência da discussão sobre temas nacionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

Os principais objetivos das conferências são propor diretrizes e definir prioridades para políticas públicas. Ao fim de uma conferência, as deliberações aprovadas são apresentadas em um relatório final, que pode conter informações sobre as regras e as discussões que culminaram na lista de propostas. À conferência só é dado o *status* de

cumprimento de deveres quando cumpriu com todas as etapas de sua organização (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2013), iniciativas de órgãos públicos e de conselhos gestores têm avançado na identificação de ações governamentais que respondem às demandas expressas nas deliberações de conferências nacionais. São experiências que têm como preocupação principal compreender em que medida os conteúdos das discussões desses espaços são ou podem ser utilizados como subsídios para a formulação e revisão de políticas públicas. Essas iniciativas são consideradas práticas de resultados de conferências, pois têm como objetivo identificar se as demandas expressas pelas deliberações desses processos foram ou estão sendo incorporados por alguma ação governamental. Essas iniciativas podem ocorrer simultaneamente, em geral, quanto mais consolidadas são as práticas de monitoramento de uma área de política, mais instrumentos são criados com esse fim.

Os resultados advindos das deliberações das conferências podem ser segmentados em quatro tipos: a) conversão direta das deliberações em planos de políticas públicas e monitoramento do plano; b) criação de grupos de trabalho que fazem o levantamento das deliberações aprovadas e investigam os encaminhamentos dados a elas; c) criação de instrumentos de gestão da informação que registram as ações correspondentes às demandas apresentadas e o seu encaminhamento, podendo ser desde sistemas informatizados até tabelas e planilhas mais simples; e d) organização de eventos de avaliação e balanço, em que são apresentadas e discutidas as respostas dadas pelo poder público às demandas apresentadas na conferência (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

Os relatórios finais das Conferências são direcionados a gestores públicos, conselheiros, atores da sociedade civil e pesquisadores que têm se deparado com a dificuldade de identificar quais resultados de conferências nacionais têm sido incorporados nos ciclos de gestão de políticas públicas. Nesse sentido, foi feito um esforço para identificar as recomendações das Conferências Nacionais e Distritais de Saúde para as ações de ST e o quanto os Planos de Saúde incorporaram as orientações de cada Relatório Final.

As Conferências Nacionais de Saúde abordam o tema ST de forma completa. Em várias deliberações, a especificidade da temática, mesmo não estando claramente escrita, permeava-se nas ações recomendadas.

As instâncias de controle social do SUS garantem a participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais, como Sindicatos, Federações, Confederações e Centrais Sindicais; Associações de Trabalhadores Adoecidos pelo Trabalho; Comissões Intersetoriais

de Saúde do Trabalhador (CIST) dos estados e municípios; Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; Conferências Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2012g).

Sendo assim, o controle social é entendido com a participação dos trabalhadores e de suas organizações na identificação das demandas, planejamento e estabelecimento de prioridades; na formulação, proposição e adoção de estratégias de enfrentamento de problemas; no acompanhamento, avaliação e controle da execução das políticas de saúde; e na aplicação de recursos (BRASIL, 2008).

Quadro 3 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2000 para a Saúde do Trabalhador. Brasília-DF, 2013.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XI Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS V Conferência Distrital de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> -Implementar os Programas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde dos municípios e nos ambulatórios de referência. -Priorizar as medidas de proteção coletiva, como base na vigilância dos ambientes e processos de trabalho. -Criar políticas de Atenção à Saúde dos trabalhadores precarizados, trabalhadores informais, trabalhadores a domicílio, de fundo de quintal, terceirizados, temporários etc. -Implantar a Rede de Saúde do Trabalhador integrada à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST). -Aumentar o repasse do teto financeiro para a Saúde do Trabalhador, levando em consideração a capacidade operacional. -Implantar equipes regionais de Vigilância Sanitária em Saúde do Trabalhador, com contratação de técnicos em higiene e segurança do trabalho e profissionais de nível superior na área de segurança do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> -Oferecer condições dignas de trabalho aos profissionais do PSF: sede condizente, mobiliário, materiais, equipamentos e democratização administrativa. -Oferecer condições dignas de trabalho aos profissionais do PSF, aproveitando espaços existentes na rede, condizentes com mobiliários, material de consumo, medicamentos, transporte adequado e democratização administrativa e garantia de quadro completo de recursos humanos. -Garantir melhores condições no ambiente de trabalho aos profissionais da saúde. -Melhorar as condições de trabalho para a prevenção das doenças ocupacionais. -Reafirmar que se adeque periodicamente os Planos de Carreira e de Cargos e Salários (PCCS) às necessidades do SUS, mediante negociação trabalhadores/governo a cada 5 anos, prevendo-se o contrato coletivo de trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar os relatórios finais de forma individual, nota-se que as recomendações da XI Conferência Nacional de Saúde foram relacionadas à implementação do Programa de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde, que priorizou as ações coletivas às individuais, criou a RENASt e recomendou o aumento do repasse financeiro para a ST (BRASIL, 2001e).

Em relação ao DF, a V Conferência abordou principalmente a garantia de melhores condições no ambiente de trabalho aos profissionais da saúde. Nessa ocasião, em 2000, já existia um órgão de ST, o Departamento de Saúde do Trabalhador (DESAT), implantado em 1998 e com o nome modificado para Diretoria de Saúde do Trabalhador (DISAT). A DISAT atendia aos servidores da SES e à população em geral na Policlínica de Cardiologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Pediatria, Ginecologia, Reumatologia, Urologia,

Dermatologia, Acupuntura e Homeopatia. Houve, anteriormente a essa Conferência, a contratação de sete Médicos do Trabalho e o serviço estava em reestruturação, visando à implantação de novos programas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2000). No ano de 2010, há nova mudança de nome, passando a ser chamado de CEREST estadual, embora a Portaria nº 1.679 já houvesse feito a recomendação de mudança a partir de 2003.

Quadro 4 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2004 e 2003, respectivamente, para a Saúde do Trabalhador. Brasília-DF, 2013.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XII Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS VI Conferência Distrital de Saúde
<p>-Estabelecer políticas de saúde para prevenção e atenção de doenças ocupacionais, doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho.</p> <p>-Implantar ações de prevenção e reabilitação da voz.</p> <p>-Desenvolver políticas específicas direcionadas aos grupos vulneráveis, assegurando a sua participação nas distintas representações em nível municipal, estadual e federal, com os recursos humanos, financeiros e materiais para a implantação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest) nos municípios.</p> <p>-Realizar campanhas de prevenção do câncer de pele para trabalhadores rurais e campanhas educativas sobre riscos do uso indiscriminado de agrotóxicos nos alimentos.</p> <p>-Criar e implementar uma política integrada e humanizada de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde dos trabalhadores da saúde, garantindo-lhes o direito a um ambiente de trabalho saudável.</p> <p>-Instituir uma política de saúde do trabalhador da saúde nas três esferas de governo.</p> <p>-Melhorar as condições de trabalho em âmbito nacional e garantir a realização de uma pesquisa de âmbito nacional sobre as doenças ocupacionais adquiridas pelos profissionais do sistema prisional e de saúde ao longo dos anos, devido ao ambiente de confinamento, bem como a carga horária exorbitante e a precarização do trabalho.</p> <p>-Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores, destacando os conteúdos de Saúde do Trabalhador e biossegurança, entre outros.</p> <p>-Fortalecer as ações de vigilância em saúde, revendo o seu financiamento. Essas ações, inclusive as de saúde do trabalhador, deverão estar incluídas nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde que serão submetidos à deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde.</p> <p>-Garantir, nas três esferas de governo, fontes de financiamento permanentes e específicas, com repasse contínuo, para a implementação das Políticas Nacional, Estadual e Municipal de Saúde do Trabalhador, com rubrica própria, para</p>	<p>-Ampliar e assegurar ao trabalhador (celetista, estatutário) o direito à saúde e a segurança ocupacional conforme a legislação vigente.</p> <p>-Criar e/ou colocar em funcionamento as creches hospitalares para os trabalhadores da saúde (qualquer trabalhador que exerce atividade habitual e permanente na rede pública de saúde).</p> <p>-Criar programa de readaptação, reabilitação e de terapia laboral para o servidor da saúde e trabalhador em geral, com garantia de repasse dos recursos do INSS ao SUS.</p> <p>-Redimensionar o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), de forma a assistir de fato o trabalhador dentro de um enfoque multidisciplinar, deixando de funcionar quase que como setor homologatório de atestados.</p> <p>-Redimensionar a medicina do trabalho, de forma a assistir de fato o trabalhador, dentro de um enfoque multiprofissional e interdisciplinar.</p> <p>-Garantir aos trabalhadores do SUS DF o direito de participar das atividades relacionadas às práticas integrativas de saúde no horário de trabalho, como forma de promover sua saúde.</p> <p>-Desenvolver atividades que objetivem melhorar e humanizar as condições no trabalho visando à promoção da saúde do trabalhador.</p> <p>-Garantir o fortalecimento do controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para criança e adolescente, mulher, idosos, trabalhadores, etc.</p> <p>-Implementar o serviço de humanização para os trabalhadores do SUS, conforme programa do Ministério da Saúde.</p> <p>-Garantir o funcionamento de creches para os filhos de trabalhadores, através de mecanismos de fiscalização da saúde do trabalhador.</p> <p>-Garantir que as ações de Vigilância Sanitária sejam executadas por profissionais especialistas da área, incluindo o controle de produtos, serviços e saúde do trabalhador, conforme o disposto na legislação vigente e de modo articulado com as vigilâncias ambiental e epidemiológica.</p> <p>-Incluir um Cirurgião-Dentista na equipe de Vigilância de Saúde do Trabalhador, de forma a promover um acompanhamento mais específico voltado para o diagnóstico precoce e melhoria das condições de</p>

