

A GESTÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

Maria Juliana Moura Corrêa¹

Luciene de Aguiar Dias²

Resumo: O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do início da década de 1970 e os seus desdobramentos nos anos seguintes, a exemplo da efetivação do SUS, instituído pela Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990, conquistaram a inserção da saúde enquanto direito universal, de responsabilidade do Estado e direito do cidadão. Apesar dos notórios avanços no campo da Saúde do Trabalhador, os dispositivos constitucionais levaram 22 anos para aprovar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), o que, até os dias atuais reflete uma complexidade e um desafio para a implementação da gestão da Saúde do Trabalhador (ST) no SUS. Com isso, descreve-se neste artigo a configuração político-institucional do SUS com o objetivo de recomendar as modalidades administrativas, seus avanços e limites. O estudo conceitua, dimensiona e discute a PNSTT no campo de atuação e as configurações institucionais na gestão no SUS, além de demonstrar os instrumentos normativos de gestão do SUS e os avanços no campo da Saúde do Trabalhador, entre os anos de 1970 e 2013 e faz uma reflexão sobre a PNSTT, suas especificidades no contexto político, social e institucional, mas também enquanto política setorial inserida no SUS, que enfrenta diversas barreiras à sua implementação.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Vigilância em saúde pública.

1 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), Ministério da Saúde (MS). E-mail: maria.juliana@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8435924995953449>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9406-3955>

2 Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador - CGSAT/DSAST/SVSA/MS. E-mail: luciene.aguiar@saude.gov.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4812825024231989>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6914-0640>.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do início da década de 1970, teve como principal conquista a inserção da saúde enquanto direito universal, construído por um contínuo processo de normalização da cultura prevencionista no Sistema Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado e direito do cidadão. A década de 1990, consagrou profundas mudanças no arranjo federativo da saúde, de passagem de um sistema extremamente centralizado para a responsabilidade compartilhada entre gestores – municipais e estaduais – com foco na descentralização e democratização, orientado pelo esforço de ousar implantar o pacto federativo expresso na Constituição Federal (Brasil, 1988). A base teórica que fundamentou a estratégia política da RSB foi baseada na compreensão do Estado integral de Gramsci, entendido enquanto Estado ampliado na luta pela hegemonia, na constituição da sociedade política, núcleo político administrativo e coercitivo, na disputa por significados e a construção de valores consensuais na sociedade civil. No entanto, a construção do SUS ocorreu em período caracterizado por reformas conservadoras de hegemonia de agenda neoliberal, de disputa ideológica de reorganização das relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelo movimento (Fleury, 2009).

Nesse período, também, o movimento político e ideológico de propostas liberais de forte sustentação na teoria econômica neoclássica de reforma do Estado tem sido defendido com base na necessidade de tornar a organização do estado mais eficiente, mas também ampliar sua capacidade com maior eficácia no uso de recursos públicos (Bresser-Pereira, 1998, 2004; Oliveira, 2009; Pacheco, 2010). O modelo burocrático weberiano foi o modelo organizacional amplamente disseminado nas reformas da administração pública durante o século XX, sendo posteriormente criticado por ser ineficiente, moroso, autorreferenciado, distanciado da necessidade dos cidadãos e, consequentemente inadequado para o contexto institucional contemporâneo (Bresser Pereira, 1998; Abrucio, 2005). A administração pública gerencial ou nova gestão pública (New Public Management -NPM) foi

um tipo de modelo normativo pós-burocrático indicado para a estruturação da gestão da administração pública. As propostas alternativas de reformas contemporâneas enfatizaram a necessidade de ampliar os instrumentos democráticos. Dois modelos organizacionais alternativos ao modelo burocrático foram: - a administração pública gerencial (AGP) e o governo empreendedor (GE), modelos organizacionais chamados também de gerencialismo, e o movimento da governança pública (GP) (Carneiro; Minucucci, 2011). Esses modelos de reformas, ao longo de experimentações, potencializaram mudanças na administração das organizações públicas, de transição de modelos burocráticos adequados aos novos desafios.

