

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

MANOEL GOMES DE SOUSA

POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: Análise da implantação e do desenvolvimento das ações realizadas pelas gestões governamentais do período de 2003 a 2010, no Estado do Pará

BELÉM

2021

Manoel Gomes de Sousa

POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR:
Análise da implantação e do desenvolvimento das
ações realizadas pelas gestões governamentais do
período de 2003 a 2010, no Estado do Pará

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Miguel dos Reis Pereira

Belém
2021

Ficha Catalográfica

SOUSA, Manoel Gomes de

Política de Saúde do Trabalhador: Análise da implantação e do desenvolvimento das ações realizadas pelas gestões governamentais do período de 2003 a 2010, no Estado do Pará

/ Manoel Gomes de Sousa.

Belém: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.:128

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Miguel dos Reis Pereira

Manoel Gomes de Sousa

POLÍTICA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR: Análise da implantação e
do desenvolvimento das ações realizadas pelas
gestões governamentais do período de 2003 a
2010, no Estado do Pará

Dissertação apresentada ao curso Maestría
Estado, Gobierno y Políticas Públicas,
Faculdade Latino-Americana de Ciências
Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título
de Magíster em Estado, Gobierno y Políticas
Públicas.

Aprovada em: 16/08/2021

Prof. Dr. Raimundo Miguel dos Reis Pereira/Orientador/FLACSO Brasil/UEPA

Prof. MS Renan Vieira de Santana Rocha /2º Membro/FLACSO Brasil/UFBA

Prof. Pós Dra. Laura Soares Martins Nogueira/3º Membro/FUNDACENTRO

Prof. Dr. Alexandre Lalau Guerra (suplente)/FLACSO Brasil/FGV

À Nazaré, minha amada, e aos meus filhos Tiago e Felipe, que estiveram sempre ao meu lado, me apoiando durante toda essa jornada.

À Glória Campos e ao Paulo de Tarso Oliveira, com quem aprendi os primeiros passos sobre saúde pública.

Ao inesquecível Gerson Domond (in memória), meu companheiro de debates e de ações da política de saúde e do exercício controle social no SUS.

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida.

Agradecer aos demais não é uma tarefa fácil, no entanto me arrisco nessa empreitada começando pelo Partido dos Trabalhadores, que por meio da Fundação Perseu Abramo, viabilizou esta importante qualificação em políticas públicas para seus filiados dos Estados das Regiões Norte e Nordeste, que compõe a turma de Belém.

Aos familiares e amigos, que mesmo não podendo contar com minha presença em alguns eventos, sempre deram o maior incentivo para os estudos.

À minha mãe Dona Raimunda, sempre atenta e grande incentivadora de meus estudos.

Ao Marco Aurélio e às servidoras e servidores da Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde, que aceitaram o desafio de participar como sujeitos da pesquisa, cuja contribuição foi fundamental para compreensão dos desenhos desenvolvidos pelas gestões governamentais do período pesquisado. Sem os quais não seria possível concluir esse trabalho.

À Raquel Santos, que na Biblioteca da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA, foi imprescindível na disponibilização de documentos e relatórios que subsidiaram a produção textual.

Ao meu orientador, Raimundo Miguel dos Reis Pereira, pelas importantes contribuições durante todo o processo de produção textual e principalmente na finalização do texto da dissertação.

Aos demais professores da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais FLACSO Brasil, por todo o conhecimento socializado durante o período de convivência nas aulas presenciais e nas orientações a distância.

Ao Professor, poeta e escritor Genésio Santos pela valorosa revisão e ajustes precisos na explicitação das ideias desenvolvidas no texto final.

Aos colegas da turma, pelos calorosos debates e troca de conhecimentos realizados durante as aulas presenciais e nas atividades em grupo.

Às trabalhadoras e trabalhadores usuários da política de saúde do trabalhador, sujeitos da política, que se dispuseram participar da pesquisa de campo, desempenando um papel preponderante para compreensão da extensão das ações da política de saúde do trabalhador no Estado o Pará.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente, muito obrigado.

Não dá para conceber a política de saúde do trabalhador, se não houver a presença dos trabalhadores, a partir do controle social.

Jarina Gomes

RESUMO

Trata-se de estudo desenvolvido no campo das Políticas Públicas de Saúde, pautado pelo objeto do panorama histórico da política de saúde do trabalhador, tendo como referência o processo de implementação e desenvolvimento de suas ações, adotado pelas gestões governamentais do período de 2003 a 2010, no Estado do Pará. A consecução do objetivo se deu a partir de um estudo comparativo referenciado na legislação pertinente e na epistemologia acerca das políticas públicas, incluindo a de saúde pública, produzida por autores como CARDOSO; MORGADO (2019), ANTUNES (2002), LACAZ (2007), ESPING-ANDERSEN(1991), VASCONCELOS; AGUIAR (2017), SOUZA (2006), entre outros não menos relevantes, que buscou compreender a efetivação e o desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador, um recorte da política de saúde pública sob a gestão do SUS, tendo como foco a análise dos desenhos adotados pelas gestões governamentais do período, bem como, identificar as dificuldades enfrentadas, na implantação e no incremento das ações previstas pela política, sendo norteador do conhecimento desenvolvido a busca do entendimento da política de saúde do trabalhador como um direito a ser garantido aos seus usuários. A análise do desenho adotado em cada gestão, nos possibilitou identificar entendimentos diferenciados, no que se refere ao tratamento dispensado a política em questão. O caminho da investigação metodológica, desenvolveu-se a partir de um modelo qualitativo, considerando a possibilidade de apreensão de conhecimentos a partir da interpretação da ação social dos sujeitos da pesquisa, proporcionado pelos conceitos e questões desenvolvidas durante a coleta de dados de campo, na literatura pesquisada e legislação reguladora. Observou-se que a saúde do trabalhador foi administrada como mais uma política a ser desenvolvida no âmbito governamental, sem um efetivo envolvimento da gestão e a inclusão dos sujeitos da política, no processo de discussão e incremento de suas ações, no período 2003-2006, por outro lado, o caráter de direito constitucional a ser garantido aos seus usuários, por meio de uma política pública de Estado, que envolveu seus usuários no processo de discussão e implementação das suas ações, foi identificado na gestão governamental que compreendeu o período de 2007-2010, conforme retrataram os diferentes desenhos estruturadores da política e do desenvolvimento das ações, adotados em cada governo estudada.

Palavras-Chave: Políticas. Saúde pública. Ações. Gestões governamentais.

ABSTRACT

This study was carried out in the field of public health policies, based on the historical background in worker's health policies, using as reference the implementation and development of actions by State Office Governments between 2003 and 2010, in the state of Pará. The achievement of the objective was based on a comparative study referenced in the pertinent legislation and in the epistemology of public policies, including public health ones, produced by authors such as CARDOSO; MORGADO (2019), ANTUNES (2002), LACAZ (2007), ESPING-ANDERSEN (1991), VASCONCELOS; AGUIAR (2017), SOUZA (2006), among others no less relevant, and sought to understand the effectiveness and the development of worker's health policies, an excerpt of the public health policies under the management of SUS, being focused on the analysis of the designs adopted by government offices at the period, as well as identifying the difficulties faced in the implementation and increment of actions foreseen by the policy, being the search for understanding of worker's health policies as a right to be guaranteed to its users the guide of the developed knowledge. The analysis of the design adopted by each administration allowed us to identify different understandings, regarding the treatment given to the policy in question. The path of methodological procedures was developed from a qualitative model, considering the possibility of capturing knowledge from the interpretation of the social action by the research actors, provided by concepts and questions developed during the fieldwork data collection, at the research literature and legislation. It was observed that worker's health policy was carried as another public policy to be developed by the government, with no effective involvement by the administration and the inclusion of the subjects of the policy in the process of discussion and increment of actions in the period of 2003-2006. In the other hand, the character of constitutional right to be guaranteed to its users by a State public policy was identified in the administration during the period of 2007-2010, as portrayed by the different structuring designs of the policy and the development of actions adopted by each studied administration.

Keywords: Policies, Public Health, Actions, Government Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, conforme a área de abrangência dos CEREST Regionais do Pará, 2007-2010 .	74
Gráfico 2: Principais agravos dos acolhimentos de 2009 a 2010	80
Gráfico 3: Faixa etária dos acolhimentos de 2009 a 2010	80

LISTADE SIGLAS

APMS	Assembleias Públicas Municipais
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEREST	Centro de Referência Estadual em Saúde doo Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS-BEL	Conselho Municipal de Saúde de Belém
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Centros Regionais de Saúde
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CTSST	Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DASE	Departamento de Atenção a Saúde
DIVISAT	Divisão de Saúde do Trabalhador
DOE	Diário Oficial do Estado
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DOU	Diário Oficial da União
DVS	Diretoria de Vigilância à Saúde
EWCS	European Working Conditions Survey
EUA	Estados Unidos da América
FES	Fundo Estadual de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

GM/MS	Gabinete do Ministro Ministério da Saúde
GS	Gabinete da Secretaria
IVR	Índice de Valorização de Resultado
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PDE	Plano de Desenvolvimento Estadual
PDR	Plano Diretor Regional
PLANSAT	Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPR	Plenárias Públicas Regionais
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
PTP	Planejamento Territorial Participativo
QDQQ	Quadro de Detalhamento de Quotas Quadrimestral
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIE	Região de Integração do Estado
RPS	Regional de Proteção Social
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde doo Ministério da Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESMT	Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINTEPP	Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Pará
ST	Saúde do Trabalhador

SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	17
CAPÍTULO 1	
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR: UM BREVE LEVANTAMENTO HISTÓRICO	23
1.1 A ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO	25
1.2 AGRAVOS A SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	33
1.2.1 O Campo Saúde do Trabalhador e as Políticas de Bem-Estar Social	38
1.2.2 A Estruturação da Política de Saúde do Trabalhador a Nível Nacional	44
CAPÍTULO 2	
POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO PARÁ	57
2.1 OS PRIMEIROS PASSOS: 2003 A 2006	60
2.2 O AVANÇAR DA CAMINHADA: 2007 A 2010	66
CAPÍTULO 3	
DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NAS GESTÕES GOVERNAMENTAIS DE 2003 A 2010	84
3.1 DESENHO DA ESTRUTURA NACIONAL	88
3.2 DESENHO ADOTADO NA GESTÃO 2003-2006	93
3.3 DESENHO ADOTADO NA GESTÃO 2007-2010	99
3.4 COMPARATIVO DOS DESENHOS ADOTADOS PELAS GESTÕES	107
CONSIDERAÇÕES	113
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A garantia de direitos é um dos princípios norteadores do desenvolvimento de políticas públicas, sendo este um dos principais desafios enfrentados por qualquer gestão pública, tendo em vista que suas ações devem refletir o caráter em questão. O que impõe, de certa forma, a adoção de um desenho coerente com as necessidades da população assistida. É importante destacar ainda que uma das questões latentes no desenho das ações de uma política pública é que sua formatação, dentro de um programa de governo, precisa conter mecanismos que assegurem o direito de cidadania para os diversos grupos sociais.

Ao encontro dessa compreensão, há que se considerar a conceituação conformadora do que vem a ser políticas públicas, que tem relação com decisões pautadas por diversos interesses, dentre estes, os de governo e os dos diversos grupos sociais, podendo apresentar coincidências, mas também colidir, tendo em vista, o caráter democrático ou autoritária da governança exercida.

Tendo como referência o campo das políticas públicas de saúde, este trabalho aborda como temática a política de saúde do trabalhador, que foi desenvolvida a partir da análise da implantação e do desenvolvimento das ações da referida política, pelas gestões do período de 2003 a 2010, que estiveram no poder político no Estado do Pará. De forma objetiva, investigou o panorama histórico e os desenhos adotados, a partir do comparativo entre as gestões, procurando encontrar as dificuldades que foram enfrentadas.

Diante disso, a pesquisa procurou identificar como o desenho de políticas públicas, em diferentes gestões, entendeu a saúde do trabalhador como um direito, a partir do processo de implantação e do desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador realizadas pela secretaria de saúde do Estado do Pará. Além desta questão norteadora, de forma transversal e secundária, buscou localizar os atores sociais envolvidos, e como as ações de saúde do trabalhador se caracterizaram na atuação da saúde pública estadual.

As hipóteses suscitadas para a pesquisa consideraram a possibilidade da ocorrência de distintas formas de tratamento dispensado à política de saúde do trabalhador pelas gestões do período estudado. Em determinado governo pode ter sido gerida como mais uma política a ser desenvolvida no âmbito governamental, podendo ter avançado, em outra gestão, para um grau de importância, a partir de um desenho de política pública de Estado garantidora de direitos constitucionais.

Nessa linha, foi levantada ainda a possibilidade de trabalhadoras e trabalhadores terem sido parte dos atores envolvidos com a implantação e o desenvolvimento das ações da

referida política, bem como, que a compreensão da saúde do trabalhador tenha sido incorporada às práticas de vigilância em saúde realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, na atenção dispensada à saúde de trabalhadoras e trabalhadores no Estado do Pará.

A investigação do desenho de uma determinada política pública em diferentes governos ganha relevância, tendo em vista contribuir para averiguação dos aspectos aqui destacados, bem como, para compreensão do caminho adotado por cada gestão governamental, a partir da implantação, estruturação e efetivação de suas ações.

Sendo assim, o estudo proporcionou o conhecimento acadêmico sobre a trajetória da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, constituindo-se em referência para futuros estudos, bem como contribui para o aprimoramento das ações de saúde do trabalhador, a partir do Sistema Único de Saúde – SUS. Além de ter possibilitado, do ponto de vista de seu caráter social, um maior conhecimento das ações de saúde pública direcionadas à constituição de ambientes laborais saudáveis; a partir de atuações na vigilância em saúde do trabalhador; do acompanhamento da observância das legislações pertinentes, por parte dos empregadores; e da conscientização de trabalhadoras e trabalhadores sobre a importância de se garantir a defesa dos direitos a que fazem jus.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O conhecimento científico resulta do caminhar paralelo de teorias, métodos, princípios e resultados. No meio desse percurso despreza algumas direções em troca de caminhos mais vantajosos. Infere-se, portanto, que o conhecimento científico é aproximado, ou seja, uma construção permanente. Dessa forma, a escolha de um caminho metodológico está relacionada a intenção objetivada com o conhecimento, onde o método desenvolve a função organizadora da investigação pretendida, observando as possíveis reconfigurações que pode sofrer durante o percurso.

Nesse sentido, a pesquisa em questão, caracterizou-se por uma natureza qualitativa, tendo em vista a necessidade de apreensão do que se passa dentro e fora dos contextos organizacionais e sociais, a partir de estudos dirigidos à análise de atitudes, motivações, expectativas, valores etc. Compreendidos por Richardson (1989), como oportunidades em que a abordagem qualitativa se evidencia.

Minha relação com a política de saúde do trabalhador teve seu primeiro contato quando fiz parte da diretoria do Sindicato dos Bancários do Pará e Amapá, onde permaneci de 1993 a 2007. Entre as funções desempenhadas no período estive a de Diretor de Saúde, que

me proporcionou inquietações, a partir da observação da violência a que são submetidos trabalhadoras e trabalhadores do ramo financeiro no seu dia a dia laboral, com exigência de metas abusivas, assédio moral, não pagamento de horas extras, dentre outras situações, que proporcionam reflexos significativos na saúde, provocando adoecimentos. Essas inquietações estiveram presentes durante minha graduação em Ciências Sociais, finalizada em 2007, cujo Trabalho de Conclusão de Curso recebeu o título: Organização do Trabalho e seus Agravos à Saúde de Bancários.

Anteriormente à graduação, tive um primeiro contato acadêmico com a temática de saúde do trabalhador ao participar, na condição de ouvinte, do curso de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, realizado pela Prefeitura de Belém em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em 1998. O tema da monografia apresentada pela equipe que participei foi: A saúde dos trabalhadores de saúde.

Paralelo às atividades de diretor sindical, fui membro do Conselho Municipal de Saúde de Belém – CMS-BEL, no período de 1999 a 2005, tendo representado, inicialmente, a Central Única dos Trabalhadores do Pará – CUT Pará, quando exerci a função de Secretário Geral e, entre 2001 e 2005 o Movimento Popular de Saúde - MOPS, período em que ocupei a vice-presidência e depois a presidência do Conselho, cujo mandato encerrou em 2005.

No conselho, tive a oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS e o papel relevante que desempenha o controle social no planejamento, deliberação e desenvolvimento das ações de saúde destinadas a população, dentre estas, as que envolvem a temática de saúde do trabalhador. Essas experiências tiveram um papel preponderante na minha candidatura ao mestrado, compondo o relato da minha carta de compromisso.

Antes de entrarmos nos detalhamentos da metodologia, cabe esclarecer que a realização da pesquisa de campo se deu durante o período mais agudo da Pandemia de Covid-19, em Belém. Tendo enfrentado, como principais problemas: a dificuldade de conciliação do tempo disponível das pessoas com a suspensão das atividades no Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador - CEREST, local da pesquisa; infecções pelo vírus pandêmico dos servidores envolvidos nas entrevistas, de seus parentes e o falecimento de pessoas ligadas às suas famílias; gozo de férias; viagens do gestor e de servidores para assessoramentos aos municípios do Estado sobre o tema da pesquisa.

Ao analisar a implantação e o desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador de 2003 a 2010, a pesquisa procurou desenvolver um estudo comparativo entre as gestões que estiveram à frente da Secretaria de Estado de Saúde do Pará, que possibilitasse

identificar os desenhos adotados na estruturação da política e no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador em cada gestão, bem como possíveis melhorias proporcionadas com as ações direcionadas a trabalhadoras e trabalhadores assistidos.

No que se refere aos estudos comparativos, Schneider; Schimitt (1998, p. 1), chamam atenção para a contribuição da comparação no desenvolvimento do conhecimento, ao proporcionar o descobrimento de “regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos tipológicos, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, explicitando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais”. Nesse sentido, o comparativo entre as gestões governamentais do recorte temporal aqui proposto, ganhou relevância em função de ter contribuído para um melhor conhecimento da gestão pública destinada à política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, considerando os aspectos que envolveram a implantação e o desenvolvimento de suas ações. Tendo papel relevante, neste caso, a trajetória da legislação na área de saúde trabalhador, que contribuiu para o seu estágio de desenvolvimento.

Para tanto, a organização das ações investigativas, tendo como referência os conceitos e questões trabalhadas na coleta de dados junto aos atores envolvidos com a política estudada, à legislação pertinente e às demais documentações e dados disponibilizados pela gestão pública, desenvolveu-se a partir das seguintes técnicas e procedimentos:

- Levantamento e revisão bibliográfica acerca da legislação que contempla a saúde do trabalhador no SUS;
- Discussão com o orientador e elaboração de três roteiros de entrevistas para coleta de dados em campo, sendo 2 (dois) contendo 7 (sete) perguntas direcionadas aos gestores e servidores, e 1 (um) com 4 (quatro) perguntas direcionadas aos trabalhadores usuários, representados pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST;
- Levantamento e análise dos relatórios das atividades desenvolvidas pela Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, do Plano Plurianual – PPA, de cada uma das gestões do período estudado;
- Realização de entrevistas com gestores, servidores e trabalhadores alvos da política, que envolveram 19 (dezenove) pessoas, das quais 5 (cinco) ficaram incompletas. Diante da Pandemia de Covid-19, o processo de entrevistas se deu a partir de conversas presenciais, troca de mensagens por e-mail, aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz, e conversas por telefone, onde foram apresentados os esclarecimentos sobre o projeto, os roteiros de entrevistas e o

Temo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A maioria dos entrevistados optou por encaminhar suas respostas por escrito, juntamente com o TCLE assinado e escaneado, por e-mail. Outros enviaram por áudio, que foram transcritos com a utilização de aplicativo disponível na Rede Mundial de Computadores, tivemos ainda respostas manuscritas, que foram recolhidas no local de trabalho. Cumpri esclarecer que todos os participantes da pesquisa acompanharam o processo de implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará

- Análise, a partir dos roteiros de entrevistas e dos relatórios de atividades, das práticas desenvolvidas no período de estudo, que possibilitou identificar as ações da política de saúde do trabalhador direcionadas aos seus usuários;
- Identificação dos desenhos adotados para a implementação e desenvolvimento das ações da política, das dificuldades enfrentadas pelas gestões do período pesquisado;
- Desenvolvimento de um comparativo entre os desenhos adotados nas gestões da política durante o período de governo estudo;

A consideração dos procedimentos acima elencados, durante o processo de análise, possibilitou a compreensão e a percepção das posturas, desejos, valores e atitudes dos atores envolvidos na implementação da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará e de seus beneficiários. O cotejamento dessas ações com a pesquisa teórica permitiu apreender informações detalhadas do tratamento dispensado à legislação vigente, das dificuldades enfrentadas, bem como, dos avanços significativos propiciados ao público-alvo, pelos governos que se alternaram no poder no período estudado.

Assim, o trabalho foi estruturado em três capítulos: O primeiro capítulo faz uma abordagem sobre a organização do trabalho e a saúde do trabalhador, a partir de um breve levantamento histórico, que aborda o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, destacando a importância da compreensão de como o trabalho se realiza, a partir de sua gestão, organização e condições em que é realizado.

Ao versar sobre a organização científica do trabalho, o capítulo discorre a respeito do taylorismo, fordismo e do toyotismo, destacando a apropriação dos domínios da concepção e da prática dos ofícios, ou seja, da organização do trabalho, que foi de domínio dos trabalhadores, pelo modo de produção capitalista. No que se refere a saúde do trabalhador, faz um percurso, partindo dos primórdios da identificação dos primeiros agravos a saúde dos trabalhadores, passando pelos processos de adoecimentos a partir da revolução industrial e o

surgimento do capitalismo. São destacadas ainda as primeiras legislações protetivas a nível mundial e no Brasil, ressaltando os avanços conquistados com o estabelecimento da realização de ações de saúde trabalhador pelo SUS, instituídas pela Constituição de 1988.

Ao analisar o campo saúde do trabalhador, o capítulo destaca sua relação com as políticas de Bem-Estar Social e a influência recebida no desenvolvimento de sua concepção. Por fim, aborda a estruturação da política de saúde do trabalhador desenvolvida a nível nacional, a partir de seu nascedouro, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, passando pelos normativos instituídos pelo Ministério da Saúde a partir dos anos 1990.

O segundo capítulo contempla aspectos sobre a política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, versando sobre a sua organização estrutural e o desenvolvimento de suas ações, destacando a influência que as lutas sociais dos anos 1980, em especial o movimento de reforma sanitária, tiveram sobre a elaboração do capítulo da saúde das constituições estaduais. As ideias sanitaristas sobre a saúde do trabalhador foram identificadas no artigo 265 da Constituição Estadual, que faz referências à organização das ações e serviços públicos de saúde.

O capítulo destaca ainda a reestruturação do funcionamento da Secretaria Estadual de Saúde Pública - SESPA, a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST e do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CEREST. E, apresenta a caminhada da política no Estado, a partir da estruturação desenvolvida por cada uma das gestões governamentais que exerceram o poder político na condução da SESPA, durante o período estudado.

O desenho estrutural e do desenvolvimento das ações da política, adotado pelas gestões, recebeu atenção no terceiro capítulo, que ressalta as exigências requeridas para o incremento de políticas públicas. Bem como uma maior capitalização de informações a respeito das instituições envolvidas com a sua realização, conhecimento das regras e modelos adotados, que influenciaram as decisões, elaboração, implementação e avaliação, por parte dos governos. Apresenta autores envolvidos com a fundação da área de políticas públicas e os principais modelos adotados, destacando a influência exercida nas políticas públicas brasileiras, a partir das lutas sociais das décadas de 1970 e 1980, as quais foram contempladas na Constituição de 1988, com destaque para regulamentação do capítulo da saúde, a partir da aprovação da Lei 8.080/1991, criadora do SUS.

Por fim, o capítulo analisa o desenho da estrutura nacional da política de saúde do trabalhador, detalhando seu arcabouço jurídico de sustentação. Em seguida, avalia o desenho

adotado por cada uma das gestões do período estudado, a partir da estrutura e da formulação das ações, finalizando com um comparativo dos desenhos, que buscou responder à pergunta norteadora da pesquisa, no intuito de perceber como o desenho de políticas públicas, em diferentes gestões, entendeu a saúde do trabalhador como um direito, a partir de sua garantia constitucional referendada nas legislações regulamentadoras. Considerando duas questões secundária e transversais, o comparativo procura identificar nos desenhos adotados, aspectos relacionados ao envolvimento de atores sociais no processo de implantação e implementação das ações da política e como estas se caracterizaram no campo da saúde pública estadual.

As considerações procuram dar conta da confirmação das hipóteses levantadas para pesquisa, naquilo que se refere à importância destinada a determinada política pública, a partir do grau de compromisso estabelecido por cada governo eleito e de suas práticas governamentais. O que possibilitou Observar que o tratamento dispensado pela gestão 2003-2006 à implantação e ao desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador, correspondeu a compreensão de mais uma política pública a ser gerida no espaço público. Já em relação a gestão 2007-2010, a verificação da hipótese possibilitou compreender o tratamento dispensado a política como resultado de um compromisso da gestão governamental com um direito constitucional a ser garantido por meio da execução de uma política pública de Estado, confirmando a primeira hipótese levantada.

Em relação a segunda hipótese, que versa sobre o envolvimento de trabalhadores e trabalhadoras no processo de implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará; e a terceira, relacionada à incorporação do olhar da saúde do trabalhador às práticas de vigilância em saúde pública da Secretaria Estadual de Saúde, o comparativo demonstra que a análise dos desenhos adotados pelas duas gestões reúne elementos indicadores que elas se confirmaram na gestão governamental do período 2007-2010.

1 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR: UM BREVE LEVANTAMENTO HISTÓRICO

No que se refere ao trabalho, o modo de produção capitalista apresenta entre seus muitos aspectos a coerção exercida sobre quem trabalha. Essa atitude, efetiva-se dentro das empresas, através de seus proprietários ou gerentes e chefes; fora delas pelos meios de comunicação, escolas, família, igrejas, partidos políticos, entre outros. Em outras palavras, pelos organismos instrumentalizadores da sociedade, cujos princípios, leis, valores morais e mecanismos de coerção são determinados a partir daqueles que mantêm a propriedade dos meios de produção. Tais princípios são regidos pela máxima de que a dignidade do homem se dar pelo trabalho, neste caso, qualquer trabalho.

Contraopondo-se a essa ideologia, o movimento dos trabalhadores pela preservação da saúde do trabalho, considerando as diferentes realidades a nível mundial, apresenta uma trajetória comum no mundo capitalista. Dessa forma, sua evolução não é linear, mas histórica e dialética, desenvolvendo lutas específicas que apresentam êxitos e fracassos, posto que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde doença. Assim, importa destacar que o entendimento de como a atividade de trabalho se realiza é fundamental, tendo em vista que sua gestão, organização, condições em que é realizada e as relações estabelecidas no ambiente laboral, contribuem para que se conheça de que forma os sujeitos do trabalho enfrentam riscos, doenças e acidentes em seu labor diário (CARDOSO; MORGADO, 2019).

As possibilidades de apreensão destes conhecimentos podem ser encontradas no estudo das ações desenvolvidas por políticas públicas como a de saúde do trabalhador, que tem na vigilância aos ambientes de trabalho um importante referencial de informações, a partir do diálogo com os trabalhadores. Além de encandear as necessidades identificadas com ações que envolvam a assistência em sentido amplo, enquanto serviços presentes no Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, deu-se a importância de ser considerada “a atividade de trabalho dos sujeitos como possível determinante para o adoecimento dos trabalhadores” (CARDOSO; MORGADO, 2019, p. 179).

A compreensão do adoecimento em ambientes laborais nos leva a busca do entendimento do trabalho enquanto um dos elementos determinadores das relações sociais, tendo em vista que a relação trabalho x saúde é uma categoria social, em virtude do lugar que ocupa na sociedade. Constitui-se, assim, em elemento fundamental para que se desenvolva uma explicação estruturada sobre as origens sociais das doenças em ambientes de trabalho.

Dessa forma, a compreensão da etimologia da palavra trabalho nos possibilita perceber que o adoecimento pelo trabalho carrega uma relação com a ultrapassagem dos limites do organismo, a partir da imposição de ritmos forçados, como podemos observar na sua raiz latina *tripaliun* (três paus), que denota o sentido de castigo, tendo em vista ser o nome de um instrumento utilizado para subjugar animais e forçar os escravos a aumentarem o ritmo de produção, resultando no adoecimento tanto dos animais, quanto dos escravos. Mais adiante, na Idade Média, *travail*, em francês, fazia relação a um aparelho para conter animais durante a cirurgia, em virtude da inexistência de um método anestésico que facilitasse a intervenção médica, o que demonstra, também, a imposição de um ato. Outro aspecto abordado na raiz da palavra, diz respeito a situação penosa e de fadiga, que encontramos em *labour*, raiz inglesa de labore (ALBORNOZ, 1986).

Como podemos perceber a relação do adoecimento pelo trabalho carrega uma longa duração, que a despeito das mudanças implementadas no mundo o trabalho, não perdeu sua relação e sentido. No entanto, requer um pensar que guarde perspectivas com mudanças das condições e das relações de trabalho. Ao encontro deste entendimento é relevante a seguinte afirmação:

A saúde e o trabalho estão permeados pelas grandes transformações societárias e suas contradições contemporâneas, relacionadas fundamentalmente aos processos de gestão e organização do trabalho, viabilizados em especial pelas novas tecnologias, impactando na saúde dos trabalhadores. Sistemas produtivos antigos e ultrapassados coexistem com os processos modernos e tecnologicamente superiores (MENDES; WIINSCH, 2007, p.154).

Importa destacar que as transformações contemporâneas guardam relação com o advento do capitalismo, na idade Moderna, quando o trabalho ganhou o status de organizador da vida social. Essa discussão está permeada pela ideia de que o trabalho é edificante de uma moralidade, que dá sustentação ao pensamento de que a valorização humana se dar por meio dele. Dessa forma:

O homem vem ao mundo inacabado com necessidades, carências, que precisa atender. Precisa trabalhar para viver. [...]. Mas no trabalho ele se exterioriza, expressa. O produto do trabalho humano adquire forma, cor, movimento, som, sentido. No trabalho empenham-se forças físicas e espirituais. Antes de produzir uma coisa, o homem a projeta em sua mente (IANNI, 1988, p. 47).

A construção de práticas e valores, como: cooperação, resistência, livre associação e o acúmulo de conhecimentos próprios da realidade do trabalho, são originárias da exigência da sua forma de realização coletiva na sociedade capitalista. Ao desenvolver essas práticas, o

trabalhador tem a possibilidade de reinventar e subverter as prescrições estabelecidas no cotidiano do processo de trabalho.

Os interesses e as necessidades são norteadores da apropriação da natureza, por parte do homem, quando da realização do trabalho. Dessa forma, a vinculação do trabalho com o meio ambiente é profunda. Sobre esse aspecto, é importante lembrar as diferenças essenciais que distinguem o trabalho enquanto uma atividade humana. Ao encontro deste entendimento, merece destaque a seguinte afirmação:

Antes de tudo o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX apud SIVIERE, 1995, p. 80).

Por mais que expressem diferenças, os trabalhos úteis ou as atividades produtivas, do ponto de vista fisiológico, são funções do organismo humano. Independente de forma e conteúdo é indispensável o dispêndio do cérebro, nervos, músculos, sentidos, entre outras sensibilidades, que exigem dedicação do homem no desempenho de suas atividades laborativas. “Desse modo, em um contexto de valorização da capacidade produtiva das pessoas, estar doente pode significar, para o trabalhador, ser indesejável ou socialmente desvalorizado” (MENDES; WIINSCH, 2007, p.155).

Considerando que desde quando os homens trabalhem uns para os outros, o trabalho adquire forma social, tendo em vista que é realizado em um meio social, as doenças adquiridas pelos trabalhadores, têm como sua origem o ambiente social. Sendo assim, é evidente que o ambiente e a forma como o trabalho se encontram organizados, devem ser compreendidos como de máxima importância para o convívio em sociedade.

1.1 A ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO

O trabalho ao longo da história sempre foi realizado por homens e mulheres. Esta compreensão nos possibilita inferir que as preocupações com a sua organização sempre estiveram presentes ao longo da história, tanto no âmbito de relações sociais internas de grupos familiares, como nas relações sociais estabelecidas entre grupos nas ordens comunais, tribais e nas diversas formas de sociedade surgidas ao longo da história. Sobre este aspecto, é sugestiva a seguinte reflexão:

Sendo assim, os estudos que tomaram como objeto a organização do trabalho humano em atividades laborais complexas e variadas, podem ser constatados desde antes da Antiguidade clássica. Pois não estariam presentes no pensamento de povos como os egípcios, quando ergueram obras arquitetônicas da envergadura das pirâmides faraônicas? Não teriam sido essas obras, previamente planejadas antes de sua execução, em todos os seus detalhes, em projetos minuciosos, solidamente elaborados com conhecimento prévio das condições a serem impostas nas diversas etapas de sua construção, bem como fundamentadas em princípios gerais que futuramente norteariam decisões a serem tomadas na superação de eventuais obstáculos? (PINTO, 2007, p. 18)

O domínio da concepção e da prática dos seus ofícios, ou seja, da organização do trabalho, foi de apropriação dos trabalhadores nos primórdios do capitalismo, o que permite pensar, a partir do conceito marxista de trabalho, que o trabalhador tinha autonomia sobre o processo de seu trabalho, não sendo alheio a este. Isso lhe permitia o desenvolvimento de um maior potencial de flexibilidade no processo de produção, que envolvia a escolha da matéria-prima, a adaptação ao método de execução, ritmo do trabalho, bem como, a comercialização da produção.

