

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ENFERMAGEM DO TRABALHO

Lorenza Ferreira de Sousa

EM NOME DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS DIRETRIZES DA POLÍTICA
NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Belo Horizonte – MG

2011

Lorenza Ferreira de Sousa

EM NOME DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DITRETRIZES DA POLITICA NACIONAL
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – Área de Concentração em Enfermagem do Trabalho da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para à obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Kátia Rita Gonçalves

Belo Horizonte – MG
2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

EPÍGRAFE

“mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer” (Foucault, 1995, p. 256).

RESUMO

As práticas de saúde estão constantemente passando por uma reorganização devido à necessidade de melhor atender, no que diz respeito à assistência. É possível observar um grande esforço na construção de novos arranjos de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Consolidar a Promoção da Saúde como estratégia é o caminho certo para o “agir sanitário”. O entendimento de que a Saúde do Trabalhador extrapola os limites da Saúde Ocupacional possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Nesse sentido, a criação de uma Política baseada na Promoção da Saúde é de extrema valia posto que, seu processo de construção, de implantação e implementação provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo: apresentar a Política Nacional de Promoção a Saúde e as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) e relatar iniciativas do Estado direcionadas a estruturar as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do documento "Chamado à Ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas". Metodologia: estudo de cunho descritivo, que envolveu a elaboração e análise de uma matriz de estudo das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Promoção a Saúde. Conclusão: falar da Promoção da Saúde no Brasil é fazer uma reflexão sobre a criação do SUS, envolve desde o compromisso ético com o cuidar da saúde de sujeitos e coletividades, até o como pensar promoção da saúde e no que ela pode auxiliar na geração de outros modos de atenção e de gestão da saúde. Entretanto, é indispensável que a Política direcionada ao trabalhador do SUS seja pactuada, implantada e implementada nas três esferas de gestão, requerendo ser acompanhada, avaliada, modificada e redirecionada através de novas diretrizes.

Palavras chave: Saúde do Trabalhador, Trabalhador da Saúde, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	12
3 DESENVOLVIMENTO	13
3.1 Fundamentação Teórica: Conceitos e Definições	13
3.1.1 A construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil	16
3.1.2 Marcos Regulatórios da Saúde do Trabalhador no Brasil	18
3.1.3 A construção do campo da Promoção da Saúde: antecedentes e conceituação	21
3.1.4. A Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde	24
3.2 As Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)	26
3.3 Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde ...	28
4. RESULTADOS	29
4.1 Desenho Matricial da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE A	46

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os serviços de saúde do Brasil se desenvolveram de uma forma bem heterogênea: instituições das Santas Casas de Misericórdia com um modelo caritativo-autônomo; hospitais de tuberculose, psiquiatria e hanseníase com seu modelo asilar estatizado; chegando a um modelo previdenciário através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois foi desmembrado surgindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao Ministério da Saúde cabia a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, como por exemplo, ações de vacinação, e ainda a assistência médico-hospitalar para aqueles que não possuíam direito de acesso ao INAMPS - em sua maioria indigente (Ministério da saúde, 2006).

No intuito de discutir uma nova proposta de estrutura e política de saúde nacional, ocorre em 1986 a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde. Com ampla participação de dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e demais lideranças sindicais e populares, discutiu-se a situação da saúde em todo território brasileiro e assim, aprovou-se um relatório cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, plenamente legitimado pelos seguimentos sociais de interesses públicos, e que foi apresentado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987 (CARVALHO, 2007).

A nova Constituição da República Federativa do Brasil (CF), publicada em 1988, veio repleta de novos pressupostos políticos. O Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, em sua Seção II - Da Saúde, propõe políticas menos seletivas e dirigidas a toda população, tendo como pedra fundamental a universalidade, a integralidade e equidade (BRASIL, 1988).

A CF de 1988, no artigo 198, cita que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) é baseada em diretrizes, definidas pela descentralização político-administrativa, a participação da comunidade e a integralidade das ações. As práticas integrais de atenção à saúde referem-se ao atendimento das necessidades

dos indivíduos de uma maneira ampliada, consideradas o eixo norteador na consolidação do SUS (FONTOURA; MAYER, 2006).

O Sistema único de Saúde (SUS) pode ser entendido então, como o resultado de um movimento social impulsionado pela chamada Reforma Sanitária Brasileira, que representou uma mobilização em prol da necessidade popular de construir uma estrutura que atendesse as reais necessidades, no âmbito da saúde, enquanto direito de cidadania da população (MACHADO et al., 2007).

O SUS foi concebido abarcando todas as ações e serviços públicos de saúde organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada, e para atender os diferentes níveis de atenção, seria necessário dispor dos diferentes recursos tecnológicos existentes em prol da promoção, proteção ou recuperação da saúde nos diversos tipos de serviços de saúde. E é através desses níveis de atenção que se busca defender que todos os brasileiros possam ter assegurado seu acesso a todos os pontos de atenção à saúde da Rede SUS (MATTOS, 2004).

É em 1986, nas discussões que envolveram a VIII Conferência Nacional da Saúde, que se destaca a necessidade de se direcionar o olhar, para a Saúde do Trabalhador. Em dezembro deste mesmo ano acontece a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e em 1988 já se verificava presente na Constituição Federal questões onde a saúde dos trabalhadores era incluída (DIAS; HOEFEL, 2005).

O entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica, independente da forma de inserção deste trabalhador no mercado de trabalho, podendo ser formal, informal, vínculo público, privado ou autônomo.

Pensando especificamente nos profissionais da área da saúde, pouco se discutiu em defesa destes na 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador. Não se discutiu a relação trabalho-saúde-doença e seu impacto sobre estes trabalhadores.

Por sua vez, na 2ª Conferência de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, após a promulgação da CF/1988 e da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/1990, estabeleceu-se as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e aprovou-se propostas sobre a regulamentação de uma política de recursos humanos na área de saúde, articulada pelas diferentes esferas de governo, e reforçada ainda pelas propostas de formação de recursos humanos para a saúde, ampliação de seu quadro de pessoal e garantia de cargos e remuneração (BRASIL, 2004).

Além disso, foram definidas as atribuições do SUS, entre elas a saúde do trabalhador; sua vigilância e a criação de comissões intersetoriais de saúde do trabalhador de âmbito nacional, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (BRASIL, 2004).

Estas recomendações foram reforçadas na 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, assim assinalada: formação através dos Pólos de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde; efetiva participação nos debates das políticas de desenvolvimento sustentável; estudos e pesquisas relacionados ao trabalho em trabalhadores da saúde e ainda assegura a implementação das Normas Regulamentadoras (NR) de segurança e saúde para os trabalhadores do serviço público, nas três esferas do governo, priorizando o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), bem como a participação das entidades representativas dos trabalhadores do setor público na elaboração da Norma Regulamentadora de saúde do trabalhador no serviço público - (NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE), publicada através da Portaria N.º 485 de 11/11/2005 (BRASIL, 2006).

Apesar de um aparato de instrumentos legais e de produção social, como as Resoluções das Conferências de Saúde do Trabalhador, assegurando que as legislações relativas à saúde e segurança do trabalho devem ser aplicadas tanto no setor público como privado, estamos longe da obrigatoriedade. As resoluções são consideradas recomendações e não têm o caráter deliberativo ou mesmo normativo.

Ainda em 2005, no calor dos debates e da construção da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foi colocado em consulta pública a Portaria Interministerial n.º 800, de 3/05/05, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), pelo Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador – GEISAT, composto pela Portaria Interministerial n.º 153, de 13/02/04.

Para Arcuri (2007):

a proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental (ARCURI, 2007).

Considerando a importância desta proposta, a Comissão Tripartite, composta pelos representantes do governo federal, pelos empregadores e os trabalhadores, ampliou-se os debates em 2009 e em 23/02/2010 foi aprovado o texto final da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Recentemente, 28/04/2011, o Ministro do Trabalho e Emprego afirmou a imprensa brasileira que a PNSST é uma política pública tripartite desenvolvida entre governo, representando pelos ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência, e trabalhadores e empregadores voltada para a prevenção de acidentes.

A PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. São responsáveis diretos pela implementação e execução os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2010).

E em vista de alcançar este objetivo, “a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de Governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação das organizações representativas de trabalhadores e empregadores” (BRASIL, 2010).

Neste sentido, esta política busca superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores do trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente. E considera a importância da interface com as políticas de outras áreas como: econômica, agricultura, indústria e comércio, ciência e tecnologia, educação e justiça (BRASIL, 2010; DIAS; HOEFEL, 2005)

Ao tratar do “trabalhador” em seus objetivos, esta PNSST inclui “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”. (BRASIL, 2005).

Outra contribuição importante para a Saúde do Trabalhador foi a recente expressão da “Contribuição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS” (Maio 2010), que tem como propósito nortear a atuação do SUS no campo da saúde do trabalhador e cujo referencial encontra-se em consonância com a Portaria GM Nº 3.252/2009, a promoção da saúde, a vigilância das condições, dos ambientes e dos processos de trabalho, a vigilância dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) tem como propósito:

[...] orientar quanto aos princípios, diretrizes e estratégias a serem observados nos três níveis de gestão do SUS – federal estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador nas redes de vigilância e de atenção à saúde, tendo como eixo central a estruturação das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador e considerando o modelo de desenvolvimento e os processos produtivos como determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, com a participação da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social (BRASIL, 2010).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é sugerida como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, e a urbanização desordenada. (BRASIL, 2006)

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde surge como estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no País, visando assim, à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defenda radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006)

É possível observar um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Trata-se, portanto, de pensar a promoção da saúde como um campo de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensões participativas e emancipatórias, visando realizar uma “genealogia dos problemas” que atravessam esses diversos âmbitos. (FERREIRA NETO et al, 2009).

É possível observar que a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, é fator determinante na contribuição para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo:

- a) apresentar a Política Nacional de Promoção a Saúde e as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) relatar iniciativas do Estado direcionadas a estruturar as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do documento "Chamado à Ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas".

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com a elaboração e análise de uma matriz de estudo das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Promoção a Saúde.

Foi realizado um levantamento bibliográfico ao acervo referente ao tema estudado, foram utilizados para consulta: livros, artigos científicos, anais de congresso e revistas especializadas que tratavam do assunto.