execução de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com os planos de saúde das três esferas de governo.	atendimento. -Criar mais especialidades dentro da carreira de inspeção e fiscalização de atividades urbanas, voltadas para a saúde do trabalhador e criar carreira de apoio administrativo das atividades de fiscalização urbana.
---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

A XII Conferência Nacional, ocorrida em 2004, antecedeu a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, constituindo-se em uma ferramenta para subsidiar as ações do controle social nesta área e avaliar os avanços das discussões. Recomendava o estabelecimento de políticas de saúde para prevenção e atenção às doenças ocupacionais e ADRT, incluindo ações para os trabalhadores rurais e a instituição de uma política integrada e humanizada, nas três esferas de governo, para garantir aos trabalhadores o direito a um ambiente de trabalho saudável. Ainda recomendava a promoção e a implantação de educação permanente com vistas à qualificação dos profissionais envolvidos na ST e a proposta de garantia de fontes de financiamento permanentes e específicas para a implementação de uma Política de Saúde do Trabalhador nas três esferas de governo (BRASIL, 2004b).

A Conferência Distrital de 2003 recomendou ações para que os trabalhadores do SUS/DF - servidores e celetistas - fossem mais valorizados. Para a Atenção Básica ficou recomendado o fortalecimento e a ampliação de coberturas em programas aos quais os trabalhadores poderiam se vincular (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2003a).

Quadro 5 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2008 e 2007, respectivamente, para a Saúde do Trabalhador. Brasília-DF, 2013.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XIII Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS VII Conferência Distrital de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> -Garantir que os recursos necessários para a efetivação das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, estejam inseridas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) nas três esferas de governo, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI), para que garantam atendimento e monitoramento da saúde do trabalhador de forma preventiva. -Implantar a Política para a Saúde do Trabalhador. -Implantar/implementar as políticas públicas de saúde voltadas para a promoção, a prevenção e assistência à saúde do trabalhador. -Implementar, nos estados e municípios, a Vigilância em Saúde do Trabalhador. -Implementar, nos estados e municípios, a Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio de rede integrada de serviços com unidades sentinelas, com condições e fluxos para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), cumprir a Portaria MS/GM nº 777, de 28 de abril de 2004, investigando óbitos, amputações e outros agravos relacionados ao trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> -Promover o exercício da Clínica Ampliada pautada na Política Nacional de Humanização (PNH), nas ações de medicina e segurança do trabalhador da SES/DF, em especial junto a Diretoria de Saúde do Trabalhador. -Implantar uma Política Distrital de Vigilância à Saúde, contemplando às ações de Vigilância Sanitária, epidemiológica, ambiental, laboratório de saúde pública e saúde do trabalhador. -Maior atenção a saúde dos trabalhadores da saúde com a criação de um programa de atenção ao servidor público da saúde doente. -Criar material informativo e educativo, dirigido a todo Servidor Público esclarecendo seus direitos e deveres em relação ao assédio moral e sexual.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XIII Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS VII Conferência Distrital de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> -Implementar a Portaria MS/GM nº 2.437/05, que estabelece a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), e regulamentar a Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800/05 (Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho) com implantação de Programa de Saúde do Trabalhador (PST), em todos os municípios. -Fortalecer o processo de descentralização das ações juntamente com a revisão do teto financeiro da vigilância em saúde (TFVS). -Formular a Política de Saúde do Trabalhador com a participação dos Conselhos de Saúde. -Implantar Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos conselhos de saúde em suas esferas correspondentes. -Que as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador sejam incorporadas às da 13ª Conferência Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Implementar uma política de desprecarização da saúde valorizando o servidor, visando o fim da terceirização, da contratação temporária e da contratação por meio de cargos comissionados, cooperativas e outros regimes jurídicos na Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em 2008, a XIII Conferência Nacional de Saúde fez recomendações muito similares à Conferência Nacional anterior, mas incluiu, para a implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, o cumprimento da Portaria GM/MS nº 777/2004 e também o fortalecimento do processo de descentralização das ações de ST. Recomendava ainda que as resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que havia acontecido em 2005, fossem incorporadas às recomendações desta Conferência e que fossem implantadas CIST nos Conselhos de Saúde nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

Os Conselhos de Saúde e as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador são instâncias reconhecidas, legalmente constituídas, como modelo de participação e controle social. São canais regulares de acesso da população geral e da classe trabalhadora, garantidas pelo SUS, assegurando-se a consulta pública sobre questões relevantes, sua discussão, deliberação e encaminhamento (BRASIL, 2011f).

A VII Conferência de Saúde do DF teve recomendações similares à distrital anterior, com ações a serem realizadas aos servidores e celetistas da SES/DF e fortalecimento da AB (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2007).

Quadro 6 - Recomendações das Conferências Nacional e Distrital de Saúde de 2011 para a Saúde do Trabalhador. Brasília-DF, 2013.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XIV Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS VIII Conferência Distrital de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> -Implantar a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Saúde. -Instituir as Comissões Locais de Saúde Ocupacional, conforme preconiza a NOB-RH/SUS 2005, visando atender as seguintes 	<ul style="list-style-type: none"> -Qualificar a Política de Saúde do Trabalhador, integrando promoção, prevenção, atenção e reabilitação dos trabalhadores de saúde, assegurando acesso e acolhimento ao trabalhador vítima de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, propiciando ambiente de trabalho saudável.

RECOMENDAÇÕES NACIONAIS XIV Conferência Nacional de Saúde	RECOMENDAÇÕES DISTRITAIS VIII Conferência Distrital de Saúde
<p>questões: cumprimento de ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora do SUS; garantia de ambientes e processos de trabalhos salubres e promoção da saúde.</p> <p>-Implantar a Vigilância em Saúde do Trabalhador.</p> <p>-Criar um programa de atendimento à saúde do trabalhador, coordenado pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com a participação dos movimentos sociais e sistema de informação eficiente entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e as unidades de saúde.</p>	<p>-Renovar todas as comissões do Conselho de Saúde do DF, com destaque para a saúde do trabalhador, abrindo espaço para o debate sobre as políticas de promoção da equidade, em especial, da Saúde da População Negra do GDF.</p> <p>-Fortalecer a educação permanente dos trabalhadores da saúde, como forma de qualificar o acolhimento aos usuários atendidos nos serviços da rede, garantindo local adequado e carga horária mínima de 10% do total da jornada semanal, priorizando os servidores da atenção primária, sem prejuízo aos demais níveis de atenção.</p> <p>-Contratação de profissionais nas diversas áreas da saúde, mediante a realização de concurso público, com nomeação imediata e lotação regionalizada, priorizando os serviços de maior necessidade e a garantia de gratificação diferenciada para trabalhadores lotados nas regionais com maior dificuldade de fixação de profissionais.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Na XIV Conferência Nacional de Saúde, houve a manutenção das recomendações prévias e a consolidação da intersetorialidade para a garantia das ações de Saúde do Trabalhador. Nesta, já havia sido escrito o documento que daria origem à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e que seria publicado no ano seguinte (BRASIL, 2012b).

Na última Conferência Distrital, realizada em 2011, o destaque foi para ações realizadas para os servidores, enfatizando a necessidade de consolidação da Política de Saúde do Trabalhador para este público (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2011b).