Esse sentido técnico, desenvolvido pelos trabalhadores na convivência com o processo de produção, proporcionou a estruturação da organização do trabalho, que foi incorporada pelo modo de produção capitalista, a partir dos interesses dos donos do capital e dos meios de produção, especialmente após as revoluções industriais, que tiveram seu início no século XVIII. Isso elevou o seu conhecimento à categoria de matéria objeto de conquista com base na luta política e econômica desencadeada entre o empresariado e os trabalhadores. Para estes, o conhecimento passou a ser um dos meios de assegurar sua subsistência, ou seja, suas condições mínimas de saúde física e mental; enquanto para aquele, o domínio de tal conhecimento passou a ser um dos mecanismos para exercer o controle social, econômico e político da classe trabalhadora, voltado para manutenção do funcionamento do sistema de acumulação de capital.

Esse foi o cenário do fim do século XIX e início do século XX, no qual o americano Frederick Taylor, ainda jovem, abandonou seus estudos para trabalhar como aprendiz numa indústria metalúrgica. Como operário, percebeu que a capacidade produtiva de um trabalhador de experiência média era sempre maior que a sua produção real na empresa. Percebeu ainda, que isso não se devia somente às condições técnicas oferecidas para execução das tarefas, mas que se associavam as defesas desenvolvidas pelos trabalhadores para controlar o tempo de trabalho, proteger seus conhecimentos e seus salários. Tudo isso diante de uma expansiva produtividade imposta pelo emprego cada vez mais crescente da maquinaria, que tornava mais escassa a necessidade do trabalho humano.

Ao refletir sobre como acabar com a proteção do tempo de trabalho, Taylor desenvolveu estudos voltados para o controle dos tempos, utilizando, pela primeira vez, detalhadas planilhas e cronômetro. Suas ideias instrumentalizaram a racionalidade e a difusão de métodos de estudo e de treinamentos voltados para o controle de tempos e movimentos. Estes procedimentos ainda hoje são justificados enquanto fornecedores de economia de gestos e aumento da produtividade. A posse desses conhecimentos, por parte das gerências, permitiria exigir de qualquer trabalhador a quantidade ideal de trabalho diário.

Diante desse arcabouço teórico, dão-se a divisão de responsabilidades e tarefas dentro de moldes rígidos: gestos físicos, operações intelectuais e conduta pessoal. Tais ações foram estabelecidas previamente por meio de estudo e planejamento e de uma definição formal, ficando a cargo de outros trabalhadores. Estes, também sujeitos a outras tarefas, previamente analisadas, planejadas e definidas, por outros mais, e assim por diante, envolvendo desde as atividades operacionais até as gerenciais da empresa. A essa proposta Taylor chamou de “administração científica”.

Sob o sistema antigo de administração, o bom êxito depende quase inteiramente de obter a *iniciativa* do operário e raramente esta iniciativa é alcançada. Na administração científica, a iniciativa do trabalhador (...) obtém-se com *absoluta uniformidade* e em grau muito maior do que é possível sob o antigo sistema; (...) à gerência é atribuída, por exemplo, a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais que no passado possuíam os trabalhadores e então classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas, grandemente úteis ao operário para execução de seu trabalho diário. Além de desenvolver deste modo uma *ciência*, a direção exerce três tipos de atribuições que envolvem novos e pesados encargos para ela.

Estas novas atribuições podem ser agrupadas nos quatro títulos abaixo:

Primeiro – Desenvolver para cada elemento do trabalho individual uma ciência que substitua os métodos empíricos.

Segundo – Selecionar cientificamente, depois treinar, ensinar e aperfeiçoar o trabalhador. No passado ele escolhia seu próprio trabalho e treinava a si mesmo como podia.

Terceiro – Cooperar cordialmente com os trabalhadores para articular todo trabalho com os princípios da ciência que foi desenvolvida.

Quarto – manter divisão equitativa de trabalho e de responsabilidade entre direção e operário. A direção incube-se de todas as atribuições, para as quais esteja mais bem aparelhada do que o trabalhador, ao passo que no passado quase todo o trabalho e a maior parte das responsabilidades pesavam sobre o operário (TAYLOR Apud PINTO, 2007, p. 34-35).

A apropriação do conhecimento dos trabalhadores, com o fim de desenvolvê-lo para elevar, regularizar a produtividade e a qualidade, apareceu como principal motivação para Taylor, na formulação de seu sistema. No entanto, percebe-se que tal preocupação, na verdade, esteve mais associada ao controle do ritmo de trabalho e à sua intensificação, proporcionando às gerências o aumento da extração de mais-valia aos trabalhadores.

Cardoso; Morgado (2019), chamam atenção para as exigências no trabalho, que envolvem a intensidade e o ritmo, enquanto fatores determinantes do processo saúde/doença, com reflexos nos aspectos físicos, mentais e emocionais dos trabalhadores. Estes se veem pressionados por prazos, frequentes interrupções provocadoras de perturbações, além do trabalho em excesso, identificados em análise do resultado da European Working Conditions Survey - EWCS, pesquisa realizada nos países da União Europeia em 2017. De acordo com as autoras, o trabalhador lida diariamente e ao mesmo tempo, com fontes de pressão diversas que se relacionam a metas e objetivos, bem como, a demanda de outros trabalhadores, da coordenação ou do público. Dessa forma, “quanto maior for o número de atores que estabelecem o ritmo de trabalho, maiores serão as exigências colocadas e, conseqüentemente, maior é o potencial de impacto negativo do trabalho na saúde” (CARDOSO; MORGADO, 2019, p. 175). Tendo como base os estudos de Boisard et al (2002), as autoras chamam atenção para a dúvida residente no trabalhador, por ocasião da intensidade e ritmo de trabalho, tendo em vista que ele fica dividido

entre atender as metas de produção e ao desejo de preservar a saúde, dado que a urgência acaba levando-os a adotar a maneira mais rápida de trabalhar, que nem sempre é a melhor para sua saúde. [...] essas fortes pressões sobre o ritmo são associadas a uma percepção mais pessimista da relação entre trabalho e saúde (CARDOSO; MORGADO, 2019, p. 175).

Ao propor o consumo em massa de produtos padronizados, Henry Ford, aperfeiçoa o sistema desenvolvido por Taylor. A ideia básica que norteou a referida proposição partiu do princípio de que a padronização de produtos com a fabricação em grande escala, diariamente, levaria a redução dos custos de produção, tendo em vista o aumento do consumo, proporcionado pela elevação da renda, cuja origem estaria nos melhores salários que poderiam ser pagos a partir do aumento das vendas, que conseqüentemente proporcionariam maiores lucros aos empresários.

No taylorismo os trabalhadores e suas ferramentas foram distribuídos ao longo de uma linha de montagem que padronizou o trabalho em atividades que envolviam operações uniformizadas. Esse sistema foi incorporado pelo fordismo, a partir de dispositivos organizacionais e tecnológicos que substituíram os trabalhadores responsáveis pelo deslocamento dos materiais e objetos de trabalho por máquinas automáticas, que passaram a impor uma cadência contínua, exigindo concentração de movimentos dos trabalhadores dentro de um raio de ação voltado para transformação das matérias-primas em produtos acabados.

Antunes (2002), destaca que a consolidação da indústria e do processo de trabalho no século XX se deu por meio do fordismo. Para ele os elementos básicos constitutivos do fordismo se apresentam da seguinte forma:

- a) produção em massa, por meio da linha de montagem e de produtos mais homogêneos;
- b) controle de tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série;
- c) existência do trabalho parcializado e da fragmentação das funções;
- d) separação entre elaboração e execução no processo de trabalho;
- e) existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas; e
- f) constituição/consolidação do operário-massa, do trabalho coletivo fabril.

Enquanto no taylorismo a intensificação do trabalho humano se deu por meio do controle da cronometragem de tempos de operação parciais, no fordismo é a velocidade automática da linha de montagem, ou seja, do objeto do trabalho, que impõe ao sujeito do trabalho, o trabalhador, a condição de disposição para o trabalho, determinando, a partir de limites estreitos de tempo, a melhor maneira de trabalhar.

Essas condições de realização do trabalho, impostas pelo fordismo, elevaram a especialização das atividades de trabalho a um nível de limitação e simplificação extremada, que a partir de um determinado momento o operário se transformou num anexo da máquina, repetindo movimentos iguais num espaço de tempo curto, movimentos estes, que podem ser executados por qualquer pessoa sem nenhuma experiência de trabalho.

A eliminação definitiva do ambiente de trabalho de elementos como a intervenção crítica dos trabalhadores e o tempo de treinamento no exercício de suas funções, traduziu o trabalho em fragmentos da potencialidade do trabalhador, que passou a ser desqualificado e o seu saber-fazer foi apropriado pela gerência. “O paradigma taylorista/fordista enrijece o trabalho, desenvolve um padrão de trabalhador e de sociedade adaptados à necessidade de reprodução do capital” (LOCH; CORREA, 2004, p. 9).

Foi durante as duas guerras mundiais que o sistema taylorista/fordista se expandiu nas economias capitalistas centrais, a partir de um longo ciclo de crescimento econômico e da produção e do consumo em massa. Esse processo de crescimento se deu de forma diferenciada nos países periféricos, como o Brasil, onde a implantação do fordismo se deu de forma precária, tendo em vista que o desenvolvimento industrial ocorreu em um contexto de exclusão social e forte concentração de renda.

As características básicas desse sistema, que se sustentou na criação de um mercado de consumo de massa, não tiveram vigência. No entanto, nos países centrais, a produção em larga escala de produtos estandardizados esteve articulada aos Estados de Bem-Estar Social¹, bem como, contribuiu para constituição de grandes sindicatos de trabalhadores.

Pressões competitivas registraram, a partir dos anos 1970, mudanças nas formas de produção, a partir do desenvolvimento tecnológico, do processo de globalização, da instabilidade econômica e do acirramento da concorrência. Convergindo, assim, para uma crise no ainda presente modelo taylorista/fordista, levando as organizações buscarem novas formas de produção e gestão, no intuito de devolver ao capital os instrumentos necessários a retomada dos patamares de expansão anteriores.

A crise capitalista não é outra coisa senão a ruptura de um padrão de dominação de classe relativamente estável. Aparece como uma crise econômica, que se expressa na queda da taxa de lucro. Seu núcleo, entretanto, é marcado pelo fracasso de um padrão de dominação estabelecido [...]. Para o capital, a crise somente pode encontrar sua resolução através da luta, mediante o estabelecimento da autoridade e por meio de uma difícil busca de novos padrões de dominação (HOLLWAY Apud ANTUNES, 2000, p. 31).

Antunes (2002), destacou o grande salto tecnológico que o universo fabril experimentou na década de 1980, com a automação, a robótica e a microeletrônica, desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. Para o autor, o fordismo e o taylorismo não reinaram sozinhos. Outros processos começaram a ganhar corpo a partir de experiências da “Terceira Itália”², na Suécia, no vale do Silício nos Estados Unidos da

¹ Basicamente, trata-se de um modelo de governo em que a iniciativa pública, por meio de aparelhos estatais, é concebida como pilar fundamental não apenas nas áreas de saúde, educação e segurança, mas também quanto às políticas previdenciárias, de emprego e de renda da classe trabalhadora; no âmbito do mercado, o Estado assume ainda o papel de um agente essencial na condução do desenvolvimento econômico, seja através de intervenções reguladoras nas políticas comerciais, financeiras e industriais, seja constituindo empresas em pontos estratégicos das cadeias produtivas. No Brasil, embora com diversas particularidades com relação às experiências dos países capitalistas centrais, denominou-se esse estilo de política estatal como sendo “desenvolvimentista”, tendo vigorado, grosso modo, no período entre a década de 1930 e a de 1980 (PINTO, 2007, p. 49).

² Região que apresenta um conjunto de características da experiência produtiva (...), a partir da década de 1970, tem conferido grande dinamismo à economia da Itália – em especial à região centro-Norte daquele país, cuja organização industrial tem sido tomada como típica na conceitualização de ‘distrito industrial’. (...) Como característica mais frequentemente mencionadas na enunciação do modelo, têm-se: a consagração de estruturas de pequenas empresas industriais em áreas com tradição artesanal e pouca ou nenhuma experiência anterior na produção de massa; processos de trabalho e relações de trabalho flexíveis; alta capacidade de inovação e inserção autônoma dessas redes de pequenas empresas no mercado internacional; homogeneidade cultural e consenso político nas comunidades que sediam esses sistemas produtivos. Dentre as regiões que compõem a chamada Terceira Itália, destacam-se Vêneto, Toscana, Marcas e Emília-Romana. (CATTANI Apud PINTO, 2007, p. 52).

América - EUA, em regiões da Alemanha e a experiência surgida na fábrica da Toyota, no Japão, conhecida como toyotismo.

De todos os modelos surgidos o que apresentou maior polêmica foi o toyotismo, que tem como fundamento uma metodologia de produção e um sistema de entrega mais rápida e precisa. Possibilitando a manutenção de uma empresa *enxuta e flexível*. O produto principal é o seu foco. Assim, desverticaliza o funcionamento da empresa, permite a subcontratação de outras para desenvolver e fornecer produtos e atividades. Sua força de trabalho é polivalente, agregando atividades de execução, controle de qualidade, manutenção, limpeza e operação de vários equipamentos simultaneamente pelo trabalhador.

A organização do trabalho proposta pelo toyotismo surgiu enquanto uma via voltada para expansão e consolidação do capitalismo monopolista industrial. As diferenças que este sistema apresentou em relação ao fordismo são destacadas da seguinte forma:

- 1) *é uma produção muito vinculada à demanda*, visando atender às exigências *mais individualizadas* do mercado consumidor, diferenciando-se da produção *em série e de massa* do taylorismo/fordismo. Por isso sua produção *é variada e bastante heterogeneia* ao contrário da homogeneidade fordista;
- 2) fundamenta-se no trabalho operário em *equipe, com multivariabilidade* de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo;
- 3) a produção se estrutura num processo produtivo flexível, que possibilita ao operário operar *simultaneamente* várias máquinas (na Toyota, em média até 5 máquinas), alterando-se a relação *homem/máquina* na qual se baseava o taylorismo/fordismo;
- 4) tem como princípio o *Just in time*, o melhor aproveitamento possível de produção;
- 5) funciona segundo o sistema de *kanban*, placas ou senhas de comandos para reposição de peças e de estoque. No toyotismo, os estoques são mínimos quando comparados ao fordismo;
- 6) as empresas do complexo produtivo toyotista, inclusive as terceirizadas, têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista. Enquanto na fábrica fordista aproximadamente 75% da produção era realizada no seu interior, a fábrica toyotista é responsável por somente 25% da produção, tendência que vem se intensificando ainda mais. Essa última prioriza o que é central em sua especialidade no processo produtivo (a chamada “teoria do foco”) e transfere a “terceiros” grande parte do que antes era produzido dentro do seu espaço produtivo. Essa *horizontalização* estende-se às subcontratadas, às firmas “terceirizadas”, *acarretando a expansão dos métodos e procedimentos para toda a rede de fornecedores*. Desse modo, flexibilização, terceirização, subcontratação, CCQ, controle de qualidade total, *kanban*, *Just in time*, *kaizen*, *team work*, eliminação do desperdício, “gerencia participativa”, sindicalismo de empresa, entre tantos outros pontos, são levados para um espaço ampliado do processo produtivo;
- 7) organiza os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), constituindo grupos de trabalhadores que são *instigados* pelo capital a discutir seu trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade das empresas, convertendo-se num importante instrumento para o capital apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo desprezava³ (ANTUNES (2000, p. 54-55).

³ No Ocidente, os CCQs têm variado, dependendo das especificidades e singularidades dos países em que são implementados.

A organização do trabalho, na busca de uma maior produtividade, impondo as transformações do ambiente de trabalho, exigiu do trabalhador múltiplas atividades, o que acabou por condená-lo a ser um apêndice da tecnologia. Diante destas condições, o trabalhador sentiu-se impedido de ter a satisfação de suas necessidades de segurança, reconhecimento e autorrealização.

Costa et al (2013), destacam que as análises das mudanças por que vem passando o mundo do trabalho a partir dos anos 1970, têm como referência a crise que atingiu a estrutura do capital, cujos epifenômenos basilares foram o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, enquanto resultantes de um colapso sistêmico, que afetou o modo de produção capitalista. O qual, na sua exterioridade globalizada, se exibiu de forma intensificada, numa concorrência internacional, hegemônico por padrões que carregaram a marca do crescimento e da aceleração de uma economia que desconsidera a sustentabilidade, redundando em conflitos contraproducentes no que se refere ao meio ambiente, ao trabalho, a saúde e a qualidade de vida das populações. Nessa perspectiva, e, tendo como referência os estudos de Lima (1996), Alves (2002), Druck e Franco (2007), os autores chamaram atenção para a seguinte questão:

No interior das empresas, vigoram modos de gestão da produção de bens e de serviços cujo fim é capturar a subjetividade dos trabalhadores para engajá-los na condução e na operação dos novos dispositivos tecnológicos e organizacionais. Sob esta lógica, o homem produtivo é instigado a pensar mais, porém de acordo com a racionalidade instrumental do capital [...]. Portanto, nesta nova ordem econômica, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho mostra-se paradoxal. Por um lado, dispõe-se de tecnologias para a prevenção, crescentemente acessível e de domínio público. Por outro, no polo social das relações humanas, da cultura e da ideologia, observa-se uma deterioração das relações de trabalho e consequente agravamento dos riscos de adoecer e de acidentar (COSTA et al, 2013, p. 14).

As novas tendências do mundo do trabalho, que provocaram mudanças substanciais na forma de organização do trabalho, tanto na sua forma material como na sua subjetividade, objetivando uma maior integração a lógica e as exigências imposta pelo mercado, evidenciam impactos de natureza física, social, econômica e psicológica em trabalhadoras e trabalhadores, provocando reflexos nas relações de trabalho e no conjunto da vida social e cultural.

As políticas de alteração da organização do trabalho, refletem-se em agravos à saúde, sentidos no cotidiano dos trabalhadores. Nesse sentido, ao falarmos de trabalho enquanto potencializador das ações humanas é preciso considerar que sua realização, a partir

das exigências impostas pelo seu processo organizativo, está relacionada ao desempenho de atividades que provocam reflexos na saúde de quem o executa.

1.2 AGRAVOS À SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

As descrições sobre agravos à saúde dos trabalhadores remontam de longa existência da humanidade. Hipócrates (460 a.c. - 377 a.c.), quatro séculos antes de Cristo, referiu moléstias entre mineiros e metalúrgicos - cólica provocada pelo chumbo no trabalho de extração de metais. Também Plínio, o Velho (79 a.c. - 23 a.c.), enciclopedista médico romano, descreveu acometimento do pulmão de mineiros e o envenenamento, em consequência do manuseio de compostos de enxofre e zinco, caracterizada como uma típica doença que acometia os escravos que trabalhavam nas minas e pedreiras do Império. No século II da era cristã, Galeno, referiu-se a adoecimento profissional em trabalhadores das ilhas do mediterrâneo (GRAÇA, 1999).

A investigação de doenças ocupacionais, ganhou uma publicação no Século XVI, sob a responsabilidade de Georgius Agrícola, médico e naturalista alemão, cujo título foi “De Re Metallica” (Em Metais). Esse livro descreveu métodos de ventilação e de proteção individual usados nas minas, bem como os acidentes de trabalho e as doenças dos mineiros, como a dificuldade em respirar e a destruição dos pulmões, causadas pela inalação de poeiras no envolvimento com a extração e fundição de ouro e prata, destacando-se a chamada “asma dos mineiros”, cuja descrição dos achados, envolvendo sintomas e evoluções da doença, indicavam que se tratava de silicose (GRAÇA, 1999).

Ainda no século XVI as relações entre trabalho e doença foram objeto do estudo acadêmico de outro alemão, Paracelso (1493-1541), que também foi médico de mineiros. Esse pesquisador escreveu uma monografia sobre as doenças que acometiam esses trabalhadores, que foi publicada em 1567. A obra fazia referências aos métodos de trabalho e manuseio de substâncias que provocavam adoecimentos, sendo assinalados os principais sintomas apresentados pelos trabalhadores quando da intoxicação pelo mercúrio, substância utilizada na lavra do ouro (GRAÇA, 1999).

Os avanços no estabelecimento da relação processo de trabalho e adoecimento, ganharam maior reconhecimento científico a partir do Século XVIII, mais precisamente no ano de 1700, com a publicação do Livro “De Morbis Artificum Diatriba” (Doenças de Artesãos: Tratado) de autoria do médico italiano Bernardino Ramazzini. Nessa obra foram descritas cerca de 100 profissões e os riscos inerentes a cada uma delas. Fato importante a ser

destacado diz respeito a preocupação que o autor teve ao fazer suas observações, o cuidado de indagar o trabalhador sobre a ocupação que ele desenvolvia. Ramazzini é considerado o “Pai da Medicina do Trabalho” (GRAÇA, 1999).

O surgimento da primeira máquina de fiar na Inglaterra marcou o início da moderna industrialização na Europa, a chamada Revolução Industrial, que ocorreu naquele país entre os anos de 1760 e 1830. Destaca-se que até o aparecimento das primeiras máquinas de fiação e tecelagem, o artesão foi o dono dos seus próprios meios de produção. No entanto, o surgimento da manufatura e o sistema de aplicação das rodas de água para movimentar o maquinário, desenvolvido ainda no período da manufatura, exigiram novas técnicas de produção, que envolveram a necessidade de aquisição do maquinário e a adoção do gerenciamento da organização do processo de trabalho.

Outras transformações impactantes provocadas pela revolução industrial foram a adoção dos cercamentos, que concentraram a posse da terra, e a produção de lã, as descobertas científicas e a urbanização do processo produtivo com a ocupação das periferias das grandes cidades. Essas situações contribuíram para que os capitalistas, a partir das reais possibilidades econômicas oriundas da elevação dos níveis de produção, adquirissem o maquinário, empregando os então artesãos para fazê-las funcionar. Assim, surgem as primeiras fábricas de tecidos, o Capital e o Trabalho.

O avanço da legislação na Europa, mais especificamente na Inglaterra, possibilitou o reconhecimento da teoria do risco social. Dessa forma, o acidente do trabalho passou a ser compreendido como um risco inerente à atividade profissional exercida em benefício de toda a comunidade, devendo esta, por conseguinte, amparar a vítima do acidente.

A generalização dos serviços de medicina do trabalho, deu-se a partir da segunda revolução industrial e com o surgimento da organização científica do trabalho, a qual teve sua origem no taylorismo e no fordismo. Nesse sentido, é relevante distinguir a organização dos serviços de medicina do trabalho nas empresas, enquanto função preventiva, da medicina do trabalho, uma especialidade médica. Em que pese a medicina do trabalho ter expandido sua atuação nos ambientes laborais a partir da segunda revolução industrial, é importante destacar a contribuição de Ramazzini, no início do século XVIII, para essa especialidade médica, presente na definição da patologia clínica e na epidemiologia ocupacional (RIBEIRO, 1999).

Sobre esse aspecto, Mendes (2000), destacou o interesse do médico, preocupação e compromisso com um grupo da população ativa até então esquecida e menosprezada pela medicina e pelos médicos: os artesãos; a percepção que teve dos fatores (incluindo os sociais) enquanto determinantes da doença, a começar pela profissão ou ocupação; a contribuição

metodológica para o exercício da medicina do trabalho: (I) recurso ao estado da arte ou revisão bibliográfica; (II) visita aos locais de trabalho e observação direta; (III) entrevista com o trabalhador; (IV) história ou anamnese profissional. De acordo com o autor, ao ultrapassar a abordagem clínico-ocupacional da doença, Ramazzini contribuiu também para definição dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade causada ou relacionada com o trabalho. Acrescentou ainda a sistematização e classificação das doenças de acordo com sua natureza e o grau de relação com o trabalho, bem como a distinção hoje feita, entre doenças profissionais e doenças relacionadas com o trabalho ou agravadas por este.

Apesar das experiências de outros países, os avanços da revolução industrial só chegaram no Brasil a partir do segundo quarto do Século XX, ganhando maior ênfase no governo de Getúlio Vargas. Em que pese o atraso, nossos percalços foram os mesmos porque passaram os países europeus, o que rendeu ao país o título de campeão mundial de acidentes do trabalho em 1970. No entanto, antecedendo a era Vargas, em 1925, foi estabelecida a regulamentação do direito de férias para trabalhadores das fábricas, do comércio e dos bancos por meio do Decreto Legislativo 4.982. Em 1927, foi a vez do trabalho do menor ganhar regulamentação (RIBEIRO, 1999).

No governo varguista há o registro, em 1930, da criação do Ministério do Trabalho, que passou a ter entre suas atribuições a fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho, bem como da obrigatoriedade da formação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, nas empresas. Esta comissão se tornou eletiva em todas as empresas, a partir de 1944.

Passados 25 anos, a preocupação com as questões relacionadas à saúde de trabalhadoras e trabalhadores foi retomada pelos governos militares, a partir da década de 1970, com a instituição da Portaria 3.237/1972, que estabeleceu o Plano de Valorização do Trabalhador, a obrigatoriedade dos Serviços Médicos e de Higiene e Segurança em todas as empresas com cem ou mais pessoas. A década registrou ainda a edição da Lei Nº 6.514/1977, que regulamentou o Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e da Portaria Nº 3.214/1978, que instituiu as Normas Regulamentadoras - NR, dentre elas, a de nº 4, que criou os Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT.

A legislação regulamentada a partir da década de 1970, foi acolhida pela Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 7º, que estabelece o desenvolvimento de ações voltadas a redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança, com intuito de garantir o bem-estar físico e mental, a prevenção de doenças ocupacionais e a adaptação do trabalho ao homem.

As discussões sobre a saúde dos trabalhadores, durante o processo constitucional, envolveram ainda a criação de um sistema público de saúde, cujo modelo aprovado foi influenciado pelas lutas desenvolvidas pelo movimento de reforma sanitária brasileiro e debates que levaram a aprovação de um modelo pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O modelo aprovado serviu de referência durante a elaboração do capítulo da saúde, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - LOS, de nº 8.080 de 19/09/1990.

Ao encontro da concepção presente no ideário da reforma sanitária, o artigo 196 da Constituição Federal definiu a saúde como:

[...] um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Carvalho; Santos (1995), destacaram que a consagração da saúde como direito de todos na Constituição, possibilitou ao legislador, através da Lei Orgânica da Saúde - LOS, estabelecer em seu artigo 3º o seguinte:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A partir dessa garantia constitucional regulamentada pela LOS, as questões que envolvem a saúde do trabalhador foram incorporadas pelo SUS, que passou a ter a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador. Percebe-se, assim, que o Estado conferiu um novo estatuto para o trabalho, sendo este um dos componentes garantidores dos níveis de saúde da população.

Ao estabelecer ao SUS a reponsabilidade pela verificação das condições em que as atividades laborais são realizadas, o legislador definiu que esta deve se desenvolver com “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”, devendo ainda “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988, art. 200).

Esses avanços na legislação foram conquistas que tiveram sua origem na atuação dos movimentos sociais voltados para saúde do trabalhador, que no Brasil desenvolveram-se

num cenário, cujo pano de fundo foi a luta pela redemocratização do País, que ganhou volume durante os anos 1970, alcançando maior visibilidade nos anos 1980 e 1990.

A incorporação do saber operário na realização de estudos sobre saúde do trabalhador é um dos fundamentos básicos dessa concepção, posto que, são os trabalhadores os agentes mais capacitados para conhecer o seu trabalho e os riscos que oferecem. Para o processo de solução dos problemas, atuam de forma prioritária. Ao estudar os processos de trabalho, a saúde do trabalhador, propõe-se explicar o adoecer e o morrer dos trabalhadores, articulando valores, crenças e ideias, as representações sociais e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbana-industrial. (LACAZ, 2007).

A constituição do saber e das práxis em saúde do trabalhador, pautou-se a partir de diversos movimentos sociais, que, na década de 1960, despontaram nos países industrializados do ocidente, destacando-se na Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, mas que se espalharam mundo afora. No que se refere a modernização da legislação italiana, esta tem recebido a atenção de autores que investigam as condições de trabalho, naquilo que se refere a sua contribuição para compreensão dos ambientes laborais a partir do olhar dos trabalhadores.

Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador. Assim, por exemplo, na Itália, a Lei 300, de 20 de maio de 1970 [...], mais conhecida como “Estatuto dos Trabalhadores”, incorpora princípios fundamentais da agenda do movimento de trabalhadores, tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

No Brasil a saúde do trabalhador, enquanto política, foi discutida e teve suas primeiras experiências no espaço da saúde pública. Seu objeto é o processo saúde e doença dos grupos humanos e sua relação com o trabalho, buscando compreender como e porque há adoecimentos oriundos das condições de trabalho. Para, assim, aprimorar o desenvolvimento de alternativas que transformem o processo de trabalho, a que os trabalhadores são submetidos, na apropriação da dimensão humana do trabalho.

Em sendo o trabalho, o organizador da vida social, ele funciona como um espaço de dominação e submissão do trabalhador, pelo capital, por outro lado, também é de resistência, de constituição e do fazer histórico, com o que envolve a saúde do trabalhador.

Considerando o contexto político-social, os trabalhadores, atores deste campo, devem ser estudados dentro de seu próprio grupo social, nas classes que fazem parte, proporcionando visibilidade das condições de vida e do trabalho que pertencem, a partir de determinado projeto político em que estão inseridos em termos amplos.

Dessa forma, as condições de saúde e enfermidade de cada grupo social passam a refletir sua inserção na esfera política, bem como o uso das condições de cidadania, estão imbricados ao processo produtivo no qual estão inseridos os trabalhadores. Nesse devir, poucas vezes um campo voltado para a atenção à saúde do trabalhador foi buscado, posto que esta área é um campo onde reside o conflito político questionador do modo de produção capitalista e da relação trabalho e saúde.

Sendo assim, o objeto da saúde do trabalhador compreende “as classes sociais e as frações de classe, trabalhadores industriais, de serviços e grupos de trabalhadores organizados política e economicamente”. Bem como, a necessidade de se estabelecer garantia a “todos os níveis de prevenção e manutenção da saúde na sociedade, sob o controle do trabalhador” (LACAZ apud SODRÉ, 2002, p. 34)

Sobre esse aspecto, importa destacar que a saúde do trabalhador está pautada numa construção que alinha interesses, num determinado tempo histórico, que possibilita relevância para as questões politicamente colocadas, ganhando condições intelectuais para a discussão e enfrentamento sob o ponto de vista científico e epistemológico.

Considerando esses olhares, observa-se que as questões que envolvem a relação trabalho x saúde, podem ser discutidas sobre a ótica de diversas disciplinas, principalmente as do campo das ciências humanas e da saúde. As bases conceituais destes campos disciplinares, aliadas aos estudos de organização e processo de trabalho, resultam em conhecimentos fundamentais para compreensão de fatores fortalecedores da saúde, bem como, daqueles favorecedores à constituição de agravos individuais e coletivos.

1.2.1 O Campo Saúde do Trabalhador e as Políticas de Bem-Estar Social

No que se refere ao desenvolvimento de ações práticas, sob a formatação da concepção estrutural da política de saúde do trabalhador, as primeiras experiências no Brasil se deram com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador - PST, a partir da ação do movimento sindical no final da década 1970 e primeira metade da década de 1980, nos serviços constituídos na rede pública de saúde. Esta experiência se desenvolveu de forma simultânea em diversos estados brasileiros, sendo impulsionada a partir da proposta de

municipalização da saúde. No desenvolvimento de suas ações, os programas adotaram diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS.

Saliente-se que, mesmo antes da existência do SUS, os PSTs já adotavam diretrizes e princípios posteriormente consagrados em sua constituição, tais como: a universalidade, a integralidade e o controle social, na medida em que todos os trabalhadores, independentemente de serem segurados pela Previdência Social eram atendidos. Articulava-se a assistência aos trabalhadores com a vigilância dos locais de trabalho de forma intersetorial e os sindicatos eram partícipes da gestão dos PSTs (LACAZ; SANTOS, 2010, p. 8).

Considerando seu nascedouro, é possível afirmar que, “a construção do Campo Saúde do Trabalhador no Brasil” (LACAZ; SANTOS, 2010, p. 8), dar-se a partir da contestação de um modelo de assistência à saúde dos trabalhadores até então existente, tendo em vista, incluir na sua formulação a participação dos trabalhadores na demanda das ações, na vigilância dos ambientes laborais, bem como, na gestão, a partir do exercício do controle social, conforme as diretrizes e princípios adotados. A propósito dessa compreensão merece relevo a seguinte afirmação:

Na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em novo sujeito político e social, conforme sugere o campo Saúde do Trabalhador, este incorpora ideia de trabalhador que difere frontalmente da anterior: passiva, como hospedeiro ou paciente; apreendendo-o como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras (LACAZ, 2007, p. 760).

As bases da formulação conceitual do campo Saúde do Trabalhador contrapõem-se ao modelo de Saúde Ocupacional, então vigente, cujos alicerces de suas práticas estão assentados no conhecimento da clínica, da medicina preventiva e na epidemiologia clássica, considerando a história natural da doença como ponto de partida para análise dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho, sopesando, assim, a tríade agente-hospedeiro-ambiente. (LACAZ, 2007).