O intuito de uma pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato com o que foi produzido sobre determinado assunto (Lakatos e Marconi, 1996). Ainda, de acordo com Gil (1999, p. 71)

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Para a apropriação dos conceitos básicos sobre o tema, realizou-se um estudo detalhado de instrumentos legais que hoje regem a atuação da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde e de outras políticas públicas de interface.

Para a tarefa de revisão bibliográfica foram definidos os seguintes descritores: "Saúde do Trabalhador", "Trabalhador da Saúde", "Promoção da Saúde", "Educação em Saúde". Utilizou-se, também, vocabulário específico de textos relativos à vigilância, como: vigilância em saúde do trabalhador.

Os bancos consultados foram: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Utilizou-se, também, o banco de teses e dissertações da biblioteca digital da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Fundamentação Teórica: Conceitos e Definições

Para que seja possível um melhor entendimento das questões que envolvem a saúde no Brasil, é necessário salientar a importância de alguns conceitos utilizados. Não é intenção aprofundar a análise dos conceitos e sim definir referenciais que possam facilitar o entendimento de questões citadas no decorrer desta pesquisa.

Neste primeiro momento citamos os conceitos que orientam o desenvolvimento das práticas de saúde no trabalho: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador.

Segundo Mendes e Dias (1991), “a medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial.”

A Medicina do Trabalho nasce no interior da empresa e tem como finalidade a preservação da força de trabalho e o compromisso com a produção. A sua lógica é ambientalista e seu foco é o posto de trabalho. Tem o enfoque biológico e individual, orientando-se pela teoria da unicausalidade. A prática é eminentemente médica, centrada na clínica, no indivíduo e na doença. (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997; MENDES; DIAS, 1991).

É o médico, com toda sua autoridade delegada pelo empregador, é quem deve cuidar da saúde do trabalhador com objetivo de maior produtividade. A relação trabalho e saúde é um dos marcos da moderna medicina social. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MENDES; DIAS, 1991).

É em 1830 que se cria o primeiro serviço de Medicina do Trabalho e após várias discussões, é aprovado pela Conferência Internacional do Trabalho, em 1959, o primeiro instrumento normativo de âmbito nacional, a denominada Recomendação

112 em que trazia a expressão “Serviços de Medicina do Trabalho” em substituição à anterior “Medicina do Trabalho”. (MENDES; DIAS, 1991)

Os então chamados Serviços de Medicina do Trabalho designavam um serviço que era organizado nos locais de trabalho ou em suas mediações, que em suma visava: assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique sua saúde; contribuir para a adequação física e mental dos trabalhadores correspondentes às suas aptidões e ainda, contribuir para o estabelecimento e manutenção do bem estar físico e mental dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991)

A saúde para o trabalhador é tratada como uma política de interesse ao empregador e ao empregado, porque exigia do Estado uma intervenção sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo do consumo da força de trabalho. (MENDES; DIAS, 1991).

No final do século XIX, a Medicina Social na Inglaterra passou a ser um instrumento de controle da sociedade a serviço da classe dominante. A Medicina Social moderna seguiu esse modelo da medicina da força de trabalho, articulada aos interesses capitalistas.

Segundo Mendes e Dias (1991), o contexto econômico e político como o da guerra e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais insidiosamente por doenças do trabalho, começou então a ser sentido pelos empregadores e pelas companhias de seguro.

Ainda como reflexo, cresce a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores resultante da submissão dos mesmos a um processo acelerado e desumano de produção.

Neste contexto surge a Saúde Ocupacional, que tem início dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multi-profissionais, e a ênfase na higiene "industrial", buscando ampliar a atuação médica, que era direcionada somente ao indivíduo, para a intervenção também no ambiente do trabalhador. (MENDES; DIAS, 1991).

É incorporada a teoria da multicausalidade, onde um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Estes outros profissionais se juntam à equipe médica buscando incorporar aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho, estabelecendo assim a prática da Saúde Ocupacional (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Porém, Dias e Hoelf (2005), ressaltam que apesar da abordagem multidisciplinar e da ampliação do foco das ações de saúde, estas permanecem atreladas ao conceito do trabalhador como o objeto das ações, com o enfoque ambientalista com o controle no indivíduo, centrada no ambiente e na doença buscando manter o controle da força do trabalho e o compromisso com a produção.

Esta nova abordagem proposta pelo conceito de Saúde Ocupacional requer uma estruturação de serviços especializados nas empresas e organizações dando assim, origem aos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), a atual Norma Regulamentadora 4 (NR4). Estes serviços ampliam o âmbito de atuação na saúde dentro das empresas, mas ainda numa perspectiva muito restrita de intervenção na saúde individual e na prevenção de acidentes e doenças, deficiente em relação à intervenção no processo de trabalho (BRASIL, 2011)

A Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) reformada na década de 70, estabelece medidas importantes como a avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de “limites de tolerância”, porém, na legislação previdenciária/acidentária, manteve a prática medicalizada, de cunho individual e voltada somente aos trabalhadores formais.

Os conceitos de Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional convivem e se complementam na atualidade. Se por um lado representam conquistas dos trabalhadores, por outro ainda estão longe de se constituírem em práticas sociais efetivas (MENDES; DIAS, 1991).