A profunda mudança cultural, política e institucional implicou num processo contínuo de incorporação de modelos, sistemas e organização da gestão na busca de um arranjo federativo capaz de reproduzir a descentralização da saúde por meio de ação político-administrativo, de transferência de serviços, poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, municípios. Para isso, na década de 90 o processo de descentralização foi impulsionada por intensa indução federal, mediante a implementação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, representado por instrumentos de regulação contidos em portarias e resoluções, as quais instituíram mecanismos de incentivo ou inibição financeira de políticas e práticas em consonância com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública, para os gestores e prestadores de serviços nos municípios e estados (Levcovitz; Lima; Machado, 2001; Machado, 2007).

Desde a efetivação do SUS, instituído pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990a, 1990b), que regulamentou os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do trabalhador, levaram 22 anos para aprovar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), contida na Portaria GM/MS nº 1.823 (Brasil, 2012). Tempo esse que evidencia as dificuldades de incorporação dos saberes e práticas que definem esse campo da Saúde Coletiva na institucionalidade no SUS.

Diante da complexidade e o desafio da implementação da gestão da Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, contida na PNSTT, descreve-se nesse capítulo a configuração político-institucional do SUS com objetivo de recomendar as modalidades administrativas seus avanços e limites.

1 A PNSTT, CONCEITOS E DIMENSÕES NO CAMPO DE ATUAÇÃO NA GESTÃO NO SUS

A PNSTT instaura um novo marco conceitual que orienta a organização da gestão descentralizada e hierarquizada da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, nos diversos níveis de atenção e nas três esferas de governo. Sua operacionalização se articula pela rede de serviços especializados – os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – que tem atribuição central de interligar a rede de atenção, serviços e ações no âmbito do SUS, capaz de prover o direito à saúde dos trabalhadores, mediante atuação intersetorial na saúde, assim como em parceria outros setores governamentais, como o ambiente, trabalho, previdência social, justiça e educação. Suas diretrizes compreendem a cobertura universal dos trabalhadores o que representa que todos os cidadãos que produzem, independente do vínculo, têm direito a assistência e vigilância à saúde - dever do Estado que preconiza um agir integral na intervenção que se articula pelas dimensões da promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes nos ambientes de trabalho e a atenção à saúde, mediante ação em rede de serviços e rede de informações integradas e harmonizadas da legislação (Brasil, 2012).

A conformação da competência da Saúde do Trabalhador se diferencia das demais políticas de saúde do SUS, dos modelos assistenciais e de vigilância da saúde, especialmente no que se referem ao objeto, meios de trabalho e formas de organização. Seu objeto ultrapassa o “limite estreito das doenças infecciosas e parasitárias”, por direcionar o planejamento a grupos populacionais de expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, distintos da cultura institucional da Saúde Pública (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Também, apresenta características únicas de atuação que exige continua interface com outras políticas setoriais e instituições, cuja programação de atividades requer ações conjuntas que podem ser complementares ou até mesmo concorrentes, como por exemplo, ocorre com a competência atribuída ao SUS de vigilância dos ambientes de trabalho e a de fiscalização do antigo Ministério do Trabalho e Emprego, atualmente Ministério da Economia.

Essas dimensões, seus potenciais conflitos e tensões interferem no campo de atuação da gestão de Saúde do Trabalhador cujo foco da intervenção se situa nas relações entre o capital e trabalho, num estado em que a hegemonia político econômica liberal conduz as políticas públicas, imprimindo limites institucionais que impactam diretamente no gerenciamento da área em seus aspectos técnico e político. A contradição entre cumprir a responsabilidade constitucional de autoridade sanitária por meio de ação administrativa no cerne das relações sociais de produção, gera tensionamentos que resultam num contínuo processo de impedimentos ao exercício das funções impetrados pelos governos e suas instâncias decisórias sobre a política de saúde, que engendram características distintas na gestão em ST em cada região do país.

O paradigma da Vigilância em Saúde orientou sucessivas reformas administrativas, nos anos 90, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde no Ministério da Saúde, que influenciou mudanças organizacionais nas estruturas estaduais e municipais. A centralidade do conceito de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), como estruturante da ação para intervir nos fatores da determinação social em saúde e seus efeitos à saúde dos trabalhadores, em seus aspectos de sobredeterminação contribuem para o desenvolvimento da integralidade da atenção à saúde: sobre as causas ou determinações; os riscos ou a exposição; os danos ou as consequências (Almeida Filho; Paim, 2014; Paim, 1999; Porto, 2007). Enquanto eixo orientador da prática – as bases conceituais da VISAT conduziram para mudanças teórico-metodológicas que implicaram também, em alterações institucionais da estrutural organizacional da área técnica da Saúde do Trabalhador, em cada nível de gestão. Nessa perspectiva, a coordenação da Área

Técnica de Saúde do Trabalhador que inicialmente estava inserida na estrutura organizacional da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e passou para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2007, quando foi criado o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), alterado para Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), em 2019. A VISAT se constituiu em um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Brasil, 2017).