Entre os atores sociais que influenciaram a construção da concepção do Campo Saúde do Trabalhador estão o movimento sindical dos trabalhadores, setores da academia e intelectuais da saúde, envolvidos com as lutas para implantação do SUS, a Medicina Social Latino Americana, o movimento da Reforma Sanitária Italiana, a partir do modelo operário italiano desenvolvido pelos trabalhadores daquele país europeu e a Organização Pan-Americana de Saúde, dentre outros não menos importantes.

O cenário político e econômico do encontro e caminhar desses atores teve como pano de fundo a reestruturação produtiva do capital, implementada nos países centrais, a partir da década de 1970, cujos reflexos no Brasil passaram a ser observados na década de 1980. Esta reestruturação se materializou a partir da globalização e do neoliberalismo, que ganharam corpo nos governos de Margaret Thatcher, no final dos anos 1970, na Inglaterra e de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América, no início dos 1980.

O central da discussão em torno da reestruturação produtiva tem uma forte relação na redefinição do papel do Estado na economia, cujos reflexos começaram a ser observados em políticas públicas, como as de saúde e educação, que passaram a ter suas atribuições tratadas como mercadorias. Ao tempo que as políticas neoliberais enfraqueceram o papel do Estado no trato das políticas de caráter social, transformaram-no em um instrumento de ataque aos direitos e importantes conquistas sociais dos trabalhadores. Conquistas estas que foram “frutos de importantes embates com o capital e expressas no Estado de Bem-estar Social, pactuado durante as décadas de ouro do desenvolvimento capitalistas ocidental, nos anos pós II Guerra Mundial, até os anos 1970” (LACAZ; SANTOS, 2010, p. 7-8).

No que se refere a constituição do Estado de Bem-Estar Social, importa destacar que a gênese das políticas sociais guarda relação com a busca de uma proposta do capitalismo para o enfrentamento da crise oriunda do modelo liberal, cujos primeiros sinais se manifestaram com o colapso da economia na crise de 1929, nos Estados Unidos, que se expandiu para diversos países dos continentes americano e europeu. A procura de alternativa para este enfrentamento se desenvolveu a partir da teoria keynesiana⁴, que apontou para a necessidade de uma maior intervenção do Estado na economia. Os efeitos e as características da crise e da depressão capitalista dos anos 1930, podem ser observadas na seguinte afirmação:

A depressão tinha três características visíveis. A primeira, a implacável deflação dos preços gerando falências no setor industrial e na agricultura. A segunda, o desemprego. A terceira, as privações que trazia para grupos particularmente vulneráveis: os velhos, os jovens, os doentes, os mal abrigados, para não falar dos desempregados. (GALBRAITH, Apud GUERRA, 2017, p. 45-46).

A falta de uma resposta das teorias clássicas para crise, gerou questionamentos sobre o desequilíbrio econômico. Dentre os pensadores insatisfeitos com os rumos da economia estava John Maynard Keynes, cuja teoria compreendia que o crescimento dos

⁴ A teoria keynesiana tem sua origem no livro Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda de John Maynard Keynes, publicado em 1936.

gastos públicos na geração de emprego em tempos de recessão capitalista, geraria a manutenção dos níveis de investimentos não realizados pelos donos do capital, influenciados pelo sentimento de apego ao dinheiro e sua liquidez (GUERRA, 2017).

Um aumento no consumo ou nos gastos do governo tende a aumentar a expectativa de um retorno mais atrativo a um investimento novo. Este investimento tende a elevar o nível de produção. Com isto, aumenta a demanda por trabalhadores e por mais insumos. Os trabalhadores contratados neste movimento aumentam o seu consumo. Os fornecedores de insumos precisam ampliar sua produção. Ao ampliar a sua produção contratam novos trabalhadores, o que demonstra que o aumento do consumo e dos gastos tem um caráter virtuoso no capitalismo. Esta afirmação contraria a tese clássica de que o consumo e o dispêndio são prejudiciais, pois diminuem a poupança (GUERRA; CAZZUNI; COELHO Apud GUERRA, 2017, p. 48).

A função reguladora do Estado, ganhou relevo na recuperação das economias dos países, pós segundo conflito bélico mundial, a partir da implementação de políticas de bem-estar social. A influência da teoria keynesiana no desenvolvimento de políticas públicas de caráter social, pode ser observada a partir do grau de universalidade atingido pelas diversas experiências de bem-estar social desenvolvidas nos países da América e da Europa, que envolveram educação, saúde, seguridade social, dentre outros benefícios, que proporcionaram a elevação dos níveis de segurança social e econômica para classe trabalhadora.

Nesse sentido, chamaram atenção o caráter liberal que estas políticas apresentaram nos Estados Unidos, Canadá e Austrália, a característica social-democrata na Escandinava, o corporativismo na Alemanha e a vereda liberal que passou a percorrer contemporaneamente na Grã-Bretanha. Destarte, é possível coligir que essas experiências trilham por diferentes estágios de desenvolvimento, que envolveram “a natureza da mobilização de classe (principalmente da classe trabalhadora); as estruturas de coalizão política de classe; e o legado histórico da institucionalização do regime” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 111).

Merece destaque ainda, o fato das políticas keynesianas, base do Estado de Bem-Estar Social, terem sido desenvolvidas com o propósito de garantir a acumulação capitalista. Dessa forma, foram forjadas, a partir de um arranjo institucional, que se apresentou em contraponto ao crescimento do comunismo no período pós-guerra, exibindo um desenvolvimento de forma mais aprofundado no tempo da “guerra fria”.

Guerra (2017) destaca os modelos teóricos que apresentaram aspectos relacionados aos tipos de cobertura, que se efetivaram nas diversas experiências de Welfare State, a partir de um viés focalizado ou universal, conforme a característica do benefício

protetivo oferecido. De acordo com o autor, o modelo alemão, desenvolvido na segunda metade do século XIX (1883), sob o governo de Otto Von Bismarck, se estruturou a partir de um seguro social protetivo para os trabalhadores em caso de doença, invalidez pelo trabalho e velhice, com um financiamento tripartite (trabalhadores, empregadores e governo). Já o modelo inglês, organizado pelo Lord Beveridge, na primeira metade do século XX (1941), tinha na universalidade da proteção social a principal propriedade e unificava os seguros existentes, tratando a questão da proteção social de forma igualitária. Seu financiamento envolvia trabalhadores, empregadores e governo, onde a contribuição do Estado era majoritária.

Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo beveridgiano tem como principal objetivo a luta contra a pobreza. As diferenças desses princípios provocaram o surgimento e instituição de diferentes modelos de seguridade social nos países capitalistas, com variações determinadas pelas diferentes relações estabelecidas entre o Estado e as classes sociais em cada país. Hoje, é difícil encontrar um modelo puro. As políticas existentes e que constituem os sistemas de seguridade social em diversos países apresentam as características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade. (BOSCHETTI Apud GUERRA, 2017, p. 59).

A influência desses modelos nas políticas sociais brasileiras pode ser observada na previdência social, seguro-desemprego e abono salarial, de características bismarckiano e nas de acesso a saúde e assistência social, que apresentam atributos beveridgiano.

Kerstenetzky (2006), ao analisar o debate que envolve as políticas sociais no Brasil, em torno do caráter de focalização e universalização que cada estilo apresenta, chamou atenção para necessidade de uma decisão anterior a respeito dos princípios da justiça social pretendida. Esta decisão, de acordo com a autora, possibilitaria com que focalização e universalização funcionassem como métodos alternativos ou complementares para o atingimento da justiça social objetivada.

No que se refere ao caráter focal, a autora destaca os aspectos residual, condicional e reparatório, que a aplicação das políticas sociais comporta. Em relação ao aspecto residual, este se relaciona com uma efetiva capacidade integradora da economia de mercado, cabendo a inserção das políticas sociais aos que se encontram fora da área de alcance dos benefícios materiais oferecidos, expressando, a racionalidade do sistema e sua potência global.

Na medida em que a política social sofre, nesta abordagem do problema, uma compartimentalização, seu vínculo com a noção de direitos sociais universais perde força, e ela se torna um coadjuvante do objetivo de eficiência econômica. (...) Nesse caso, a crítica à visão de uma política social residual não equivaleria a uma crítica à

eficiência e à racionalização *per se*, mas sim à prioridade que estas propriedades de sistemas e processos reivindicuem em relação a direitos de cidadania e noções mais “espessas” de equidade, ou talvez, melhor dizendo, à *suficiência ética* de considerações de eficiência no juízo sobre a oportunidade da intervenção pública. (KERSTENETZKY, 2006, p. 569).

Sobre o caráter condicional, ganha evidência o aspecto eficiente com que age esse tipo de política para atingir a solução de um problema específico, sendo importante, nesse caso, a eficiência do gasto, tendo em vista sua vinculação com outras carências, o que depende de uma fiscalização adequada. A investigação do foco correto pode contribuir para o alcance de um território mais amplo e homogêneo, que comporte o problema selecionado, possibilitando o atendimento de um número universalizado dos necessitados daquela política social (KERSTENETZKY, 2006).

Ainda de acordo com Kerstenetzky (2006), a garantia destes direitos, sob a ótica de uma justiça social distributiva, de caráter “espesso”, cujo atendimento das necessidades se materializa externamente ao mercado, pode ser observada na experiência de bem-estar social escandinava. Por outro lado, o caráter “fino” das políticas sociais, no atendimento residual dos que se encontram à margem da integração econômica prometida pela justiça de mercado, pode ser observado no modelo praticado na Inglaterra. A atuação combinada de políticas sociais focalizadas e universais, a partir das concepções de justiça fina e espessa, pode ser observada na seguinte proposição:

- (1) concepção *fina* de justiça com ênfase na focalização: residualismo, ou seja, rede de proteção social mínima - como parece ser a experiência norte-americana;
- (2) concepção *fina* com ênfase na universalização: seguridade social, educação e saúde básicas - como parece ser a experiência inglesa;
- (3) concepção *espessa* de justiça com ênfase na universalização: seguridade social, educação e saúde universais e generosas - como parece ser a experiência escandinava;
- (4) concepção *espessa* com ênfase na focalização: alocação redistributiva de recursos para geração de oportunidades sociais e econômicas para os grupos sociais em desvantagem relativa - cenário hipotético, porém plausível (KERSTENETZKY, 2006, p. 572).

Ao se referir ao sistema de políticas sociais brasileira vigentes, Castro (2012), chama atenção para dificuldade de seu enquadramento na perspectiva do Welfare State, conforme registra a atual literatura nacional, tendo em vista o caráter setorial e específico das análises produzidas, que retratam fases alcançadas e/ou desvendam falhas de determinada política social. Ao destacar que a efetivação de uma política social requer conexão com o desenvolvimento, o autor parte de uma conceituação que envolve políticas, programas e ações desenvolvidas pelo Estado, que apresentam como características a proteção e a promoção

social, ressaltando que o Brasil desenvolve um contíguo de políticas públicas com as seguintes características:

Para dar resposta ao objetivo – proteção social –, agrupam-se as políticas sociais vinculadas à Seguridade Social. Políticas destinadas a reduzir e mitigar as contingências, necessidades e riscos a que qualquer indivíduo está exposto em uma sociedade de mercado, tal como o de não poder prover seu sustento e da família por meio do trabalho, seja por velhice, morte, doença ou desemprego: essa categoria engloba os diferentes programas e ações da Previdência Social (aposentadorias, pensões e auxílios) geral e do setor público, Saúde, Assistência Social e Seguro-Desemprego.

Para o objetivo – promoção social –, agrupam-se as políticas que, a partir de determinados instrumentos, pretendem garantir aos cidadãos oportunidades e resultados mais amplos e equânimes de acesso aos recursos e benefícios conquistados pela sociedade em seu percurso histórico. Tais políticas compreendem um vasto espectro de ações que abarca desde a formação e desenvolvimento do cidadão – casos da Educação, do acesso à Cultura e das políticas de Trabalho e renda que buscam a qualificação profissional e regulação do mercado de Trabalho –, até a democratização do acesso a ativos – como as políticas voltadas à Agricultura Familiar (acesso a crédito, extensão rural, reforma agrária), à Economia Solidária, à Habitação, à Mobilidade Urbana (CASTRO, 2012, p. 1018-1019).

Em que pese a dificuldade de perspectiva de bem-estar social ressaltada pelo autor, observa-se que ao fazer o enquadramento do rol das políticas sociais brasileiras, no atendimento dos objetivos de proteção social e de promoção social, em uma sociedade de mercado, voltada à garantia das oportunidades e de efeitos mais extensos e equânimes dos recursos e benefícios originados da trajetória histórica da sociedade, o autor considera a influência dos modelos bismarckiano na cobertura social e Beveridgeano no acesso social.

1.2.2 A Estruturação da Política de Saúde do Trabalhador a Nível Nacional

A arena que serviu de palco para o debate das experiências de ações de saúde sob o vértice da inclusão e da proteção social, base das políticas de bem-estar social, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Com uma formatação diferente das anteriores, a conferência possibilitou a participação dos diversos setores da sociedade civil organizada, representados nos segmentos de trabalhadores e usuários. O terceiro segmento representado foi o dos gestores dos setores público e privado. A conferência se destacou como:

[...] marco fundamental da participação da sociedade na formulação da proposta do SUS, com seu desdobramento na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro do mesmo ano. O tema principal da Conferência foi constituído pela discussão e pela busca da consolidação das experiências dos PSTs, expressão da política de Saúde Pública na atuação/intervenção sobre as relações Trabalho e Saúde (LACAZ; SANTOS, 2010, p. 6).

A defesa da atuação descentralizada da saúde, tendo como referência o município enquanto locus da proximidade com a população, a partir de um sistema único e público de saúde, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde e o acúmulo de experiências das práticas em saúde do trabalhador nos PST's, serviram de referência para criação dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador - CRST, no final da década de 1980 e durante a década de 1990, principalmente no Estado de São Paulo.

A década de 1990 foi marcada pelas mudanças nos rumos da política econômica brasileira com o advento do liberalismo, presente nas propostas de governo de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso. O primeiro sofreu impeachment no segundo ano de governo, sendo substituído pelo vice Itamar Franco, que teve Fernando Henrique Cardoso como Ministro da Fazenda e um dos idealizadores do Plano Real, que estabilizou a inflação. FHC, como ficou conhecido, foi eleito Presidente da República, em 1993, tendo governado o país por oito anos, de 1994 a 2001.

Além de enfrentar as questões econômicas, que apresentaram severos reflexos na geração de emprego, a partir da reestruturação produtiva flexível ou toyotista, a década de 1990, comportou as discussões de regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, que estabeleceu um sistema universal de saúde, constituído a partir da aprovação da Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Sobre a estruturação da política de saúde do trabalhador, o artigo 6º da referida Lei, em seu parágrafo 3ª, define saúde do trabalhador como sendo:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

Ao encontro desta definição, a Portaria GM/MS nº 3.120 de 01/07/1998, estabeleceu a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, cuja finalidade foi deliberar procedimentos básicos a serem observados no desenvolvimento das ações requeridas no exercício da atuação vigilante.

Em sua conceituação básica, a vigilância em saúde do trabalhador requer uma atuação contínua e sistemática para detectar, conhecer, pesquisar e sopesar os fatores que tiveram papel determinantes e condicionantes no desenvolvimento de agravos relacionados aos processos e ambientes laborais. Considera ainda no seu exercício, um conjunto de práticas sanitárias, que articuladas com outros setores, possibilita compreender a relação saúde, ambiente, processos de trabalho e assistência, enquanto contribuidora para melhoria das condições de vida e saúde da população. Bem como, enquanto vigilância, não se constitui de forma desvinculada e autônoma da vigilância em saúde, tendo em vista que sua componente objetiva acrescentar ao contíguo dessas ações, estratégias cultivadoras do conhecimento e de engenhos intervencionistas nos métodos produtivos, que contribuam para aproximação dos vários elementos comuns, presentes nos exercícios de vigilância sanitária àqueles procedentes da relação entre trabalho e a saúde (BRASIL, 1998).

A instituição de uma equipe de vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador é uma estratégia fundamental para articulação das ações de vigilância dos ambientes e da assistência. Com organização de ações contínuas de identificar, monitorar e vigiar os riscos e agravos em um dado território será possível estabelecer o planejamento adequado de prioridades e avaliar as ações de impacto da vigilância sanitária, da rede de assistência, dos processos de trabalho, controle e monitoramento das causas de doenças e riscos ambientais derivados dos processos e ambientes de trabalho (CORREA et al, 2005, p. 88).

Ainda no ano de 1998, o Ministério da Saúde publicou outra portaria seguidora da linha de estruturação da Política de Saúde do Trabalhador. Datada de trinta de outubro daquele ano, a Portaria GM/MS nº 3.908, aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST, que versa sobre as atribuições e as responsabilidades relacionadas a orientação e instrumentalização das ações de saúde do trabalhador no meio urbano e rural, além de estabelecer a obrigatoriedade de serem observadas as diferenças entre homens e mulheres, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Municípios.

Objetivando facilitar o desenvolvimento das ações ali previstas, a Norma recomenda, nos parágrafos primeiro e segundo do artigo quarto, a criação de unidades especializadas de referência em saúde do trabalhador. Estas unidades poderiam ser municipais, na forma de consórcio ou na região, esclarecendo que o estímulo aos entes federativos para criação das unidades e o registro dos atendimentos de acidentes e agravos oriundos do processo de trabalho, na ordem de cem por cento, passariam a compor o Índice de Valorização de Resultados - IVR⁵, conforme os critérios a serem definidos pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT e estabelecidos em portaria a ser publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b).

Ao versar sobre a implementação do financiamento das ações de saúde do trabalhador, em seu artigo quinto, a NOST ressalta a garantia do recebimento dos valores estabelecidos a partir das fontes de transferências devidamente constituídas nas três esferas de governo, calcados no estabelecimento de mecanismos garantidores da aplicação dos recursos no incremento de atuações em saúde do trabalhador, previstas nos planos de saúde de cada ente federativo. Em seu último artigo, o normativo aconselha a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, que deve funcionar como assessora do Conselho de Saúde Estadual ou Municipal, para o estabelecimento das prioridades e acompanhamento das ações. Assim como, nas realizações das avaliações das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas em cada esfera de governo, devendo contar na sua composição com entidades que estabeleçam interconexão com a área de saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

A estruturação de uma rede nacional de atenção integral a saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, ganhou forma a partir da Portaria GM/MS nº 1.679 de 19/09/2002, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, cujo desenvolvimento envolveu uma atuação articulada do Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Municípios.

A portaria solicita dos Estados e Distrito Federal a elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, que comporte a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, em conformidade com o estabelecido nas diretrizes presentes na Norma

⁵ Valores adicionais atribuídos, que equivalem até 2% do teto financeiro relacionado a assistência do estado, cuja transferência ocorre de forma regular e automática, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, funcionando como incentivo para que se obtenha resultados positivamente impactantes sobre a melhoria das condições de saúde da população, conforme critérios estabelecidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério da Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde, podem transferir recursos oriundos do IVR para as Secretarias Municipais, a partir de pactuação realizada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB (NOB-SUS 96).

Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002⁶. Há que pontuar a regionalização enquanto uma estratégia para uma efetiva hierarquização dos serviços de saúde, que proporcione a materialização de um tratamento desigual aos desiguais nas relações sociais. Além desse aspecto, estabeleceu ainda que a estruturação da RENAST se daria a partir de ações na Atenção Básica e Programa de Saúde da Família - PSF, na Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST e na rede de assistência de média e alta complexidade do SUS (BRASIL, 2002).

No que se refere a organização dos CRST, a portaria faz referência a implantação de dois tipos por Estado, de abrangência estadual, localizado nas capitais, e de abrangência regional, considerando, neste caso, a ordem crescente de complexidade da região coberta e a distinção das atribuições, conforme o estabelecido no anexo II da referida portaria. No entanto, a integração mútua dos centros e com as referências em saúde trabalhador desenvolvidas por dentro da rede ambulatorial e hospitalar foi definida como requisito obrigatório, tendo em vista possibilitar o desenvolvimento da compatibilização de um sistema de informação integrado; a prática contígua de projetos estruturantes, de capacitação, além da produção de material institucional e de comunicação constante, de maneira tal, que se constitua um sistema organizado de forma nacional (BRASIL, 2002).

Ao encontro do que preceitua a NOST/1998, no que se refere ao financiamento das ações de saúde do trabalhador, a Portaria GM/MS nº 1.679 de 19/09/2002 estabeleceu valores de repasse mensal na modalidade fundo a fundo, para a implantação dos CRST e desenvolvimento das ações. Num total, a portaria previu a instalação de 130 Centros, sendo 27 de Referência Estadual, incluindo o Distrito Federal e 103 de Referência Regional, cujo referencial de localização foram os municípios polo e sedes de regionais de saúde, de acordo com o que vier a ser pactuado no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Os centros estaduais foram classificados em: A, B e C, e os regionais em A e B, a partir do porte e das diferentes modalidades, tendo como referência o critério populacional.

Para o biênio 2002/2003, a portaria previu a instalação de 60(sessenta) Centros, considerando as duas modalidades e 70 (setenta) na modalidade regional até o final de 2004. Além do repasse dos valores mensais para o desenvolvimento das ações, incluiu a previsão de repasse de um incentivo adicional, pago de uma única vez, para fazer face aos custos de

⁶ Aumenta o nível de responsabilidade municipal na Atenção Básica, estabelecendo um processo de regionalização, enquanto estratégia garantidora da hierarquização dos serviços de saúde, no intuito proporcionar uma efetiva equidade. Para tanto, desenvolve mecanismos voltados ao fortalecimento da capacidade gestora do SUS, bem como, à atualização dos critérios utilizados para definição da habilitação de estados e municípios (NOAS-SUS 01/2002).

adequação dos CRST já existentes e para implantação de novos, neste caso, os valores foram distribuídos para Centros Regionais de porte A, B e C e Centros Estaduais de porte A e B.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como polos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas 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. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção. Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos (BRASIL, 2002).

Ao considerar a necessidade de informações ágeis e com grau de consistência, naquilo que se refere ao processo produtivo, o perfil dos trabalhadores e ao acontecimento de agravos relacionados a atividade laboral, enquanto orientadores do desenvolvimento das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como, para o estabelecimento de intervenções nos ambientes e nas condições de trabalho, subsidiando, dessa forma, o controle social. Considerando ainda o fato de que essas ações se encontravam dissipadas, fragmentadas e com acesso insuficiente no campo do SUS, além de objetivar o estabelecimento de procedimentos técnicos garantidores da notificação compulsória dos agravos relacionados à saúde do trabalhador, a partir de uma rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria GM/MS Nº 777 de 28/04/2004, resolveu regulamentar a notificação compulsória de agravos, doenças e acidentes, oriundos do processo de trabalho, relacionados à saúde dos trabalhadores.

A Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho, criada com a portaria, estabelece que sua composição compreende os CRST e os hospitais de referência destinados ao atendimento de urgência e emergência e/ou atenção de média e alta complexidade, os serviços de atenção básica e de média complexidade, que venham a ser credenciados como sentinela, a partir de critérios estabelecidos em instrumento específico. A estruturação da Rede em questão requer que se leve em consideração a porta de entrada no sistema de saúde pública, tendo sua organização pautada pelas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, arrastando consigo a assistência e a vigilância da saúde, articulada com a vigilância em saúde do trabalhador, cujos procedimentos técnicos deverão estar integrados com aqueles previstos na vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2004).

Os agravos de notificação compulsória estabelecidos pela referida portaria, compreendem:

Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho (BRASIL, 2004).

A instituição de um sistema de informação de agravos, o envolvimento dos trabalhadores no processo informativo e a adoção de metodologias avaliativas, pautadas por referenciais teóricos apropriados, contribuem para a compreensão da realidade multifacetada da modernidade do trabalho, tornando visível os problemas, e possibilitando a produção de uma “heurística contra hegemônica suficientemente consistente para contrapor o domínio das verdades científicas que confundem até mesmo os juízes, peritos e lideranças sindicais mais bem intencionados” (AUGUSTO (2005) Apud COSTA et al, 2013, p. 18).

Ao considerar a necessidade de revisão da portaria GM/MS nº 1.679 de 19/09/2002, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, bem como a definição de sua ampliação, a partir da articulação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios. A partir do envolvimento de órgãos relacionados a outros setores das esferas do poder, que executam ações em interface com a saúde do trabalhador, além de instituições coparticipantes nesta área, cujo objeto tem como foco o fortalecimento da referida Rede no interior do SUS, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 2.437 de 07/12/2005.

O novo instrumento regulador promulga que o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador deverá ocorrer a partir de um desenho que contemple a descentralização e a hierarquização em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, devendo serem incluídas, inclusive, as ações de caráter curativo, preventivo, de promoção, e, as de reabilitação. Cabendo a RENAST, a integração da rede de serviços públicos de saúde da assistência a vigilância, no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2005).

Ao classificar os CEREST a serem habilitados, e reclassificar os existentes, a portaria redefiniu os valores destinados ao financiamento das ações, cujo repasse é mensal, pelo critério fundo a fundo, estabelecendo o valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para o Centros regionais e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os estaduais (BRASIL, 2005).

A Portaria assevera ainda que a integração da rede de serviços do SUS é o objetivo principal da RENAST, tendo em vista que esta deve estar voltada para o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador. Nesse sentido, o instrumento estabeleceu os seguintes procedimentos para sua ampliação:

- I - [...] adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- II - [...] inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica;
- III - [...] implementação das ações de vigilância e promoção em saúde do trabalhador;
- IV - [...] instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela; e
- V - [...] caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005)

Merece destaque ainda a ampliação para 200 (duzentos), do número de Centros de Referência a serem distribuídos regionalmente por todo o território nacional, a partir de critérios previstos em seu Anexo VI. A propósito dos Centros, o instrumento jurídico regulador, avalizou a necessidade de se estabelecer um arranjo na estruturação do serviço, a partir da adoção de uma nova nomenclatura, passando a se chamar de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (BRASIL, 2005).

Seguindo o princípio do desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador em rede nacional, a portaria previu a instituição de um Plano de Ação Nacional, que pontue as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos Estaduais e Municipais, pactuados entre os gestores, aprovados pelas instâncias de controle social e Comissões Intergestores Bipartite - CIB. Estes planos deverão ter duração bienal. Já a previsão para duração do plano nacional é quadrienal (BRASIL, 2005).

Ao considerar o imperativo de ajustes necessários na Portaria GM/MS Nº 2.437 de 07/12/2005, que versa sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS, aos mecanismos de gestão estabelecidos pelo Pacto pela Saúde, a Portaria GM/MS Nº 2.728 de 11/11/2009, estabeleceu que a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador deve considerar, além da articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o envolvimento de órgãos vinculados a outros setores das referidas esferas governamentais, que executam ações mantenedoras de relações com a saúde do trabalhador e instituições que contribuem com a área em questão.

Dentre os ajustes realizados pela Portaria em análise, é possível destacar a obrigatoriedade da inserção das ações em saúde do trabalhador nos planos de saúde nacional, estaduais, distrital e municipais, havendo ainda a obrigatoriedade de inclusão das ações nas respectivas programações anuais, além de terem de fazer parte das respectivas programações anuais de cada secretaria. As ações e indicadores devem contribuir para:

- I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade;
- II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais;
- III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e
- IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial (BRASIL, 2009).

Ao fazer referências ao financiamento das ações, a nova portaria apresentou uma redução do repasse mensal para o custeio das ações dos Centros Estaduais, passando de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil) para R\$ 40.000,00 (quarenta mil). Em relação a parcela única de incentivo a adequação às orientações revisadas e a abertura de novos Centros, o valor foi unificado em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). A modalidade de repasse ficou mantida pelo sistema fundo a fundo; os valores compõem o bloco de gestão do SUS e o de financiamento da média e alta complexidade, havendo necessidade de observação em cada caso. A aplicação dos montantes repassados ficou mantida sob a responsabilidade das Secretárias de Saúde, devendo ser fiscalizada pelos Conselhos de Saúde de cada instância de gestão (BRASIL, 2009).

No que alude ao exercício do controle social nos serviços que compõem a RENAST, este deverá garantir a efetiva participação das organizações representativas de trabalhadores formais e informais, e empregadores, observando o estabelecido na Lei nº 8.142/1990, no que concerne as Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador - CIST, vinculadas aos respectivos conselhos (BRASIL, 2009).

Embora não seja objeto deste estudo, é importante registrar que as discussões em torno da constituição de uma política pública voltada para saúde do trabalhador, a partir dos debates acumulados nas conferências nacionais que envolveram a temática, em especial, a terceira, convocada pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social, e do Trabalho e Emprego, realizada em 2005, resultaram na retomada das ações do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT, que elaborou um documento intitulado:

Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST, com objetivo de buscar as interfaces existentes e ações comuns entre os setores do trabalho e emprego, da previdência, social, saúde e meio ambiente. O documento foi publicado na forma de Decreto Presidencial, sob o Nº 7.602, datado de 07/11/2011, instituindo a referida política. Junto com a política foram retomadas as ações da Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST, composta por representantes do governo, dos empregadores e dos trabalhadores.

Esta comissão ficou com a responsabilidade de acompanhar a implementação da referida política a partir da elaboração do Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PLANSAT, lançado em 27 de abril de 2012, pelos Ministérios da Previdência Social, Saúde, e, Trabalho e Emprego.

Considerando o acúmulo das discussões consolidadas nas portarias estruturadoras das ações de saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde concretizou as práticas deste campo, a partir da publicação da Portaria GM/MS Nº 1.823 de 23/08/2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, cuja finalidade é determinar os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, no intuito de proporcionar o efetivo incremento da atenção integral à saúde do trabalhador, com relevo para vigilância, tendo em vista a finalidade de proporcionar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, além de contribuir para redução da morbimortalidade originária dos padrões de desenvolvimento e métodos produtivos em evidência (BRASIL, 2012).

As políticas públicas direcionadas à saúde dos trabalhadores, com efeito, influenciarão as práticas de vigilância e assistência. Os conceitos, como as palavras, são constituídos por significantes que compoem a vivência em curso em certo nicho de práticas que constituem subjetividades e, no que concerne aos trabalhadores dos serviços, formas de refletir sobre as problemáticas que atravessam ou transversalizam o serviço de assistência e de vigilância (SILVEIRA; MERLO, 2017, p. 880).

Estabelecendo seu alinhamento com as demais políticas de saúde, que residem no âmbito do SUS, a partir da transversalidade das ações de saúde do trabalhador, e, tendo o trabalho dentre os determinantes do processo saúde-doença, a Portaria definiu, em seu artigo 3º, como sendo os sujeitos da política:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado [...] (BRASIL, 2012).

Ao sopesar dentre seus princípios e diretrizes, a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade dos trabalhadores e do controle social, a descentralização, dentre outros, não menos importantes, a PNSTT preceitua a premência de sua articulação, a partir de mudanças substanciais nas metodologias de trabalho em saúde, até então adotadas, no sistema organizativo da rede de atenção, além da atuação multiprofissional e interdisciplinar, de maneira a contemplar a complexidade residente nas relações trabalho-saúde. Ao encontro deste entendimento, a articulação de suas ações deverá levar em consideração:

- I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;
- II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e
- III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais (BRASIL, 2012).

Naquilo que se refere aos seus objetivos, a política se propõe a fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, integrando-a aos demais elementos da vigilância em saúde, no intuito de propiciar a promoção da saúde, ambientes e métodos de trabalho saudáveis, contribuindo para o estabelecimento da garantia da integralidade no cuidado à saúde do trabalhador. O que requer a inclusão de ações nas instâncias e pontos da Rede de Atenção do SUS, norteadas pela articulação no desenvolvimento de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador, na assistência, nas estratégias, na organização e nos fluxos da rede (BRASIL, 2012).

De acordo com a referida portaria, é imprescindível o entendimento da concepção de saúde do trabalhador na sua transversalidade, proporcionada pela identificação da relação saúde-trabalho nos pontos e instâncias da rede de atenção. Sendo imperiosa a inclusão da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença de indivíduos e da coletividade, por ocasião das análises das situações de saúde, do incremento de ações de promoção à saúde, assegurando, qualidade na atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (BRASIL, 2012). Seguindo na direção dos objetivos traçados pela política ora em análise, merece destaque a seguinte afirmação:

O trabalho, na perspectiva do materialismo histórico e dialético, é uma atividade humana voltada a fins, através do qual o homem modifica o mundo e a si mesmo, categoria central para a compreensão do modo de produção capitalista. A categoria trabalho integra conceitos complexos. Assim, para entendê-la é imprescindível analisar os riscos inerentes a elementos do processo de trabalho e, no que se refere à prática profissional, superar a ideia de conciliação de interesses de classe (SILVEIRA; MERLO, 2017, p. 887).

Em relação as suas estratégias, a política prevê a integração da VISAT com os demais componentes da vigilância em saúde, bem como, com a atenção primária, além do desenvolvimento da análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores. No que concerne a estruturação da RENAST, esta deve se dar no contexto da Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo e ampliando, dessa forma, a articulação intersetorial. Ainda dentro do campo das estratégias, identifica-se o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos e o apoio para o incremento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2012).