3.1.1 A construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil

No Brasil, a manifestação por uma ação direcionada a Saúde do Trabalhador pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental (MENDES; DIAS, 1991).

O campo da Saúde do Trabalhador conta com assessoria técnica especializada e suporte, ainda que limitado, dos serviços públicos estatais de saúde.

Uma das peculiaridades desta nova prática é o esforço que vem sendo empreendido para integrar as dimensões do individual – coletivo; do biológico – social; do técnico – político; do particular - geral.

De acordo com Lacaz (2007), na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em um novo sujeito político e social, este incorpora idéia de trabalhador que difere frontalmente da anterior: antes passiva, como hospedeiro ou paciente; e agora apreendendo-se como agente de mudanças, com conhecimento e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e ainda, como ator histórico. Com isto, o trabalhador se vê com o poder de intervir e transformar a realidade de seu trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras

E é isto que busca a então denominada Saúde do Trabalhador: “busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças” (LACAZ, 2007).

Sandoval (1984, citado por Lacaz, 2007), verificava a necessidade de se: “passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores para enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, onde se conjuguem fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa produzir um resultado que é a saúde de uma sociedade, de um país, de um continente (...)”.

A configuração do campo Saúde do Trabalhador é pensada por meio de três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e; o movimento dos trabalhadores, onde se percebe um discurso com caráter mais propositivo junto ao Estado, com uma postura mais ativa com propostas de soluções para os problemas sociais, políticos e econômicos, assumindo o papel de atores. (LACAZ, 2007)

Esta nova postura destaca-se como um campo em construção inserido no contexto da saúde pública, constituindo em uma constante tentativa de aproximação do objeto e de sua prática, com vistas para sua consolidação enquanto área. (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Gonçalves (2008), na discussão para a política de saúde do Brasil, a CF/1988 considera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e a Lei 8080/1990, institui o Sistema Único de Saúde sob um novo enfoque pautado na universalidade, integralidade, equidade e controle social e ainda reforça a atribuições da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde e discorre sobre sua abrangência.

Como previsto na CF/88, em seu art. 196:

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art.196)

A lei 8080/1990 em seu Artigo 6º, § 3º define:

[...] para fins desta lei, 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[...] (BRASIL, 1990, art. 6º)

Neste contexto, o foco da atenção à saúde no trabalho passa a se distinguir por uma ampla pluralidade disciplinar e temática, aproximando-se do modelo de Saúde do Trabalhador.

De acordo com Dias (1994), o campo da Saúde do Trabalhador torna-se uma prática social instituinte, propondo-se a contribuir para a transformação da realidade da saúde não só dos trabalhadores, mas da população como um todo.

Ao tratar da abrangência dos conceitos, verifica-se que a consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS, muitas vezes acarreta distinção conceitual, no entanto há de se separar para evitar um imbróglio das atribuições e competências nos espaços intersetoriais (GONÇALVES, 2008).

O campo da Saúde do Trabalhador tem como particularidade o compromisso com a vida e com a saúde dos trabalhadores, tem o enfoque transdisciplinar no processo produtivo e de trabalho, busca a apreensão de fenômenos individuais-coletivos e biológicos-socio e político. O trabalhador é sujeito das ações.

Este campo enquanto política de saúde pública tem uma dimensão de saúde ampliada (esta garantida na CF/1988), e cabe ao Estado a sua regulação no sentido de garantir o direito a todos. O desafio está na constituição desta nova realidade num cenário de mudanças econômicas e políticas que favorecem a retração do papel do Estado e a desmobilização dos movimentos representativos dos trabalhadores (GONÇALVES, 2008).

3.1.2 Marcos Regulatórios da Saúde do Trabalhador no Brasil

Como relatado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 garantiu, enquanto um direito de todos e dever do Estado, o atendimento à saúde integral e universal, superando as limitações dos direitos até então vigente. Essa conquista contribuiu para a superação da dicotomia histórica dos Direitos Trabalhista e Previdenciário, que até então atuavam como condutores hegemônicos das condições de vida e saúde no trabalho (PAIM, 2008).

A saúde do trabalhador então, começa a ganhar corpo institucional. Seu aparato legal começa a ampliar e a participação social ganha espaços principalmente nas Conferências (nacional, estadual e municipal) de Saúde do Trabalhador, o que propicia e legitima o debate a partir dos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, entendendo as relações de saúde-trabalho como campo de ação da saúde pública (GONÇALVES, 2008).

Como previsto na CF/88, em seu art. 200:

[...] Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

A lei 8.080/1990 reforça as atribuições da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde e discorre sobre sua abrangência em seu Artigo 6º, § 3º, o que propiciou 12 anos depois a publicação da primeira portaria que asseguraria a implementação das ações de saúde do trabalhador na Rede SUS (GONÇALVES, 2008).

Com vistas a implementar e fortalecer ações de saúde do trabalhador na esfera da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde publicou-se em 19 de Julho de 2002 a Portaria GM/MS nº 1.679, que institui a RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados para a promoção, à assistência e a vigilância e ainda ao desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador. Esta portaria implanta e determina que os Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), sejam centros articuladores e organizadores no seu território e em sua área de abrangência com a função de dar subsídio técnico para a rede SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (GONÇALVES, 2008).