Essa transição da assistência para vigilância influenciou alterações na forma de financiamento e nos organogramas nos municípios e estados para assumir as atribuições baseadas na estratégia de vigilância e ações em Rede no SUS, apesar da forte cultura assistencial remanescente do período dos Programas de Saúde do Trabalhador.

2 CONFIGURAÇÕES INSTITUCIONAL DA GESTÃO DO SUS

Os diferentes modelos assistenciais de gestão instituídos no arcabouço jurídico-institucional SUS, foram implementados pela normalização e a racionalização das práticas, determinando as formas de gestão das políticas de saúde e as práticas institucionais do gestor. De acordo com Merhy (2000), o tema de qualquer modelo de atenção à saúde está relacionado ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e a produção do trabalho para resolver os problemas da coletividade.

O planejamento – e instrumentos de gestão estão presentes desde a criação do arcabouço legal do SUS, na Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde), onde é atribuída à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (Brasil, 1990).

Ao sumarizar na linha do tempo as normativas que moldaram os desenhos institucional adotado no SUS, identifica-se o papel fundamental do governo federal enquanto indutor da implementação do

modelo assistencial a partir do conjunto de instrumentos de gestão contido nas NOBs e os respectivos Planos Diretor e Programação Pactuada Integrada (PPI), ao mesmo tempo em que evidencia o quanto a área de Saúde do Trabalhador foi negligenciada. Aguiar & Vasconcellos (2015) destacou que em nenhuma das normas, desde a NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 e a NOAS 01/2001 e 2002, houve a mínima preocupação de vincular ações e serviços ao modelo de desenvolvimento e sistemas produtivos e, conseqüentemente, às questões de ST. Corroborando, com essa posição a análise de Vasconcellos, (2007, p.167) sobre [...] a exclusão da área de ST [Saúde do Trabalhador] do foco central das políticas de saúde, tornando-a espécie de área *non grata* especialmente dos gestores do SUS, seja pela explicitação de conflitos no campo político-econômico local, seja pela visão tradicionalista do acidente e doença de trabalho como questão de natureza contratual entre patrões e empregados.

O Pacto pela Saúde 2006, representou o estabelecimento de compromisso público entre os gestores do SUS para aprovar mecanismos de co-gestão e planejamento regional participativo, com objetivo qualificar o acesso da população a atenção integral à saúde e superar as dificuldades apontadas pelos gestores, que a partir do pacto assumem o compromisso público da construção de planos baseados nas necessidades de saúde da população em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida, propõe um conjunto de metas relativas a seis problemas ou áreas prioritárias para a saúde: (a) saúde do idoso; (b) controle do câncer do colo de útero e de mama; (c) redução da mortalidade infantil e materna; (d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *Influenza*; (e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; (f) fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto em Defesa do SUS reafirma os compromissos políticos dos gestores com os princípios e consolidação do SUS; e o Pacto de Gestão reúne proposições direcionadas ao fortalecimento do planejamento, regionalização, gestão do trabalho e da formação dos trabalhadores da saúde, dentre outros. Entre as diretrizes opera-

cionais ficou definido que os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: - o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento – (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI). O Pacto definiu a responsabilidades das três instâncias de governo, no planejamento (institui o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS) e programação de saúde para elaboração dos Relatórios de Gestão (RAG trimestral e anual) e dos Planos de Saúde (PAS) e suas etapas de regulação, monitoramento e avaliação.