Em geral, as conferências de saúde têm o objetivo de trazer as discussões para que os encaminhamentos - as metas, compromissos e ações - sejam inseridos no Plano de Saúde. A principal estratégia para uma boa conferência é definir com bastante clareza as propostas para a formulação do plano, pois isto facilita a validação destas e a sua transformação em instrumentos de gestão (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013). As recomendações que constam nos relatórios finais estão pouco aprofundadas, o que pode ser creditado à metodologia que as Conferências de Saúde do DF seguem. Os eixos de discussão da conferência deveriam ser os mesmos do Plano, o que indicaria certa continuidade entre o que fosse deliberado pela Conferência e o Plano. Mas o que vemos no DF é uma Conferência de “servidor-centrado” e um Plano que ultrapassa suas recomendações. Em suma, o Conselho não consegue definir claramente uma ação de monitoramento, não emitindo uma resolução que indique ao órgão gestor a necessidade de formular o Plano e contemplar as propostas aprovadas em conferência, e também as metas de gestão, analisando aqui a Saúde do Trabalhador, mas com o conhecimento deste mesmo problema em outras áreas temáticas.

Para saber os efeitos de qualquer ação governamental, são necessários esforços de monitoramento e de avaliação. Contudo, pela novidade dessas práticas, ainda se sabe pouco sobre como operacionalizar o monitoramento e avaliação desse tipo de experiência (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

As Conferências de Saúde do Distrito Federal, aparentemente, são mais políticas do que técnicas, criando a ausência de um foco para a descentralização das ações no campo da Saúde do Trabalhador. Os processos de monitoramento são incipientes na área e trazem elementos importantes para reflexão, porém, não há ações capazes de inspirar modos de acompanhamento dos efeitos de espaços participativos nas políticas públicas.

E por fim, pode-se dizer que as Conferências Nacionais de Saúde abrangem a Saúde do Trabalhador de forma mais ampla, pensando no indivíduo trabalhador como um indivíduo merecedor de saúde, independente de ele ser formal ou informal. No Distrito Federal, a abordagem é relacionada ao fato deste trabalhador ser servidor público, o que restringe a ampla dimensão de trabalhadores de Brasília e de suas Regiões Administrativas.

4.2.2 Análise dos Planos de Saúde Nacional e do Distrito Federal de 2001 a 2015

Conforme artigo 3º da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, Plano de Saúde configura-se como:

[...] instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS [...] explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013e, art. 3º).

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção, conforme parágrafo primeiro deste artigo, e sua elaboração deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, conforme parágrafo terceiro do mesmo artigo (BRASIL, 2013e).

De acordo com informações do Plano Nacional de Saúde 2004-2007 (BRASIL, 2005a), até 2006 não se dispunha de um processo integrado de planejamento capaz de apoiar os gestores na condução do SUS, embora a Lei nº 8.080/1990 atribuísse à gestão federal do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS” em cooperação com as demais esferas (BRASIL, 1990). A elaboração deste primeiro Plano de

Saúde brasileiro foi uma proposta do MS para o monitoramento das necessidades internas e externas para a melhoria da gestão do SUS, devido à importância deste instrumento para a gestão, pois evidencia necessidades próprias do planejamento no SUS.

O acompanhamento e a avaliação do primeiro Plano Nacional de Saúde possibilitaram:

- a adoção de três eixos para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas (condições de saúde da população e a organização de serviços; os determinantes e condicionantes de saúde; e a gestão em saúde, adotadas no presente Plano Nacional);
- a definição de objetivos e diretrizes mais agregados, de modo a orientar o estabelecimento de metas de impacto e compatíveis com o período de vigência do instrumento (plurianual);
- a proposição de metas tendo em conta os indicadores aplicáveis ao seu monitoramento, com a indicação das fontes de informação a serem utilizadas;
- a operacionalização do Plano mediante programações anuais, orientadoras de eventuais adequações do PNS, a partir de relatórios de gestão;
- a adoção de processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PNS, ajustável a novas realidades que, nesta concepção, deve orientar a elaboração do PPA (BRASIL, 2005a).

A Portaria GM/MS nº 548, de 12 de abril de 2001, revogada em 2006 e substituída pela Portaria nº 2.135/2013, aprovava o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”, parte integrante da referida portaria (BRASIL, 2001d; BRASIL, 2013d). Nesse documento, os instrumentos de gestão eram visualizados de forma geral, em termos de descrição, sistema de fluxos e processos de elaboração.

Quadro 7 - Visão Geral do Processo: instrumentos de gestão do SUS.

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO	FLUXOS	REFERÊNCIAS
AGENDA	Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde.	Descendente: gestores federal → estaduais → municipais e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Subsídios políticos e epidemiológicos
PLANO DE SAÚDE	Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Metas e intenções da gestão.
QUADRO DE METAS	Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Resumo do Plano, destacando metas da agenda.
RELATÓRIO DE GESTÃO	Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Tópicos do Quadro de Metas demonstrados e justificados.

Fonte: Anexo da Portaria GM/MS nº 548/2001. BRASIL, 2001d.

A Agenda de Saúde se configura como a etapa inicial do processo, é resultante de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores. As Agendas de Saúde - nacional, estaduais e municipais - são o embrião dos Planos de Saúde e de suas revisões anuais - respectivos Quadros de Metas e Relatórios de Gestão. O processo de construção da Agenda tem, assim, um percurso sucessivamente federal, estadual e municipal. A periodicidade de elaboração da Agenda é anual e constituem elementos típicos para sua elaboração as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberações dos Conselhos etc.), técnicas e epidemiológicas (BRASIL, 2001d).

Os Planos de Saúde são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS - nacional, estadual e municipal e do Distrito Federal. São documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica, e devem ser submetidos na íntegra aos Conselhos de Saúde correspondentes. O Plano de Saúde consolida, em cada esfera, o processo de planejamento em saúde para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto das programações em saúde. O processo por ele desencadeado tem trajetória ascendente - da esfera municipal para a esfera estadual e desta, para a esfera federal. A elaboração desse instrumento é periódica, de quatro em quatro anos, entretanto, deve ser revisto a cada ano devido a novas metas de gestão e de atenção que possam ter sido incorporadas e/ou anualmente, em decorrência do processo de programação pactuada e integrada. São partes integrantes dos Planos de Saúde: os Quadros de Metas, que são a síntese das metas e da programação em saúde que servirão de base para a elaboração dos Relatórios de Gestão - estes contemplarão as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da Programação Anual de Saúde (PAS), previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (BRASIL, 2001d; BRASIL, 2013c).

A análise dos Planos de Saúde seguiu a periodização em que eles foram publicados e neles foram resgatados os objetivos específicos para a Saúde do Trabalhador no nível nacional e distrital.

No Plano de Saúde do Distrito Federal, elaborado em 2001 para vigorar entre 2001 e 2003, foi apresentado um convênio, de nº 2.939/2000, para o desenvolvimento de ações para a Saúde do Trabalhador no Distrito Federal, que acabou vigorando até 2007. Visava à implantação de serviços para tratamento dos agravos relativos à Saúde do Trabalhador.

Quadro 8 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde do DF de 2001 à 2003. Brasília-DF, 2013.

OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE DO DF
<ul style="list-style-type: none"> -Reduzir a demanda de acidentados/doentes do trabalho dentro do Sistema Único de Saúde do DF. -Caracterizar o perfil clínico epidemiológico do setor industrial do DF. -Avaliar a Saúde Ocupacional e os processos de trabalho das Lavanderias a Seco que usam percloroetileno. -Implantar e implementar o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde para o sistema de saúde do DF.

Fonte: Elaborado pela autora.

No Distrito Federal, o primeiro Plano de Saúde apresenta a Saúde do Trabalhador com ênfase na necessidade de conhecimento sobre o tema. Sua meta foi capacitação de recursos humanos para a ST. Evidenciava a intenção de tornar claros os objetivos das ações para a ST para os seus atores; traçar diretrizes; somar forças. Havia uma grande demanda por informação para a formação do campo no DF.

Em comparação com as recomendações da Conferência Distrital de Saúde de 2000, o Plano de Saúde, embora ainda incipiente, é mais amplo do que a ênfase dada à saúde ocupacional que constava no relatório final da referida conferência.