Em sete de dezembro de 2005 é publicada a Portaria GM/MS nº 2.437, com o objetivo de fortalecer, ampliar e reformular a implantação da RENAST no SUS, seguindo os mecanismos de funcionamento do Pacto pela Saúde.

A portaria nº 2.728 de 11/11/2009, define que a implementação da RENAST dar-se-á mediante a estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); a inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica; a implementação das ações de promoção e vigilância em Saúde do Trabalhador; a instituição de serviços de retaguarda, de média e alta complexidade (Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador) e a caracterização de municípios sentinela (GONÇALVES, 2008).

Esta Portaria em seu Art.1º, reforça:

[...] Art. 1º Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área (BRASIL, 2009).

A Portaria 3.252 de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências, esclarece em seu Art. 30:

[...] O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde (BRASIL, 2009).

Para efeito desta Portaria a vigilância em saúde do trabalhador visa, Art 1º, V:

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

Em 2010, o Ministério da Saúde através do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Coordenação Geral de Saúde Trabalhador anunciaram a “Contribuição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS” (PNST). Este documento define três diretrizes: 1) O Fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e integração com a Vigilância em Saúde; 2) A Promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e do trabalho digno e 3) A Garantia da integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador. (BRASIL, Maio 2010)

A PNST revela a:

[...] Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos demais componentes da Vigilância em Saúde... Considerando que a vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica, intervenções sobre fatores de risco e ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

O SUS é uma política pública de saúde e também o único Sistema do governo, com atuação no campo da Saúde do Trabalhador, com capilaridade para promover a universalização da atenção à saúde e para criar mecanismos de atenção coletiva (GONÇALVES, 2008).

3.1.3 A construção do campo da Promoção da Saúde: antecedentes e conceituação

Revendo a história, a literatura registra que os primeiros conceitos de “Promoção da Saúde” surgem pelas mãos dos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Foi definido como tarefas fundamentais da medicina: a) promoção da saúde; b) prevenção das doenças; c) recuperação e d) reabilitação (BUSS, 2003).

Em 1965, Leavel & Clark, amadurecem as propostas de prevenção no “Modelo da história natural da doença e níveis de aplicação de medidas preventivas”, que

apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária e trata da Promoção da Saúde como parte da Prevenção Primária, destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

Entretanto, o conceito de Leavell e Clark possui enfoque centrado no indivíduo, com certa projeção para a família ou grupos. Constatou-se assim, a sua inadequação para as doenças crônicas não-transmissíveis, pois a prevenção de tais doenças envolve medidas não só voltadas para os indivíduos e famílias, como também para o ambiente e os estilos de vida (BUSS, 2003).

Porém, um movimento mais efetivo em torno da promoção da saúde, surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde. Estes estudos foram realizados tendo como premissa os crescentes custos da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas não-transmissíveis, visto que os resultados apresentados eram pouco expressivos (BUSS, 2003).

Através do Informe Lalonde, identificou-se que a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida estavam relacionados diretamente às principais causas de morbimortalidade dos indivíduos no Canadá, no entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na “organização da assistência”. Pospuseram-se a partir desta conclusão cinco estratégias, voltadas para o campo da saúde, como forma de abordar os problemas, são elas: a) promoção da saúde; b) regulação; c) eficiência da assistência médica e d) pesquisa e fixação de objetivos.

Este informe impulsionou em 1978 a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, com ampla repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

Em 1986, no Canadá, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa e teve como meta responder a crescente expectativa mundial por uma nova saúde pública. De acordo com este documento,

(...) promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

A Carta de Ottawa reafirma o conceito de Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação do indivíduo no controle desse processo. São apreciados, para essa revisão conceitual, os determinantes de Saúde, sendo analisadas as diversas condições da vida individual que possam ter influência sobre a saúde. Nessa análise são considerados fatores que tem íntima relação à prevenção de doenças e determinantes do bem-estar e saúde, tais como: ambientais, comportamentais, socioeconômicos, psicossociais e políticos. (BUSS, 2003; CARTA DE OTTAWA, 1986).

Avançando na história, outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas reafirmando os preceitos estabelecidos na I Conferência. Novas questões e estratégias de ação foram agregadas como prioritárias, visando à geração de políticas públicas saudáveis.

Assim, o significado do termo Promoção da Saúde foi transformando-se e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Relaciona-se também à idéia de “responsabilização múltipla”, pois envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003).

Vale destacar que termos como empowerment e autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados, principalmente na construção de políticas públicas saudáveis na gestão de serviços de saúde, voltadas principalmente para doenças crônicas não-transmissíveis, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, que buscam permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (BUSS, 2003).

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2003).

Para isso, o conhecimento deve ser base de raciocínio próprio dessas populações para que elas possam conceber meios e condições de melhoria de sua própria saúde. A atitude construtivista é aquela que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam (AYRES, et al. 2003).

3.1.4. A Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) muito tem sido falado sobre promoção de saúde. A promoção é diretamente e indiretamente referida nos Artigos 196 a 200 da Constituição Brasileira de 1988 e nestes também, encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na base do processo de criação do SUS o diálogo com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde, foram imperativos e estão registrados no conceito ampliado de saúde, na necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, na imprescindível participação social na construção do sistema e nas políticas de saúde e na impossibilidade do setor sanitário responder

sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para assegurar alternativas saudáveis para a população (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Estas respostas sociais tornam-se realidade com o processo de intervenção em saúde que toma como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006).