ANO	INSTRUMENTOS NORMATIVOS	SAÚDE DO TRABALHADOR
1970	Modelo médico-assistencial privatista (fragmentado, dicotômico entre ações curativas e preventivas)	
Ruptura do modelo assistencial centralizado para gestão compartilhada		
1990	Modelo assistencial de gestão compartilhada. Cria o arcabouço jurídico do SUS, representação dos governos (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), Lei nº 8.080/90. Gestão participativa e financiamento descentralizado, Lei nº 8.142/90.	Sistema Único de Saúde (SUS). Institui a Saúde do Trabalhador no SUS. Institui a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador no SUS
1991	Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) Criada com representação do MS, SES, SMS e da primeira norma operacional básica do SUS e da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhar a implantação e operacionalização do SUS. Decreto 7.508/2011.	
1993	NOB-SUS 93. Compromisso da implantação do SUS, p/princípio da municipalização . Institui níveis progressivos de gestão e estratégias para efetivar descentralização político-administrativa, por níveis de responsabilidade e competência de cada instância de gestão no SUS (incipiente, parcial e semiplena) e os colegiados CIB e CIT. Portaria 545/1993.	NOB SUS 93. Contempla ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitando o trabalhador e o portador de doença ocasionada pelo trabalho.

1996	NOB 96. Cria instrumentos p/consolidar a concepção ampliada da saúde. Fortalece os colegiados, gestão pactuada e descentralização. Aumenta autonomia, repasse de recursos fundo a fundo a estados e municípios, rompe pagamento por produção. Cria incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Portaria 2.203/1996.	NOB SUS 96 Não inclui ações de Saúde do Trabalhador
2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS tem foco na criação da regionalização do SUS. Representa um avanço nas insuficiências da configuração da municipalização da gestão do SUS. Organiza mecanismos regionais na prestação de serviços com maior equidade e para atender as necessidades da população. Portaria 373/2002.	Plano Diretor de Regionalização – PDR. Define prioridades na regionalização com indicadores para 4 áreas da Atenção Básica. Não inclui indicadores de Saúde do Trabalhador
2006	Pacto pela Saúde. Diretrizes operacionais do pacto consolida a gestão do SUS com 3 componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Define Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal. Formaliza as dimensões Pela Vida e de Gestão, com metas e pactuação. Portaria 399/2006.	Pacto pela Saúde. Inclui indicadores e metas de Gestão do Trabalho para os trabalhadores de saúde. Não inclui indicadores de Saúde do Trabalhador
	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Planejamento p/ gestão do SUS nas três esferas de governo. O Sistema busca, de forma tripartite, a pactuação do planejamento, de monitoramento e da avaliação, com participação social e a integração intra e inter-setorial. Portaria 3.085/2006 revogada 2.135/2013.	
2009	Pacto pela Saúde. Prioridades, objetivos, metas e indicadores. Estabelece prioridades/ objetivos/metast/indicadores de monitoramento e avaliação no Pacto pela Saúde/Vida/Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes de pactuação do biênio 2010 – 2011. Portaria 2.669/2009.	Pacto pela saúde, Metas e indicadores Inclui a Saúde do Trabalhador entre as prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida

2010	Rede de Atenção à Saúde (RAS). Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde para garantir integralidade do cuidado, maior eficácia da produção, melhoria na eficiência da gestão no sistema de saúde. Passa a ser a principal diretriz da SAS/MS para o período 2011-2014. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.	
2013	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Cria regras de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (SISPACTO) p/ano 2013/2015, p/fortalecimento do planejamento do SUS e implementação do COAP. Resolução 05/2013	COAP. Inclui a diretriz 7 reduzir risco e agravos por meio da promoção e vigilância. Não inclui indicadores/metas de Saúde do Trabalhador

Figura 1: Linha do tempo com modelo e instrumentos de gestão do SUS, 1970-2013.

Apesar da magnitude dos acidentes de trabalho no Brasil, os indicadores de ST não foram incluídos no elenco de prioridades do Pacto pela Vida. Entretanto, nas instâncias estaduais e municipais foram incluídos indicadores e metas de ST no PAS e na PPI. Em 2019, na oficina de avaliação da Renast da CGSAT (Baeta, 2019) foi verificado entre os 103 Cerest que responderem ao questionário, 86% incorporaram ações de ST no Plano de Saúde e 76% realizam Relatório de Gestão. Em relação as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 95% realizaram planejamento e monitoramento e 84% avaliação.