No campo das atribuições dos gestores, a política prevê responsabilidades para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de acordo com o campo de atuação administrativa, possibilitando a definição de outras mais, a partir da pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Em seu detalhamento, estabelece competências para direção nacional, estadual e gestores municipais da saúde, no âmbito do SUS. As atribuições determinadas para os gestores devem:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;
- IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;
- V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e
- VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário (BRASIL, 2012)

As atribuições destinadas aos CEREST e equipes técnicas, comportam a obrigatoriedade do planejamento das ações de forma integrada nos respectivos níveis dos municípios e estados. Cabendo ao CEREST Estadual realizar, de maneira complementar ou suplementar, as ações que requererem maior complexidade e condições técnicas operacionais nos municípios que apresentarem esta carência. Ao desenvolverem suas atribuições, CEREST e equipes técnicas devem:

- I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência,

bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2012)

O equacionamento do apoio matricial⁷, acima mencionado, deverá ser desenvolvido a partir da constituição de equipes multiprofissionais, onde a interdisciplinaridade funciona como impulsor de suas práticas, que devem ser referenciadas em relações de trabalho reguladas pelo diálogo permanente entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

A instituição da PNSTT pelo Ministério da Saúde consolida as diretrizes e a estratégia de atuação do SUS, considerando os diversos níveis que a atuação integral em Saúde do Trabalhador requer, em que pese a atuação em vigilância direta pelos CEREST se apresentar disposta com um caráter complementar ou suplementar, junto aos municípios que não dispõem de condições técnicas e operacionais.

Costa et al (2013), lembram que a natureza complexa que envolve as ações de saúde do trabalhador encontra dificuldades na vigilância sanitária tradicional realizada pelos municípios, tendo em vista esta comportar vários tipos de demandas. Dessa forma, ressaltam os autores, a ausência de autoridade sanitária, que ocorre com a maioria dos CEREST, limita o desenvolvimento das competências de suas equipes, colocando em xeque o papel de referência para rede estabelecido pela portaria instituidora da política, tendo em vista não poderem desenvolver sua própria ação.

⁷ O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde, onde duas ou mais equipes, a partir de um processo de construção compartilhada, desenvolvem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento, neste caso, funciona enquanto suporte técnico especializado oferecido a uma equipe interdisciplinar, que contribui para ampliação do seu campo de atuação, e, implementa qualificação nas suas ações (CHIAVERINI (Org.), 2011).

2 A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO PARÁ

As discussões que dominaram os debates políticos nas décadas de 1980 e 1990, acerca do movimento de reforma sanitária, que influenciaram o capítulo da saúde na Constituição de 1988, regulamentado através da Lei 8.080/1990, também influenciaram na elaboração das constituições estaduais. No caso do Estado do Pará, os reflexos da influência destas discussões, naquilo que tange a organização do sistema de saúde pública, podem ser encontrados no artigo 265 da Constituição Estadual, que versa sobre a organização das ações e serviços públicos de saúde, a partir de sua integração em uma rede de caráter regional e hierárquico, dentro de um sistema único, conforme preceitua o artigo 198 da Constituição Federal, observando em sua organização as diretrizes federais.

Em relação as garantias de competência do Estado, dentro dos aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores, os reflexos dos debates acumulados nas décadas mencionadas ganharam corpo na formulação do artigo 269 da carta constitucional, como podemos observar nos seus incisos:

- I - a fiscalização do cumprimento das medidas que visem a eliminação de riscos de acidentes e doenças profissionais e do trabalho;
- II - informação aos trabalhadores a respeito de atividades que comportam riscos à saúde e dos métodos para o seu controle, com a participação das comissões internas de prevenção de acidentes;
- III - controle e fiscalização, através de órgãos de vigilância sanitária, dos ambientes e processos de trabalhos, de acordo com os riscos de saúde, garantido o acompanhamento pelas entidades sindicais;
- IV - participação das entidades sindicais e associações classistas na gestão dos órgãos estaduais de saúde do trabalhador e de proteção ao ambiente de trabalho (PARÁ, 2019)

A propósito do alcance das lutas sociais, que tiveram como pano de fundo a defesa da redemocratização do país, que abrangem, no caso da saúde, a partir do movimento da reforma sanitária brasileira, a garantia de uma política pública de saúde, nos moldes do estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal, cuja materialidade ganhou forma com a regulamentação estabelecida pela Lei nº 8.080 de 19/09/1990, chamamos atenção para o seguinte registro de campo:

A amplitude e alcance social e político da Reforma Sanitária, que enfatizou o direito social do trabalhador e da trabalhadora “à um ambiente de trabalho saudável” bem como, o processo de “Redemocratização” do país, que implicou na redemocratização da informação (combate à censura) e a reorganização dos trabalhadores e demais segmentos da sociedade, além do fortalecimento da “Democracia Representativa”, onde podemos destacar a instituição de conselhos, movimentos sociais, controle social, dentre outras formas, estão entre as conquistas resultantes das lutas sociais das décadas de 1980 e 1990. Tais avanços organizativos

se refletem com o advento da Constituição de 1988 (Constituição cidadã), que estabelece a garantia da saúde, a partir de uma política pública, conforme a Lei 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde - LOS, que em seu artigo 6º, parágrafo 3º e incisos, estabelece o desenvolvimento de ações e competências na área de prevenção, proteção e promoção da Saúde do Trabalhador. A partir da Lei Orgânica da Saúde, vamos ter a elaboração, publicação, publicização de dispositivos legais que vieram a instituir nas Secretarias Estaduais de Saúde - SES, setores voltados a coordenação da área política nacional de saúde do trabalhador, no âmbito dos Estados, Regiões e Municípios (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Ao encontro deste entendimento, verificamos que a instituição das ações previstas pela Lei Orgânica da Saúde, a nível de estados e municípios, também requereu a regulamentação em dispositivos constitucionais estaduais e nas Leis Orgânicas, no caso dos municípios. Conforme mencionado anteriormente, no Estado do Pará, as ações de saúde do trabalhador foram contempladas no artigo 269 da Constituição Estadual. Para serem concretizadas, a composição organizacional da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA, foi redefinida pela Lei 5.838 de 22/03/1994. Em sua nova estrutura, a secretaria passou a contar com uma Divisão de Saúde do Trabalhador - DIVISAT. Cabe destacar, que a instituição da referida Lei atendeu o previsto no artigo 102, inciso II, da Constituição Estadual, que versa sobre a elaboração de “leis complementares”, combinado com o artigo 104, letra “d”, que legisla sobre a “criação, estruturação e atribuições das Secretarias de Estado e órgãos da administração pública” (PARÁ, 2019).

No que se refere a nova estrutura da SESPA e ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador, tendo como referência as regulamentações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, destacamos a seguinte afirmativa:

Na Secretaria Estadual de Saúde do Pará - SESPA, vamos ter em 1994, a criação, implantação e implementação da Divisão de Saúde do Trabalhador - DIVISAT, vinculada ao Departamento de Atenção a Saúde - DASE, e, finalmente com advento da Portaria GM/MS 1.679/2002, de 19/02/2002, que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, a partir dos princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. A RENAST é constituída pela Rede de Atenção Básica, Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST, [...] (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Em que pese os avanços no campo legislativo, contemplando a responsabilidade do Estado para realização de ações na área de saúde do trabalhador e a redefinição da estrutura da SESPA, o impulso para realização das ações só ocorreu em 2004, com a publicação, pela SESPA, da Portaria GS/SESPA Nº 467 de 14/04/2004, que criou o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador - CEREST-PA.

Ao instituir o CEREST Estadual, a portaria considera aspectos relacionados a atenção integral da saúde, a responsabilidade do SUS pela coordenação da política de saúde do trabalhador, a partir de seus níveis de atuação federal, estadual e municipal, a definição como campo de atenção à saúde e intervenções ambientais, destinadas a verificação das condições sanitárias nos ambientes de trabalho e vida, os procedimentos destinados a orientar e instrumentalizar ações e serviços de saúde do trabalhador e a necessidade de estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, prevista na Portaria GM/MS 1.679 de 19/09/2002. Nesse sentido, o CEREST Estadual tem como finalidade:

Art. 1º - [...] servir como unidade de fomento técnico-científico, de capacitação e de fortalecimento das ações do SUS sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, levando em conta os princípios da regionalização e interiorização, além da coordenação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador;

Art. 2º - Compete ao Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CEREST/PA:

- a) Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa, ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho;
- b) Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador;
- c) Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção;
- d) Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos a saúde, decorrente do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais;
- e) Atuação, em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, e comunidades e órgãos afins nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho, e de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em saúde do trabalhador;
- f) Promover em conjunto com os órgãos competentes dos Municípios, a definição de critérios de avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal; referência e contrarreferência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente, e cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;
- g) Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador;
- h) Desenvolver programas de educação em saúde, sobre questões da relação saúde-trabalho para população em geral;
- i) Promover o intercâmbio com técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras;
- j) Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do programa estadual de qualificação em saúde do trabalhador;
- k) Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de elaboração, implementação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, junto aos municípios;
- l) Prestar suporte técnico para o Municípios executarem a pactuação regional, a fim de garantir, em toda área do Estado, atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho (PARÁ, 2004).

Observa-se que o espectro de atuação do CEREST Estadual é bem abrangente, incorporando funções mais características da Divisão de Saúde do Trabalhador, criada anteriormente ou de uma coordenação estadual. Outro aspecto que chama atenção diz respeito ao lapso temporal de dez anos entre a instituição do órgão responsável pela realização das ações na estrutura da SESP, em 1994, e a criação do centro, em 2004. Ao observarmos suas atribuições, é possível inferir que há uma sobreposição de responsabilidades. Esse hiato temporal chama atenção ainda para outro aspecto, que está relacionado à vontade política das gestões que estiveram à frente do governo do Estado, e, conseqüentemente, na administração da Secretaria Estadual de Saúde neste período. Cabe destacar que as ações de saúde do trabalhador apresentam uma grande abrangência, dessa forma, não há como compreendê-las fora da rede de serviços desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.

Na trilha deste entendimento, as discussões sobre a temática saúde do trabalhador têm ocupado espaço significativo nas agendas dos gestores e profissionais da área de saúde, com destaque para compreensão da concepção que esta carrega enquanto uma política pública de direito, o que requer do poder público seu cumprimento, a partir dos princípios do SUS. Sobre esta pauta de discussão é relevante a seguinte constatação:

[...] alguns gargalos têm sobressaído como fatos marcantes, tais como a falta de vontade política da gestão para efetivação da política de saúde do trabalhador no estado. A deficiência da atenção integral à saúde dos trabalhadores em todos os níveis de atenção do SUS, e para além de uma clara resistência técnica e ideológica da gestão em garantir a eficácia dos espaços participativos aos trabalhadores usuários do SUS no processo de construção da política pública de saúde no Estado (GOMES; SANTOS, 2008 p. 87).

Como podemos observar, a vontade política e o comprometimento de gestores desempenham papel preponderante para que uma política ganhe materialidade, bem como, há a necessidade de constituição de equipe responsável e capacitação técnica destes servidores para que se inicie o processo de estruturação das ações, o que não elimina o enfretamento de possíveis dificuldades, que superadas ou administradas, possibilitam significativos avanços na efetivação de uma política pública.

2.1 OS PRIMEIROS PASSOS: 2003 A 2006

No Estado do Pará, a política de saúde do trabalhador dá seus primeiros passos no sentido de sua efetivação, na gestão de Simão Robson de Oliveira Jatene, que governou o Estado pela primeira vez de 2003 a 2006, período que registra a constituição do CEREST

Estadual. Cabe lembrar que Simão Jatene, como ficou conhecido, voltou a governar o Estado, por mais dois períodos 2011 a 2014 e 2015 a 2018. Em que pese a criação do centro estadual como responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador representar, de certa forma, um sombreamento com o objeto que norteou a criação de uma divisão, na estrutura da SESP, que carrega em sua nomenclatura a saúde do trabalhador, as dificuldades para efetivação da política não foram afastadas. Esta constatação poder ser observada no seguinte registro de campo:

Havia o desconhecimento sobre a Política de Saúde do Trabalhador, suas atribuições e competências, bem como, das Unidades que a compõe (CEREST Estadual e Regionais) na SESP e em outros setores do Estado, a indefinição de setor/coordenação da Política de Saúde do Trabalhador dentro da estrutura organizacional da SESP, a dimensão geográfica do Estado, a desarticulação do controle social e o excesso de burocracia e lentidão na operacionalização dos projetos, foram alguns dos fatores que não contemplavam e nem viabilizavam a execução mais efetiva das ações e projetos do CEREST/PA, bem como, a sua missão de atuar como unidade de inteligência e polo irradiador da cultura de saúde do trabalhador junto à rede assistencial (SERVIDORA 4: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021).

Além dos aspectos destacados acima, outras situações também foram observadas pelos servidores da época, que refletiam o olhar que estes lançavam sobre a forma de atuação do centro estadual e seus pontos de vista, como podemos observar abaixo:

O que eu posso entender, que no primeiro período, posso falar que o CEREST representava para nós, assim, a equipe que trabalhávamos lá, um elefante branco, ele não existia da forma como era feito pela RENAST, pelas legislações. A gente não via se desenvolver ações de saúde do Trabalhador, conforme aquilo que estudávamos e inclusive [...] até a presença do controle social era muito tímida. Nós não fazíamos nem o acolhimento do Servidor, lá dentro. Então, assim, comentávamos muito, que era como um elefante branco. Existia pelas legislações. Existia já todo estruturado, mas não existia o serviço. Não atendia, conforme era preceituado nas legislações que nós liamos (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, MARÇO, 2021).

Enfrentando tais dificuldades, observa-se que a partir da instituição do CEREST Estadual, cujo funcionamento efetivo data de janeiro de 2004, em um prédio localizado na Av. Generalíssimo Deodoro, no bairro de Nazaré, em Belém, algumas ações relacionadas à implantação da política de saúde do trabalhador, começam a ganhar forma, no que diz respeito aos primeiros passos voltados a sua implantação e implementação em nível estadual, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 1.679/2002, analisada no primeiro capítulo.

Sobre este aspecto, merece destaque o seguinte ponto de vista, registrado em uma das entrevistas de campo, que chama atenção para linha de atuação implementada pela gestão do período, a frente do CEREST Estadual:

O Período de 2003 – 2006 registra como principais ações o foco em medidas político administrativas e financeiras, assim como, de organização e estruturação para implantação e implementação dos CEREST Regionais, nos municípios polo de Santarém e Marabá, as ações para implementar o controle social do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios polo que abrigariam os CEREST regionais de Santarém e Marabá, as ações para pactuar a contratação ou definição, de servidores para a Rede Estadual e Regional/Municipal, que viesse compor as equipes dos CEREST de Santarém e Marabá, a Intensificação da educação permanente em saúde do trabalhador, com a vinda de profissionais de outros estados para capacitarem as equipes, organização e participação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, nas suas etapas preparatórias: regional, municipal, Estadual e Nacional e participação em reuniões de gestão da RENAST, a nível nacional (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

O período de gestão abriga ainda ações dentro de um perfil técnico e de planejamento, voltadas à capacitação dos servidores lotados na DIVISAT, compreendendo os aspectos de normatização, regulação e coordenação das ações de atenção à saúde do trabalhador no Estado. Dentre as ações realizadas, destacamos as seguintes:

Participação de técnicos em cursos e oficinas realizadas pela FIOCRUZ, realização do Curso: Atenção Integral às Crianças e Adolescentes Economicamente Ativas, realização de seminários sobre temas referentes à gestão de saúde do trabalhador, oficinas básicas em saúde do trabalhador nos municípios sedes das Regionais de Proteção Social - RPS, elaboração do Projeto Perfil Municipal em Saúde do Trabalhador, elaboração do projeto do I Simpósio Paraense de Prevenção da Perda Auditiva Relacionada ao Trabalho, levantamento dos acidentes de trabalho segundo as Comunicações de Acidentes do Trabalho - CAT notificadas no Hospital de Pronto Socorro Mário Pinoti, em Belém e a inclusão do CEREST/PA como membro do Fórum Paraense de Erradicação do Trabalho Infantil (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A habilitação do CEREST Estadual e a inclusão da temática saúde do trabalhador nas discussões de planejamento da SESPA, são referidas por servidores da Divisão de Saúde do Trabalhador – DIVISAT, cuja chefia exerce a coordenação do CEREST Estadual, como avanços do período 2003 a 2006. Além desses aspectos, observa-se ainda perspectivas na instituição de centros regionais e o início de um processo de capacitação da equipe.

No período 2003 a 2006, caracterizam-se a gestão das ações da política de saúde do trabalhador priorizando estabelecimento de ações de instalação, implantação e implementação técnico administrativa dos CEREST Estadual e Regionais de Santarém e Marabá e o início do processo de educação permanente em saúde do trabalhador e as ações de assessoramento aos centros Regionais (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A ausência de ações de acolhimento, a preocupação com o entendimento, por parte da equipe, do papel dos CEREST e a perspectiva de estruturação de uma rede de atendimento aos trabalhadores, a partir do SUS, também podem ser destacadas como

características observadas no período 2003 a 2006. Essas preocupações, foram norteadoras para a elaboração de projetos, como podemos observar no registro a seguir:

Bom, no primeiro período [...], aconteceu por cerca de um ano e meio que eu passei, antes de finalizar, existia muito essa preocupação de fazer projetos, porque a gente não tinha atendimento no CEREST. A gente não executava o acolhimento e não existiam todos os CEREST Regionais. Existia a proposta de CEREST Regionais, e para isso, nós estudávamos bastante, fazíamos muitos projetos. Eram contados os servidores na época. Eram os antigos que estavam desde o início da criação do CEREST Estadual [...]. E, assim, os que ainda estavam, eram os que viajavam, quando tinha alguma viagem técnica ou que fossem participar de alguma atividade fora, e era restrito. Então nós da equipe técnica, que havíamos entrado recente, a gente se preocupava assim, como é que ia ser o papel dos CEREST Regionais, estruturando a rede. Como uma forma assim, como era preceituado nas leituras que fazíamos sobre a RENAST, que estabeleciam o papel dos CEREST Regionais, então a gente se preocupava em fazer os projetos. Era essa a atividade maior que fazíamos anteriormente, isso eu me lembro bem. Não existiam tantas reuniões, era um trabalho bem interno e por isso assim, a sensação era de ser um elefante branco (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, MARÇO, 2021).

Esse sentimento de um objetivo vazio, de certa forma, tem uma relação com o desconhecimento da política, por parte da equipe de servidores, então lotados na DIVISAT. Para muitos as discussões eram ocupadas por uma nova política, que carecia de maior conhecimento e aprofundamento de seu objetivo e de como realizar as ações, que se passavam por dentro do Sistema Único de Saúde, observando a participação do controle social, prevista para política. Participação esta, que deveria se materializar a partir da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, a ser constituída pela representação dos trabalhadores usuários da política, a partir de resolução do Conselho Estadual de Saúde. O que não foi observado pela gestão, uma vez que a CIST Estadual foi criada pela Portaria GS/SESPA N° 466 de 14/04/2004.

Lembro, que logo quando eu entrei no CEREST [...]. Não tinha muita entrada do Controle Social no CEREST. Era muito tímida essa aproximação. E lembro que tinha uma reunião que acontecia poucas vezes dentro do prédio [...] a pessoa que sempre participava dessas reuniões era a Madalena Moda. Que antes de 2007 defendia muito essa questão do fortalecimento do controle social e também em 2005, veio o Aldo, ele já era do SINTEPP e levantou muito essa bandeira da importância do controle social, ele participava mais efetivamente desta parte da reunião [...]; as poucas atividades que tinham, em que o CEREST era chamado para participar, não havia muito a presença da coordenação do CEREST, participando dos eventos em Saúde Trabalhador, sempre era designando algum técnico para participar das palestras em relação à saúde do trabalhador. [...] Eram algumas pessoas do controle social que já vinham nessa luta, já eram militantes nessa luta, e, assim, com dois, três colegas do centro de referência que participavam, que levavam adiante as atividades, mas era algo pouco eficaz. Existia essa vontade muito forte, do controle social, em levantar mesmo o CEREST, para que ele pudesse realmente agir, desempenhar o seu papel, conforme a legislação previa, mas a gente via que não tinha essa abertura. (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, MARÇO, 2021).

Em que pese as dificuldades da gestão em lidar com o controle social, a perseverança dos trabalhadores que compunham a CIST, na defesa de sua importância e na necessidade de participação mais efetiva, nos momentos em que o controle social pode reunir e debater a temática com a representação da gestão, possibilitaram alguns avanços propositivos para que a política de saúde do trabalhador ocupasse espaço nas discussões com os seus usuários. Um exemplo dessa persistência foi a garantia da realização da etapa local e da participação de representantes do Estado na etapa nacional da III Conferência Nacional de Saúde do trabalhador. Nesse sentido, merece relevo a seguinte afirmação:

[...] considero o processo de participação social como elemento a ser destacado na construção da Política de Saúde do Trabalhador e, nesse sentido, como um marco desse período, a garantia da organização e realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que ocorreu em Brasília em 2005. A concretização da Conferência, após um hiato de mais de 10 anos desde a realização da 2ª Conferência, ocorrida em 1994, cristaliza os esforços do governo federal em realizar uma ampla mobilização, a partir de discussões fomentadas desde instâncias municipais e estaduais, em que se reuniram milhares de participantes e culminaram com a etapa nacional que contou com a presença de aproximadamente dois mil delegados dos mais diversos segmentos sociais (USUÁRIO 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A incorporação, nas práticas de saúde pública estadual, do olhar da saúde do trabalhador em suas ações, também, é um aspecto merecedor de verificação de possível efetivação, tendo em vista os desafios que a política representou no período de governo 2003 a 2006, para os servidores, em relação ao seu conhecimento, como também, de sua apreensão nas atividades desenvolvidas. Sobre esse aspecto, identificamos referências às discussões permanentes sobre a importância da instituição de uma rede de municípios sentinelas. Estas discussões, de acordo com os relatos de servidoras e servidores, eram realizadas em conjunto com o processo de habilitação dos centros regionais de Santarém e Marabá. Outra questão destacada foi a incorporação, nas discussões sobre a apresentação da política aos municípios, da compreensão da importância que tinham os CEREST para os trabalhadores usuários, representando, de certa forma, a possibilidade da instituição de uma “proteção mais efetiva de direitos e resguardo da segurança em si, uma vez que, estes, passam a ter mais um ente de governo voltado especificamente para este cuidado” (SERVIDOR 1: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021).

Mesmo enfrentando dificuldades com a gestão, tendo em vista a falta de compreensão do significado da política para o atendimento das demandas dos trabalhadores, observa-se que o corpo técnico de servidores, a partir dos estudos e das poucas capacitações realizadas, conseguiu desenvolver a compreensão da RENAST, enquanto uma estrutura

organizada por dentro do SUS, voltada para desenvolver a atenção aos trabalhadores dos setores rural e urbano, tanto do ponto de vista do vínculo formal, como da informalidade, considerando esta, uma das motivações para constituição do CEREST Estadual.

A RENAST objetiva desenvolver ações e projetos de prevenção, proteção e promoção da saúde do trabalhador no Brasil, independentemente do local de trabalho rural ou urbano, independente do vínculo empregatício, da forma de inserção no mercado de trabalho, através das estratégias de descentralização e regionalização do SUS, de forma transversal nos 3 (três) níveis de atenção: Atenção Primária, de Média e de Alta Complexidade, através de ações de suporte técnico-pedagógico (matricial) e retaguarda técnica. Os Centros de Referência, portanto são unidades para inserir tais ações no bojo da gestão das unidades constituintes do SUS. Objetivando resgatar, enfim, a relação “Trabalho x Saúde x Doença” (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Nessa trilha, percebe-se ainda a identificação da necessidade de uma unidade hierárquica responsável pela gestão da política a nível de Estado, tendo em vista que a regulamentação da RENAST estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002, as portarias que a sucederam e a Resolução nº 603 de 08/11/2018, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, caracterizam a DIVISAT como uma coordenação estadual, havendo necessidade, neste caso, de mudança da legislação estadual em relação a estrutura organizacional da SESPA, no sentido de acolher este entendimento, uma vez que o CEREST é o executor das ações.

A constituição do CEREST estadual teve como principal finalidade, a composição de equipe técnica qualificada como referência para a condução da Política de Saúde do Trabalhador, objetivando a descentralização do conhecimento e dos serviços voltados à saúde do trabalhador, por meio da implantação de outros serviços no Estado, tendo como base a inserção dessa política nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (GESTORA: REGISTRO DE CAMPO, NOVEMBRO, 2020).

Naquilo que se refere ao comprometimento governamental com a efetivação da política, não há esta percepção por parte dos servidores. “Quando fui chamada do concurso, faltava um ano e meio pra finalizar aquele governo e não vi, assim, esse comprometimento com a política de saúde do trabalhador” (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, MARÇO, 2021).

Os registros de campo deixam transparecer ainda, que para os servidores, a determinação do Governo Federal no sentido de estruturação de uma política de caráter nacional e a garantia do financiamento federal, é o motivador do interesse da gestão 2003-2006, na implementação da política. Esta contatação pode ser observada no seguinte registro: “O que notei foi que no primeiro momento preocupou-se com a implantação do Centro Estadual, em decorrência da implementação da política de uma forma Nacional, havendo

inclusive o repasse do Governo Federal, posteriormente, buscou-se a expansão de unidades [...]” (SERVIDOR 1: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021). Nesse caso, é possível inferir que seguir a regulamentação de uma política nacional, necessariamente não significa compromisso de governo com a sua implantação e a implementação das ações.

2.2 O AVANÇAR DA CAMINHADA: 2007 A 2010

A política de saúde do trabalhador experimentou significativos avanços na gestão de Ana Júlia Vasconcelos Carepa. Ana Julia, como ficou conhecida, governou o Estado do Pará no período de 2007 a 2010. Sob sua gestão, a SESPA teve dois secretários e uma secretária de saúde e a DIVISAT dois chefes. As mudanças na secretaria de saúde e na Divisão de Saúde do Trabalhador não causaram solução de continuidade para o avanço da caminhada que a política de saúde do trabalhador conheceu no Estado. No caso da DIVISAT, o primeiro chefe esteve na titularidade por oito meses. Nesse período, discutiu a estruturação da Divisão e um planejamento estratégico para implantação da política e implementação das ações, a partir do CEREST Estadual. Em setembro de 2007, foi remanejado para o setor de planejamento da secretaria. O novo titular, deu continuidade às ações em andamento e iniciou as que estavam previstas para aquele ano, adotando a mesma ferramenta de planejamento para os anos seguintes, como podemos observar na afirmativa a seguir:

[...] as ações de governo na área de Saúde do Trabalhador passam a ser norteadas por abordagens transversais e Intersetoriais, o que exige uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente-saúde, que possibilitem a sua implantação como Política de Estado.

Com base nesta lógica política a DIVISAT/CEREST-PA, buscou inverter e viabilizar uma nova forma de gestão, ou seja, concretizar através do fortalecimento do controle social e da implantação do Planejamento Estratégico, uma cultura de trabalho pautada pela transparência e participação democrática dos principais usuários desta política que são: todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Retroalimentado por um processo de monitoramento e avaliação dinâmico e contínuo, no intuito de viabilizar o caráter soberano de melhorar a qualidade de vida e de saúde dos atores sociais da política em questão (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A mudança na abordagem da política destacada acima, assim como na gestão anterior, também enfrentou dificuldades como as de ordem burocráticas e o desconhecimento do enfoque sobre saúde do trabalhador a nível das gestões regionais e municipais, tendo em

vista que as mudanças na gestão se deram em alguns níveis de chefias, permanecendo os funcionários concursados da secretaria nas demais funções. Os desafios se deram diante da:

falta de recursos humanos, necessidade de capacitação em saúde do trabalhador de servidores da secretaria e dos municípios que iriam compor as equipes dos centros regionais e a ausência de infraestrutura nas Regionais de Saúde e nos municípios sedes dos CEREST Regionais de Santarém e Marabá” (SERVIDORA 5: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Ainda nesta linha de empecilhos dificultadores do desenvolvimento da política no Estado, enfrentados pela nova gestão, identificamos referências à operacionalização dos recursos financeiros, a morosidade interna na tramitação documental e a falta de conhecimento, no interior da secretaria, do processo de implantação e implementação das ações previstas para a política. Ilustra este entendimento a seguinte afirmação:

Em minha opinião existia alguns obstáculos que dificultavam o desenvolvimento da Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Pará, tais como: Centralidade do Recurso da RENAST na Diretoria de Vigilância em Saúde. Tínhamos o melhor planejamento, porém o acesso ao recurso da RENAST para operacionalizá-lo não existia. Inclusive, da DVS, a Política de Saúde do Trabalhador era a única política que recebia recurso federal, concomitantemente, também, existia um controle exagerado sobre ele. Depois de várias discussões na DVS, atualmente, o recurso para as ações da política de saúde do trabalhador é disponibilizado, tal como é para as demais políticas do SUS.

O Serviço Público já é burocrático, porém acredito que devemos tomar atitudes para desburocratizá-lo. No entanto, nesse período, um simples ofício comunicando uma ação tinha que passar pelo coordenador. Isso, a meu ver, era um grande dificultador, pois demonstrava desconfiança na equipe e tornava os processos mais lentos. A falta de clareza de como operacionalizar a Política de Saúde do Trabalhador no Estado do Pará era um grande obstáculo, o que contrastava com a realidade estrutural do CEREST-PA (SERVIDORA 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

O caminho adotado para superar os obstáculos foi a realização do planejamento das ações, tendo como referência os anos previstos para nova gestão, considerando o que já havia sido realizado e retomando as ações, a partir de um olhar voltado para inclusão dos principais atores da política, os trabalhadores usuários dos serviços, investindo no fortalecimento de sua representação e no envolvimento de entidades e órgãos públicos que tinham transversalidades com as ações. Sobre esse aspecto é relevante o seguinte registro:

O primeiro coordenador que nós tivemos tinha muita essa preocupação de planejar as ações, de organizar os quatro anos, como é que iam se desenvolver. Já deu aquela visibilidade para os CEREST Regionais, que seriam assim, precisavam ser fortalecidos, para que de fato acontecessem nas Regiões, e, envolver todo o Estado. O braço que precisava ser fortalecido naquele momento; o papel dos CEREST Regionais e do próprio CEREST Estadual, que precisava se desenvolver. Começou assim o planejamento, que foi dado sequência pela coordenação que assumiu a partir

de setembro e ficou até o final do mandato. [...] quando ele entrou, juntamente com ele veio a Madalena Moda, que teve um papel fundamental na relação com o controle social, que já participava das reuniões anteriormente. Tivermos muita presença da FUNDACENTRO e de profissionais sequelados no trabalho, que participavam de alguma forma de algum sindicato ou associação (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, MARÇO, 2021)

A concretização do fortalecimento da representação dos trabalhadores na discussão, planejamento e desenvolvimento das ações, sob a coordenação do CEREST Estadual, ganhou efetividade com a aprovação da Resolução nº 032, datada de 18/09/2007, pelo Conselho Estadual de Saúde - CES, que instituiu o controle social da política, a partir da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador – CIST, em nível estadual, proporcionando sua efetividade. Essa resolução corrigiu um equívoco da gestão anterior, que instituiu o controle social da política a partir da Portaria GS/SESPA Nº 466, de 14/04/2004, que perdeu sua finalidade com a deliberação do CES. A propósito da materialização do controle social, merece relevo a seguinte afirmação:

A partir de 2008, o novo governo Estadual do Pará iniciou um projeto nessa área. Como a extensão territorial do Estado é muito grande e de difícil acesso, o início foi lento e gradual. Primeiro se investiu na formação de um quadro técnico e depois na sensibilização e acesso do controle social para essa área que era inédita no Estado. [...] Lembramos que a partir de 2008, nós do movimento sindical passamos a perceber tais ações, em fase inicial. Entre os anos 2009 e 2010, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as instâncias do controle social já eram uma realidade em várias regiões do Estado (USUÁRIO 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Ainda nessa linha de fortalecimento do controle social e de seu envolvimento nas ações da política de saúde do trabalhador no Estado, entendido, neste caso, como uma resposta dos trabalhadores, que funcionava como uma caixa de ressonância em relação a efetividade da atuação do CEREST Estadual, destacamos o seguinte registro:

A partir de 2007, essa situação mudou e o controle social aconteceu. Tanto que uma das grandes preocupações foi a de realizar a devolutiva da III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, que já havia acontecido, desde 2005. O Estado do Pará era um dos poucos que faltava fazer essa devolutiva. Todos os demais Estados, praticamente, já haviam feito e precisava ter esse chamamento da sociedade, e, principalmente, contar com a presença do controle social. Então, como não existia diálogo, essa abertura para o controle social, não tinha como acontecer. A partir de 2007, não. Tanto que foi uma prioridade, com a mudança de governo, a realização da devolutiva da Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador.