O Plano Nacional de Saúde configura-se como o instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil, essencial para a gestão do SUS, e teve iniciativa de elaboração inédita em 2004, com vigência a partir de 2006. As orientações se referem apenas às funções exercidas pelo Ministério da Saúde, mas deve ser referência para o sistema nacional de saúde. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, no dia 4 de agosto de 2004, sua construção teve como referência as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, e o Plano Plurianual (PPA) (BRASIL, 2005a).

Quadro 9 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde Nacional e do DF de 2004 à 2007. Brasília-DF, 2013.

OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE DO DF
-Promoção da saúde do trabalhador com melhoria das condições de vida e da atenção à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> -Implantar sistema eficiente e eficaz de vigilância à ST, com sistema assistencial de referência e contrarreferência. -Atender 100% das vagas da DISAT para trabalhadores do DF, sendo 50% para servidores públicos. -Aperfeiçoar o sistema de vigilância epidemiológica de acidentes de trabalho (arquivo nosológico) já existente na DISAT, com a introdução de novas fontes de dados/informações fidedignas, além de um sistema de controle e avaliação. -Fazer com que a SES/DF cumpra todos os pré-requisitos para que a DISAT, se insira no RENAST. -Fazer com que todas as unidades/estabelecimentos de saúde implantem a Notificação Compulsória de Agravos Ocupacionais. -Prestar atendimento clínico-laboratorial a 100% dos casos de intoxicação no DF.

	<ul style="list-style-type: none"> -Fazer com que 100% das firmas de medicina e segurança do trabalho se adequem as exigências legais vigentes. -Melhorar a saúde bucal dos trabalhadores do DF. -Reduzir o nº de agravos ocupacionais nas empresas do DF. -Reduzir o nº de agravos ocupacionais no campo, assim como o nº de intoxicações crônicas nos trabalhadores rurais. -Reduzir o nº de absenteísmo e de agravos ocupacionais nos servidores públicos do DF, com destaque para os servidores da saúde.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

O Plano Nacional de Saúde de 2004 à 2007 foi inserido de forma ampla e não direcionada, e tudo relacionado à saúde do trabalhador foi incorporado na promoção de melhorias de condição de vida e atenção a sua saúde, inclusive o abordado na XII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2005a).

O Plano de Saúde do DF trouxe a proposta de um sistema eficiente de vigilância a ser implantado com notificação compulsória e atendimento aos casos de intoxicação. Além disso, trouxe a necessidade de garantir a inserção do serviço na RENAST. Comparando-se com o Plano anterior, observam-se avanços na formulação, pois demonstra maior apropriação ao abordar nas metas a assistência aos servidores e celetistas da SES/DF. Esse plano dava ênfase ao aspecto assistencial à saúde dos trabalhadores (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2003b).

Quadro 10 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde Nacional e do DF de 2008 à 2011. Brasília-DF, 2013.

OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE DO DF
<ul style="list-style-type: none"> -Ampliar o número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. -Aumentar o número de notificações dos agravos relativos à saúde do trabalhador. -Promover a criação e o funcionamento de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos de Saúde de todos os municípios brasileiros. -Promover especialização dos profissionais de nível superior da atenção básica, média e alta complexidade e vigilância, em saúde do trabalhador, utilizando-se da estratégia de ensino a distância. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar os tipos de agravos que acometem aos trabalhadores do DF. -Capacitar profissionais interessados em saúde do trabalhador. -Criar linhas de estudos e pesquisas, fomentar parcerias para desenvolvimento de ações e projetos em saúde do trabalhador. -Atender a grupos de trabalhadores acometidos LER/DORT, assédio moral, PAIR, dermatoses ocupacional, pneumoconioses, câncer de pele de origem ocupacional e outros agravos relacionados à atividade laboral, além de crianças e adolescentes que desenvolvam atividades laborais. -Implementar políticas públicas orientadas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências individuais - conhecimento, habilidades e atitudes, ampliação do nível de escolaridade, profissionalização, valorização e conhecimento dos servidores, bem como a melhoria da qualidade de vida no trabalho, no intuito de comprometer-los aos princípios de um estado ágil, moderno e integrado à sociedade. -Formular, promover, apoiar e executar a educação profissional, a educação superior, a capacitação de pessoas, a gestão do conhecimento e a pesquisa, conforme as políticas públicas de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Plano de Saúde de 2008, com vigência até 2011, trouxe, nos níveis federal e distrital, tanto o ensino aos profissionais de saúde, seja como especialização, seja como educação em serviço sobre a Saúde do Trabalhador, quanto a identificação de agravos, identificando-os como sendo dos trabalhadores (BRASIL, 2010b; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

No Plano de Saúde nacional houve a indicação da criação de CIST nos Conselhos de Saúde, demanda esta advinda da XIII Conferência. Ainda em 2008, foram elaboradas as diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, configurando em uma Política que promovesse ambientes e processos de trabalho saudáveis, fortalecimento da vigilância de ambientes, assistência integral e adequação e ampliação da capacidade institucional; articulação intra e intersetorial; estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas neste âmbito; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 2010b).

No DF, o terceiro Plano de Saúde analisado mantém o olhar assistencial ao orientar o atendimento aos trabalhadores com doenças e agravos relacionados ao trabalho, mas inova ao introduzir a capacitação dos profissionais interessados em saúde do trabalhador, a criação de linhas de pesquisas com universidades, e ao estimular os profissionais servidores na educação ensino-serviço (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

Quadro 11 - Análise dos objetivos de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde Nacional e do DF de 2012 à 2015. Brasília-DF, 2013.

OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	OBJETIVOS DO PLANO DE SAÚDE DO DF
<p>-Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p>-Manter e reforçar medidas estruturantes em áreas como a saúde do trabalhador, com foco na qualificação e melhoria dos indicadores, tendo em conta o grande impacto epidemiológico e assistencial.</p>	<p>-Garantir a valorização dos trabalhadores da saúde e o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho articuladas com as de educação na saúde visando à democratização das relações de trabalho, à despreciação e humanização do trabalho em saúde e à promoção da saúde do trabalhador do SUS, bem como, o comprometimento de observar e implantar as pactuações estabelecidas na mesa nacional de negociação permanente do SUS, em obediência as diretrizes de gestão compartilhada disposta no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), acordo entre os entes federativos (União, estados e municípios) na organização integração das ações e serviços de saúde em rede de atenção regionalizada e hierárquica nas regiões de saúde.</p> <p>-Implementar uma Política de Segurança e Saúde no Trabalho em consonância com a Política Nacional do Trabalhador no SUS.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

O recente Plano Nacional de Saúde direciona para a necessidade de se ter a Política Nacional de Saúde do Trabalhador que se atenha a reduzir os riscos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho pelos trabalhadores, conforme sinalizado na Conferência referente (BRASIL, 2011g).

Ao se comparar os Planos de Saúde nacional e do DF, nota-se que cada esfera incluiu prioridades diferentes, mas com o mesmo objetivo: promover a saúde dos trabalhadores, o que culminou na publicação da Portaria nº 1.823/2012.

No Plano Distrital de Saúde mais atual, os objetivos principais são condensados, mas garantem a notificação dos agravos dos trabalhadores e a adoção de um programa de Saúde e Segurança para os profissionais da SES/DF como objetivos permanentes. O Plano de Saúde do DF sinaliza que as ações para a Saúde do Trabalhador foram se aperfeiçoando. Inicialmente, eram pontuais e voltadas à infraestrutura de serviços e, após 2008, incluem agendas amplas e propostas de articulação com universidades. Porém, com os dados expostos, não há como inferir se esta articulação e a capacitação dos profissionais têm repercussões sobre as ações de vigilância e atenção no DF, somente pode-se inferir que houve, a partir de 2007, preenchimento nos dados do SINAN, com aumento gradativo das notificações compulsórias (Tabela 1) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

Tabela 1- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Distrito Federal.

<i>Agravos</i>	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	35	50	47	3,0	311	18,9	422	30,6	513	32,7	454	25
Acidente de trabalho grave	5	7,1	1342	85,3	1122	68,3	742	53,8	642	40,9	696	38,3
Programa de erradicação do trabalho infantil	0	0	37	2,4	9	0,5	6	0,4	8	0,5	2	0,1
Câncer relacionado ao trabalho	0	0	2	0,1	12	0,7	8	0,6	96	6,1	36	2,0
Dermatose ocupacional	0	0	29	1,8	83	5,1	110	8,0	270	17,2	483	26,6
Intoxicação exógena	0	0	24	1,5	34	2,1	52	3,8	18	1,1	51	2,8
LER/DORT	30	42,9	85	5,4	40	2,4	30	2,2	3	0,2	78	4,3
PAIR	0	0	2	0,1	16	1,0	10	0,7	20	1,3	15	0,8
Pneumoconiose	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transtorno mental	0	0	5	0,3	15	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	70	100	1573	100,0	1642	100	1380	100,0	1570	100,0	1816	100

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013.