3 CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL DO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS

A RENAST implantada pelo Ministério da Saúde em 2002 com 130 CEREST, ampliados para 215 serviços em 2016, cadastrados no CNES, como serviço de especialidade, de natureza jurídica da administração pública, introduziu uma nova reorganização do subsistema de Saúde do Trabalhador, baseada em rede de serviços especializados, ação regionalizada, com padronização da nomenclatura dos serviços para CEREST em todos o país (Brasil, 2004), sem, contudo, harmoni-

zar a estrutural organizacional e padronizar um modelo de gestão no sistema de saúde (Brasil, 2002, 2015).

Para Dias e Hoefel (2005), a institucionalidade da gestão em ST a partir da organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é considerada bem-sucedida em prestar atenção diferenciada aos trabalhadores, mas ainda apresenta baixa capacidade para viabilizar a integralidade da atenção junto a rede de serviços do SUS, devido às seguintes dificuldades: a) a lógica do modelo da RENAST, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) frágil articulação intrassetorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) ausência de orientação quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os riscos e agravos à saúde junto a rede de serviços do SUS; f) o controle social fragilizado; g) recursos destinados à implantação da RENAST utilizados para fins no sistema de saúde; h) a integralidade das ações é prejudicada pela procedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas.

Além dessas limitações, a posição da área de Saúde do Trabalhador na estrutura administração define também sua capacidade de gestão. Organizados por CEREST e/ou coordenação da Política de Saúde do Trabalhador, inseridos em diferentes posições e arranjos hierárquicos na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde, em sua maioria caracterizadas por modelos verticais, que repercutem na potencialidade de gestão em efetivar a modalidade de atenção integral à saúde dos trabalhadores, conforme preconizado nas normativas do SUS. Em 2018 (Baeta, 2019), avaliação realizada pelo CGSAT para verificar a vinculação institucional dos CEREST regionais, na vigilância

em saúde, identificou que dos 87 serviços 37% tinha unidades independentes, 20% vínculo a Vigilância em Saúde do Trabalhador, 9% à Vigilância Sanitária, 8% com a Vigilância ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador, 5% Vigilância Epidemiológica e 1% Vigilância Ambiental.

4 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUBSISTEMA SAÚDE DO TRABALHADOR

A constituição da RENAST representou importante mudança na organização da atenção regionalizada no SUS, tendo o CEREST como polo articulador das ações e serviços entre os gestores estaduais e municipais.

Aliados a esse processo de regionalização e descentralização, contribui com desenvolvimento das ações regionalizadas e descentralizadas da RENAST, o Pacto de Saúde (Brasil, 2006), aprimorado em 2011 (Brasil, 2011). Nele foram definidas responsabilidades no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde entre os gestores – União, Estados e Municípios do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto de Gestão, por sua vez fortaleceu a gestão compartilhada, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde. Essa proposta teve como estratégia a organização da gestão nas regiões de saúde, o modelo de estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com a Atenção Primária da Saúde com papel central na rede, com o propósito de reduzir a fragmentação do sistema e garantir a integralidade da atenção no planejamento regional (Brasil, 2011).

Esse modelo de atenção baseado na organização das redes nas regiões de saúde, contribuíram com avanços na atenção integral à saúde dos trabalhadores por meio da implementação de apoio matricial, como uma nova modalidade de metodologia da gestão interdisciplinar em rede, garantindo maior horizontalidade entre as equipes de saúde. Estudo de Lazarino (2019) destaca a reorientação da prática

de atenção à saúde dos trabalhadores por meio do arranjo organizacional do Apoio Matricial (AM). Com dados primários avaliou a utilização do AM no processo de trabalho entre o CEREST regional de Betim/MG e as equipes da Estratégia de Saúde da Família, onde constatou ampliação do campo de atuação e da articulação entre os profissionais do CEREST e da rede de atenção básica. Nesta modalidade de gestão, com planejamento entre as redes, as ações complementares foram qualificadas entre os profissionais das equipes o que contribuiu para o aumento da capacidade resolutiva.