Neste caminho, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção e na execução das agendas de saúde direcionadas as políticas públicas favoráveis à saúde e à vida, e reforcem o papel dos cidadãos em sua elaboração e implementação, confirmando os princípios constitucionais de participação social (BRASIL, 2006).

Desde a constituição do SUS, a Promoção da Saúde encontra-se dentre suas tarefas, compondo a linha de cuidado integral de sujeitos e população. Contudo, a partir a década de 90 amplia-se o processo de discussão e construção de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), iniciado no Ministério da Saúde em 1999 e marcado pela busca de diretrizes e estratégias de implementação que fossem adequadas à realidade brasileira respeitando a diversidade e capacidade de produzir soluções sanitárias adequadas (BRASIL, 2010).

Tal processo propiciou um acúmulo teórico-conceitual importante e fortalecimento do debate nas esferas de gestão do SUS e junto à sociedade. Mas foi em 30 de março de 2006 que a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº 687). A PNPS possui como objetivo:

trabalhar pela melhoria da qualidade de vida da população a partir do SUS, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2010)

A PNPS fornece diretriz e aponta estratégias de organização das ações de saúde nas três esferas de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado e respostas adequadas a questões complexas. Para tanto, o Ministério da Saúde estabeleceu uma agenda estratégica, priorizando ações voltadas para a divulgação e implementação da PNPS (BRASIL, 2006):

- a) alimentação saudável,
- b) práticas corporais/atividade física,
- c) prevenção e controle do tabagismo,
- d) redução de morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas,
- e) redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito,
- f) prevenção da violência e estímulo da Cultura de Paz e
- g) promoção do desenvolvimento sustentável.

Nesse sentido, a elaboração da PNPS é adequada, posto que seu processo de construção e de implantação e implementação – nas esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Concretizar a Promoção da Saúde como estratégia e componente fundamental para o “agir sanitário”.

3.2 As Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)¹

As Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (PNPS SUS) faz parte de um processo coordenado pelo

¹ O documento que institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) foi referenciado para Consulta Pública em 2010 e novamente em 2011 pelo registro Consulta Pública nº 3 de 17/05/2011 com prazo para 20 de julho de 2011. Esta Política foi formulada pelo Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prevê Portaria GM N. 2.871 de 19/11/2009.

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde e pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho da Secretaria de Gestão e Regulação do Trabalho e Educação na Saúde em conjunto com representantes de trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), de construção da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador do SUS, voltada para os trabalhadores do setor saúde.

O objetivo da PNPS SUS é promover melhorias no setor por meio do controle dos fatores de risco e da facilitação do acesso, por parte dos trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde, promoção de processos de educação permanentes nos estabelecimentos de saúde, e incentivo ao desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde do Trabalhador voltadas para o ambiente de trabalho no setor de saúde.

Esta PNPS SUS foi formulada pelo Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prevê Portaria GM N. 2.871 de 19/11/2009. Entre os pontos considerados para formulação desta Política destacamos (BRASIL, 2010):

- 1) a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005) e a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006), que propõem o combate da nocividade dos ambientes e processos de trabalho e a promoção da saúde dos indivíduos e das equipes de trabalho do setor saúde;
- 2) a relevância epidemiológica dos agravos à saúde dos trabalhadores gerados pelo ambiente de trabalho;
- 3) a importância de conhecer os riscos e a morbidade ligados aos ambientes de trabalho;
- 4) a necessidade de propor medidas de prevenção de agravos causados por condições adversas de trabalho;
- 5) o documento Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde, 2006-2015, que reúne as discussões ocorridas na VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizado em

Toronto, Canadá, em 2005, e apresenta os trabalhadores de saúde como um dos principais protagonistas para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social; e

6) a importância de se criarem instrumentos de planejamento para definição de um elenco norteador das ações voltadas para a promoção da saúde do trabalhador do SUS que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão.

3.3 Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde

O Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-15) reúne as discussões realizadas nos grupos de trabalho da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2005, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS), em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário.

Trata-se de uma iniciativa que pretende mobilizar atores nacionais e internacionais, do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015 (BRASIL, 2006).

Os participantes da Reunião reconhecem a importância desta iniciativa e sugerem que a mesma seja abordada em diferentes âmbitos (nacional, sub-regional e regional) e que o Chamado à Ação seja um documento que promova o esforço conjunto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde. Esta Década pressupõe a necessidade de realizar esforços de longo prazo, intencionais e coordenados, para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

Estes esforços devem basear-se nos seguintes princípios (BRASIL, 2006):

- a) Os recursos humanos são a base do sistema de saúde;
- b) O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social
- c) Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde

O Chamado à Ação de Toronto é uma, dentre muitas possibilidades apresentadas, de investir, valorizar e desenvolver recursos humanos da saúde ao favorecer e promover os princípios de equidade, da universalidade do acesso e de integralidade das ações.