A realização da devolutiva foi a oportunidade de reunir todos os atores que trabalhavam na temática e, principalmente, envolver o controle social e isso aconteceu no finalzinho do 2º Semestre de 2007. Foi fundamental o papel do controle social, que em todas as capacitações que existiam, tinham vagas garantidas [...], como também, quando nós íamos fazer alguma palestra em algum dos CEREST Regionais, alguma capacitação, existia também alguém do controle social, que ia

conosco para esse momento. Então, houve esse fortalecimento do controle social, não só no CEREST Estadual, como também, nos CEREST Regionais. Não dá para conceber a política de saúde do trabalhador se não houver a presença dos trabalhadores, a partir do controle social. Eles estavam ali para isso. Representantes da classe trabalhadora, ninguém mais importante que eles, até porque, eram eles que acompanhavam os trabalhadores, a partir de suas categorias, para saber quais eram as grandes mazelas e trazer isso à tona para que isso pudesse ser trabalhado dentro dos CEREST. Eles traziam até mesmo trabalhadores que necessitavam ser escutados no acolhimento e participavam ativamente conosco. Esse foi um papel importantíssimo do controle social, porque o CEREST, por mais que tivesse seu papel institucional, neste momento, ele teve essa preocupação de capacitar para fortalecer sua atuação e o próprio desenvolvimento de nosso trabalho, dentro dos centros de referência, tanto no estadual, quanto nos regionais (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Ao encontro deste entendimento, que ressalta a importância da participação do controle social na discussão e realização das ações de saúde trabalhador, bem como, do papel que desempenha a representação dos trabalhadores usuários na construção da política e no acompanhamento da utilização dos recursos, destacamos a seguinte afirmativa:

Entendo que houve ampla participação do controle social nesse período. Tal percepção está ancorada nas pautas de discussões e iniciativas de ação coletiva que vimos ser desenvolvidas nos fóruns da CIST – com evidente aprofundamento de temas de interesse dos trabalhadores e suas organizações. Nesse aspecto, é possível afirmar que, para além do exercício do controle social, propriamente dito, “sobre” a Política, podemos falar da participação do controle social “na construção” dessa Política, a partir da troca de informações e argumentos que ocorriam nos debates promovidos no interior daquele fórum, colocando face a face os demandantes e gestores, o que se revelou um processo rico e pedagógico para todos e todas, contribuindo inegavelmente tanto para a qualificação dos profissionais das instituições de governo, quanto dos representantes dos trabalhadores.

Temas como a estruturação da RENAST; a efetiva implantação e funcionamento dos CEREST; o acompanhamento da execução dos recursos financeiros destinados à execução da Política de Saúde do Trabalhador; a definição e desenvolvimento de estudos e pesquisas de interesse dos trabalhadores, são exemplos de discussões e temas levadas à cabo no interior da CIST naquele período.

É possível ressaltar ainda as ações de mobilização, organização e participação social que emergiram daquele fórum e que tiveram o real protagonismo dos trabalhadores e suas organizações, tais como a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e as ações alusivas ao dia 28 de Abril - Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho, que desde 2003, foi consagrado pela Organização Internacional do Trabalho – OIT, à reflexão sobre a segurança e saúde do trabalhadores em todo o mundo e, desde maio de 2005, instituído por lei específica no Brasil (USUÁRIO 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A importância da participação do controle social nas discussões das ações desenvolvidas pelo CEREST estadual durante a gestão 2007 - 2010, pode ser destacada ainda com a realização da plenária devolutiva da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005, em Brasília. O evento realizado no final de 2007 possibilitou a definição das ações voltadas a implementação das deliberações que foram priorizadas a nível nacional. Além desse evento, a gestão realizou ainda três jornadas da política entre 2008

e 2010, que permitiram o fomento e a articulação intra e intersetorial dos diversos setores da saúde e de outras políticas setoriais com interface na saúde do trabalhador, a partir do envolvimento de entidades da sociedade civil, instituições públicas e sindicatos de trabalhadores, proporcionando o debate de proposições que viessem contribuir para o avanço da política estadual de saúde do trabalhador. O envolvimento dos participantes, a partir da representação da CIST, representou importante contribuição, na disseminação da política no Estado, contribuindo para o envolvimento dos representantes dos trabalhadores nas ações do CEREST Estadual (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

As ações contidas no planejamento do CEREST Estadual foram distribuídas no Plano Emergencial 2007 e no Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador 2008-2011, contemplados nas respectivas Programações Anuais de Saúde – PAS, da SESPA. A necessidade de pactuação de uma política estadual de saúde do trabalhador e do plano a ser desenvolvido no biênio 2008/2009 foi debatida, no segundo semestre de 2007, junto à instância estadual de pactuação, objetivando celebrar um compromisso formal dos gestores com a implementação das ações previstas para área de saúde do trabalhador. O compromisso, materializou-se com as Resoluções nº170/2008 e nº171/2008, aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A mudança de abordagem no encaminhamento das ações da política de saúde do trabalhador na gestão 2007 - 2010, pode ser compreendida como um comprometimento mais eficaz daquele governo com a referida política, a partir da efetivação daquilo que foi planejado.

Em relação ao período 2007 a 2010, destacamos a inauguração dos CEREST Tapajós e Carajás, o fortalecimento do Controle Social em Saúde do Trabalhador, nos CEREST instalados, com resgate do processo de participação da CIST/PA e CIST municipais, desde o processo de construção do plano de trabalho e programação anual de gestão até o acompanhamento e avaliação da Gestão do CEREST, com base nestes instrumentos de gestão do SUS, a mudança na metodologia de trabalho da equipe, com a implementação do trabalho coletivo, participativo e democrático na condução da gestão e a habilitação e inauguração do CEREST Regional do Araguaia, ocorrida em dezembro de 2010, em Conceição do Araguaia (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A percepção de uma maior compreensão da política de saúde do trabalhador, por parte da gestão governamental e no interior da secretaria de saúde, colaborou para um envolvimento mais efetivo da equipe de servidores com a realização das ações, o que criou condições favoráveis para o fortalecimento da RENAST, a partir da ampliação de serviços relacionados com o desenvolvimento de ações da política a nível estadual.

O período de 2007 a 2010, foi considerado um período significativo, em que houve maior compreensão e visibilidade da Política de Saúde do Trabalhador na SESPA e em outros setores do governo, a efetiva irradiação e descentralização das ações de Saúde do Trabalhador e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Estado. Posso referir a ampliação de serviços com a implantação de 02 (dois) Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador [...] e a articulação para implantação de mais serviços para o desenvolvimento das ações e o Ambulatório de Saúde do Trabalhador; o desenvolvimento de ações e projetos: 1) Capacitação da Rede de Unidades Sentinelas para identificação e notificação de agravos relacionados ao trabalho; 2) Realização de Curso de Aperfeiçoamento em Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); 3) Ações de Vigilância aos ambientes de trabalho com visitas técnicas, emissão de relatórios, recomendações, capacitações, monitoramento, terapia comunitária, grupo de reflexão e acolhimento; 4) Realização de Acolhimentos dos trabalhadores formais e informais com atenção para seus problemas sociais e de saúde e promovendo sua inclusão na rede assistencial qualificada.; 5) Realização da pesquisa “Perfil Municipal em Saúde do Trabalhador” e construção do “Diagnóstico Preliminar em Saúde do Trabalhador” no âmbito do Estado, contribui com a elaboração de um Perfil Epidemiológico Estadual em Saúde do Trabalhador; 6) Aprovação e apresentação de Experiências e Estudos em eventos locais, Regionais e Nacionais; 7) Elaboração e Pactuação de Protocolos Clínicos de Atenção a Saúde dos Trabalhadores e 8) Elaboração e aprovação de normativas: a) Publicação do Decreto Estadual Nº 2.253, que institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador; b) Publicação da Portaria nº 473, que regulamenta a identificação e notificação de acidentes graves, fatais e com crianças e adolescente; e da Portaria nº 548, que estabelece a Rede de 41 Unidades e 23 Municípios Sentinelas no Estado do Pará, importantes marcos regulatórios e políticos. (SERVIDORA 4: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021)

A necessidade de informações sobre dados municipais a serem utilizados como base para o planejamento das ações que começaram a ser executadas, bem como as previstas para o decorrer da gestão, suscitou a ideia para elaboração do projeto Perfil Municipal em Saúde do Trabalhador, que previu a coleta de dados nos 144 municípios do Estado. A elaboração do referido projeto teve como referência o Plano Diretor Regional – PDR, adotado pela SESPA, à época, onde as Regionais de Saúde eram identificadas como Centros Regionais de Saúde - CRS, classificados de forma crescente do 1º ao 13º Centro (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A primeira etapa do levantamento de dados teve início pelos municípios do 1º, 2º, 3º e 6º CRS, compreendendo um total de 29 municípios. A segunda etapa envolveu 28 municípios do 4º e do 5º CRS. Os dados foram compilados e sistematizados a partir de uma análise preliminar. O resultado da apreciação foi apresentado em dois encontros com os gestores dos municípios cobertos pelos Centro Regionais de Saúde, objetivando a sensibilização de secretárias e secretários de saúde sobre a importância da pesquisa, bem como da necessidade de assinatura de um termo de compromisso garantidor de sua realização a partir de um estudo mais aprofundo dos dados coletados (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A terceira etapa da pesquisa foi planejada para ter início em 2011, envolvendo 40 municípios cobertos pelo 9º e 11º CRS. Esses municípios compõem a área de abrangência dos CEREST Regional Tapajós e Carajás, que ficaram com a responsabilidade de sua execução, com apoio do CEREST Estadual. Cabe esclarecer que em 2010, a SESPÁ reviu seu Plano Diretor Regional, renomeando suas Regionais de Saúde, dessa forma o CEREST Tapajós passou a ser nominado como CEREST Regional Baixo Amazonas e o Carajás como CEREST Regional Itacaiúnas Tocantins (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

Antecedendo a pesquisa de campo, foram realizados o terceiro e o quarto encontro de gestores, envolvendo secretárias e secretários de saúde dos 40 municípios, objetivando sensibilizar a gestão sobre a importância da pesquisa, da elaboração do Perfil Municipal em Saúde do Trabalhador para o desenvolvimento de ações locais e a assinatura do termo de compromisso para sua realização (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A estruturação de um protocolo de acidentes graves e fatais e com crianças e adolescentes, a serem notificados compulsoriamente por uma rede de municípios e unidades sentinelas, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, citado anteriormente, passou por discussões e ajustes em oficinas realizadas com trabalhadores das unidades de saúde definidas para compor a rede e técnicos dos CEREST Estadual e Regionais (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

As propostas de instruções técnicas e normativas saídas dessas oficinas foram discutidas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, resultando no compromisso formal assumido pelos gestores com a notificação dos agravos, em uma rede de unidades sentinelas, atendendo, desta forma, o previsto na Portaria GM/MS nº 777/2004. A decisão da CIB foi consubstanciada por meio da Resolução nº 172/2008. Após a aprovação pela CIB, as propostas foram apresentadas para o Conselho Estadual de Saúde - CES, que em decisão do plenário, deliberou pela aprovação das proposições através das Resoluções nº 008/2009 e nº 009/2009, protocolo e rede de unidades e municípios sentinelas, respectivamente (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A instituição da notificação de acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, a partir de uma rede de municípios e unidades sentinelas, foi efetivada com a Portaria GS/SESPA nº 473, da Secretaria de Estado de Saúde, publicada na edição do Diário Oficial do Estado – DOE, de 28/04/2010. Já a rede composta por 23 municípios e 41 unidades, foi instituída pela Portaria GS/SESPA nº 548, da Secretaria de Estado de Saúde, publicada no DOE de 05/05/2010. No que se refere a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, também, apresentada, discutida e aprovada pelo CES, por meio da Resolução nº

007/2009, esta, foi estabelecida pelo Decreto Estadual nº 2.253, de 28/04/2010, publicado no DOE do dia 03/05/2010 (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A efetivação dos procedimentos de identificação, investigação e notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, dos acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes, estabelecida pela Portaria GS/SESPA nº 473/2010, define que as instruções normativas dos protocolos de cada tipo de acidente deverão ser observadas em todos os níveis de atenção do SUS, que farão parte da Rede de Serviços Sentinela, sendo extensivas aos demais setores da sociedade que compõe a rede de combate ao trabalho infantil e proteção do trabalho dos adolescentes (PARÁ, 2010).

De acordo com a Portaria, os serviços de emergência, pronto atendimento ou urgência, organizados a partir da porta de entrada no sistema de saúde estadual, integrarão a rede sentinela para os agravos em questão, devendo desenvolver ações de acolhimento, notificação, promoção e atenção integral, envolvendo assistência e vigilância em saúde do trabalhador (PARÁ, 2010).

A Portaria ressalta ainda, que os procedimentos da vigilância em questão deverão ser articulados com as vigilâncias ambiental, sanitária e epidemiológica, nas esferas estadual e municipais. Em relação aos acidentes com crianças e adolescentes, identificados na rede socioassistencial e rede SUS, estes deverão ser investigados para que se efetive a sua notificação. Já a notificação dos acidentes com exposição ocupacional a material biológico, ocorrerá após investigação comprobatória, sendo classificados como graves e fatais (PARÁ, 2010).

No que se refere ao acidente de trabalho, com material biológico e as intoxicações exógenas por substâncias químicas, agrotóxicos e metais pesados, acidente de trabalho fatal e acidente de trabalho grave, a portaria os define, em seu artigo quarto, assim:

1. Acidente de Trabalho: evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado e, que acarreta danos à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente, a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses de instituições públicas e privadas ou agindo em defesa do seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa.

a.1- Os acidentes com material biológico e as intoxicações exógenas por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados, devem ser notificados por meio das respectivas fichas de notificação do SINAN. Não devendo, portanto, serem registradas como Acidente de Trabalho fatal, grave ou em criança e adolescente, porém obedecerão ao fluxo de notificação de agravos relacionados ao trabalho;

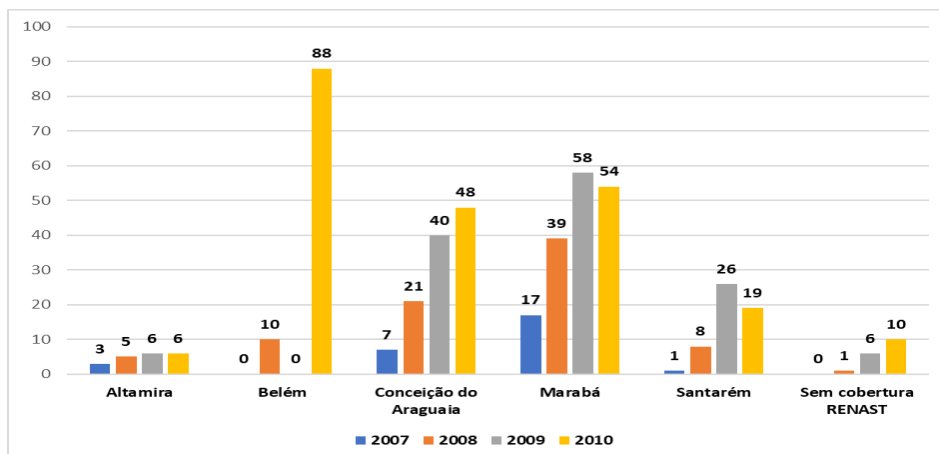
2. Acidente de Trabalho Fatal: aquele que leva óbito imediatamente após sua ocorrência, ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

3. Acidente de Trabalho Grave: aquele que acarreta mutilação, física ou funcional e cuja lesão implique em comprometimento que pode ter consequências nefastas ou fatais (PARÁ, 2010).

Independente da instituição da notificação compulsória dos acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, a partir de uma rede de municípios e unidades sentinelas, o SINAN já vinha recebendo notificações de municípios do Pará, de alguns acidentes contidos na Portaria GM/MS Nº 777/2004, cujo ritmo apresenta graus diferentes, no entanto indicam o crescimento do número de acidentes com estas características.

Guimarães; Almeida (2020), chamam atenção para o aumento das notificações de acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, a partir da estruturação da rede de CEREST e da materialização da Portaria GM/MS Nº 777/2004, no Estado Pará. Ao ressaltarem que ainda há muita subnotificação destes agravos, as autoras apresentam um levantamento dos registros dos acidentes com exposição a material biológico, realizados pelos CEREST Regionais, identificados, neste caso, pelo nome do município que abriga a sede: Altamira, Belém, Conceição do Araguaia, Marabá e Santarém, bem como um montante referente a municípios que não possuem cobertura da RENAST. Cabe lembrar que o CEREST Regional Xingu, cuja sede fica no município de Altamira, foi inaugurado no ano de 2011, sua inclusão no levantamento de dados tem relação com a metodologia adotada pelas pesquisadoras, que considerou os municípios abrangidos pela cobertura de cada centro, com o período de realização do estudo, ocorrido ano de 2013, e com a publicação dos resultados, datada de 2020.

Gráfico 1: Notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico, conforme a área de abrangência dos CEREST Regionais do Pará, 2007-2010.



Fonte: Guimarães; Almeida, 2020.

Ao analisarmos a classificação apresentada no estudo feito pelas autoras, destacamos os dados referentes ao período de 2007 a 2010. Os números demonstram um crescimento mais acentuado nos registros dos anos de 2009 e 2010, período em que a instituição da notificação compulsória foi estabelecida pela SESPA, a exceção se fez em relação ao CEREST Regional Metropolitano, localizado em Belém, que não apresentou registros para o ano de 2009.

Os dados indicam um conhecimento ainda incipiente do sistema de registro compulsório dos acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, no entanto apresentam um significativo crescimento a partir da ampliação da rede de CEREST Regionais e da instituição da Rede de Municípios e Unidades Sentinelas, por parte da SESPA. Além de sugerirem a necessidade de intensificação das ações destinadas a prestar esclarecimentos sobre o processo e a importância da notificação desses acidentes, tendo em vista a contribuição que apresentam para o desenvolvimento de propostas e ações de saúde do trabalhador a nível do Estado.

A instituição da política estadual de saúde do trabalhador representou importante conquista para os trabalhadores, no que se refere ao salto de qualidade na proposição de atuação da SESPA, que passou da referência de uma política de governo para uma política de Estado voltada à promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde dos trabalhadores, mediante a articulação e integração de suas ações, levando em consideração os processos de produção que envolvem consumo-ambiente-saúde, estabelecidos a partir de relações sociais compatíveis com o modelo de ecodesenvolvimento para a Amazônia (PARÁ, 2010).

Em relação aos seus pressupostos, a política instituída considera, dentre estes, a unidade, a equidade e a universalidade da atenção, o controle social, o critério epidemiológico e de avaliação de riscos, enquanto referencial do planejamento e avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos para seu financiamento e a definição do desenvolvimento de suas ações. Isso, a partir da vigilância em saúde do trabalhador e da assistência, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, centrada na promoção, proteção, recuperação e na reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos oriundos dos processos de trabalho (PARÁ, 2010).

Entre suas diretrizes, estão a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores, o estabelecimento de apoio ao incremento de estudos e pesquisas relacionadas a saúde do trabalhador e a participação da sociedade civil na gestão, execução e monitoramento de suas ações, por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, assessora do Conselho Estadual de Saúde (PARÁ, 2010).

A consolidação de uma política estadual de saúde do trabalhador pode ser compreendida como resultado de um processo de acúmulo de experiências, cujo aprendizado se deu a partir de uma abordagem inclusiva dos sujeitos da política, da compreensão da importância da atuação por dentro da rede SUS, e do investimento na capacitação dos servidores envolvidos na sua execução.

Dessa forma, a equipe começou a entender de fato qual o papel do CEREST, a questão da política, de fortalece-la como política de Estado e não como política de governo, para que acontecesse de fato, com o fortalecimento de todos os CEREST'S Regionais e do papel do controle social, que participava das capacitações, que sempre destinavam vagas para o pessoal do controle social para que se capacitassem junto conosco e quando começou de fato, havia as capacitações e as reuniões que precisavam ser tocadas naquele momento e também da gente realizar o acolhimento do Trabalhador.

Então, aqui antes não se fazia este papel. tanto que nós tivemos que fazer um projeto de acolhimento, como é que se daria, como é que seria, a partir daquele momento que a gente ouvia, que tinha aquela escuta qualificada, de que forma seria nosso proceder, como nós iríamos proceder, para que o trabalhador pudesse ter acesso aos demais serviços. Isso foi muito importante no desenvolvimento das atividades do CEREST, quando teve muito, mas isso dependeu muito da capacitação, da abertura política, do papel fundamental da abertura para o controle social está junto, das capacitações que tiveram e da devolutiva da saúde do Trabalhador. Porque para nós que estávamos lá, era muito recente, era uma Equipe Técnica que a maioria chegou a partir do concurso de 2005, que foi o meu caso. O concurso que nós prestamos em 2004 [...]. Então, era uma equipe nova e aquele assunto da política de saúde do trabalhador, também, era um mundo novo. A gente teve que se apropriar dessa política, entender, ser capacitados para poder capacitar os demais. E os fóruns de participação foram muito importantes. E houve uma bandeira de luta, que a gente levantou muito, também e que foi bem fortalecida, foi a de combate ao trabalho e exploração sexual infantil. Essa bandeira foi bem fortalecida, junto com os fóruns de erradicação do trabalho infantil, isso também foi muito forte nesse período. (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

No que se refere a identificação dos avanços para os trabalhadores usuários e para gestão, em relação ao período 2007 a 2010, servidores e representantes do controle social fazem referências à elaboração e instituição da política estadual de saúde do trabalhador, ressaltando seu caráter de política de Estado e a participação social no seu processo de elaboração, observam que houve a implementação de “um modelo de trabalho organizacional para o CEREST-PA. Isso é tão verdade, que vez ou outra a equipe técnica e administrativa cita esse período como o mais organizado do CEREST-PA e busca registros para dá continuidade” (SERVIDORA 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Seguindo este entendimento, servidores e usuários da política destacam ainda que a expansão da rede de centros regionais possibilitou um maior “acompanhamento, monitoramento, investigação, capacitação, planejamento de ações que resultem em

erradicação ou diminuição dos riscos e acidentes relacionados ao trabalho” (SERVIDOR 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Além dos aspectos relacionados à formulação de uma política estadual, da organização do processo de trabalho e da maior estrutura para o desenvolvimento das ações, a partir da expansão de uma rede de centros regionais, os avanços na gestão e na atenção aos trabalhadores usuários, também, são destacados nos seguintes aspectos:

[...] a rearticulação e fortalecimento do controle social com a implantação da CIST Estadual (2007), das CISTs Regionais e Municipais; a realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho e a integração das vigilâncias (Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental) na esfera estadual e municipal; a instrumentalização de técnicos, trabalhadores e a sociedade civil para atuar nas ações de vigilância em saúde do trabalhador (ambientes, organização e processos de trabalho); a capacitação de técnicos, gestores, trabalhadores e da sociedade civil sobre a Política de Saúde do Trabalhador; a construção de um processo de trabalho para operacionalizar a implementação dos protocolos clínicos em saúde do trabalhador e respectivas fichas de notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho na área metropolitana de Belém; a identificação de servidores do CEREST/PA com maior reconhecimento sobre o papel da CIST/CES (controle social) e a possibilidade de ministrar fundamentação teórica e prática aos profissionais de saúde do SUS e entidades que prestam assistência à crianças e adolescentes, visando à identificação, prevenção, diagnóstico e notificação dos agravos à saúde infanto-juvenil (SERVIDORA 4: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021).

A correção de rota na estruturação de uma rede de centros regionais, envolveu a habilitação do serviço existente na capital, como CEREST Regional, responsável pela Região Metropolitana. No que se refere a importância de se criar um serviço de escuta qualificada para os trabalhadores, objetivando encaminhar o atendimento por dentro da rede de saúde e instituições públicas voltadas para defesa de direitos, a partir de uma articulação capitaneada pelo CEREST Estadual, esta é registrada com destaque, enquanto avanço para os trabalhadores usuários e para gestão pública, entre 2007 e 2010.

Então, de avanços que eu posso dizer é que a partir do momento que o CEREST Estadual começou a desenvolver suas ações, conforme os preceitos da política [...] a partir de 2007. Foi a partir deste ano que de fato veio assim emergir os CEREST Regionais [...]. O único que existia era o Metropolitano de Belém, que era uma história que a gente dizia, que o filho nasceu antes do pai. Na verdade, este Centro era resultado de um trabalho do governo do município voltado para saúde trabalhador, antes da RENAST, que era a Casa do Trabalhador. Quando veio a Rede RENAST, ela foi transformada em Centro de Referência da Saúde do Trabalhador, com abrangência de atuação na Região Metropolitana de Belém [...]. Havia assim, um certo conflito de identidade, por parte do CEREST Belém, em alguns momentos, mas que foram sendo superados gradativamente, a partir das capacitações, das reuniões técnicas, da supervisão que acontecia do CEREST Estadual. E aí então foi tendo essa proximidade e cada um dos CEREST Regionais, realizando o seu papel dentro da política de saúde do trabalho.

Estávamos ali, uma equipe tanto do Estado e a gente via também, nos Regionais essa questão de se apropriar cada vez mais da política, para que pudéssemos estar capacitados para ouvir, e não só ouvir esse trabalhador, mas, principalmente, para fazer os encaminhamentos corretos, para que eles chegassem, tivessem acesso direto ao serviço que outrora havia sido negado para eles. Então o CEREST, assim, ele era um grande articulador nesse sentido (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

O investimento na capacitação dos servidores, o fortalecimento do trabalho coletivo, a maior identificação e comprometimento dos servidores com o desenvolvimento da política, o tratamento dispensado às informações, a partir do acesso nivelado entre gestão, servidores e usuários, a expansão da RENAST, tendo como suporte o apoio técnico e político na instrumentalização de uma rede de centros regionais, bem como para implantação da política em cada município e a instituição do acolhimento dos trabalhadores usuários, por uma equipe multiprofissional, estão entre as práticas referidas pelos servidores, como incorporadas à atuação em saúde do trabalhador no Estado, na gestão 2007-2010.

Eu vejo os avanços, a partir dessas capacitações, quando se passou de fato entender o que era e como se desenvolver esse trabalho. De chegar, de ter esse momento de ouvir o trabalhador sequelado, que não tinha mais para onde ir, que a partir do momento que ficou sequelado para o trabalho, foi posto na rua, sem direito nenhum. Não tinha mais direito a assistência médica, porque não fazia mais parte do local onde ele trabalhava [...]. Não tinha uma orientação, não tinha assim, a quem recorrer. Eram trabalhadores do mercado informal. Já não tinham mais formalidade dentro da área de trabalho e eles não tinham para onde recorrer. E o CEREST era isso, esse momento de ouvir o trabalhador, e, a partir daquela escuta qualificada, está encaminhando esse trabalhador, tanto para que ele tivesse um acompanhamento dentro da área da saúde, a partir de suas queixas de saúde, que muitas vezes eram até de cunho psicológico, também. Porque quando afeta as atividades de vida diária de uma pessoa, ela precisa desse apoio social, psicológico, e ele precisava ser escutado, ouvido e isso ele tinha dentro CEREST, como também o encaminhamento para dentro da rede de assistência à saúde e de outros locais que ele necessitasse, tanto da Previdência, da política da Previdência Social, quanto dos direitos jurídicos, ele tinha assim esse acesso. (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Seguindo essa linha de entendimento, aparece como prática incorporada à atuação em saúde do trabalhador a adoção da “notificação dos agravos de saúde do trabalhador nos municípios do Estado e a capacitação dos técnicos da rede de atenção estadual em Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT (SERVIDORA 3: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021). Além dessa atuação, identificamos referências ao desenvolvimento de ações destinadas ao conhecimento das condições em que as atividades laborais eram realizadas, por meio do desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, por equipes multidisciplinares, cujas experiências iniciais se deram nos espaços de trabalho do setor

público. Estas realizações, também, aparecem como práticas incorporadas à atuação nas ações de saúde do trabalhador, pelos servidores do centro.

Inspeções Sanitárias em Saúde do Trabalhador nos locais de trabalho, apesar de nessa época, elas terem sido realizadas nos espaços de trabalho do serviço público. Atualmente, essa prática já ocorre em empresas privadas, contudo acredito que isso fora um processo de maturação iniciado nesse período (SERVIDORA 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A demanda por orientações na área de saúde, incluindo as de cunho psicológico, em função do comprometimento das atividades do dia a dia, a busca de encaminhamentos junto a rede de assistência social e de saúde, bem como para outras instituições que desenvolviam ações, as quais tinham transversalidade com as atividades do centro e que pudessem disponibilizar informações e orientações relacionadas aos direitos previdenciários, além de situações que envolviam a garantia de direitos na esfera jurídica, suscitaram a necessidade de elaboração de um protocolo de acolhimento em saúde do trabalhador e a implementação de suas ações no CEREST Estadual. Assim, foram desenvolvidas capacitações dos servidores envolvidos com a atividade e implementada uma rotina para a realização das ações de acolhimentos, a partir de 2009. Entre aquele ano e 2010, foram registrados 94 acolhimentos. Os dados foram organizados para utilização do Observatório Estadual em Saúde do Trabalhador, previsto para entrar em funcionamento em 2011 (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

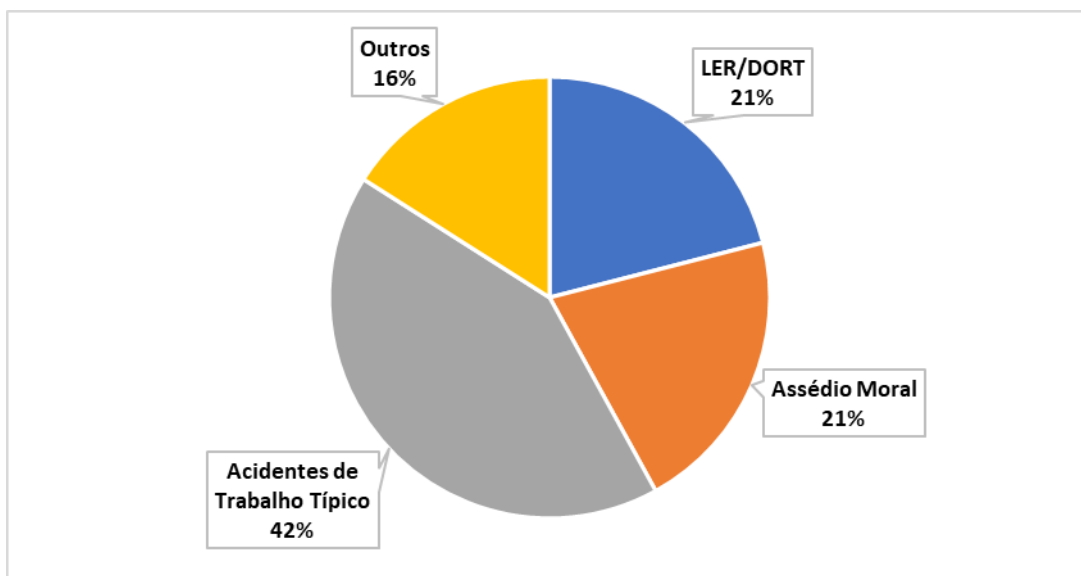
A busca pelos acolhimentos, possibilitou a solicitação de inscrição do CEREST Estadual no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de maneira a garantir o registro das atividades desenvolvidas pelos técnicos, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP. Este sistema funciona como gerenciador da tabela de remuneração dos procedimentos realizados por estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

Ao analisarmos os dados disponibilizados dos registros de acolhimentos, verificamos que a maioria dos atendimentos realizados por equipes multiprofissionais do CEREST, se deu a partir de demandas referenciadas pelos sindicatos de trabalhadores, o que sugere um efetivo funcionamento da CIST e uma sintonia da gestão do Centro com o controle social (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 - 2010).

De acordo com o Relatório de Gestão, os dados das ações realizadas entre os anos de 2009 e 2010, registraram acolhimentos de trabalhadoras e trabalhadores de diversos ramos produtivos. Dentre os agravos identificados, destacaram-se: LER/DORT com 21% (vinte um

por cento) de casos, Acidentes de Trabalho Típico com 42% (quarenta e dois por cento) e Assédio Moral com 21% (vinte e um por cento) (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

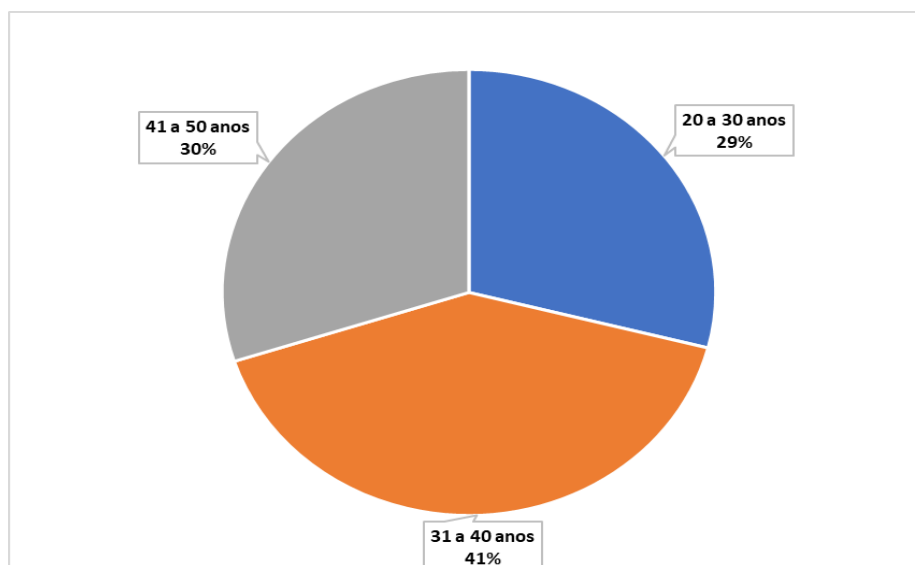
Gráfico 2: Principais agravos dos acolhimentos de 2009 a 2010



Fonte: Relatório de Gestão da DIVISAT 2007 – 2010

No que se refere as faixas etárias dos acolhidos, verificamos que 29% (vinte e nove por cento) tinham de 20 a 30 anos, 41% (quarenta e um por cento) de 27 a 40 anos, e 30% (trinta por cento) estavam localizados na faixa etária de 41 a 50 anos. Os dados indicam que as três faixas etárias correspondem à fase de maior produção dos trabalhadores. (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

Gráfico 3: Faixa etária dos acolhimentos de 2009 a 2010



Fonte: Relatório de Gestão da DIVISAT 2007 – 2010

A compreensão do comprometimento do governo do período 2007 - 2010 com a efetivação da política de saúde do trabalhador é referida pelos servidores e trabalhadores usuários, com a identificação de ações concretas do ponto de vista da organização estrutural do CEREST Estadual, da instituição da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, da disponibilização de espaço físico, suporte material e acompanhamento para o funcionamento da CIST estadual. Este entendimento é destacado como uma atuação governamental “mais disponível, acessível, sensível as ações da política de saúde do trabalhador” (SERVIDORA 3: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Essa visão ampliada, característica de um entendimento mais abrangente da atuação governamental na implementação e desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador, mereceu reconhecimento entre os sujeitos da pesquisa, dentre os quais, chamamos atenção para a seguinte afirmação:

A gente só veio perceber de fato, se instalar mesmo a política a partir de 2007. Quando veio toda a estruturação dos centros de referência, o acolhimento em saúde do trabalhador, as pesquisas realizadas, os trabalhos elaborados, a participação ativa do controle social, de agregar o controle social para que de fato a política se instalasse no Estado do Pará. Esse comprometimento só veio repercutir mesmo, se expandir, a partir de 2007, foi quando teve mesmo força o movimento de saúde do trabalhador, aqui no Estado do Pará (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Na senda deste espectro, observam-se ainda referências ao caráter democrático da gestão, que de acordo com os sujeitos da pesquisa, contribuiu de forma eficaz para o desenvolvimento de ações simultâneas, da gestão e do controle social, envolvendo as três esferas de governo, no intuito do fortalecimento da saúde do trabalhador no interior da SESPA, como podemos constatar no seguinte registro:

Em nível estadual, pôde-se constatar o fortalecimento do setor de saúde do trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde, no período de 2007 a 2010 com uma gestão de caráter democrático e popular, o que permitiu uma exemplar sinergia de ações com as instituições e órgãos das demais esferas de governo federal e municipais, cristalizando conceitos como os de interinstitucionalidade, intersetorialidade, permeados pela participação social, elementos próprios e necessários à construção de ações no campo da Saúde do Trabalhador (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

No que tange ao financiamento da manutenção da política, cumpri lembrar que desde sua estruturação estabelecida pela Portaria GM/MS Nº 1.679/2002, este vem sendo feito por meio de repasses mensais do Governo Federal, na modalidade fundo a fundo, para Estados e Municípios, que possuem centros e para aqueles que abrigam a sede de centros com

a abrangência de atuação regional. Os valores são diferenciados conforme a classificação do centro, por ocasião de sua habilitação (BRASIL, 2009).