O nível hierárquico que a ST ocupa no organograma institucional é um dos elementos que contribui com o tipo de autonomia financeira e de execução, que repercute no comando em cada nível de gestão, bem como na efetividade de ações setoriais, intersetoriais e interinstitucionais. Entretanto, o poder não se totaliza apenas na institucionalidade do Estado. Contraditoriamente, a complexidade de relações da gestão da ST em sua conformação de integralidade da atenção à saúde dos trabalhadores, que por um lado tem fortes tensionamentos internos no sistema de saúde e, também os determinados pelo mercado, por outro lado é justamente por essa complexidade de arranjos intersetoriais e participativos que se estabelecem dinâmicas de poder e contrapoder. Nessa perspectiva, a concepção de “intercessores” no sentido expresso por Deleuze (1992), para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeito” como relações de forças, singularidade de modelos de configuração dessa dinâmica capilarizado pelas relações sociais capaz de operar conjunto de micropoderes, abre a possibilidade de compreender o agir em saúde mediado por relações de poder, produção do saber e os processos de subjetivação em defesa da vida no âmbito da ação articulada em espaços intercessores com movimentos sociais e a rede de instituições que produzem a proteção à saúde dos trabalhadores.

E a importância da prática social dos sujeitos (Matus 1996) enquanto dimensão política capaz de construir a configuração desenho institucional e seus fluxos que não se concretizam somente pelos instrumentos operacionais da organização centralizada da gestão como normas, programas e protocolos. Esses aspectos, inseridos na

dimensão política para intervenção em saúde, colocam um grande desafio à gestão da Saúde do Trabalhador e sua relação com instâncias de participação dos trabalhadores – o de superar orientações centralizadoras para construir práticas cotidianas sustentadas por arranjos descentralizados, resolutivos e com ampla representação em cada nível do sistema de saúde. Para isso, pode utilizar-se no planejamento da concepção de território enquanto metodologia para novas configurações do desenho de práticas sanitárias no modelo assistencial, descrita por Teixeira et al. (1998), onde a territorialização vai além da utilização geográfica de mecanismo de pactuação da atenção à saúde para a constituição de uma rede interrelacionada com o território produtivo e sua organização de relações de poder que superam os limites administrativos. Assim, a gestão participativa da Saúde do Trabalhador pode ser compreendida como uma forma de coprodução de saúde, forjada por Campos (2000) enquanto modos de operação dos espaços coletivos, com arranjos em que as equipes de saúde podem interferir no modo de gestão. Implica em transformações de práticas administrativas que efetiva a apropriação democrática nos processos da gestão, por meio de artifícios institucionais, que promovem rupturas com o agir burocrático, de tendência centralizadora e de concentração dos processos decisórios e normativos de dominação. Estes arranjos institucionais configuram-se em um modelo de gestão organizados com base na busca de consenso entre os diferentes atores implicados na construção Saúde do Trabalhador, no SUS, por meio de representação das instancias colegiadas, comitês técnicos e comissões, distribuídos nas três esferas de gestão (Quadro 1).

Quadro 1. Arranjo da estrutura Institucional e decisória da Política de Saúde do Trabalhador no SUS

Níveis de Gestão	Colegiado participativo	Gestor	Comissões Intergestores e Insertesorial	Estratégias de ação
Nacional	Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	Comissão Intergestora Tripartite (CIT) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador- CISTT Nacional	Colegiado com representação de gestores (Estados: CONASS ³ ; municípios -CONASEMS ⁴ , COSEMS ⁵) - Comitê Técnico ST
Estadual	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Comissão Intergestora Bipartite Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CISTT Estadual	Encontros nacionais, macro-regionais, estaduais e municipais de planejamento e trocas de experiências.
Regional ⁶	Conselho Regional de Saúde	Colegiado Regional dos CEREST	Colegiado de Gestão Regional Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CISTT Regional	Participação nas CISTT, dos respectivos conselhos de saúde
Municipal	Conselho Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-CISTT Estadual	Participação na vigilância de processo e ambientes de trabalho, junto aos CEREST

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a PNSTT exige compreender suas especificidades no contexto político, social e institucional, mas também enquanto política setorial inserida no SUS, que enfrenta diversas barreiras à sua implementação em conformidade com a CF 88 e com a lei 8.080/90 (Brasil, 1990a).

3 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

4 CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

5 COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

6 A CISTT Regional é uma instancia de organização descentralizada do Conselho Estadual da Saúde, composta por representantes de entidades dos municípios da área de abrangência dos CEREST, localizada apenas no Estado do Rio Grande do Sul.