4. RESULTADOS

4.1 Desenho Matricial da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)

A apresentação das matrizes da PNPS e da PNPS SUS tem como objetivo apresentar suas características. Ao serem construídas foram consideradas as variáveis: conceitos, objetivos, diretrizes, estratégias e responsáveis pela execução no âmbito das três esferas de governo (GONÇALVES; DIAS, 2011).

Estão assim definidas: Matriz 1: Matriz de avaliação da Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2006) e Matriz 2: Matriz de avaliação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010)

A PNPS SUS considerou em sua construção a Portaria GM/MS Nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde. Portanto, a adoção dos conceitos de saúde e Promoção da saúde é congruente.

Esta PNPS SUS aponta como princípio: a) universalidade; b) democratização das relações de trabalho; c) integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS; d) intersetorialidade; e) qualidade do trabalho; f) humanização do trabalho em saúde; g) negociação do trabalho em saúde; h) valorização dos trabalhadores; e i) educação permanente.

A PNPS SUS não traz em seu bojo referências com relação a estratégias, ou seja, meios disponíveis que visam à consecução dos objetivos.

Matriz 1: Matriz de avaliação da Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2006)

<p>Conceito de Saúde & Conceito de Promoção da Saúde</p>	<p>Objetivos</p>	<p>Diretrizes</p>	<p>Estratégias</p>	<p>Responsáveis pela Execução</p>
<p>.Saúde . Conceito ampliado de Saúde: uma produção social, de determinação múltipla e complexa. Resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. . Atuação sobre os determinantes do processo saúde- doença.</p> <hr/> <p>. Promoção da Saúde . Uma estratégia de fortalecimento e implantação de uma articulação transversal, integrada e intersetorial, para conferir visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas existentes. . Defesa da equidade e incorporação da participação e do controle social na gestão das políticas públicas.</p>	<p>. Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, através de ações integrativas, intersetoriais que envolva todas as esferas: municipal, estadual, nacional.</p>	<p>. Busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; . Estimulo às ações intersetoriais; . Fortalecimento da participação social como fundamental na construção de resultados de promoção da saúde; . Promoção de mudanças na cultura organizacional, com a adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; . Incentivo a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;</p>	<p>. Estruturação, fortalecimento e estímulo à inserção das ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção; . Ênfase na atenção básica; . Qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no SUS; . Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais ...na Estratégia de Saúde da Família; . Apoio a estados e municípios ...para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis; . Estimulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas;</p>	<p>. Esfera Federal: . Articulação dos entes federados; . Acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde; . Diretrizes capacitação e educação permanente; . Inclusão nos sistemas de informação de ações voltadas à promoção da saúde; . Fomento da intersetorialidade; . Cooperação nacional e internacional;</p> <p>.Esfera Estadual . Articulação entre os municípios; . Acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde; . Diretrizes de capacitação e educação permanente - loco-regionais; . Articulação intersetorial para a efetivação da Política; . Cooperação referente às experiências bem sucedidas;</p>

Conceito de Saúde & Conceito de Promoção da Saúde	Objetivos	Diretrizes	Estratégias	Responsáveis pela Execução
		<ul style="list-style-type: none"> . Divulgação e informação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Considerar metodologias participativas e o saber popular e tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> . Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde; . Inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de comunicação social do SUS; . Inclusão da saúde e de seus determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário; . Articulação entre os entes federados potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da promoção da saúde; . Desenvolvimento de estudos de impacto das ações de promoção da Saúde na situação de saúde; . Intercâmbio técnico-científico visando a permuta de informações decorrentes das experiências no campo da saúde: Rede virtual de Promoção da Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> . Esfera Municipal <ul style="list-style-type: none"> . Adoção da avaliação como parte do planejamento das ações de Promoção Saúde; . Produção de dados e informações; . Diretrizes de capacitação e educação permanente - locais; . Mecanismos para a qualificação dos profissionais para desenvolver as ações de promoção da saúde; . Oficinas de capacitação – ênfase na atenção básica; . Ênfase ao planejamento participativo para formulação das ações de intervenção; . Reforço da ação comunitária - participação no processo decisório; . Responsabilidades comuns <ul style="list-style-type: none"> . Referência e/ou grupos matriciais de promoção da saúde; . Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde; . Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros; . Instrumentos e indicadores para a Política de Promoção da Saúde;

Matriz 2: Matriz de avaliação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010)

Conceito de Saúde & Conceito de Promoção da Saúde	Objetivos	Diretrizes	Responsáveis pela Execução
<p>.Saúde . Conceito ampliado de Saúde: uma produção social, de determinação múltipla e complexa. Resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. . Atuação sobre os determinantes do processo saúde- doença.</p> <p>. Promoção da Saúde . Uma estratégia de fortalecimento e implantação de uma articulação transversal, integrada e intersetorial, para conferir visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas existentes . Defesa da equidade e incorporação da participação e do controle social na gestão das políticas públicas.</p>	<p>. Promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de atenção integral à saúde.</p>	<p>. Políticas intersetoriais; . Atenção integral à saúde do trabalhador do SUS; . Desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho; . Espaços de negociação permanentes entre gestores e trabalhadores do SUS; . Cessão e o livre trânsito nas diversas esferas de governo sem perda de direitos; . Protocolos firmados na MNNP-SUS; . Gestão compartilhada dos processos de trabalho e das relações interpessoais no trabalho; . Planos de Carreiras, Cargos e Salários; . Educação permanente nos estabelecimentos de saúde; . Participação dos trabalhadores nas Comissões de Integração Ensino-Serviço; . Conteúdo de saúde do trabalhador na grade curricular dos cursos instituições formadoras da área da saúde; . Fomento ao debate sobre a formação dos trabalhadores do SUS; . Pesquisas sobre promoção da saúde; . Vigilância em saúde do trabalhador do SUS (Situação de Saúde do trabalhador SUS) ; . Promoção da saúde do trabalhador do SUS; . Conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde: entre os gestores e trabalhadores do SUS; . Alternativas inovadoras e inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde do trabalhador do SUS; . Articulação com a (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);</p>	<p>. Cabem as três esferas de gestão a implantação e implementação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, através de pactuações junto ao Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT.</p> <p>. Responsabilidade no âmbito federal, estadual e municipal a) avaliação do cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, verificando sua efetividade sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores do SUS.</p>