4.3 ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NOS ÂMBITOS NACIONAL E DISTRITAL

A população geral brasileira é, de acordo com o censo do IBGE em 2010, de 190.755.799 pessoas, enquanto a população economicamente ativa (PEA), que soma os trabalhadores ocupados e os trabalhadores desocupados, é de 93.504.659 (IBGE, 2012). No Distrito Federal, pelo censo de 2010, a população geral é de 2.570.160 pessoas e a PEA de 1.402.349 trabalhadores. Apesar da proibição legal, o trabalho infantil, a partir de 10 anos de idade, é considerado pelo IBGE (2012) para o cálculo da PEA, por ser uma prática ainda explorada.

Ao analisar a PNST, vê-se que os princípios e as diretrizes estabelecidas obedecem aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução. Este último foi incorporado como princípio da PNST, pois aborda medidas que visam “prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível [...] causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros” (BRASIL, 2012a, cap. 1, art. 5º).

As Estratégias da PNST trazem o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social com, principalmente:

- acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;
- busca da articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;
- estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS;
- apoio ao funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS;
- inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador;
- transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social (BRASIL, 2012a, cap. 9, art. 3º)

A PNST leva ao entendimento de que a participação do movimento sindical e do trabalhador se faz através da ação, proposição e controle, ou seja, ter claro qual é o objetivo da classe trabalhadora na participação na área da saúde (SUS) e agir na garantia da saúde individual e coletiva, propondo ações inseridas nos planos e controlando a execução das atividades (BRASIL, 2012a).

A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (BRASIL, 2009c).

Na Lei Orgânica do Distrito Federal, está exposta, no Capítulo I - Disposições Gerais - na Seção III - Da Regulação da Atividade Econômica - artigo 165, a condição do trabalhador como fator preponderante da produção de riquezas. O Capítulo II - Da Saúde, os artigos 204 a 216 abordam as questões de saúde no âmbito do SUS (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, 1993).

A LODF trata assim o tema Saúde do Trabalhador:

Cabe ao Distrito Federal, em coordenação com a União, desenvolver ações com vistas a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições e processos de trabalho, incluídas, entre outras atividades:

I - a informação ao trabalhador, entidade sindical e empresa sobre:

- a) riscos de acidentes do trabalho e de doenças profissionais;
- b) resultados de fiscalização e avaliação ambiental;
- c) exames médicos de admissão, periódicos e de demissão;

II - a assistência a vítimas de acidentes do trabalho e portadores de doenças profissionais e do trabalho;

III - a promoção regular de estudos e pesquisas sobre saúde do trabalhador;

IV - a proibição de exigência de atestado de esterilização, de teste de gravidez e de anti-HIV como condição para admissão ou permanência no emprego;

V - a intervenção com finalidade de interromper as atividades em locais de trabalho comprovadamente insalubres, de risco ou que tenham provocado graves danos à saúde do trabalhador (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, 1993, cap. 2, art. 213).

No Distrito Federal, a atenção à saúde do trabalhador representa uma área em planejamento estratégico dentro da Secretaria de Estado de Saúde, que exige a conformação de uma rede assistencial organizada, hierarquizada e imbuída de aspectos qualificadores que estejam em consonância com os princípios do SUS (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2005).

A estruturação da uma boa atenção à saúde do trabalhador implica operacionalizar dispositivos novos da gestão do SUS trazidos pelo Decreto nº 7.508/2011, especialmente o

conceito de Região de Saúde como o espaço geográfico delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011h). Outro dispositivo importante é o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), um acordo de colaboração firmado entre entes com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011h).

As funções do CEREST/DF são amplas e constituem-se em promover, proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores, estabelecer o nexo causal, por meio de uma equipe multidisciplinar, permitindo, desta forma, a elaboração de diagnósticos mais precisos da origem das doenças relativas ao trabalho; realizar a vigilância em saúde do trabalhador, em conjunto com outras instituições na fiscalização dos ambientes de trabalho, para a avaliação e identificação dos riscos à saúde dos trabalhadores; atender e dar suporte técnico e científico - compreendendo procedimentos de diagnósticos, tratamento e reabilitação - na área de Saúde do Trabalhador junto aos trabalhadores do DF; e exercer o controle social por meio da atuação de representantes dos trabalhadores e de seus sindicatos, entidades patronais e organismos ligados ao trabalho, na elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador, conforme determina a Lei nº 8.142/1990, tendo por diretriz a gestão entre trabalhadores, usuários e gestores do SUS (BRASIL, 1990b; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2005)

O CEREST/DF tem o propósito de oferecer assistência aos trabalhadores por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde ao trabalhador vítima de agravos relacionados ao trabalho, colaborando com a formação de estudantes de graduação e pós-graduação nessa área de atuação. Assédio Moral, Trabalho Infantil, LER-DORT, Acidente de Trabalho, Pneumoconioses, Perda Auditiva Produzida pelo Ruído, Intoxicações Exógenas, Risco Biológico, entre outros, são os temas das ações realizadas pelo CEREST. Na sua estrutura, encontram-se os ambulatórios de Clínica Médica, Endocrinologia, Ginecologia, Pediatria, Toxicologia Ocupacional, Assistência Social, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Acupuntura, Homeopatia e Enfermagem, que se constituem como os principais agravos para a saúde dos trabalhadores (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

O Plano de Saúde do Distrito Federal (2008 à 2011) traz em seu texto os objetivos do CEREST para atender a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde: atuar na elaboração de políticas públicas destinadas a proteção, assistência reabilitação dos trabalhadores do DF vítimas de agravos relacionados ao trabalho e exercer a retaguarda técnica para o SUS nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação física, além de ações de vigilância em conjunto com a Vigilância Sanitária da SES/DF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2008).

O Relatório Anual de Atividades da SES/DF informa quais ações foram realizadas no ano anterior. Em relação à Saúde do Trabalhador, foram seguidas as diretrizes do Ministério da Saúde, em conformidade com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, resultando em projetos financiados pelo Governo Federal (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013). O Relatório informa as seguintes ações para a Saúde do Trabalhador realizadas pelo CEREST ou em parceria com o mesmo:

- Projeto Mobilidade Cidadã em parceria com o DETRAN/DF e outras instituições com a finalidade de reduzir o número de Acidentes de Trabalho - de trajeto - e o CEREST estadual colabora com a divulgação da importância da Notificação Compulsória de Acidentes de Trabalho.
- Comando e Saúde nas Rodovias cujo principal objetivo é conscientizar os motoristas de caminhão sobre a importância de cuidados com a saúde e da prevenção dos acidentes de trânsito nas estradas em parceria com a Polícia Rodoviária Federal.
- Projeto Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) e Voz, que identifica e notifica distúrbios de voz relacionados ao trabalho e também realiza ações de promoção/vigilância da saúde auditiva e vocal, prevenção da PAIR e de outras doenças otorrinolaringológicas que possam relacionar-se ao trabalho.
- Prevenção e redução de acidentes na construção Civil - Parceria com o Ministério Público do Trabalho, Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, Tribunal Regional do Trabalho, entre outros, e objetiva fomentar ações para prevenir e reduzir acidentes na construção civil.
- Projeto Vigipele: busca ativa nos ambulatórios especializados, mutirões de vigilância em obras da construção civil e palestras sobre o tema para trabalhadores exposto ao risco de lesões de pele. Objetiva ampliar a rede da notificação de agravos de pele relacionados ao trabalho.

- Projeto de Intoxicação Exógena de Trabalhadores Rurais do DF: O Projeto Colinesterase, anteriormente identificado como Pró-Folhosos, e o Projeto “Avaliação de Intoxicações Ocupacionais por Organofosforado em Áreas Rurais do DF” têm como objetivo avaliar níveis de contaminação toxicológica em trabalhadores rurais expostos ao agrotóxico através do teste de acetilcolinesterase plasmática, bem como fazer a investigação epidemiológica, o diagnóstico e acompanhamento e notificar ao SINAN.
- Projeto Pró-Catador: o projeto assegura o direito a adequadas condições de trabalho e saúde para os catadores. Na área de saúde do trabalhador, a estratégia do projeto se insere na promoção da segurança e da saúde dos trabalhadores, bem como na prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho.
- Projeto de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI): é um Programa do Governo Federal que tem como objetivo retirar as crianças e adolescentes do trabalho e possibilitar o acesso, a permanência e o bom desempenho de crianças e adolescentes na escola.
- Projeto Grupo de Apoio às Vítimas de Assédio Moral: esse projeto tem o objetivo de contribuir para prevenção, controle e redução dos danos à saúde provocados pelo assédio moral no trabalho.