Atualmente a regulação dos repasses consta da Portaria GM/MS Nº 2.728/2009, que estabelece um montante, repassado em uma única parcela, destinado a implantação dos CEREST, e, outros mensais. Esses valores devem ser utilizados nas despesas de custeio das ações de promoção, prevenção, proteção, bem como nas ações de vigilância. O repasse implica que a destinação dos recursos deverá ser lançada nos planos de saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e nas programações anuais. No que se refere a possibilidade de ocorrência de bloqueio de valores, este pode acontecer, no caso de não comprovação de sua aplicação na implantação do serviço e pela não apresentação dos resultados das ações da política no Relatório Anual de Gestão, quando se tratar do repasse mensal (BRASIL, 2009).

Em atenção ao previsto na Portaria comentada acima é interessante trazer à baila a seguinte afirmação:

O financiamento da referida Política está contido na Portaria nº 1.679/2002, tendo sido redefinido pelas Portarias nº 2.437/2005 e nº 2.728/2009, ocorrendo [...] através do repasse fundo a fundo do recurso RENAST, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde - FNS ao Fundo Estadual de Saúde do Pará – FES, de 12 parcelas de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), a cada ano. No caso dos CEREST Regionais, o repasse [...] é feito do FNS para o Fundo Municipal de Saúde – FMS, dos municípios polos, neste caso, o município que abriga a sede do CEREST Regional, de 12 parcelas de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a cada ano (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A retenção de recursos dos repasses mensais foi uma das situações enfrentadas pela gestão 2007-2010, tanto dos valores destinados ao CEREST Estadual, como dos três regionais: Metropolitano, Carajás e Tapajós, bloqueados em 2006. A retomada das ações da política possibilitou a utilização dos valores disponíveis nos respectivos fundos e a entabulação de negociações junto ao Ministério da Saúde para o desbloqueio dos valores retidos, ocorrido no ano de 2010. No caso do CEREST Estadual e do Metropolitano, os valores liberados referiram-se ao ano de 2009, já em relação aos CEREST Carajás e Tapajós, a liberação contemplou o segundo semestre de 2008 e o ano de 2009, tendo sido creditados no mês de outubro de 2010 (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

A garantia de execução dos projetos, eventos, capacitações, viagens, aquisição de bens, melhorias na estrutura física da sede, dentre outras atividades, vinculadas as ações de saúde do trabalhador, se deu com a elaboração de oito Quadros de Detalhamento de Quotas Quadrimestrais – QDQQ, no período de 2007 a 2010 e o primeiro quadrimestre de 2011. A importância da elaboração dos QDQQ reside no fato destes comportarem as ações de

programação e planejamento do orçamento previstas para cada quadrimestre. O financiamento da política de saúde do trabalhador está inserido no bloco de Vigilância em Saúde. (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010). A importância da garantia da execução financeira dos recursos destinados às ações da política, é compreendida como um compromisso voltado para:

[...] fortalecer o desenvolvimento das atividades da DIVISAT e do CEREST, incentivando a participação e a descentralização de capacitações, participação em eventos, para facilitar a manutenção e ampliação da política. Também se fomentou a aquisição de equipamentos, veículos e descentralização dos serviços, por meio da garantia de recursos financeiros nos QDQQ's (GESTORA: REGISTRO DE CAMPO, DEZEMBRO, 2020).

A ampliação da RENAST no Estado, também esteve presente no foco de atuação da gestão 2007 - 2010, nesse sentido, ocupou espaço nas discussões a revisão do projeto de instalação dos CEREST Regionais, estruturado a partir das Regiões de Saúde, desenho de atuação da Secretaria Estadual de Saúde. Dessa forma, foram realizadas discussões com representantes da Região de Saúde Marajó, na oportunidade foi sugerido o redirecionamento do CEREST Regional previsto para aquela região, para a Região de Saúde Araguaia, em função das melhores condições de infraestrutura para viabilização e habilitação em seu município sede, ficando garantido a manutenção da previsão de instalação de um centro na Região de Saúde Marajó (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

Após a alteração do projeto, foram iniciadas as articulações com os atores sociais envolvidos na implantação do novo centro, que após a habilitação e implantação, passou a responder por uma área de atuação composta por 15 municípios. A habilitação do CEREST Araguaia ocorreu em 02/12/2010, por meio de Portaria publicada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS, no Diário Oficial da União – DOU. Ressalte-se ainda, que a habilitação, garantiu à Secretaria de Saúde o avanço do processo de descentralização das ações e da atenção à saúde do trabalhador no Estado. (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

Observa-se que a gestão da política de saúde do trabalhador, no período 2007 - 2010, desenvolveu e apoiou eventos diversos que tiveram como alvo a divulgação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e a capacitação da rede SUS, de maneira a garantir o acolhimento e o atendimento de trabalhadoras e trabalhadores, a partir de princípios que norteiam uma atenção humanizada.

3 DESENHO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NAS GESTÕES GOVERNAMENTAIS DE 2003 A 2010

O desenvolvimento de políticas públicas exige um maior acúmulo de informações sobre as instituições envolvidas com a sua realização, das regras e modelos adotados que influenciam suas decisões, elaboração, implementação e avaliação. Dessa forma, a maior visibilidade do conhecimento nesta área tem relação com mudanças no rumo das políticas pertinentes as despesas públicas, a partir da adoção de restrições de gastos, principalmente nos países em desenvolvimento. A contenção com gastos impôs uma maior visibilidade para o desenho e implemento de políticas públicas, nos campos da economia e no social.

Ao considerar a complexidade existente nas relações sociais a partir da influência mútua entre Estado e sociedade, Giovanni (2009) destaca as políticas públicas enquanto um exercício no campo do poder e da economia, que reside nas sociedades pautadas pelo exercício da democracia. Sendo a definição das situações analisadas, enquanto problema, a resultante desta interação. Essa compreensão, destacada pelo autor, pressupõe a consolidação, na estrutura do Estado, de uma capacidade mínima de planejamento, tanto do ponto de vista técnico como político, a coexistência e independência de poderes e vigência de direitos de cidadania, bem como a capacidade coletiva de formulação de agendas públicas. Os pressupostos em questão, foram determinantes para consolidação das sociedades capitalistas, que se estabeleceram a partir do segundo pós-guerra, afirma o autor.

A compreensão do papel que desempenham as políticas de conotação social para o desenvolvimento de uma nação é destacada por Castro (2012), como uma ação do Estado a partir de sua diversidade e complexidade, cujo foco precisa ter uma perspectiva ampliada, abrangendo a política, o social e o ambiental. Para o autor, o desenvolvimento de políticas pautadas por essa amplitude do olhar “alteram a economia e a autonomia de um país, o meio ambiente e o próprio patamar de democracia alcançado, tornando-se assim, elemento fundamental para o processo de desenvolvimento nacional” (CASTRO, 2012, p.1011).

Souza (2006) evidencia que a fundação da área de políticas públicas contou com a participação de Laswell (1936), que considerou a importância da análise de política pública a partir da aproximação do conhecimento científico com o empirismo presente nas produções de políticas pelos governos, sendo dele a expressão *policy analysis*. Outro fundador destacado pela autora é Simon (1957), que introduziu no processo de elaboração de tais políticas a necessidade de se considerar a limitação da racionalidade dos envolvidos com a decisão de

suas implementações. Essa compreensão foi introduzida com o conceito de *policy makers*, cunhado pelo autor.

Em Lindblom (1959; 1979), a autora chama atenção para o seu questionamento ao racionalismo de Laswell e Simon, ressaltando sua proposição de outras variáveis a serem consideradas à formulação de políticas públicas, destacando as relações estabelecidas entre o poder e a integração das etapas que compõe suas decisões, dentre as quais, são citadas as burocracias das agremiações partidárias, os processos eleitorais e os grupos de interesses. Easton (1965), que definiu política pública como um sistema, que envolve formulação, resultados e ambiente, influenciados por partidos políticos, meios de comunicação e grupos de interesse, também é referenciado pela autora.

Ao considerar que a acepção de políticas públicas encontra abrigo nas formulações de Mead (1995), Peters (1986), Day (1984), a autora ressalta que a definição de maior conhecimento é a de Laswell (1936), que busca respostas para: quem ganha, o que ganha, por que ganha e qual diferença pode ser observada a partir das decisões e análises sobre políticas públicas, evidenciando que estas carregam a necessidade de um espectro holístico sobre a temática abordada. Nesse sentido, sopesando o aspecto teórico conceitual mencionado, afirma que:

a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006, p. 25).

Em relação a dependência entre políticas públicas e política, presente nos estudos desenvolvidos pelos países do velho continente, chama atenção o fato de que “nos países europeus o estudo das políticas públicas sempre esteve subordinado ao estudo da política [...] sem que ganhasse alguma autonomia entre as várias disciplinas da ciência política, o que viria acontecer apenas algumas décadas mais tarde (anos 80)” (GIOVANNI 2009, p. 4).

Ao considerarmos como ponto de vista a macroeconomia, o mundo capitalista surgido após a Segunda Guerra não refletiu a paz, a prosperidade e o bem-estar social esperados com a liberdade das relações econômicas de mercado. Esta constatação ganhou força na maioria dos estados capitalista, indicando a necessidade do rompimento com o modelo fundado no liberalismo econômico. Nesse sentido, a adoção de um sistema de proteção social a partir da garantia do pleno emprego, presente nas políticas keynesianas,

conduz os Estados nacionais a uma maior intervenção na regulação do desenvolvimento econômico e nas políticas sociais direcionadas a melhoria da vida em sociedade (GIOVANNI, 2009).

Percorrendo este caminho de compreensão, Castro (2012), realça que a política social objetiva realizar proteção e promoção social, sendo a materialização da proteção a seguridade social, cuja ideia força é a “solidariedade aos indivíduos, famílias e grupos em determinadas situações de dependência ou vulnerabilidade”. Já a promoção resulta da “geração de igualdades, oportunidades e resultados para indivíduos e/ou grupos sociais” (Castro, 2012, p. 1015). Consequentemente, o contorno e a intensidade das condições geradoras de seguridade social e análogas de oportunidades e resultados, estão diretamente relacionadas com as qualidades históricas e estruturais de cada país.

No caso da política social brasileira, (Castro, 2012) ressalta como característica principal, a estabilidade sustentada em regras e instituições estabelecidas, afirmando que suas ações e programas observem a garantia de renda, de oferta de bens e serviços sociais, e regulação. No que se refere a garantia da oferta de bens e serviços sociais, destaca que esta situação pode ser observada na participação direta de organismos estatais na produção de serviços, como os de educação e saúde.

Do ponto de vista histórico, naquilo que diz respeito a natureza geopolítica que se conforma a partir da década 1980, com os questionamentos das políticas de proteção social que já perduravam por trinta anos, Giovanni (2009) chama atenção para capacidade que o capitalismo tem para se reinventar. Assim, passa a ser pautado pelas ideias neoliberais, tanto do ponto de vista das políticas econômicas, como das políticas sociais. Essa mudança de rota guarda “uma estreita relação com o fim da bipolarização entre os blocos capitalista e socialista” (GIOVANNI, 2009, p. 6-7).

Já em relação a natureza política, o autor evidencia que o tempo decorrido entre o fim da Segunda Guerra Mundial e o tempo presente, abriga a consolidação das democracias no ocidente, a partir da representação política, tanto do ponto de vista sindical, como partidário. O período em questão, proporcionou o desenvolvimento de uma nova percepção do Estado democrático no seio da sociedade, passando a ser compreendido como aquele, que para além da garantia de “mecanismos clássicos de representação [...], revela uma forte capacidade de resposta [...] às demandas da sociedade” (GIOVANNI, 2009, p. 7).

De acordo com Souza (2006), a mudança de foco em relação as políticas de conteúdo keynesiano, adotadas como instrumento de recuperação da economia capitalista dos países destruídos com o segundo conflito bélico mundial, ganha relevância a partir da década

1980, que registra a eleição de Ronald Reagan para presidente dos Estados Unidos e Margaret Thatcher, como Primeira-Ministra da Inglaterra. Tais mudanças demandam a adoção de um receituário econômico, focalizado no ajuste de gasto, indicando a elaboração de orçamentos pautados por uma estabilização entre receitas e despesas e com a diminuição do papel do Estado, tanto na economia como nas políticas de caráter social. Em conformidade, essa prescrição econômica passou a ser aplicada, principalmente, nos países que apresentavam um percurso inflacionário recorrente, como os que compõem a América Latina.

Outro elemento presente nesta constatação, destacado pela autora, diz respeito a inexistência de coalizões políticas nos países desta parte do continente americano capazes de desenvolver uma solução para a dificuldade enfrentada com o desenho de políticas públicas estimuladoras do desenvolvimento econômico e da inclusão social. A autora ressalta que as respostas para essas indagações não são fáceis e tão pouco consensuais, posto que apresentam uma relação de dependência a fatores externos e internos aos países. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas, de suas regras, decisões e implementação, contribuem para busca de solução aos conflitos que permeiam as tomadas de decisões relacionadas a estas políticas (SOUZA 2006).

No Brasil, a década de 1980 é marcada pelo desenrolar das lutas por democracia e pelo fim do regime militar, iniciadas no final da década de 1970. Os trabalhadores retomam suas mobilizações na luta por melhorias de salário e condições de trabalho a partir de grandes greves no ABC paulista⁸. Estas mobilizações indicam o surgimento de um novo sindicalismo, que combina negociação com mobilização dos trabalhadores e a aproximação com a igreja católica, a partir das comunidades eclesiais de base. A década registra ainda, a retomada das eleições direta para governadores e prefeitos, o movimento “Diretas já”, que defendia o fim do colégio eleitoral e a convocação de uma nova constituinte.

Ao analisar as experiências dos trabalhadores da Grande São Paulo, nas décadas de 1970 e 1980, Sader (1988) faz referências a uma tomada de consciência dos trabalhadores, enquanto uma resultante de suas ações, ou seja, as ações desenvolvidas na defesa das melhorias das condições de trabalho e salário, que possibilitam o surgimento de novos sujeitos históricos. A própria visão de políticas públicas, registrada na Constituição de 1988, teve seu nascedouro na organização popular, que se contrapôs ao “Estado forte” militar. E, ao

⁸ Trata-se de um conjunto de municípios localizados no sudeste da Região Metropolitana de São Paulo conhecido como o Grande ABC, composto por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, cuja população comporta mais de 2,7 milhões de pessoas, ocupando uma área territorial de 828 km², de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE, de 2015 (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC, 2021).

considerarmos que a consciência da ação reside na ação em si, que no caso dos trabalhadores se manifesta na greve, na assembleia e na organização popular, percebemos que este avanço extrapola o campo sindical e partidário, transportando-se para o seio da sociedade, o que nos possibilita inferir que a luta pela redemocratização contou com uma sociedade civil forte.

Percebe-se, assim, que o povo brasileiro, mesmo diante de governos autoritários, soube cavar espaços para o desenvolvimento de lutas em prol da conquista de direitos, bem como na construção de instrumentos de luta, seja no campo sindical, como também na disputa pela formulação de políticas públicas por meio do parlamento. Creio ser este o sentido da luta por cidadania.

3.1 DESENHO DA ESTRUTURA NACIONAL

A busca de condições adequadas para que a saúde do trabalhador seja respeitada nos ambientes laborais é uma das funções da política de saúde pública, sob a gestão do SUS. Política esta que compõe os objetivos da proteção social e guarda relação com a luta pela redemocratização do Brasil, organizada a partir dos anos de 1970, que alcançou maior envolvimento social nos anos 1980.

As lutas sociais desenvolvidas nessas duas décadas comportaram diversos movimentos reivindicatórios, dentre esses, o movimento que defendia uma nova concepção de saúde pautada pela compreensão de uma política pública de caráter universal, naquilo que se refere ao atendimento, a integralidade e a equidade. O Sistema Único de Saúde - SUS, contemplado na Constituição de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde - LOS, de nº 8.080 de 19/09/1990, foi fruto destas lutas reivindicatórias.

Como podemos perceber a política de saúde do trabalhador, um recorte da política de saúde pública brasileira teve na sua origem uma luta mais ampla, que foi a busca da redemocratização do país, cujo caráter de exercício da cidadania foi impulsionador. Diante disso, é possível afirmar que a política de saúde do trabalhador carrega na sua estruturação por dentro do Sistema Único de Saúde um caráter reivindicatório.

As atribuições do SUS em relação a saúde do trabalhador são preceitos constitucional amparados pelo artigo 200 da Carta Magna, que devem se materializar a partir de medidas que consigam responder às necessidades apresentadas pelas situações relacionadas à saúde de trabalhadoras e trabalhadores. Nesse sentido, a definição de um perfil epidemiológico dos agravos, a que historicamente os trabalhadores vêm sendo acometidos, é

um instrumento fundamental para subsidiar os planos de ação a serem elaborados e pactuados nas instâncias de gestão do sistema. Sob este aspecto destacamos a seguinte afirmativa:

Desse modo, entende-se como necessidades, no que tange à ST, aquilo que deveria ser planejado e executado obedecendo ao que estabelecem os dispositivos legais – constitucionais e infraconstitucionais –, utilizando o que demonstram os indicadores epidemiológicos e os desajustes sociais decorrentes dos agravos relacionados com o trabalho (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017, p. 608).

O desenho estrutural das ações da política de saúde do trabalhador tem sua matriz na regulamentação do SUS, estabelecida pela Lei nº 8.080/1990 e da participação do controle social no sistema, prevista pela Lei nº 8.142/1990. O detalhamento das ações se dá a partir da edição de normas e portarias oriundas das instâncias de pactuação, dentre estas, as Normas Operacionais, que têm sua pactuação realizada por representantes do executivo federal, estadual e municipal, reunidos em comissões intergestores de caráter tripartite (as três instâncias de gestão) e bipartite (Estados e Municípios). A regulamentação destas instâncias consta do Decreto 7.508 de 28/06/2011⁹.

A área de saúde do trabalhador foi contemplada de forma detalhada na regulamentação do SUS estabelecida pela Lei nº 8.080 de 1990. Esse detalhamento é encontrado no artigo 6º, parágrafo 3º, que em oito incisos estabelece a estruturação e o desenvolvimento de ações de vigilância, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, ressaltando que na atividade laboral os trabalhadores se submetem a riscos e agravos, cuja origem reside nas condições em que o trabalho é realizado.

O primeiro passo na direção da institucionalização dos preceitos constitucionais do SUS ocorreu na década de 1990, com a edição de Normas Operacionais Básicas – NOB. Dessa forma, ao fazer referências ao financiamento do sistema, a NOB-SUS 01/1993, instituiu transferências de recursos fundo a fundo. Já a NOB-SUS 01/1996 estabeleceu a pactuação entre as esferas de governo, CIB e CIT, implementando o financiamento das ações na atenção básica, através da Programação Pactuada Integrada – PPI. As referências à saúde do trabalhador aparecem na norma de 1993, que indicam o desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, de assistência e reabilitação de trabalhadores e de portadores de doenças ocasionadas pelo trabalho.

Em 1998, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 3.120, datada de primeiro de julho, estabelecendo a normatização das ações de vigilância em saúde do

⁹ Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.

trabalhador. A referida Portaria atendeu o estabelecido nos incisos II e III do parágrafo 3º da Lei nº 8.080/1990, que versam sobre o controle de riscos e agravos comprometedores à saúde, presentes no processo de trabalho e do controle das condições de produção, respectivamente. No mesmo ano, foi editada a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST; Portaria GM/MS nº 3.908 de 30/10/1998. O instrumento normativo estabeleceu orientações e um mínimo de ações para estados e o Distrito Federal em gestão plena do sistema, conforme as condições estabelecidas pela NOB-SUS 01/1996.

Ao se referir ao processo de operacionalização da política de saúde do trabalhador, Sodré (2002), ancorada nas afirmativas de Machado (1997), ressalta que a vigilância é a sua melhor representação, destacando que a mesma carece de uma melhor instrumentalização, tendo em vista requerer a sistematização das informações coletadas de forma fragmentada e necessitar rever o modelo policial, que ela ainda assume em muitos lugares do país, gerando confusão com as ações de fiscalização, além de desconsiderar diferenças ocupacionais e regionais. Nesse sentido, a vigilância em saúde do trabalhador:

[...] corresponde a um processo articulador de ações de controle sanitário com o intuito de promover e proteger à saúde dos trabalhadores. Sua característica interdisciplinar, surge da interseção de dois campos de atuação da saúde pública, a vigilância em saúde e a saúde do trabalhador. Em seu processo de integração, estabelece como objeto central a investigação e a intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde (SODRÉ, 2002, p. 37-38).

No ano de 1999, o Ministério da Saúde atendeu o previsto no inciso VII do parágrafo 3º da Lei 8.080/1990, que estabelece a revisão periódica da listagem original das doenças causadas pelo processo de trabalho. A nova lista foi publicada pela Portaria GM/MS nº 1.339, datada de 11 de novembro daquele ano.

Na década de 2000 as normas passam a caracterizar aspectos da operação do sistema e a assistência à saúde. Assim, a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, estabeleceu a regionalização como estratégia voltada ao aperfeiçoamento e a descentralização, determinando a obrigatoriedade da edição, por cada ente federativo, de um Plano Diretor Regional – PDR. A NOAS-SUS 01/2002, buscou aperfeiçoar este sistema. Essas normas não contemplaram aspectos diretamente relacionados à saúde do trabalhador.

Ao direcionar seu foco para o atendimento das necessidades de saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, o Pacto pela Saúde estruturado em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, envolvendo as três esferas de governo. Com

esse instrumento o Ministério objetivou alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, reiterando o compromisso com o controle social.

A definição das prioridades, dos objetivos, das metas e dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Vida, em seus componentes Vida e Defesa da Gestão, se deu a partir da Portaria GM/MS nº 2.669/2009, que pontuou as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação no biênio 2010-2011. O instrumento normativo estabeleceu ainda o aumento da identificação e notificações de agravos em saúde do trabalhador.

A operacionalização da área de saúde do trabalhador ganhou um desenho estrutural, com a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador – RENAST, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.679/2002. A rede criou as condições de legitimidade e visibilidade dos serviços existentes no SUS. Essa Portaria teve seu conteúdo atualizado por meio da Portaria GM/MS nº 2.437/2005, que sofreu atualização em 2009, com a edição da Portaria GM/MS nº 2.728, datada de 11 de novembro daquele ano, regulando os serviços constituídos pela rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Esta Portaria permanece em vigor. Sobre o trabalho em rede destacamos a seguinte afirmação:

[...] compreendemos que a “integralidade” raramente se concretiza em um serviço; “integralidade” deveria ser o objetivo de uma rede. A ampliação do conceito pode se apresentar por âmbito institucional, processual, múltiplo ou, sobretudo, intencional. É a articulação de fluxos e circuitos em rede ampliada. Uma relação articulada, complementar e dialética. Pensar a integralidade para o setor Saúde nos traz de imediato a noção de garantia da universalidade (SODRÉ, 2002, p. 25).

Ao encontro do desenho da estrutura operacional estabelecido pelas portarias articuladoras da RENAST, a Portaria GM/MS nº 1.823/2012, consolida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNTT. Esta política objetiva contribuir para efetivação da atenção à saúde de trabalhadores e trabalhadoras, prevista nos instrumentos normativos, que ao longo dos anos vêm contribuindo para concretização das ações de saúde do trabalhador por dentro do SUS, a partir da atuação conjunta das três esferas de governo.

Vasconcellos; Aguiar, (2017), destacam que as atribuições definidas para os CEREST têm um caráter amplo, mas não conseguem impulsionar a saúde do trabalhador no SUS, sem que haja pactuações garantidoras da missão dos serviços. Ao estabelecerem as pactuações, os gestores precisam levar em consideração a necessidade da produção de indicadores eficazes das ações, principalmente as que estão relacionadas a vigilância. De acordo com os autores, tais indicadores podem ser elaborados a partir das ações previstas para

os CEREST, na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, que envolvem:

[...] intervenção nos processos e ambientes de trabalho; produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de ST, nas instituições e empresas públicas e privadas; planejamento conjunto entre as vigilâncias; atualização e/ou revisão dos códigos de saúde; notificação compulsória e investigação obrigatória dos acidentes de trabalho graves, com óbito e intoxicações por agrotóxicos; disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST; capacitação para aplicação de protocolos e linhas de cuidado em ST, incluindo a vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho; capacitação voltada para o movimento social, movimento sindical e controle social; articulação entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas; desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a ST no SUS (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017, p. 614).

Observa-se que o elenco de atribuições estabelecidas aos CEREST possibilita o desenvolvimento de uma performance operacional que coloque a área de saúde do trabalhador no foco principal das políticas de saúde, cabendo aos gestores do SUS o enfrentamento dos possíveis conflitos do campo político econômico e a superação da visão ainda presente, de que acidentes e doenças decorrentes do processo de trabalho estão relacionadas a natureza contratual estabelecida entre empregadores e trabalhadores.

Ao considerarmos o desenho estrutural adotado para o desenvolvimento das ações previstas pela política de saúde do trabalhador, podemos perceber que a necessidade de diagnosticar e identificar os problemas que requerem solução, a partir da ação pública, tem um papel condutor na formatação de intervenções que apresentem capacidade de atuação sobre o problema, objetivando sua solução. Nesse sentido, a identificação da fonte ou causa do problema, estabelece condições favoráveis para o desenvolvimento de diferentes alternativas de propostas de operações públicas, que levem em consideração a relação custos e benefícios específicos. Essa compreensão contribui, sobremaneira, para a utilização efetiva e de maneira equilibrada dos recursos destinados ao financiamento das ações previstas pela política de saúde do trabalhador.

Ao encontro desse entendimento, há que se considerar que o desenho de políticas públicas, deve levar em conta que este ato “envolve um esforço de sistematizar ações eficientes e eficazes, com a aplicação de conhecimento de meios políticos para a adoção de

instrumentos que permitam o atingimento de objetivos, resultados e metas dentro de contextos políticos específicos” (HOWLETT (2014) Apud BRASIL, 2018 p. 71).

Isso posto, o traçado de uma política pública solicita o atendimento da melhor forma de ação. No caso da política de saúde do trabalhador, o caminho de ação previsto pelos instrumentos norteadores de seu desenho estrutural tem relação com o fortalecimento da ação vigilante, considerando o envolvimento das três esferas de gestão no financiamento e desenvolvimento de suas ações. Para tanto, faz-se necessário considerar a capacidade de atendimento das demandas com maior racionalidade na ação, o que não significa a aplicação integral do desenho, nem tão pouco que o resultado obtido alcance sua totalidade. No entanto, seu modelo poderá servir de orientador das ações, a partir de um vetor de caráter mais racional e efetivo. Sendo necessário ponderar que “o processo histórico de construção de uma política de saúde, portanto, envolve uma relação entre Estado, sociedade e mercado; expressa os diferentes momentos políticos, econômicos e sociais através das agendas públicas; e do papel assumido pelo Estado, pela iniciativa privada e pela sociedade civil” (ANDRADE; MARTINS; MACHADO, 2012, p. 2).

3.2 DESENHO ADOTADO NA GESTÃO 2003-2006

A necessidade de um posicionamento frente ao enfrentamento de probabilidades de opções e escolhas imperiosas, compreende o método que envolve a elaboração ou o desenho de uma determinada política pública. O nascedouro de uma política ou do desenvolvimento de ações públicas, abrange estágios técnicos e políticos diversos, cuja finalidade envolve a busca de uma conciliação dos elementos objetivos engendrados pela política com os normativos. Portanto, o desenvolvimento do desenho de uma política contempla o envolvimento de múltiplos agentes, bem como, de diferentes instituições, considerando, neste caso, os vários níveis de governo e de representação da sociedade civil, a partir da interação das capacidades técnicas, da especificidade de interesses, e, também, dos poderes políticos, que neste caso, apresentam-se de forma diferenciada. Devendo ser respeitada ainda a participação dos sujeitos que realizam a avaliação e o diagnóstico do problema, em seu desenho.

No caso da gestão governamental do período 2003-2006, a estruturação do desenho da política de saúde do trabalhador envolveu somente atores políticos, que tiveram como ponto de partida a Lei nº 5.838, aprovada pelo Parlamento Estadual e sancionada em 22/03/1994, pelo então governador Jäder Fontenelle Barbalho. Esse normativo legislativo

estabeleceu a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde Pública, instituindo a Divisão de Saúde do Trabalhador – DIVISAT.

Em 2004, segundo ano da gestão, o secretário estadual de saúde, Fernando Agostinho Cruz Dourado, editou a Portaria GS/SESPA Nº 466 de 14/04/2004, criando a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST e a Portaria GS/SESPA Nº 467 de 14/04/2004, que, por sua vez, criou o Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador – CEREST. Em seu parágrafo único, a Portaria vincula o centro ao gabinete do secretário e extingue a Divisão de Saúde do Trabalhador. A Divisão permanece na estrutura da secretaria, tendo em vista que a competência para o ato de extinção pertence ao Parlamento Estadual. A edição das duas portarias objetivou corrigir pendências junto ao Ministério da Saúde, que havia habilitado o Estado à Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST, por meio da publicação da Portaria SAS/MS Nº 109, em maio de 2003.

Cabe esclarecer que a CIST é uma comissão assessora do Conselho de Saúde em cada esfera de gestão, sendo prerrogativa deste a criação e a extinção de comissões assessoras, conforme estabelece a Lei nº 8.142/1990, que regulamenta a participação do controle social nas estâncias deliberativas do SUS.

É passível de compreensão que a decisão de criar o CEREST Estadual tratou-se de um ato de gestão, no entanto, o mesmo entendimento não se aplica à criação da CIST, porque esta possui legislação própria que a regula, bem como, implica na realização de debate por parte da gestão, com a representação dos usuários da política, neste caso, os sindicatos e associações de trabalhadores formais e informais, conforme preceitua a política de saúde do trabalhador, indicando a discussão e deliberação sobre sua criação para o Conselho Estadual de Saúde.

Do ponto de vista dos acúmulos teóricos que definem o comportamento dos responsáveis pelos processos decisórios, no campo da gestão das políticas públicas, é possível inferir que as decisões relacionadas a estruturação do desenho da política de saúde do trabalhador, nesta gestão, estiveram pautadas pelo “cálculo racional e auto interesse [...], visão mais comum da teoria da escolha pública” (SOUZA, 2006, p. 38).