Importante destacar que ocorreram importantes inovações tecnológicas arcabouço decisório e institucional que repercutiram em mudanças na gestão e no papel dos gestores das três esferas de governo, relacionadas ao processo de descentralização político-administrativa. Portanto, mais que identificar os limites institucionais da gestão em Saúde do Trabalhador, trata-se de analisar o campo no sentido de contribuir com a superação dessas lacunas para a busca de arranjos institucionais que materialize a PNSTT na prática em saúde no SUS.

Entre os desafios da gestão em ST em cumprir a atribuição de desenvolver ações para integralidade da Atenção à Saúde dos Trabalhadores, evidencia-se a dificuldade de operacionalização da gestão dessas ações em um modelo gerencial de políticas de saúde fragmentadas e compartimentadas, tanto no âmbito interno do SUS, como também com as demais instituições com atribuições relacionadas ao meio ambiente do trabalho. Além disso, inventário (Machado; Santana, 2011) apontam impedimentos burocráticos na aplicação e gestão dos recursos orçamentários da área, apesar do avanço no repasse de orçamento fundo a fundo, que deveria possibilitar autonomia no planejamento e gerenciamento local com incorporação dos instrumentos de Gestão, como por exemplo, o Plano Plurianual, Relatório de Gestão e Pactuação de Indicadores da ST a partir das necessidades em saúde das distintas regiões de saúde. Contudo os recursos repassados aos CEREST precisam ser atualizados pois esses valores estão congelados há mais de vinte anos. Além disso, se faz necessário criar incentivos financeiros para a realização da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e seus diversos componentes nos territórios.

Também, observa-se reduzido poder decisório da área nos estados e municípios, o que resulta em baixa potencialidade de executar a integralidade de atenção em saúde, pois geralmente essas coordenações estão inseridas no organograma institucional, enquanto coordenadores de serviços de saúde-os CEREST e não coordenadores da Política Saúde do Trabalhador nas respectivas instancias de gestão pública. Portanto, ocupam espaços administrativos destituídos em sua maioria de representação política e de participação nos grupos decisó-

rios das prioridades da gestão e a agenda estratégica. Assim, passam a depender de outras instancias de governo e áreas técnicas que não tem como foco central na prevenção de riscos e agravos decorrente do meio ambiente do trabalho.

Outra limitação importante na gestão e/ou cogestão, realizado pelo CEREST junto a rede de serviços e os trabalhadores refere-se à distribuição dos CEREST nos territórios sanitários. Para além da baixa cobertura desses serviços nacionalmente, pois seu quantitativo é insuficiente para cobertura de todo o território nacional, o seu arranjo organizacional não apresenta definição de cobertura populacional e nem adstrição de usuários para o estabelecimento de vínculo, quer seja por definição do número de indivíduos que residem no território ou dos conglomerados produtivos de sua área de abrangência. Essa característica na organização da RENAST impacta diretamente no arranjo institucional para organização do processo de trabalho em saúde e a dinâmica social e política da rede de relações no território, cuja delimitação de áreas e microáreas de atuação é de fundamental importância para a gestão, alocação de recursos, articulação, fluxos referência e principalmente para o planejamento estratégico das ações de Saúde do Trabalhador.

Destacamos como exitosa a experiência da criação dos comitês emergenciais para enfrentamento da pandemia do novo coronavírus com ação prática integrada das equipes de Visas (Saúde do Trabalhadores, Epidemiologia, Ambiental e Sanitária) conjuntamente com as demais áreas que compõem a RAS, conforme ocorreu nos Estados do BA, RS, SP, SC. Essa experiência de arranjo de estrutura organizacional linear pode apontar para um caminho de construção de um modelo descentralizado, de ação horizontal integrado pela intervenção conjunta das diversas políticas que compõem o desenho institucional voltadas para uma atuação de impacto da gestão fundamentada nas necessidades em saúde, com planejamento baseando na noção de exposição/risco no território, superando a ação fragmentada.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2005. p. 173-200.

AGUIAR, L; VASCONCELLOS, L. C. F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 830-840.

ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: **Saúde coletiva**: teoria e prática. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 13-27.

BAETA, K. Oficina de avaliação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e da 3º Jornada Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. In: JORNADA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 31 ago. 2023.