Além desses projetos, o CEREST realiza importantes atividades de interface com outros setores da SES para desenvolvimento de atividades que promovam a saúde do trabalhador: participação no Comitê Central Promoção em Saúde, objetivando divulgar o Plano Distrital de Promoção à Saúde, apoiar e subsidiar a formação de uma rede intra e intersetorial no Distrito Federal e participação na Comissão Organizadora da Copa (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

Inaugurados em 2013, os dois CEREST regionais, Norte e Sul, estão em funcionamento e trabalham prioritariamente com a notificação de agravos de saúde relacionadas à atividade laboral, porém com algumas atividades diferenciadas. O CEREST Norte, inaugurado em 9 de maio, atende as regiões de Sobradinho I e II, Planaltina, São Sebastião e Paranoá. Investe, desde 17 de outubro, na parceria com o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, implantado recentemente no Hospital Universitário de Brasília, para assistências aos trabalhadores da Fercal, Região Administrativa que tem a maioria da população trabalhando na produção de cimento. Além disso, há parceria com a Secretaria de Educação do DF na realização de assistência aos professores de escolas da rede básica, com ações com fonoaudiólogos e psiquiatras. O CEREST Sul, inaugurado em 3 de julho, realiza

parceria com os Núcleos de Vigilância Epidemiológica de Santa Maria e Gama e sua principal atividade consiste no preenchimento de ficha de notificação de agravos e da CAT, a partir da busca ativa, nos setores de emergência, ortopedia e clínica cirúrgica dos dois hospitais da região, de trabalhadores que deram entrada com problemas relacionadas à atividade laboral: acidente de trabalho grave, LER/DORT e lesões pérfuro-cortantes.

Mesmo com tantas ações sendo realizadas, ainda é muito pífia a aparição de ações para a saúde dos trabalhadores no DF. De toda forma, um dos aprendizados é que as propostas ganham mais importância quando há comprometimento da própria sociedade com o processo. Essa presença e pressão social forçam uma revisão da cultura de gestão pública, inclusive no desenvolvimento de estratégias de monitoramento das demandas apresentadas. O que se observa é que a orientação das ações do Estado pela sociedade passa pela proposição no momento da formulação das políticas, mas para se avançar, esta orientação necessita caminhar também para as etapas de acompanhamento e avaliação.

Outra dificuldade referente ao monitoramento das deliberações da conferência do DF diz respeito ao caráter restritivo e setorializado das políticas apresentadas no próprio DF. Para a Saúde do Trabalhador no DF, com as falas dos entrevistados e com a análise dos Planos de Saúde e dos relatórios das Conferências de Saúde, não se observa envolvimento de atores não governamentais, o que faz com que a Saúde do Trabalhador seja incapaz de incidir nas decisões do governo distrital tanto no legislativo quanto judiciário.

5 CONCLUSÃO

As condições nas quais o trabalho é realizado podem atuar tanto na melhoria da qualidade de vida e saúde quanto na manifestação e agravamento do adoecimento e até mesmo na diminuição dos anos potenciais de vida dos trabalhadores.

Ainda que custe ao protagonismo do SUS os esforços despendidos na criação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, é preciso admitir a dicotomia entre ações de assistência e vigilância e a falta de clareza na definição das atribuições e responsabilidades das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e das coordenações dos CEREST.

Nossos esforços devem estar voltados à construção de um processo que implemente o conceito mais ampliado de saúde conquistado pela Reforma Sanitária, que foi, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na Constituição Federal todo o seu ideário, representando um movimento de democratização, que resultou em uma grande participação popular, trazendo consequências revolucionárias para os trabalhadores e sua saúde aplicada no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Neste sentido, um dos fatos recentes que colaborou para a melhoria da saúde e, em consequência, para a melhoria do trabalho, do emprego e também da educação foram as manifestações de rua que ocorreram em todo o Brasil em meados de junho deste ano, revertendo a posição do governo e o chamando a priorizar a saúde.

Na Saúde do Trabalhador, uma das maiores justificativas evidenciadas de que a política está se consolidando é o fato de o governo atual ser do Partido dos Trabalhadores. Devido a isto, é oportuno que as centrais sindicais e as associações, conselhos e sociedades relacionada aos trabalhadores cobrem muito mais deste partido, que é histórico de compromisso com a classe trabalhadora.

E agora, ou melhor, desde agosto do ano passado, a Saúde do Trabalhador tem um marco regulatório palpável, que não pode renegar os demais, mas que avança na perspectiva de consolidar ações para esta população, que é a maioria no nosso país. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora vem muito bem direcionada para as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e vigilância em Saúde do Trabalhador. Então, é essencial que os profissionais que atendam a estes trabalhadores consigam identificar o local onde o trabalhador realiza seu serviço e se este serviço está contribuindo para agravar a doença que ele tem. A prioridade atual inscrita na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é a articulação entre a atenção básica, a vigilância e os CEREST de forma

descentralizada nos estados e municípios. Portanto, as orientações para que esses profissionais ajam de forma melhor, fazendo a diferença e fazendo diferente, são dadas pelos gestores da saúde, com normativas e linhas-guias de cuidado em como identificar onexo-causal.

O estudo intitulado Política Pública de Saúde do Trabalhador: análise da relação entre a agenda nacional e a do Distrito Federal propiciou perceber limites no processo de implantação e efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Distrito Federal, mas, também identificar avanços. Mesmo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deixando claro que trouxe outra visão para a melhor forma de realização das ações de Saúde do Trabalhador pelos governos, as ações estipuladas na política já aconteciam em nível local, porém prioritariamente, no Distrito Federal, é restrita aos servidores. Para que ocorra o real avanço no campo de Saúde do Trabalhador, o Brasil e o Distrito Federal precisam superar a falta de profissionais qualificados, a fragmentação dos sistemas de saúde, a subnotificação dos agravos, as descontinuidades de gestão e interferências político-partidárias que dificultam ações afetivas de regulação dos ambientes de trabalho e precisam ampliar financiamentos públicos para que haja ampliação das ações.

A origem da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil é anterior à criação do sistema de saúde, tendo sido motivado pelos movimentos sociais, sindicais e por pesquisadores que produziam análises sobre o adoecimento pelo trabalho.

Nas quatro Conferências de Saúde realizadas, tanto em nível nacional quanto distrital entre os anos 2000 e 2011, foi recomendada, aos governos, a implantação de ações, programas e políticas para a saúde dos trabalhadores. Os Planos de Saúde, nacionais e distritais, incorporaram a maioria dessas recomendações das Conferências de Saúde, porém não todas, evidenciando assim o lugar que a Saúde do Trabalhador deve galgar nas três esferas.

Conforme as respostas dos trabalhadores gestores, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora não é prioridade, mas por outro lado, a Política tem como prioridade unir os pontos de atenção à Saúde do Trabalhador em rede, que ainda estão fragmentadas: Atenção Básica, Vigilância em Saúde e os CEREST.

Considerando a importância desse campo na Saúde Coletiva, recomenda-se aos gestores do Distrito Federal que sejam estabelecidas estratégias consistentes para o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e que essas considerem as atribuições já descritas para cada esfera de gestão, bem como a necessidade de envolvimento intersetorial e do controle social. Além disso, é indicado promover estudos consistentes sobre os agravos

relacionados ao trabalho, já que os mesmos ainda são poucos para desvelar os desafios da inserção qualificada da Saúde do Trabalhador nos Planos Nacional e Distrital de Saúde.