[...] a teoria da escolha pública adota um viés normativamente cético quanto à capacidade dos governos de formularem políticas públicas devido a situações como auto interesse, informação incompleta, racionalidade limitada e captura das agências governamentais por interesses particularistas. Essa teoria é, provavelmente, a que demonstra mais mal-estar e desconfiança na capacidade dos mecanismos políticos de decisão, defendendo a superioridade das decisões tomadas pelo mercado vis-à-vis as tomadas pelos políticos e pela burocracia (SOUZA, 2006, p. 38)

Ao abordar o papel das instituições/regras, que influenciam na decisão e no processo de formulação de políticas públicas, Souza (2006), chama atenção para o alcance do neo-institucionalismo no debate sobre essas políticas, destacando a contribuição do institucionalismo histórico e do estruturalismo, enquanto variantes daquele campo teórico. De acordo com a autora, a ação racional dos decisores das políticas públicas tem relação com suas percepções no campo da subjetividade, por ocasião da observação das consequências e da realização das avaliações dos resultados imagináveis. Nesse caso, prevalece uma percepção ampliada, naquilo que se refere as regras, papéis, identidades e ideias, ultrapassando os limites do auto interesse, tendo em vista envolverem procedimentos institucionais relacionados à socialização, influenciada pelos novos conceitos suscitados a partir da história de cada nação.

Sendo assim, merecem relevo a importância da identificação e da definição da forma de participação dos atores sociais definidores do desenho da política. Essa opção contribui para redução dos eventuais conflitos que venham ser suscitados entre os grupos de interesses, possibilitando, assim, reduzir os riscos atinentes à ação dos atores envolvidos com a busca de um efetivo controle da metodologia de apoio à elaboração e ao desenvolvimento da ação pública.

Ao seguirmos em direção ao encontro de tal entendimento, devemos ter a compreensão que acordos técnicos e políticos, entre os agentes envolvidos, fazem parte do processo que abrange o desenho de qualquer política pública.

A definição dos atores e do arranjo institucional responsável no desenho da política pública compreende o estabelecimento de deveres e atribuições, com diferentes níveis de responsabilidades no processo de decisão e implantação da política. O desenho supõe, ainda, que as escolhas entre ações políticas alternativas possíveis reflitam a composição dos arranjos institucionais a serem criados e dos atores envolvidos. Ao mesmo tempo, as escolhas pressupõem uma compatibilização entre as demandas legítimas da sociedade e a capacidade técnica, política e financeira do poder público (BRASIL, 2018, p. 87).

A gestão 2003-2006 não registra a edição de outros instrumentos norteadores do desenho da política de saúde do trabalhador, além dos editados em abril de 2004. Dessa forma, o desenho a ser seguido seria o estabelecido pelas Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, norteadoras da execução da política a nível nacional: Portaria GM/MS nº 3.120/1998, que normatiza as ações de vigilância em saúde do trabalho, Portaria GM/MS nº 3.908/1998, que faz referências a instrumentalização das ações e serviços de saúde do trabalhador, Portaria GM/MS nº 1.679/2002, substituída pela Portaria GM/MS nº 2.437/2005, e Portaria GM/MS nº 777/2004, que regula a notificação compulsória de agravos a saúde relacionados ao trabalho e

com crianças e adolescentes. A importância dada pelos servidores para estruturação da política no Estado, a partir da RENAST, pode ser observada na seguinte afirmativa:

A RENAST surgiu em 2002, e ela veio para fortalecer todo um direcionamento político das normativas em saúde do Trabalhador, as normas operacionais em saúde do trabalhador, a política, de partir para a capacitação, de entender todo o contexto social que precisávamos entender naquele momento. E para que desse voz e vazão, à toda aquela angústia sofrida pelo trabalhador, principalmente, os trabalhadores sequelados, nas relações de trabalho (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Por outro lado, os servidores referem também, que a atuação da gestão se caracterizou pela preocupação com a instalação da infraestrutura para o funcionamento do CEREST, além buscar espaços de debate sobre a política no interior da secretaria, considerando o reinante desconhecimento da temática. Já a gestão, pondera que o momento pode ser compreendido “como um período de pioneirismo para instalar, implantar e implementar a RENAST no Estado do Pará” (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Sobre esse aspecto, a Portaria GM/MS nº 2.437/2005 aponta para a realização das ações de saúde do trabalhador a partir de um desenho descentralizador e hierarquizado nos níveis de atenção estabelecidos no SUS. Segundo a portaria, a integração desta rede de serviços é de responsabilidade da RENAST, a partir de uma nova classificação dos CEREST existentes e os previstos para habilitação, que redefiniu os repasses mensais para o financiamento das ações: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para os regionais e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os estaduais.

A Portaria anterior classificava os CEREST estaduais em três níveis: A, com repasse mensal de R\$ 20.000, 00 (vinte mil reais); B, com repasse mensal de R\$30.000,00 (trinta mil reais); e C, com repasse mensal de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais). E os regionais em dois níveis: B, com repasse mensal de R\$ 14.000,00 (quatorze mil reais); e C com repasse mensal de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Como podemos observar, houve uma simplificação na forma de classificação, definição de um valor único para os Centros estaduais e outro para os regionais, reduzindo o montante distribuído anteriormente, mas garantindo a continuidade do financiamento. Ao considerarmos esses aspectos, é sugestiva a dedução de que o fator financeiro foi o mobilizador do interesse da gestão pela ampliação da RENAST no Estado.

No que se refere ao desenvolvimento das ações da política, o Plano Plurianual – PPA 2004-2007, registra na Área: Proteção Social, o Programa Vigilância em Saúde, que

previu a implementação de ações relacionadas a vigilância em saúde, distribuídas pelas regionais de saúde e ações de vigilância em saúde do trabalhador, previstas para serem implementadas em todo o Estado. O objetivo do programa aponta para redução da incidência e prevalência de agravos em saúde (PARÁ, 2006).

Na avaliação do PPA, ano base 2005, não há registros da realização das ações de vigilância em saúde do trabalhador. Há um indicativo para que sejam repensados os produtos das ações do programa, apesar das ações de vigilância em saúde não apresentarem deficiência na gestão e no desempenho financeiro. O programa é avaliado como insuficiente em função da ausência de informações físicas e complementares, e da execução financeira, que ficou concentrada nas ações de vigilância em saúde relacionadas ao controle de doenças de notificação compulsória (PARÁ, 2006).

Cumpri lembrar, que o período da gestão se dar no mesmo tempo das mudanças dos rumos da condução política do país, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para presidente. Chamam atenção as modificações na condução da política, no governo federal e a falta de sintonia da gestão da saúde do trabalhador estadual, com os novos rumos adotados.

Em termos de Governo federal, ainda que tenham perdurado inúmeros avanços originados no primeiro período (2003-2006), frutos do afincamento e, diria mesmo, entusiasmo militante que caracteriza atuação dos gestores e gestoras da Política naquele período – uma vez que muitos atores e atrizes da luta histórica no campo da Saúde do Trabalhador estiveram à frente ou colaborando na construção da Política no interior das instituições de governo -, ao menos para mim parece nítida a diminuição no ritmo desses avanços no segundo período (2007-2010) - mas nada comparado ao completo desmonte que se observa nos dias atuais -, e resultam em grande medida de mudanças nas equipes de gestão de órgãos e setores que vinham imprimindo avanços na consolidação e estruturação da Política. Tais mudanças de percurso e conseqüentemente na ênfase dada a novos temas e estratégias de ação levou a retrocessos e abandonos de muitas iniciativas ainda em construção e não sedimentadas.

Há que se ponderar que, em alguma medida, muitas das mudanças ocorridas em nível de gestão se deram em função dos arranjos políticos próprios do processo de sustentação e governabilidade impostos ao governo naquele momento.

Em nível estadual, dadas as características das gestões governamentais em cada um dos períodos evocados, deu-se ao contrário, com maior atuação e notáveis avanços na Política de Saúde do Trabalhador, sendo observados na gestão do segundo período (USUÁRIO 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

É possível inferir que os diferentes campos ideológicos que situavam o governo federal (sob a condução de um presidente pertencente a um partido de esquerda) e o estadual (dirigido por um governador de um partido de formação social-democrata, mas com atuação política pautada pelas ideias neoliberais, situado no campo de oposição ao governo federal) tenham contribuído para um desalinhamento na condução da política no Estado. Essa constatação sugere que o caminho escolhido pela gestão estadual não dialogava com a

governança democrática, identificada na gestão federal. “Quando uma política é elaborada de forma fechada, aumentam-se as suspeitas sobre critérios de decisão e benefícios. Abrir o processo ao escrutínio externo traz não só transparência, mas um convite a participação e assim a maior legitimidade” (BRUNACCI, 2014, p. 18).

Os arranjos institucionais são fundamentais, pois demonstram a interdependência e a integração setorial ou funcional e federativa necessária na ação pública. A consistência do desenho de uma política está relacionada com a capacidade de sua integração ou articulação no rol do sistema de políticas públicas. Uma ação na área de educação pode ter resultados diretos e indiretos na área de saúde, [...]. Da mesma forma, uma política formulada no âmbito federal pode ter diferentes formas de articulação, implantação e de efetividade de resultados, caso estejam ou não envolvidas instituições e atores estaduais e/ou municipais (BRASIL, 2018, p. 88).

Nessas condições, é importante destacar que o envolvimento das diversas instâncias territoriais ganha importância por ocasião da definição de suas competências, tendo em vista que a gestão da saúde, neste caso, se distribui pelos três níveis de governo: municipal, estadual e federal, conforme determina o princípio federativo brasileiro.

Outra característica observada no desenho estrutural e do incremento das ações da política adotado pela gestão, fora do escopo traçado na estrutura federal, diz respeito a relação equidistante com a participação do controle social no planejamento das ações e em seu desenvolvimento. A forma de criação da CIST, via portaria do secretário de saúde, o distanciamento adotado pela coordenação do CEREST Estadual em relação ao controle social, que apesar do desenho equivocado de sua instituição, buscava cobrar ações mais efetivas para as demandas dos usuários, podem ser destacadas como um ponto de inflexão do controle social para que a gestão enveredasse pelo caminho que estava se desenvolvendo a nível nacional. Esse aspecto é asseverado na seguinte afirmação:

Quando os demais profissionais da equipe técnica do CEREST, muitas vezes, estavam [...] e alguém do controle social, isso fortaleceu bastante essa relação, esse companheirismo de querer realmente que esta política de fato acontecesse, porque era importante que o trabalhador tivesse um encaminhamento, era importante que ele não só fosse ouvido por nós, mas principalmente que fosse dado um direcionamento naquilo que ele buscava (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A importância destinada à determinada política pública tem relação com o grau de compromisso do governo e das práticas adotadas. Dessa forma, a atenção dispensada à política de saúde do trabalhador, nesta gestão, indica que ela foi tratada como mais uma política a ser executada no âmbito do governo, no entanto, sem a observância de um desenho

pautado na legislação federal pertinente, onde a participação do controle social tem papel preponderante no planejamento e na realização de suas ações.

3.3 DESENHO ADOTADO NA GESTÃO 2007-2010

A influência sobre o debate das políticas públicas envolve diversos campos teóricos desenvolvedores de modelos para formulação e análise, afirma Souza (2006). Em detalhado estudo a autora faz referências a alguns teorizadores, dentre os quais, Lowl (1964;1972) que definiu uma tipologia para a política pública considerando quatro formatos: políticas distributivas, políticas regulatórias, políticas redistributivas e políticas constitutivas. Ela cita Lindblom (1979), Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992), para os quais os recursos governamentais destinados a uma política pública não partem do zero, têm relação com decisões marginais e incrementais. Menciona também Cohen, March e Olsen (1972), chamando atenção para o fato destes autores afirmarem, que escolhas por políticas públicas se dão em um cenário composto por vários problemas e poucas soluções.

Souza (2006) faz referências ainda a Sabatier e Jenkins-Smith (1993), que concebem a política pública como um contíguo de subsistemas relativamente estabilizados, que ao se relacionarem com eventos exteriores, estes parametrizam sua sujeição e os recursos relacionados a cada política. Lembra Baumgartner e Jones (1993), destacando o modelo que estes autores desenvolveram, a partir da biologia e da computação, que considera como uma das características da política a estabilidade por um extenso período e seu processamento de forma paralela, onde a ocorrência de eventuais mudanças, dar-se com a experiência obtida em sua implementação e avaliação.

Importa destacar ainda o fato de a autora ressaltar a existência de modelos que recebem influência do novo gerencialismo público e da política restritiva de gastos, onde a eficiência assume papel definidor dos objetivos de uma política pública. Ao fazer referências a estes aspectos, Souza (2006) chama atenção para o fato da imposição de restrições de gastos que passaram a ser cobradas, principalmente, dos países em desenvolvimento, em substituição as políticas keynesianas, que começaram a perder força a partir da década de 1980. Considerando as diversas definições e modelos, a autora destaca como principais elementos das políticas públicas:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.

A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.

A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.

A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.

A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006, p. 36).

Em que pese as influências do novo gerencialismo, as decisões governamentais sobre situações problemas, têm sido o referencial para o desenho de políticas públicas.

O estabelecimento de uma governança democrática, que considera o trato das informações de forma compartilhada, é um objetivo fundamental que deve ser analisado na busca de apoio, legitimidade, transparência, bem como, o intercâmbio com os sujeitos de uma determinada política pública. Dessa forma, o desenvolvimento do desenho e de sua implementação, a partir da inclusão destes sujeitos, pode funcionar como um instrumento condutor do sucesso em seu procedimento executivo, devendo ser observada a possibilidade de ruído ou deturpação de seu objetivo, caso ocorra uma desestruturação da política pensada.

Do mesmo modo que corporações, sindicatos patronais e de trabalhadores e diversas organizações estruturam-se para defender seus interesses em ações que compreendem lobbying, negociações, formação de coalizões etc., também o gestor público, na forma do implementador da reforma da política pública, otimiza seu resultado ao identificar melhor um mapa político-institucional em que está inserida sua proposta (BRUNACCI, 2014, p. 21).

Recursos financeiros e apoio amplo são fundamentais na implementação de uma política pública, o que requer o envolvimento e o convencimento, por parte dos interessados, do público diretamente envolvido com suas ações, valorizando, dessa forma, seu objeto no ambiente político institucional.

Tendo como ponto de partida o desenho estrutural da política de saúde do trabalhador ordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3.120/1998, Portaria GM/MS nº 3.908/1998, Portaria GM/MS nº 777/2004, Portaria GM/MS nº 2.437/2005 e pela Portaria GM/MS nº 2.728/2009, a gestão governamental do período de 2007-2010, desenvolveu o desenho estrutural da política de saúde do trabalhador, estabelecendo, inicialmente, a aproximação com o controle social. O passo efetivo nesse sentido foi o diálogo com o Conselho Estadual de Saúde objetivando a legitimação da participação do controle social estabelecido para política, conforme previsto na portaria sistematizadora em vigor. Por meio da Resolução nº 032, datada de 18.09.2007, o Conselho Estadual Saúde, atendendo o estabelecido na Lei nº 8.142/1990, criou oficialmente a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST.

Seguindo a trilha do desenho estrutural, a Secretaria Estadual de Saúde, por meio de sua titular Maria Sílvia Martins Comarú Leal, editou a Portaria GS/SESPA Nº 473, de 12 de abril de 2010, publicada no DOE de 28/04/2010, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de acidente de trabalho fatal, grave e com criança e adolescente em rede de serviços sentinela no Sistema Único de Saúde – SUS, no Estado do Pará. Em continuidade ao processo notificador, a titular da SESP A editou a Portaria GS/SESPA Nº 548, em 28 de abril de 2010, publicada no DOE de 05/05/2010, que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho e define a implantação da Rede Sentinela de Notificação dos Agravos, que tenham relação com a saúde do trabalhador, no Estado do Pará. Por fim, a governadora do Estado, Ana Júlia de Vasconcelos Carepa, editou o Decreto Estadual nº 2.253, datado de 28 de abril de 2010, publicado no DOE de 03/05/2010, que institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

As duas portarias emitidas pela secretária de saúde regulamentaram, a nível estadual, as notificações estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 777/2004, do Ministério da Saúde. O instrumento de notificação compulsória dos acidentes previstos pela Portaria GS/SESPA Nº 473/2010, é a ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, conforme prevê o seu artigo quinto. Em relação aos critérios para a constituição da Rede Sentinela e a sua criação, a Portaria GS/SESPA Nº 548/2010, estabelece os seguintes procedimentos nos terceiro e quarto artigos:

Art. 3º Definir como critérios para o estabelecimento de Rede Sentinela:

- I - Capacidade instalada de serviços de saúde;
- II - Serviço de Saúde do Trabalhador ou afins;
- III - Municípios sede das Regiões de Saúde;
- IV - Municípios com maior densidade populacional;
- V - Dados Sociais e Econômicos/Cadeia Produtiva.

Art. 4º Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho, nos termos do artigo 1º, parágrafo 1º desta Portaria, constituída por:

- I - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- II - Hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e
- III - Serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas (PARÁ, 2010).

Em seu arcabouço jurídico, o Decreto instituidor da Política Estadual de Saúde do Trabalhador faz referências ao desenvolvimento de ações de governo focadas em uma relação de produção e consumo, que tenha compatibilidade com um modelo de ecodesenvolvimento

para a Amazônia; destaca seus pressupostos, suas diretrizes e constitui a forma de organização de sua gestão e do seu financiamento, como podemos observar abaixo:

Art. 4º Estabelece a organização da Gestão e do Financiamento da Política Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado do Pará.

§ 1º A organização da Gestão terá como base os processos de regionalização, hierarquização e descentralização de acordo com o Plano de Desenvolvimento Regional - PDR vigente do Estado.

§ 2º Os recursos necessários à implantação e execução das ações propostas pela Política Estadual em Saúde do Trabalhador serão custeados pelas dotações de verbas das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal (PARÁ, 2010b).

Observa-se que a caminhada no sentido de formulação do desenho adotado para implantação e implementação das ações da política de saúde do trabalhador, na gestão do período 2007-2010, teve seu primeiro passo direcionado para o acolhimento do controle social no seu processo de construção. A legitimidade concedida a CIST pelo Conselho Estadual de Saúde se constitui na materialização deste entendimento. A garantia da participação democrática da sociedade civil no processo de implementação de políticas públicas deve considerar a contribuição de conteúdo para o desenvolvimento das ações e para o processo de formatação final da política, que a referida participação pode trazer. No que se refere ao papel do controle social na construção de um processo transparente é importante considerar que:

[...] a participação é central para o alinhamento entre Estado e sociedade, em uma governança democrática. Esse alinhamento, que se dá por ajustes e melhorias nas políticas governamentais, influenciam o cenário político e estrutural no contexto de uma implementação, aumentando a pressão por mais transparência, prestação de contas e responsabilidade aos cidadãos (BRUNACCI, 2014, p. 20).

É plausível destacar ainda o processo de elaboração das Portarias implementadoras das notificações de agravos junto ao SINAN e da instituição de uma Rede de Unidades Sentinelas. De acordo com o Relatório de Gestão 2007-2010, a elaboração destes documentos foi antecedida da realização de uma oficina nacional sobre os protocolos dos 11 (onze) agravos de notificação compulsória previstos pela Portaria GM/MS nº 777/2004. Um encontro nacional que discutiu 5 (cinco) agravos, definidos como prioritários para implantação pelo Ministério da Saúde, a partir de 2008; 5 (cinco) oficinas nacionais que discutiram o processo de notificação de cada um dos agravos priorizados, observando suas peculiaridades, na formatação da documentação e no fluxo a ser seguido; 4 (quatro) oficinas locais voltadas à construção do processo de trabalho para implantação, sistematização das instruções técnicas e dos protocolos, estruturação da Rede Sentinela e de capacitação técnica

sobre os protocolos dos agravos priorizados. Todos esses eventos contaram com a participação de representantes do controle social.

Após este processo foi elaborado um projeto piloto para Região Metropolitana de Belém, envolvendo 12 (doze) unidades sentinelas, que suscitou a capacitação dos profissionais de saúde e dos demais responsáveis pela efetivação das notificações dos agravos pelas unidades e a elaboração e assinatura de um Termo de Compromisso entre os secretários e secretárias de saúde dos municípios envolvidos e a Secretaria Estadual de Saúde por intermédio da DIVISAT. O projeto piloto envolveu os 5 (cinco) protocolos definidos pelo Ministério da Saúde para início das notificações, tendo sido priorizado, a nível local, os acidentes graves, fatais e com crianças e adolescentes, conforme estabelece a Portaria GS/SESPA Nº 473/2010 (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

O processo de construção coletiva, observando o diálogo nos espaços de negociação e pactuação política e o envolvimento do controle social em todo o processo, pode ser destacado como uma das características desta gestão. Identificamos movimentações nesse sentido na elaboração da Política Estadual de Saúde do Trabalhador. Inicialmente, observa-se a pactuação da política, em 2008, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB. No ano seguinte, a política foi apresentada, discutida e aprovada no Conselho Estadual de Saúde – CES/PA. Ainda em 2009 foram realizadas 26 (vinte e seis) oficinas para operacionalização da política. Em 2010, após a publicação do Decreto Estadual, ocorreu a III Jornada Estadual em Saúde do Trabalhador, que contribuiu para disseminação da Política no Estado, proporcionando o envolvimento das representações dos trabalhadores nas ações do CEREST Estadual e CEREST Regionais. (RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIVISAT 2007 – 2010).

No que se refere a trajetória de construção coletiva da proposta da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, chamamos atenção para o seguinte registro:

Foi a partir do segundo período (2007/2010), que de fato se instalou a política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, que se estruturou os centros de referência, houve a busca pela capacitação dos servidores, e de chamar a sociedade civil para que viesse junto nessa caminhada, entendendo de fato, a importância que essa política tem, em prol do Trabalhador. Então, foi assim, um movimento muito importante, ocorrido nesse período, todos se sentiam imprescindíveis na luta pela instalação dessa política, de fato, acreditando. Eu vi muito assim, o acreditar nessa política, que para gente ela era nova (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

O envolvimento de todos os atores que têm relação com uma política pública, é um passo fundamental para efetivação de seu processo decisório e garantia para seus avanços.

A maior participação contribui para mais legitimidade, e proporciona um desafio de maior complexidade a ser enfrentado em seu processo de gerenciamento.

Está construindo junto algo que a gente foi cada vez mais buscando capacitação, cada vez mais buscando alternativas que pudessem encaminhar as questões relacionadas a saúde dos trabalhadores, sabendo que de fato eles iam ter resolutividade dentro daquilo que eles buscavam no serviço. Então, eu vi um comprometimento de todas as equipes, tanto do CEREST Estadual, como dos regionais e o quanto que a gente conseguiu mobilizar a sociedade civil nas lutas, inclusive na de combate a trabalho infantil, que foi uma bandeira de luta muito forte, levantada nesse período, como também com as mineradoras aqui no Estado. Muitos dos sequelados no trabalho, a maioria, já havia trabalhado nas mineradoras e entendendo essa relação de trabalho, a gente buscou cada vez mais dá o direcionamento para que o trabalhador se sentisse não só acolhido, mas pessoalmente que sentisse que teria resolutividade dentro do serviço que ele buscava no CEREST. Isso foi muito gratificante, e, fazer com que essa política de fato fosse implantada, fosse implementada no Estado do Pará, de maneira que ela fosse desenvolvida conforme estava estabelecida na legislação.

Então, assim, houve muito o envolvimento das equipes, a mobilização com a sociedade civil, com os trabalhadores participando, também nas capacitações, e tinha o espaço de falar, de se posicionar, de trabalhar junto. Foi uma construção coletiva muito importante (SERVIDORA 2: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

O processo participativo da sociedade civil organizada e dos sujeitos das políticas públicas foi uma das características da gestão governamental 2007-2010. Um bom exemplo foi a metodologia utilizada para elaboração do Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2008-2011, onde a sociedade civil atuou como agente de mudança, a partir do olhar do seu território, materializado em demandas sociais, que funcionaram como vias de acesso para conquista de espaço no processo de gestão governamental.

A concepção de uma gestão democrática foi a norteadora do Planejamento Territorial Participativo – PTP, empoderado da participação popular, a partir de um espectro holístico do desenvolvimento socioeconômico e cultural do Estado. Durante o PTP, foram realizadas 12 (doze) Plenárias Públicas Regionais - PPR, que elegeram as demandas principais dos Macros objetivos da ação governamental. Em um segundo momento, ocorreram 143 (cento e quarenta e três) Assembleias Públicas Municipais – APMS, uma por cada município do Estado, que elegeram três prioridades, encaminhadas pelos municípios para os Conselhos Regionais do PTP (PARÁ, 2011).

Além do estabelecimento das prioridades, as assembleias elegeram conselheiros e conselheiras como representantes da sociedade civil nos Conselhos de cada Região de Integração do Estado – RIE. Pautados pelas necessidades dos municípios, os conselheiros contribuíram para elaboração do Plano de Desenvolvimento Regional – PDR e o Plano de Desenvolvimento do Estado – PDE, bem como, a partir das ações definidas em cada Conselho

Regional, definiram as prioridades que compuseram o PPA 2008-2011 e o Orçamento Anual (PARÁ, 2011).

O PPA 2008-2011, foi estruturado a partir de três macros objetivos: Qualidade de vida para todas e todos; Inovação para o desenvolvimento e Gestão participativa, descentralizada, de valorização e respeito aos servidores públicos. Estes objetivos contaram com 61 (sessenta e um) objetivos setoriais norteadores das ações do PPA com interface em suas respectivas políticas públicas. As ações do setor de saúde foram contempladas no primeiro macro objetivo, abrigadas pelos programas: Resolutividade na saúde; Sentinela na saúde; Educação na saúde e Transparência e controle social. O macro objetivo contemplou ainda setores e segmentos da educação, segurança pública cidadã, saneamento básico, cultura e esporte, oportunidade às mulheres, à juventude, aos idosos, aos portadores de necessidades especiais e povos indígenas e oportunidade étnica e racial (PARÁ, 2011).

O relatório de avaliação do PPA, divulgado em 2011, apresenta registros de ações do setor saúde nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária em ambientes hospitalares. O relacionamento dessas ações com a saúde do trabalhador reside nos registros de agravos de notificação compulsória, conforme estabelece Portaria GS/SESPA Nº 473/2010, editada pela SESPA. Na realização de capacitações em vigilância sanitária e epidemiológica e atenção básica, entre outras, identificadas na Ação: Formação e educação permanente na saúde e fortalecimento do controle social, no apoio à implementação das ações dos conselhos e democratização da gestão com controle Social, conforme registra o documento avaliativo analisado (PARÁ, 2011).

No que alude as capacitações desenvolvidas pela gestão é importante registrar que o desenho norteador da política, estabelece a ação vigilante como norte da implementação da política de saúde do trabalhador. Para que as ações se desenvolvam com perenidade, há que se realizar a capacitação dos servidores. Além desse aspecto, é necessário garantir o fortalecimento do controle social. Sobre estes pontos, merece relevo o seguinte registro:

[...] a gestão estadual, nesse período, buscou atuar em estreito diálogo com o controle social, exercido pelos trabalhadores através de suas organizações, o que permitiu conquistas importantes relacionadas à estruturação da RENAST nas regiões do Estado. Dentre as iniciativas dos gestores da Política naquela quadra, considero o investimento na formação e qualificação do quadro técnico da equipe de Saúde do Trabalhador e o apoio aos fóruns de participação do controle social como seus maiores legados (USUÁRIO 1: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

A compreensão da política de saúde como uma política social conduz ao entendimento que saúde corresponde a um direito de cidadania, o que envolve a necessidade

de proteção social e a garantia da participação política. Dessa forma, há que se considerar que a implementação de uma política de saúde nos coloca diante de uma contenda que envolve necessidades de saúde, definições dos atores envolvidos, posicionamento político, bem como recursos financeiros.

Nesse sentido, observa-se que o estabelecimento das prioridades e das regras que envolveram as ações direcionadas a saúde dos trabalhadores, pela gestão, exigiram um efetivo compromisso de governo, pautado pelas prioridades e parâmetros norteadores da performance a ser desenvolvida, de tal maneira que viesse demonstrar a intencionalidade, os objetivos e as estratégias da gestão governamental em efetivar um compromisso com os sujeitos daquela política pública. Sobre este aspecto chamamos atenção para a seguinte afirmativa:

A experiência vivida no CEREST possibilitou aprendizados significativos que norteiam atitudes e ações pessoais e profissionais e proporcionou conhecimento, reflexão e compreensão sobre o SUS e as políticas de saúde, a partir das práxis. Em minha avaliação houve maior efetividade na implementação das ações da Política de Saúde do Trabalhador no Estado, no período de 2007 a 2010 (SERVIDORA 4: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021).

Ao ser constituída enquanto uma política de caráter inclusivo, a saúde do trabalhador enfrenta o desafio das relações de produção pautadas por um modelo econômico estabelecido por um mercado globalizado, que interfere nos rumos da condução do poder político, onde os conflitos de classe residem. Em suas ações, cria condições para compreensão da perda de saúde enquanto consequência da exploração do trabalho pelo capital. Dessa forma, seu desenvolvimento implica em compromisso político a ser materializado em ações que questionem a ordem político econômica, na perspectiva do estabelecimento de ambientes laborais voltados a preservação da saúde dos trabalhadores.

A apreensão de uma maior efetividade nas ações da política de saúde do trabalhador, pela gestão 2007-2010, tendo como referência o desenho adotado para sua realização, nos possibilita entender, entre outras razões já ventiladas anteriormente, que a maior identificação política do governo estadual com a gestão do governo federal, teve como fator preponderante o compromisso das duas gestões com a preservação da saúde e com a constituição de ambientes favoráveis a realização de trabalho saudável. Merecendo destaque ainda, o fato de a governadora, assim como o Ministro da Saúde, pertencer ao mesmo partido do Presidente da República. Nessas condições, é possível inferir, que do ponto de vista do relacionamento político ideológico, este sofreu pouca influência de ruídos conflituosos no encaminhamento das ações.

3.4 COMPARATIVO DOS DESENHOS ADOTADOS PELAS GESTÕES

A trajetória percorrida por cada uma das gestões governamentais do período 2003-2010, na área de saúde do trabalhador destacada acima, naquilo que se refere ao desenho estrutural e ao desenvolvimento do desenho de suas ações, nos coloca diante de concepções político ideológicas antagônicas no trato com a implantação e implementação das ações previstas pelas políticas públicas, estruturadas em um arcabouço jurídico de aplicação nacional, que estabelece, em alguns casos, a necessidade da consignação de regulamentações locais para o seu efetivo incremento. Esse diferencial pode ser observado na seguinte afirmação:

O salto de qualidade da gestão, no que tange ao cumprimento dos princípios e diretrizes da gestão do SUS, encontramos no período de 2007 a 2010, quando a gestão do CEREST esteve mais afinada aos princípios Sistema Único de Saúde, a partir de uma gestão democrática, participativa, transparente, humana e transversal. Do ponto de vista comparativo, registro que diferentes concepções entre os governos de 2003 a 2006, e de 2007 a 2010, caracterizaram estas gestões (GESTOR: REGISTRO DE CAMPO, ABRIL, 2021).

Vasconcelos; Aguiar (2017) registram o desafio que a política de saúde do trabalhador enfrenta, no âmbito do SUS, para sua efetivação. Dentre as razões presentes, chamam atenção para as relações de produção que comportam os conflitos de classe e a prevalência do controle do arrasto das políticas públicas pelo poder político econômico constituído, que impõe ao Estado o modelo capitalista de mercado globalizado. Dessa forma, o comando governamental na área de saúde reflete os acordos que se dão na esfera macro das decisões políticas. Para os autores, em que pese tais evidências, do ponto de vista da sustentação jurídica do Estado brasileiro, o SUS, se constituiu a partir do ideário das políticas inclusivas, que tem na universalidade e na participação social sua identidade com o bem-estar social, nesse sentido afirmam:

O fato de exacerbar a contradição de o SUS ser uma política de bem-estar social abrigada em um Estado de 'bem-estar do mercado' coloca a ST no centro de um debate político-normativo e epistemológico que se justifica pelo enorme impacto do adoecimento e morte no trabalho que a saúde pública ainda não dimensionou acuradamente e não enfrenta cotidianamente (VASCONCELOS; AGUIAR, 2017, p. 606).

Observa-se que o desafio presente, reside na necessidade de a gestão pública tratar a política de saúde do trabalhador, como um direito amparado pelo registro constitucional,

cabendo aos condutores do SUS, em seus níveis de gestão, o desenvolvimento de medidas capazes de abarcarem as circunstâncias que envolvem a saúde dos usuários desta política, os trabalhadores. Contribuem nesse sentido, a identificação de evidências que possam subsidiar o planejamento das ações, estando entre estas, a definição de um perfil epidemiológico dos agravos que acometem os trabalhadores no desempenho de suas atividades laborais.

Ao considerarmos o processo de implantação e desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador, a partir do desenho adotado pela gestão governamental 2003-2006, e, buscando-se responder à pergunta norteadora da pesquisa, infere-se que o caráter de direito conquistado pelos trabalhadores a nível constitucional e referendado nas legislações regulamentadoras, não foi consignado na condução da política por aquela gestão.

Esta ausência pode ser observada no posicionamento adotado pela gestão em seu processo decisório, discutido neste capítulo, identificado com a teoria da escolha pública, onde a negociação de suas ações tem uma relação com sujeitos voltados para o auto interesse (Souza, 2006). Situação observada, no distanciamento mantido em relação a participação do controle social no debate e desenvolvimento das ações da política, durante a gestão.

Do ponto de vista do desenho adotado na formulação das ações da política pela gestão, em linhas gerais, é possível entender o como e o porquê de sua condução a partir de um modelo pautado por uma visão incremental das políticas públicas. Processo desenvolvido por Lindblom (1979), Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992), conforme afirma Souza (2006). De acordo com a autora, as decisões governamentais, neste modelo, teriam um caráter incremental, apresentando, pouca substantividade.