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. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponí-

vel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 216, p. 2293, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/PORTARIA_1679_renast.pdf. Acesso em 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS**: estratégias para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_18.pdf#:~:text=estrat%C3%A9gia%20de%20Apoio%20Integrado%20busca%20privilegiar%20a%20dimens%C3%A3o,sistema%20de%20sa%C3%BAde%20nos%20%C3%A2mbitos%20estadual%20e%20municipal. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília: MS, 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html. Acesso em 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007**. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1956_14_08_2007.html. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: MS, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 31 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.978, 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: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978_15_12_2011.html. Acesso em: 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 31 ago. 2023.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão pública no século XXI**: as reformas pendentes. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1066/1/td_1686.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, n. 4, v. 10, 25 nov. 2005.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 817-828, 2005.

FLEURY, S. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em estudo**, Paraná, v.6, n.1, p.17-25, jun. 2001.

LAZARINO, M. S. A; SILVA, T. L.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 44, n. 23, 2019.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

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; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_Renast.pdf. Acesso em: 31 ago. 2023.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1996.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PACHECO, R. S. A agenda da nova gestão pública. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (Orgs.). **Burocracia e política no Brasil**: desafios para o Estado democrático no século XXI. Rio de Janeiro: FGV, 2010. p. 183-218.

PAIM, J. S. **Vigilância da Saúde**: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.161-174.

PORTO, M. F. S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3149-3159, 2017

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, a. 16, v. 9, p 169-171, 2005.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUZA, M. A. **Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”**. In: **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Ana Maria Girotti Sperandio (org.). Campinas: IPES Editorial, 2004. v. 2, p. 57-77.

TEIXEIRA C. F., PAIM J. S., VILASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998, jun. 1998.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, Trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de

Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.segurancaetrabalho.com.br/download/saude-fadel.pdf>. Acesso em 31 ago. 2023.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. D. B. C. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, jun. 2017.

APÊNDICES

Apêndice 1. Território e Territorialidades

- a) Território como uma categoria de análise social e territorialização o processo de habitar e vivenciar um território em todos os níveis das atividades humanas (econômicas, sociais, culturais e políticas (Souza,2004).
- b) Os territórios estruturam *habitus*, singularidades na atenção e do cuidado em saúde (Revere, 2005).
- c) Territorialização é um processo de “habitar um território” que resulta em corporificação de saberes e práticas (Kastrup, 2001, p. 215).
- d) O território “é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” [...] Territorialização e desterritorialização como potencial de reorientação de saberes e práticas no campo da saúde e movimento de práticas contra hegemônicas na saúde (Ceccim, 2005a, p.983).
- e) Os territórios se constituem com base em dois movimentos: das horizontalidades (domínios de contiguidades) e das verticalidades (pontos de interdependência hierárquica dos territórios) (Santos, 1996).
- f) Territorialização em saúde enquanto metodologia para o desenho de novas configurações loco-regionais capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias, pelo da lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde que se constitui no território (Teixeira et al., 1998).

Apêndice 2. Descentralização ou Desconcentração

O fenômeno da doutrina da descentralização difere de desconcentração, por essa ser uma divisão interna da atividade estatal federativa. A descentralização como “distribuição de competência do Estado de uma para outra pessoa, física ou jurídica”. E ao contrário quando o próprio, Estado, desempenha sua função, estará mantendo tais atividades centralizadas (Taveira, 2011).

A descentralização política e administrativa da saúde, com direção única em cada esfera de governo, objetivando o fortalecimento da gestão municipal teve dificuldades de ser efetivada no âmbito organizacional, devido a nichos de poder (político, técnico e administrativo) de heranças de culturas institucionais. Com o objetivo de corrigir tais distorções resultante das interpretações das lacunas nas normas anteriores em relação municipalização a equidade de acesso aos serviços e o próprio papel estado foram corrigidos no desenho da regionalização com a edição da NOAS-SUS 2001 e NOAS-SUS-2002, que propôs o aprimoramento do processo de descentralização. Em 2003, foi criado o Departamento de Apoio a Descentralização do Ministério da Saúde DAD/MS (Brasil, 2004).

A diretriz organizativa da descentralização, contida na PNSTT como estratégia para consolidar o papel do município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, tem sido por vezes, muito mais no sentido da desconcentração de atividades do que realmente operacionalizada a descentralização política administrativa.