Todos os trabalhadores do Brasil têm o direito à saúde e à participação, mas principalmente têm o dever de participar dos espaços de controle social para garantia de melhores condições e ambientes de trabalho e inserção formal no mercado de trabalho, validando a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Quanto mais o trabalhador cumpre seu dever de participar, mais ele amplia a possibilidade de usufruir dos seus direitos. Os movimentos sociais foram, e continuam sendo, fundamentais na inclusão da Saúde do Trabalhador na agenda do governo federal, configurando-se nos grandes agentes propulsores dos avanços da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Ainda que muitos atores não se apropriem de veras do seu conteúdo, escopo, conceitos e papéis e da intersectorialidade proposta pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, deixando-a pouco conformada, nota-se que a passos largos a Saúde do Trabalhador tem caminhado para se desenvolver. O sucesso da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pode estar diretamente relacionado com o grau de envolvimento da sociedade civil, que, como já mencionado, é atuante neste campo. Enfim, ainda há muito o que fazer para garantir a atenção integral à saúde de brasileiros e brasileiras trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BAGGOTT, R. Public health: political issues and policy dilemmas. **Consumer Policy Review**, UK, v. 12, n. 1, p. 2-8, 2002.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. 5. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1983.
- BONAFONT, L. C. **Redes de políticas públicas**. Montabán, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2004.
- BONETI, L. W. **Políticas públicas por dentro**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120/GM, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma de anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 2 jul. 1998, p.36. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 10 nov. 1998, p.17. 1998b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000641_Portaria%20MS%20n%C2%BA%203908%201998%20NOST.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno nº 5 de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Cadernos de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm#d>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 393/GM, de 29 de março de 2001. Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o Ano de 2001. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 30 mar. 2001, p.52. 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548/GM, de 12 de abril de 2001. Aprova o documento “Orientações gerais para a elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de saúde, dos quadros de metas, e do relatório de gestão, como instrumento de gestão do SUS”. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 16 abr. 2001, p.18. 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado; Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001e. 198 p. (Série Histórica do CNS; n. 2) (Série D. Reuniões e Conferências; n.16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 20 set. 2002, p. 53. 2002a.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.633, de 27 de dezembro de 2002. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal - FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2002b. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Convenções da OIT**. Brasília: Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2002c. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 29 abr. 2004, p. 37. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 230 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 13 dez. 2004, p. 69. 2005a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.442/GM, de 9 de dezembro de 2005. Torna insubsistente as Portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 12 dez. 2005, p. 36. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 31 jan. 2007, p. 45. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida**: políticas de estado e desenvolvimento: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

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. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 12 nov. 2009, p. 76. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252/GM, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 23 dez. 2009, p. 65. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Instrumentos Básicos**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009d.44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 168 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) - (Série Cadernos de Planejamento; v. 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104/GM, 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. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 26 jan. 2011, p. 37. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.978/GM, de 15 de dezembro de 2011. Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 16 dez. 2011, p. 89. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.** Protocolo nº 008/2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Trabalhar sim! Adoecer, não!:** o processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 224 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015/Ministério da Saúde.** Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2011g. 114 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 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 de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa,

e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 29 jun. 2011, n. 123, p. 1. 2011h.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 8 nov. 2011, n. 214, p. 9, 2011i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 ago. 2012, p. 46. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 232 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Governo Federal. **Portal Brasil**. 2013a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2013/>>. Acesso em: 6 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador**. 2013b. Disponível em: <<http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378/GM, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 10 jul. 2013, p. 48. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2013d. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 27 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135/GM, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 26 set. 2013, p. 60. 2013e.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**, de 8 de junho 1993. Diário Oficial do Governo do Distrito Federal. Brasília: CLDF, 1993.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes; 1998.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**, ENAP, ano 49, n. 2, p. 130-94, abr./jun. 1998.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**. Textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 285-304, 2001.

DEMO, P. Mínimos, política social e combate à pobreza. In: MARTINS, C. R.; PALMA, L. A.; STANISCI, A. S. (Orgs.). **Mínimos sociais**: questões, conceitos e estratégias. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.

DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. E. N. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2011.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. e. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na Atenção Primária. In: _____ (Orgs.). **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Capítulo 1. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 404 p.

ESCORSIM, S. et al. A evolução do trabalho do homem no contexto da civilização: da submissão à participação. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR. Tecnologia e Civilização. 9., 2005, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa: [s.n.], 2005.

FARIA, C. P. A política da avaliação de Políticas Públicas. **Rev Brasileira de Ciências Sociais**, v. 59, n. 20, p. 97-109, 2005.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 21, p. 211-230, 2000.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.

GÖTTEMS, L. B. D. **Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os

atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade de Brasília, Brasília; 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. **V Conferência de Saúde do DF. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à saúde, com controle social.** Relatório final. Brasília, DF, 2000.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde. **Plano de Saúde SES-DF 2001-2003.** Brasília, DF, 2001. 132 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Conselho de Saúde do Distrito Federal. **VI Conferência de Saúde do Distrito Federal.** A saúde que temos, o SUS que queremos. Relatório final. Brasília, DF, 2003a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano estadual de Saúde: 2004-2007.** Brasília, DF, 2003b. 273 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. **VII Conferência de Saúde do Distrito Federal.** Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento. Relatório final. Brasília, DF, 2007.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Saúde do Distrito Federal: 2008 a 2011.** Brasília, DF, 2008. 208 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Regimento Interno do Conselho de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, DF, 2011a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. **VIII Conferência de Saúde do Distrito Federal.** Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Relatório final. Brasília, DF, 2011b.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015.** Brasília, DF, 2012. 146 p.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Atividades 2012.** Brasília, DF, jan. 2013. 136 p.

HELDER, R. R. **Como fazer análise documental.** Porto: Universidade de Algarve, 2006.

HILDEBRAND, S. M. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006.** 2008. 285 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

HOEFEL, M. G. L. et al. **O processo de devolução das deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Brasília, DF, 2009.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis** - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 9-32, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: resultados preliminares (IBGE) – São Paulo.** (Recenseamento Geral do Brasil). Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Experiências de Monitoramento dos Resultados de Conferências Nacionais.** Brasília: IPEA, 2013.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 369-378, 2012.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies.** 2nd ed. Michigan: The University of Michigan, 2003.

LACAZ F. A. C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde Soc.**, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad de Saúde Pública**, v. 23, p. 757-766, 2007.

LACAZ, F. A. C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Orgs.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador.** São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LACAZ, F. A. C. et al. Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível? **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, 2013.

LARA, M. J. Percepção dos profissionais de Saúde da Família sobre qualidade de vida no trabalho. **Revista APS** [internet], p. 38-48, jan./jun. 2005. Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Percepcao.pdf>. Acesso em 28 ago. 2010.

LARA, R. Saúde do Trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Rev Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 78-85, 2011.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 38, n. 127, p. 107-121, 2013.

- LEWCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, A. L. G.; PINTO, M. M.; S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist Cienc Saúde**, Manguinho, v. 10, n. 3, p.1.037-1.051, 2003.
- LIMA, N. T. et al. (Orgs.) **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- LOPES, B; AMARAL, J.N.; CALDAS, R. W. (Orgs.). **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE. MG, 2008.
- LUCAS, J. P. O.; OLIVEIRA, I. R. S. **A Enfermagem do Trabalho atuando como prevenção da saúde na construção civil**. 2012. Disponível em <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/10082012TCC%20JUSTINA%20PAULINA.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.
- MACHADO, J. M. H.; SANTANA, V. (Orgs.). **1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. Livro 1. v. 1.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- MENDES, E. V. SUS: 25 anos de existência (Editorial). **REAS** [Internet], Uberaba, v. 2, n. 2, 2013. Edição especial. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/552>>. Acesso em: 3 nov. 2013.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Rev Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010.
- MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad Saúde Pública**, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.
- NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. D. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 283-287.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 365-393, 2012.

ODDONE, I. et al. (Org). **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986. 133p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Organização Internacional do Trabalho**. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 10, out. 2013.

PARSE, R. R.; COYNE, A. B.; SMITH, M. J. (Eds.). **Nursing research**: Qualitative methods. Bowie, Md: Brady Communications, 1985, 207 p.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, p. 1009-1119, 2004.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs) **Políticas públicas**: Coletânea. Brasília: Enap, 2006. 2 v.

SCHEFFER, M. Sistema Único de Saúde, 25 anos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, out. 2013.

SILVA, L. G. et al. Desafios para a prática do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura. In: BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária à Saúde nos Estados/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2012. 304 p. (CONASS Documenta, 24).

SILVA, T. F.; OLIVEIRA, I. R. S. **A saúde do trabalhador da construção civil**: o papel do enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes. 2012. Disponível em <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/10082012TCC%20TERESA%20DE%20FATIMA.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

SIVIERI, L. H. Saúde no Trabalho e mapeamento de riscos. In: TODESCHINI, R. (Org.). **Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho**, São Paulo: Fundacentro/CUT, 1995. p. 75-111.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da Nossa Época, 78).