A visão incrementalista da política pública perdeu parte do seu poder explicativo com as profundas reformas ocorridas em vários países, provocadas pelo ajuste fiscal. No entanto os que trabalham nos governos e os que pesquisam os orçamentos públicos conhecem bem a força do incrementalismo, que mantém intactos estruturas governamentais e recursos para políticas públicas que deixaram de estar na agenda dos governos. Mas é do incrementalismo que vem a visão de que decisões tomadas no passado constroem decisões futuras e limitam a capacidade dos governos de adotar novas políticas públicas ou de reverter a rota das políticas atuais (SOUZA, 2006, p. 29).

A não observância, por parte da gestão, do incremento do eixo estrutural da política, pensado nacionalmente para se desenvolver por dentro do arcabouço do SUS, com o implemento de ações e a constituição de uma rede de centros regionais de referência em saúde do trabalhador, já habilitados, acabou contribuindo para o bloqueio do repasse de valores mensais de custeio das ações da política no ano de 2006, tanto para o CEREST Estadual como

para o Metropolitano e os dois centros regionais, que embora habilitados, não foram instalados, mas estavam recebendo recursos, via fundo de saúde do município sede.

Por outro lado, ao buscarmos uma resposta para pergunta norteadora da pesquisa, tendo como referência o desenho identificado na estruturação do funcionamento da política de saúde do trabalhador e no desenvolvimento de suas ações, seguidos pela gestão governamental 2007-2010, é possível concluir que o entendimento adotado por aquela gestão na condução da política, compreendeu que ela corresponde a um direito a ser garantido pela gestão pública em favor de seus usuários. As características dessa compreensão podem ser observadas no envolvimento do controle social no processo de discussão, desenvolvimento das ações, capacitação dos representantes do controle social na CIST e garantia de infraestrutura para seu funcionamento.

No período 2007/2010, as ações do CEREST se multiplicaram, houve maior envolvimento e dinamismo da equipe nas ações, maior aproximação com os municípios e, também a Criação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, estabelecida por Decreto Governamental (SERVIDOR 2: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO 2021).

Em relação a estruturação da política estadual de saúde do trabalhador, a compreensão da garantia de um direito pode ser observada na regulamentação da notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho, a partir de uma Rede Sentinela de Unidades de Saúde, na capacitação dos servidores das unidades envolvidas com as ações da política, na realização de ações de acolhimento, de vigilância aos ambientes laborais e na instituição de uma política de Estado, voltada para os cuidados relacionados à saúde dos trabalhadores, entre outras analisadas neste capítulo.

Ao tomarmos como referencial a integralidade das ações e a equidade do direito e do acesso, percebemos, então, que o fortalecimento de uma política pública de saúde ocorre em um movimento dialético entre o reflexo do “micro” no “macro” e do “macro” no “micro”. A esse movimento, Cecílio (2001) denominou “integralidade ampliada” — aquela que inicia no cuidado de cada profissional, de cada equipe, da rede de serviços de saúde e outros. Um não é possível sem o outro.

Para orientar as reflexões, o autor toma como central as “necessidades de saúde” e a potencialidade de trabalho dos profissionais/equipes e serviços. Integralidade seria a formação de uma “rede” favorável a uma atenção integral à saúde, sem a segmentação das ações (SODRÉ, 2002, p. 24-25).

Em que pese os novos formatos que o desenho de políticas públicas veio adotando a partir da década de 1980, na crítica ao Estado de Bem-Estar Social do pós-guerra, onde o balizador de suas ações passou a ser a busca de eficiência como principal objetivo, além de

considerar o fator credibilidade e a sua delegação para instituições que apresentem perfil de independência política, a concepção e a estruturação da política de saúde do trabalhador adotada pela gestão do período contrapõem-se à influência desse novo gerencialismo público nas políticas públicas, ao apresentar um caráter participativo, inclusivo e acolhedor, impulsionado, por exemplo, pela instituição de preceitos constitucionais.

O desenho estrutural e das ações da política adotado pela gestão governamental 2007-2010, ao compreender esta característica, apontou na direção da efetivação de uma política pública contribuidora para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acolhidos por suas ações, sendo a relação saúde-trabalho-ambiente seu ponto de referência para o incremento das ações.

De forma secundária e transversal, uma segunda questão merece ser observada, naquilo que se refere ao envolvimento de atores sociais no processo de implantação e implementação das ações da política em questão. Ao buscarmos resposta para essa inquietação, observou-se que na gestão do período 2003-2006, a participação de atores sociais no desenvolvimento das ações da política, majoritariamente esteve restrita aos gestores e servidores, com um envolvimento mais ativo destes últimos.

Essa situação pode ser observada nos registros de campo que indicam uma busca permanente dos servidores pelo conhecimento da funcionalidade da política, e, nos momentos em que estes dialogaram com a representação do controle social nas discussões e proposições de ações. Cabe lembrar, que o quadro de servidores era formado por recém aprovados em concurso público, cuja convocação para posse se deu a partir do ano de 2005. Nesse sentido, a busca pelo conhecimento mais aprofundado da política exerceu um importante papel.

As ações que eram realizadas no centro consistiam em estudos em equipe, buscando compreender a Política. No mais o Centro concentrava suas energias em capacitações pontuais sobre diversos agravos, além de produzir materiais educativos, tipo folder. Não havia, a meu ver, ações integradas em torno de Política de Saúde do Trabalhador, nem articulação e apoio dentro da SESPA (SERVIDOR 2: REGISTRO DE CAMPO, JANEIRO, 2021)

Os registros de campo nos indicam, ainda, que a participação do controle social nas discussões e encaminhamentos de ações da política se deram de forma pontual, tendo ocorrido mais pela insistência de dirigentes sindicais que faziam parte da CIST, do que pelo desejo da gestão, que mantinha uma relação distanciada do controle social. Uma das situações que possibilitou essa aproximação foi a realização da etapa estadual da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida no ano de 2005, cuja Devolutiva, evento local,

que objetivava discutir a implementação das deliberações da Conferência Nacional a nível estadual, só ocorreu em dezembro de 2007, sob a coordenação do novo governo estadual.

A inserção de diferentes atores não estatais nos processos de políticas públicas é uma resposta às possibilidades e limites das iniciativas centralizadas e/ou setoriais. Isto é, os problemas sociais são produzidos por múltiplas variáveis, algumas conhecidas e outras não; a participação, de diferentes atores no processo de produção das políticas [...], minimiza as limitações cognitivas, pois os atores têm diferentes visões, conhecimentos e recursos relevantes ao desenho de políticas mais adequadas ao contexto (LIMA; D'ASCENZI, 2017, p. 275).

Em relação a garantia da participação de atores sociais nas discussões e desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador durante a gestão 2007-2010, observou-se que os registros de campo asseveram que gestores, servidores e trabalhadores usuários da política caminharam juntos na efetivação da política no Estado. Esses momentos foram registrados pelos entrevistados ao se referirem aos diversos eventos realizados pela gestão, os quais reuniram os três segmentos para as discussões e deliberações, possibilitando, assim, o desenvolvimento do desenho da estrutura da política, envolvendo a capacitação de servidores, gestores e controle social, na elaboração do protocolo de acolhimento de trabalhadores e trabalhadoras no CEREST Estadual e nos Regionais, na elaboração da Portaria de notificação compulsória de agravos e da política estadual de saúde do trabalhador. A constituição dos dois últimos instrumentos envolveu ainda as instâncias de pactuação e deliberação de políticas públicas, CIB e CES. Em relação ao desenho e ao desenvolvimento das ações, um referencial de destaque reside na participação da representação dos trabalhadores nas ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Ainda sobre o viés da transversalidade, uma terceira e última questão requereu verificação, neste caso, o questionamento objetivou saber como se caracterizaram as ações de saúde do trabalhador no campo da saúde pública estadual, a partir dos desenhos adotados pelas gestões do período estudado. A observação dessa questão no período de 2003-2006 indica, como características das ações, um perfil voltado para questões administrativas e de gestão interna junto a secretaria estadual de saúde e ao Ministério da Saúde, destinadas à resolução de pendências relacionadas aos processos de habilitação dos CEREST Regionais de Santarém e Marabá; a elaboração de projetos para realização de eventos; a inclusão da temática saúde do trabalhador nas discussões do planejamento das ações da secretaria de saúde; e a realização da capacitação dos servidores lotados na Divisão.

Em que pese tenham sido incluídas ações de vigilância em saúde do trabalhador, no PPA 2004-2007, a avaliação do planejamento, em 2006, não registrou a realização de

nenhuma dessas ações, sugerindo, inclusive, a redefinição dos produtos pensados para as ações de vigilância em saúde do programa. Essa constatação confirma que a caracterização das ações da política no campo da saúde pública esteve voltada para infraestrutura interna, destacando-se, neste caso, o interesse dos servidores pelo maior conhecimento e domínio do conteúdo da política, a partir do aprofundamento dos estudos da legislação.

Levando em consideração o processo adotado para as tomadas de decisões e para o planejamento e realização das ações da política, é possível inferir que as características apresentadas são coerentes com a gestão adotada, que não observou o desenho estrutural definido pela combinação de procedimentos previstos no aparato legislativo das portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e do estabelecido no artigo 269 da Constituição Estadual, já comentados neste capítulo.

Por outro lado, ao verificarmos essa caracterização na gestão 2007-2010, observa-se que o desenho adotado esteve voltado para incorporação das ações de saúde do trabalhador na atuação estadual, garantindo a participação social, implementando ações estruturadoras de vigilância aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e na incorporação do desenho de uma política pública nas ações de saúde desenvolvidas pelo Estado.

Nesse sentido, o incremento de estudos e a capacitação permanente dos servidores da Divisão e dos demais setores da secretaria, que desenvolveram ações transversais com a política, de gestores e servidores municipais, além de atuações conjuntas com órgãos públicos que apresentaram transversalidade de suas ações na saúde do trabalhador, se tornaram práticas permanentes da Divisão de Saúde do Trabalhador, a partir das atividades realizadas pelo CEREST Estadual.

Estas realizações nos possibilitam compreender que a gestão esteve voltada para o fortalecimento do trabalho coletivo, buscando uma maior identificação e comprometimento dos servidores com a política e com sua implantação em cada município do Estado, tendo como referência, a adoção do planejamento permanente da atuação, a pactuação e aprovação das atividades da política junto a CIB e ao CES, com a fiscalização da CIST.

Como podemos observar, residiu uma diferença acentuada na gestão da política de saúde do trabalhador no período de 2003 a 2010, que pode ser notada na concepção política adotada por cada um dos governos que se revezaram no poder político no Estado do Pará e de suas relações estabelecidas com o governo federal.

CONSIDERAÇÕES

O comparativo entre as duas gestões do período estudado expôs com clareza o compromisso assumido com uma política pública exercitado em cada governo. Percebeu-se assim, que a vontade política se materializou na intencionalidade, nos objetivos e estratégias adotadas pelos governos, refletindo, dessa forma, a compreensão levada a cabo no desenvolvimento das ações da política de saúde do trabalhador. A manifestação da compreensão da saúde do trabalhador enquanto uma política pública de Estado, ganhou materialidade efetiva apenas na gestão 2007-2010.

Nesse sentido, é relevante destacar que a gestão do SUS nas esferas de atuação federativa solicita o atendimento das necessidades em saúde, na área de saúde do trabalhador, requerendo, neste caso, do gestor, coerência com o sistema de ideias que deu origem a concepção do sistema de saúde brasileiro, consubstanciadas na legislação reguladora, situação que não se materializou na gestão 2003-2006. Esta constatação nos remete a compreensão de que o cumprimento dos normativos legislativos independe da concepção ideológica que norteou determinado governo, tendo em vista se tratar de preceito constitucional.

A verificação das hipóteses alçadas para a pesquisa geradora da presente dissertação, nos possibilitaram uma compreensão da efetiva atuação das gestões. No que se refere a primeira hipótese, observou-se que sua confirmação se deu a partir da constatação de que a importância destinada à determinada política pública depende do grau de compromisso estabelecido por cada governo eleito e de suas práticas governamentais. Dessa forma, a gestão da Política de Saúde do Trabalhador, no período 2003-2006 nos indica que o tratamento dispensado para sua implantação e o desenvolvimento de suas ações foi o de mais uma política pública a ser gerida no âmbito governamental. O desconhecimento do teor da política, por parte dos gestores, a forma de condução e das decisões adotadas no período, refletidos no desenho estrutural e das ações, são sugestivas da não observação de sua garantia constitucional.

Por outro lado, ao observarmos a atenção dispensada para referida política pela gestão 2007-2010, é possível concluir que houve um avanço no grau de importância dado à política em questão, tendo como referência o desenho adotado na estruturação e no desenvolvimento de suas ações, que nos permite compreendê-lo como resultado de um compromisso político da gestão governamental do período com a execução de uma política pública de Estado.

A investigação da primeira hipótese nos possibilitou a verificação de variáveis relacionadas ao problema pesquisado, a partir de questões abordadas de forma transversal, tendo como norte o caminho investigativo adotado. Esse procedimento nos conduziu ao entendimento que a proteção social, historicamente, foi a tese de referência para o desenvolvimento de ações destinadas à garantia da saúde dos trabalhadores em seus ambientes laborais.

Esses achados nos possibilitaram inferir que trabalhadores e trabalhadoras desempenham papel fundamental na sensibilização de legisladores e profissionais da saúde no desenvolvimento de ações e formulação de legislações protetoras. Com isso, a segunda hipótese, que referiu o envolvimento de trabalhadores e trabalhadoras no processo de implantação da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, foi confirmada somente na gestão 2007-2010, conforme retratado nos segundo e terceiro capítulo.

Nesta senda, é pertinente considerar que o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, buscam a garantia da saúde humana, tanto do ponto de vista individual, como coletivo, exercendo papel preponderante, neste caso, as ações de vigilância em saúde. Cabe lembrar que a vigilância em saúde envolve, entre tantas outras ações, a cobertura vacinal, o controle de doenças virais e bacterianas, bem como a vigilância aos ambientes laborais. Ao encontro deste entendimento, e, tendo como referência as análises contidas nos capítulos dois e três, verificamos que a incorporação do olhar da saúde do trabalhador às práticas de vigilância em saúde pública da Secretaria Estadual de Saúde, terceira hipótese formulada para o presente estudo, ganhou conformação na gestão governamental do período 2007-2010.

A pesquisa chamou atenção ainda para a necessidade de mudanças em dois aspectos importantes, que podem contribuir para um melhor desenho estrutural da política no Estado. O primeiro diz respeito a necessidade de especificação na estrutura funcional da SESPA de uma coordenação estadual da política e a definição do CEREST Estadual como responsável pela realização das ações. O segundo aspecto está relacionado ao estabelecimento de autoridade sanitária para as ações de vigilância em saúde do trabalhador, tendo em vista ser este um dos principais objetivos da política, conforme preceitua a Portaria GM/MS nº 1.823/2012, instituidora da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, ao se propor fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT, integrando-a com os demais elementos da vigilância em saúde.

A necessidade de adequação da estrutura organizacional da SESPA atende ao que propõem as portarias articuladoras do desenho estrutural da RENAST, a portaria instituidora da PNSTT e a Resolução nº 603 de 08/11/2018, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que

caracterizam a atual DIVISAT como uma coordenação estadual. Essa constatação pôde ser observada na portaria que criou o CEREST Estadual, conforme análise constante no capítulo dois. Há uma dupla responsabilidade definida para aquele centro, que envolve o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador e a coordenação da política no Estado. A determinação gerou um sobreposição com o objeto norteador de criação da DIVISAT. A análise da norma instituidora do centro, das portarias e da resolução do CNS apontou a sobreposição de responsabilidades.

Considerando as experiências de estruturação da política nas secretarias de saúde de outros estados, conforme a literatura consultada, sugerimos a criação de uma Coordenação ou Departamento Estadual de Saúde do Trabalhador, vinculado à Diretoria de Vigilância em Saúde, responsável pelo planejamento e coordenação da política, permanecendo o CEREST como responsável pela execução das ações da política. A estrutura funcional sugerida deve contemplar a coordenação do CEREST Estadual e gerências de núcleos na estrutura do Centro, que atendam a vigilância aos ambientes de trabalho, informação, projetos e pesquisas, conforme a dinâmica que a política apresenta. Atualmente a função de Chefe da DIVISAT e coordenador do CEREST estão sobrepostas e são exercidas por uma única pessoa.

No que se refere ao estabelecimento de autoridade sanitária para as ações de vigilância em saúde trabalhador, constatou-se na literatura consultada que esta é uma necessidade que afeta a maioria dos CEREST a nível nacional. A ausência desta autoridade acaba por limitar a atuação vigilante prevista na Portaria GM/MS 3.120/1998, que regulou os incisos II e III do Artigo 3º da Lei 8.080/1991. A não observação destes preceitos em nível de estados e municípios em seus respectivos códigos sanitários, fragilizam o papel de referência que os CEREST representam para a RENAST, conforme preveem as portarias estruturadoras da política e a portaria instituidora da PNSTT, tendo em vista a impossibilidade do efetivo desenvolvimento da principal ação estabelecida para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

As ações de vigilância em saúde do trabalhador envolvem uma natureza complexa, tendo em vista requererem equipe multidisciplinar que contemple: a participação de representantes do controle social, a realização de devolutiva do relatório da ação para os trabalhadores e direção do órgão ou empresa alvo da ação vigilante. Nessas condições, ela não se enquadra no sistema da vigilância sanitária tradicional, sendo esta uma das razões da necessidade da concessão da autoridade sanitária. A propósito da complexidade que envolve a vigilância em saúde do trabalhador, este seria um tema relevante para um estudo mais aprofundado, a partir das experiências dos CEREST em nível nacional.

A proposição de mudança para adequar o organograma SESPÀ ao que estabelece a legislação estruturadora da política de saúde do trabalhador e o estabelecimento de autoridade sanitárias às ações de vigilância em saúde do trabalhador, implicam mudanças na legislação atualmente vigente, o que envolve o parlamento estadual e o gabinete de governo, requerendo, neste caso, abertura de diálogo com estes segmentos políticos, o que pode ser realizado pelo gabinete da SESPÀ. Para tanto, se faz necessário a apresentação de sugestões para as mudanças requeridas. A elaboração de propostas nesse sentido pode ser efetivada pelos servidores lotados na DIVISAT, usando como referência o processo adotado pela Gestão 2007-2010, na discussão e pactuação da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, analisado no capítulo dois da presente dissertação.

Por fim, ressaltamos que o estudo contribuiu para conhecimentos científicos sobre a política de saúde do trabalhador, a partir da identificação da regularidade de sua trajetória nas gestões dos governos do período estudado, proporcionando o entendimento de variáveis condutoras de importantes transformações para continuidade do seu objeto fim.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. O que é trabalho. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

ANDRADE, E. T.; MARTINS, M. I. C.; MACHADO, J. H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. In Revista Ciências Sociais, v. 10 – p. 137-150. Centro de Investigação em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 01/12/2012.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho - 3ª Edição. Boitempo Editorial, São Paulo - SP, agosto de 2000.

_____, R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez Editora; Campinas, SP: Editora Universidade Estadual de Campinas, 2002.

BRASIL. Lei Nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/1977-2.htm>. Acessado em 12/11/2020.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE Nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/1978.htm>. Acessado em 12.011.2020.

_____. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília, 2016.

_____. Presidência da República – Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 15/12/2020.

_____. Presidência da República – Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em 15/12/2020.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 96 -. Brasília, 1997.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em 04/12/2018.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 3908, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html. Acesso em 15/09/2020.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde - NOAS-SUS 01. Brasília, 2002.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em 15/09/2020.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 2.437 de 07 e dezembro de 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html. Acesso em 15/09/2020.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em 15/09/2020.

_____. Presidência da República – Casa Civil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=DECRETO N° 7.508%2C DE 28, interfederativa%2C e dá outras providências](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=DECRETO N%2C DE 28, interfederativa%2C e d%20outras provid%24ncias). Acesso em 03/05/2021.

_____. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 15/09/2020.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante. Volume I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, Brasília, 2018.

BRUNACCI, D. P. Influência no desenho de políticas públicas: conceitos pela participação e propostas de monitoramento. Trabalho de conclusão, como requisito parcial, para o título do Mestrado Profissional em Gestão de Administração de Empresas de São Paulo, apresentado junto a EAESP Fundação Getúlio Vargas – FGV. São Paulo, 2014.

CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. In Revista Saúde e Sociedade - Vol. 28 (1) - Pag. 169-181. São Paulo, março, 2019.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Comentários a Lei Orgânica da Saúde: Leis: 8.080/90 e 8.142/90. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTRO, J. A. Política Social e Desenvolvimento no Brasil. In Economia e Sociedade Contemporânea v. 21. Número Especial - Pág. 1011-1042. Campinas - SP, dezembro, 2012.

CHIAVERINI, D. H. (Org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução nº 603. DOU de 08 de novembro de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em 03/05/2021.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC. O ABC. Disponível em: www.consorcioabc.sp.gov.br/o-grande-abac. Acesso em 27/06/2021.

CORRÊA, M.J.M. et al. A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no SUS: um desafio a organização e a integralidade da atenção. In _____. Ministério da Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3.^a CNST: “trabalhar, sim! adoecer, não!”: coletânea de textos / Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. In Revista Brasileira de Saúde Ocupacional - Vol. 38 Sup. 127. Pag. 11-30. FUNDACENTRO. São Paulo, 2013.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. In Lua Nova n° 34 - Pag. 90 -110. Setembro, 1991.

GIOVANNI, G. D. As Estruturas Elementares das Políticas Públicas. In Cadernos de Pesquisa n° 82. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - Universidade Estadual de Campinas. Campinas - SP, 2009.

GOMES, E. M.; SANTOS, M. N. C. A construção da saúde do trabalhador na Rede SUS no Tocantins. In NETO, F. D. M. M. (Org). Saúde & Trabalho RENAST Amazônia: saúde do trabalhador na Amazônia – Páginas 87-99. Plena Editorial, São Paulo, 2008.

GRAÇA, L. Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Cadernos Avulsos, 1 (96 pp.), 1999.

GUERRA, A. L. Estado, garantia de renda e geração de oportunidades: a estratégia da Prefeitura de Osasco no período 2005-2012. Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção de título de Doutor em Administração Pública e Governo. São Paulo, 2017.

GUIMARÃES, L. D.; ALMEIDA, M. M. C. Perfil dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico no Pará, 2007-2012. In A Epidemiologia da Saúde do Trabalhador no Brasil – Pag.40-48. Ministério da Saúde - Universidade Federal da Bahia, Brasília – DF, 2020.

IANNI, O. Dialética e Capitalismo. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1988.

KERSTENETZKY, C. L. Políticas sociais: focalização ou universalização? In Revista de Economia Política. Vol. 26, n° 4 (104), p. 564-574, outubro-novembro, 2006.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas obre as relações trabalho-saúde. In Cadernos Saúde Pública – Pag. 757/766. Rio de Janeiro, abril de 2007.

LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do Trabalhador, hoje: revisitando atores sociais. In Revista Médica de Minas Gerais – Volume 20 – Suplemento 2. Pag-5-12. Associação Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. Análise do desenho das políticas públicas de desenvolvimento local em Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre. In Anais do Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas – v. 2 n° 2. Pag. 273-296. Brasília, 2017.

LOCH, C. L.; CORREIA, G. S. A Flexibilização do Trabalho e da Gestão de Pessoas Limitadas pela Racionalidade Instrumental. In Revista de Ciências da Administração – v.6, n.12, Jul/dez 2004. Disponível em www.cad.usfc.br/revista. Acessada em 14/04/2020.

MENDES, R. Notas biográficas sobre Bernardino Ramazzini. Revista Médica de Minas Gerais, v 10, nº4, p. 255-258. Belo Horizonte - MG, 2000.

MENDES, R; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. In Revista de Saúde Pública. Vol. 25, nº 5. p. 341-349. S. Paulo, 1991.

MENDES, J. M. R.; WIINSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. In Revista Brasileira de Saúde Ocupacional – Vol. 32 (115) - Pag. 153-163. São Paulo, 2007.

PARÁ. Assembleia Legislativa. Constituição do Estado do Pará – Janeiro de 2019. Disponível em: https://www.alepa.pa.gov.br/midias/anexos/32_constituicao_estadual_do_para_assembleia_legislativa_-_assessoria_tecnica.pdf. Acesso em 11/04/2021.

_____. Gabinete do Governador. Lei nº 5.838, de 22 de março de 1994. Publicada no Diário Oficial do Estado em 22/03/1994. Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Portaria nº 466, de 14 de abril de 2004. Publicada no Diário Oficial do Estado em 09/06/2004 – Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Portaria nº 467, de 14 de abril de 2004. Publicada no Diário Oficial do Estado em 09/06/2004 – Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Secretaria Executiva de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças - SEPOF – Diretoria de Planejamento. Relatório de Avaliação de Programas de Governo: Plano Plurianual 2004-2007. Belém, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Portaria nº 473, de 12 de abril de 2010. Publicada no Diário Oficial do Estado em 28/04/2010 – Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Portaria nº 548, de 28 de abril de 2010. Publicada no Diário Oficial do Estado em 05/05/2010 – Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Gabinete da Governadora. Decreto nº 2.253, de 28 de abril de 2010. Publicada no Diário Oficial do Estado em 03/05/2010 - Impresso. Belém, Dezembro, 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Relatório de Gestão da DIVISAT- Impresso. Belém, dezembro de 2010.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças - SEPOF – Diretoria de Planejamento Estratégico. Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011. Belém, 2011.

PINTO, G. A. A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. Expressão Popular, São Paulo: 2007.

RIBEIRO, H. P. A violência Oculta do Trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena: Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SCHNEIDER, S; SCHMITT, C. J. O uso do método comparativo nas ciências sociais. In Cadernos de Sociologia, v. 9, p. 49-87, Porto Alegre, 1998.

SILVEIRA, A. L.; MERLO, A. R. C. Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador: campo prático e de disputa simbólica. In Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia – Vol. 17. Nº 3. Pag. 877-894 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Setembro e dezembro, 2017.

SIVIERI, L. H. Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos. In Saúde Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo, novembro, 1995.

SODRÉ, F. O Campo Político da Saúde do Trabalhador. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Rio de Janeiro: março, 2002.

SOUSA, M. G. Organização do Trabalho e Seus Agravos à Saúde de Bancários. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade da Amazônia para obtenção do grau de Bacharel e de Licenciatura em Ciências Sociais. Belém – Pa, novembro de 2007.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In Sociologias, ano 8, nº 16. Pag. 20-45. julho - agosto, 2006.

VACONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. In Saúde Debate - v. 41, nº 113, p. 605-617. Rio de Janeiro, abril-junho, 2017.

ANEXOS

Roteiro de entrevista

Gestão

1. O que motivou e como se deu o processo de instituição e implantação da política de Saúde do Trabalhador no Estado do Pará?
2. O que levou a constituição do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador e qual sua função?
3. No que se refere a atenção dispensada para política em questão, qual foi o comprometimento dos governos, que estiveram no poder nos períodos de 2003/2006 e 2007/2010, com sua efetivação?
4. Como se deu o financiamento da referida política nos períodos de governos mencionados acima?
5. Em relação a implementação das ações de Saúde do Trabalhador, como elas se desenvolveram no período de 2003/2006 e 2007/2010?
6. Em relação a implantação e a implementação das ações da política em questão, nos períodos de governo 2003/2006 e 2007/2010, o que pode ser considerado como avanços para os trabalhadores e para gestão governamental?
7. Considerando os dois períodos de governos, do ponto de vista comparativo, qual a avaliação que você faz?

Roteiro de entrevista

Servidores

1. Em relação a implementação das ações de Saúde do Trabalhador, como elas se desenvolveram no período de 2003/2006 e 2007/2010?
2. Que dificuldades foram enfrentadas para a implantação e o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, nos períodos de governo 2003/2006 e 2007/2010?
3. Em relação a implantação e a implementação das ações da Política de Saúde do Trabalhador nos períodos de governo mencionados, o que pode ser considerado como avanços para os trabalhadores e para gestão governamental?
4. Considerando os dois períodos de governos mencionados anteriormente, o que foi incorporado enquanto prática da política de Saúde do Trabalhador estadual?
5. Ainda em relação aos referidos períodos de governos, como funcionou o controle social?
6. No que se refere a atenção dispensada para política em questão, qual foi o comprometimento dos governos, que estiveram no poder no período de 2003 a 2010, com sua efetivação?
7. Considerando os dois períodos de governos, do ponto de vista comparativo, qual a avaliação que você faz?

Roteiro de entrevista

Trabalhadores Usuários

1. Em relação ao exercício do controle social na política de saúde do trabalhador, como funcionou a CIST durante os governos do período 2003/2010?
2. No que se refere a atenção dispensada para política de Saúde do Trabalhador, como você avalia o comprometimento dos governos do período de 2003 a 2010, com a efetivação da referida política?
3. Em relação a implantação e a implementação das ações de saúde do trabalhador pelos governos de 2003/2006 e de 2007/2010, na sua opinião, o que pode ser considerado como avanços para os trabalhadores e para gestão governamental?
4. Considerando os dois períodos de governos, do ponto de vista comparativo, qual a avaliação que você faz?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES REALIZADAS PELAS GESTÕES GOVERNAMENTAIS DO PERÍODO DE 2003 A 2010, NO ESTADO DO PARÁ

NOME DO RESPONSÁVEL: MANOEL GOMES DE SOUSA

NÚMERO DO CAAE: 39760220.7.0000.5550

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Justificativa

A realização desta pesquisa busca conhecer o processo de implantação da política de saúde do trabalhador e o desenvolvimento de suas ações pela Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado Pará, que tem sob sua responsabilidade a coordenação do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador.

Schneider e Schimitt (1998, p. 1) chamam atenção para a contribuição da comparação no desenvolvimento do conhecimento, posto que esta proporciona o descobrimento de “regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelo tipológicos, identificando continuidades e discontinuidades, semelhanças e diferenças, explicitando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais”. Nesse sentido, o comparativo entre as gestões governamentais do recorte temporal aqui proposto, ganha relevância em função de contribuir para um melhor conhecimento da gestão pública destinada a política de saúde do trabalhador no Estado do Pará. Consideram-se, assim, os aspectos que envolvem a sua implantação, bem como, o desenvolvimento de suas ações, tendo papel relevante, neste caso, a trajetória da legislação na área de saúde trabalhador, que contribuiu para o seu estágio de desenvolvimento.

Objetivos

Geral

Investigar o panorama histórico da política de saúde do trabalhador no Estado do Pará, seu desenho e sua implementação, a partir de um comparativo entre as gestões governamentais de 2003 a 2010.

Específicos

- a) Realizar um levantamento histórico do processo de implantação dessa política.
- b) Analisar o desenho da política desenvolvido pelas gestões do período.
- c) Identificar as dificuldades enfrentadas para implantação e o desenvolvimento de suas ações.
- d) Realizar um comparativo entre as gestões do período de estudo proposto.

PROCEDIMENTOS

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário de entrevista, que poderá ocorrer em seu local de trabalho em dia e horário previamente combinados. Dependendo da dinâmica adotada, a entrevista poderá durar em torno de uma hora e não será gravada. Caso prefira encaminhar as respostas via e-mail, combinaremos o prazo para devolutiva.

DESCONFORTOS E RISCOS

Considerando o que define a Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre risco da pesquisa: “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente” e por se tratar de entrevista, a pesquisa não apresenta previsão de desconforto e riscos para sua realização.

BENEFÍCIOS

A pesquisa contribuirá para o conhecimento do processo de implantação da política de saúde do trabalhador, cuja responsabilidade é da Divisão de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado Pará, que realiza suas ações através do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador - CEREST.

O estudo comparativo proposto contribuirá para o desenvolvimento de conhecimentos científicos sobre a política em estudo, posto que oferece elementos contribuidores para identificação da regularidade da trajetória que a política de saúde do trabalhador seguiu nas gestões de governos do período proposto para o estudo, além de proporcionar o entendimento de variáveis no percurso, que tenham conduzido para importantes transformações, que representem continuidades ou descontinuidades, do objeto fim desta política.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

No caso dos servidores da Secretaria de Estado de Saúde, o resultado da pesquisa será disponibilizado por meio eletrônico para Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que receberá autorização, por escrito, para disponibilizá-lo na Base de dados ColecionaSUS.

Em relação aos trabalhadores usuários, o resultado será disponibilizado por meio eletrônico, para sua entidade sindical, que ao utilizá-los, em parte ou no todo, fica obrigada a citar a fonte em respeito ao direito autoral.

Caso seja de interesse da Secretaria de Estado de Saúde ou de qualquer entidade sindical, este pesquisador se compromete em participar de evento público ou direcionado aos servidores e associados para apresentação dos resultados da presente pesquisa.

SIGILO E PRIVACIDADE

Fica assegurado que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Considerando que a entrevista para o presente estudo será feita durante o seu horário de trabalho ou de estudo, ou ainda poderá ser respondida via e-mail, mediante prazo de devolutiva previamente combinado. Não há previsão de ressarcimento de despesas. No entanto, caso venha ter gastos para participar da pesquisa fora da rotina aqui combinada, ele será ressarcido integralmente por este pesquisador.

CONTATO

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com este pesquisador pelo telefone (91) 98282-3447, mensagem de whatsapp, e-mail ou outra forma de contato disponíveis nos meios eletrônicos.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria acadêmica da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) das 09:00hs às 16:00hs na Avenida Ipiranga no. 1071, sala 608; CEP 01039-903 São Paulo – SP; telefone (11) 3229-2995; e-mail: maestria.estado@flacso.org.br

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

_____ Data: ____/____/____.

_____ Assinatura do participante da pesquisa

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)