SOUZA, J. P. **A Prática da Enfermagem com Crianças em Situação de Rua**. 2002. 54 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, J. P. et al. A importância da Atenção Básica de Saúde como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado da Saúde do Trabalhador. In: DIAS, E. C.; E SILVA, T. L. e (Orgs.). **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Capítulo 3. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. 404 p.

VIEIRA, D. R. et al. Participação, Cidadania e Políticas Públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 591-609, set./dez. 2013

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health policy and planning**, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WIKIPÉDIA. **Distrito Federal** (Brasil). Flórida: Wikimedia Foundation, 2013. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Distrito_Federal\(Brasil\)&oldid=37250410](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Distrito_Federal(Brasil)&oldid=37250410)>. Acesso em: 4 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Plano of Action for Workers' Health, 2008-2017**. IOAH Newsletter, v. 20, n. 1, p. 9-12, 2012. Disponível em: <<http://www.ioha.net>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com gestores do nível federal para a atenção à saúde dos trabalhadores

PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Formação:

Idade:

Tempo de atividade com Saúde do Trabalhador:

- 1- A Saúde do Trabalhador faz parte da agenda política do governo federal? Desde quando e por quê?
- 2- Quais ações voltadas à Saúde do Trabalhador são priorizadas neste momento?
- 3- Como a Vigilância em Saúde do Trabalhador articula-se com a Atenção Básica?
- 4- Quais são os fatores facilitadores e as principais dificuldades para a saúde do trabalhador no seu nível de gestão?

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com gestores do Distrito Federal para a atenção à saúde dos trabalhadores

PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Formação:

Idade:

Tempo de atividade com Saúde do Trabalhador:

- 1-** Quais ações voltadas à Saúde do Trabalhador são realizadas na Atenção Básica?
- 2-** Como acontece, na prática, a relação entre o CEREST e a Atenção Básica, se configurando em ações de Saúde do Trabalhador?
- 3-** Quais são os fatores facilitadores e as principais dificuldades para o desenvolvimento dessas ações?
- 4-** Como a Vigilância em Saúde do Trabalhador articula-se com a Atenção Básica?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa “**Política Pública de Saúde do Trabalhador: análise da relação entre a agenda nacional e a do Distrito Federal**”, de responsabilidade da pesquisadora Joseane Prestes de Souza, para dissertação de Mestrado em Enfermagem. Este projeto tem como objetivos analisar a relação entre as agendas nacional e do DF no desenvolvimento da Política Pública de Saúde do Trabalhador, analisar como foi instituída a Saúde do Trabalhador como política pública de saúde no Brasil, reconhecer as recomendações relacionadas à ST nas Conferências de Saúde nacional e distrital e identificar como a Saúde do Trabalhador se insere nos Planos de Saúde do governo federal e do governo do Distrito Federal.

A sua participação será por meio de entrevista para coleta de dados. O tempo estimado é de 40 minutos, previamente agendados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Biblioteca do Departamento de Ciências da Saúde e podem ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador por 2 anos em ambiente sigiloso.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o parecer nº 143.847/FEPECS/SES-DF.

Será garantida a confidencialidade das informações geradas, o sigilo da sua identidade, bem como sua privacidade durante a pesquisa. Sua participação não é obrigatória, mas é muito importante para a minha pesquisa. O Sr.(a) poderá me contatar para qualquer esclarecimento, em qualquer momento da pesquisa, por meio dos telefones: (61) 9196.9532 - Joseane Prestes de Souza, ou (61) 8417.5175 - com minha orientadora, Profa. Dra. Leila B. D. Göttems. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) Sr.(a).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

ANEXO A – Documentação de Aprovação do Comitê de Ética



SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das ações de atenção à saúde do trabalhador realizadas no Distrito Federal: subsídios para uma política pública.

Pesquisador: LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08988312.0.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 143.847

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular. Considera o trabalho como eixo organizador da vida social e, desse modo, determinante das condições de vida e saúde e busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte (MENDES E DIAS, 1991; BRASIL, 2010). Este estudo tem como objetivo Analisar política de atenção à saúde do trabalhador no Distrito Federal; Identificar como a Saúde do Trabalhador se insere nos planos de saúde e na organização da atenção à saúde no Distrito Federal; Mapear os pontos de atenção à Saúde do Trabalhador e sua articulação em rede para garantir acesso e continuidade assistencial; Identificar fluxos e atores responsáveis pelas ações de Saúde do Trabalhador na rede de atenção a saúde do DF. Investigar os processos do desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde para subsidiar a definição de políticas, instrumentos e métodos e os processos de formação e capacitação dos profissionais. O estudo é de caráter exploratório, descritivo e qualitativo, com o objetivo de compreender a realidade social em seu dinamismo individual e coletivo e em sua riqueza de significados. Do ponto de vista operacional, esta pesquisa será realizada em etapas, cada uma com técnicas de coleta e análise de dados específicas, descritas a seguir. Etapa 1: análise documental de planos de saúde e relatórios gerenciais; Etapa 2: Mapeamento dos pontos de atenção a saúde do trabalhador, atores e ações. Nesta etapa serão realizadas as entrevistas usando-se um roteiro semi-estruturado, com os informantes chaves, que

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - FEPECS / SES / DF



são profissionais de saúde envolvidos na atenção a saúde do trabalhador. A análise do material recolhido e dos Diários de Campo e transcrições das entrevistas semi-estruturadas serão feitas utilizando-se a análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a política de atenção à saúde do trabalhador no Distrito Federal, na perspectiva das Redes de Atenção a Saúde.

Objetivo Secundário:

1) Identificar como a Saúde do Trabalhador se insere nos planos de saúde e na organização da atenção à saúde no Distrito Federal; 2) Mapear os pontos de atenção à Saúde do Trabalhador e sua articulação em rede para garantir acesso e continuidade assistencial. 3) Identificar fluxos e atores responsáveis pelas ações de Saúde do Trabalhador na rede de atenção a saúde do DF. 4) Investigar os processos do desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde para subsidiar a definição de políticas, instrumentos e métodos e os processos de formação e capacitação dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

os riscos da pesquisa referem-se à exposição dos atores que estão envolvidos nas ações de saúde do trabalhador, bem como da instituição onde trabalham. Contudo serão tomados todos os cuidados éticos definidos na resolução 196 do CNS e complementares, as quais serão transcritas para o TCLE. O anonimato dos entrevistados será garantido.

Benefícios:

O estudo beneficia a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, uma vez que pretende produzir subsídios para a elaboração de uma política de atenção a saúde do trabalhador, bem como, para a organização da atenção a saúde pelas unidades existentes e pelas novas que serão criadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Saúde do Trabalhador é o campo da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações produção-consumo e o processo saúde-doença das pessoas e dos trabalhadores de modo particular. Considera o trabalho como eixo organizador da vida social e, desse modo, determinante das condições de vida e saúde e busca transformar os processos produtivos no sentido de torná-los promotores de saúde e não de adoecimento e morte (MENDES E DIAS, 1991; BRASIL, 2010). Este estudo tem como objetivo Analisar a política de atenção à saúde do trabalhador no Distrito Federal, na perspectiva das Redes de Atenção a Saúde; Identificar como a

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - FEPECS / SES / DF



Saúde do Trabalhador se insere nos planos de saúde e na organização da atenção à saúde no Distrito Federal; Mapear os pontos de atenção à Saúde do Trabalhador e sua articulação em rede para garantir acesso e continuidade assistencial; Identificar fluxos e atores responsáveis pelas ações de Saúde do Trabalhador na rede de atenção a saúde do DF. Investigar os processos do desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde para subsidiar a definição de políticas, instrumentos e métodos e os processos de formação e capacitação dos profissionais. O estudo é de caráter exploratório, descritivo e qualitativo, com o objetivo de compreender a realidade social em seu dinamismo individual e coletivo e em sua riqueza de significados. Do ponto de vista operacional, esta pesquisa será realizada em etapas, cada uma com técnicas de coleta e análise de dados específicas, descritas a seguir. Etapa 1: análise documental de planos de saúde e relatórios gerenciais; Etapa 2: Mapeamento dos pontos de atenção a saúde do trabalhador, atores e ações. Nesta etapa serão realizadas as entrevistas usando-se um roteiro semi-estruturado, com os informantes-chaves, que são profissionais de saúde envolvidos na atenção a saúde do trabalhador. A análise do material recolhido e dos Diários de Campo e transcrições das entrevistas semi-estruturadas serão feitas utilizando-se a análise de conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final ao término do Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETÁRIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS / SES / DF



BRASILIA, 12 de Novembro de 2012

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br