Conceito de Saúde & Conceito de Promoção da Saúde (*)	Objetivos	Diretrizes	Responsáveis pela Execução
		<ul style="list-style-type: none"> . Integração das ações de promoção, assistência e vigilância em saúde na atenção integral à saúde do trabalhador do SUS; . Caracterização de doenças e acidentes relacionados ao trabalho; . Protocolos Nacionais de Atenção à Saúde do Trabalhador junto aos serviços do SUS; . Vigilância de ambientes e processos de trabalho no SUS; Normas Regulamentadoras do MTE, como medidas de saúde e segurança no trabalho; . Garantia da atenção à saúde na Rede SUS conforme a complexidade de cada caso; . Linhas de cuidado que considerem os exames admissionais, demissionais e periódicos; . Serviços de reabilitação, readaptação funcional e assistência psicossocial; . Comissões paritárias de saúde do trabalhador nos estabelecimentos de saúde; . Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Humanização do SUS na atenção à saúde; . Inserção no planejamento do SUS das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; . Estabelecimento de ações que contemplem gênero, etnia, necessidades especiais, entre outros na Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; . Integração da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS às demais políticas de saúde. 	<p>b) avaliação e monitoramento da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. Instrumentos: planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.</p> <p>c) definição de critérios de avaliação e monitoramento, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar ou incorporar novas diretrizes.</p>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repensar as noções de promoção da saúde exige um grau de entendimento que se inicia na apropriação dos conceitos, definições teórico-políticas chegando até as políticas implantadas e a prática diária.

Campos, et al (2004), já dizia que falar da promoção da saúde no Brasil é fazer uma reflexão sobre a criação do SUS, do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que provocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas. Envolve desde o compromisso ético com o cuidar da saúde de sujeitos e coletividades, até o como pensar promoção da saúde aqui e no que ela pode auxiliar na geração de outros modos de atenção e de gestão da saúde, de criação do viver e de outras realidades.

Com isto, percebe-se que muitas vezes as Políticas Públicas na área da saúde, surgem com o propósito de atender a reivindicação de uma classe porém, ao ser elaborada não se consegue visar os princípios de transversalidade, articulação e integração entre todas as políticas e classes atendidas.

O desafio das Políticas Públicas de Saúde do Brasil é perceber que para que o SUS prospere ele precisa ser de fato ÚNICO e UNIVERSAL, funcionando como uma engrenagem, onde todas as peças estão interligadas para um bem comum: A SAÚDE de todos.

No fomento e criação da PNPS SUS, reforçou-se o estímulo para o fortalecimento dos movimentos de trabalhadores da Rede SUS; para a elaboração, a implantação e a avaliação das políticas públicas que venham contemplá-los e ainda trabalhar pela melhoria da qualidade de vida, uma vez que amplia a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos constitucionais.

No percurso traçado para construir a matriz da PNPS e PNPS SUS, procurou-se identificar pontos congruentes que vem sendo formulado de tal modo a intensificar um modo mais proativo de operar a promoção da saúde.

O conteúdo dessas Políticas inclui, “ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável” (BRASIL, 2006). O que se pode ressaltar então, é a existência do diálogo entre as duas políticas, em que estão de acordo enquanto a necessidade da autonomia do cidadão/trabalhador, das oportunidades que o capacitem a fazer suas escolhas, participando como protagonista na produção do seu cuidado.

Como destacado no seguinte trecho, que define a promoção da saúde como:

[...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (Brasil, 2006; BRASIL; 2010).

Cabe ressaltar que PNPS SUS, considerou em sua construção a Portaria GM/MS Nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde, sendo assim, os conceitos de saúde e Promoção da saúde são congruentes, não invalidando a diretriz intersetorialidade, que também aparece como princípio desta Política.

Segundo as PNPS SUS intersetorialidade “*compreende a cooperação mútua da área da saúde com outras áreas de governo, setores e atores sociais para articulação, formulação, implementação e acompanhamento das diversas políticas públicas que tenham impacto sobre os determinantes da saúde dos trabalhadores do SUS*” (BRASIL, 2010).

Destaca-se também como objeto de reflexão, na aproximação da PNPS com a PNPS SUS, à estratégia de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde,

haja vista a pluralidade das necessidades de saúde apontadas por estas Diretrizes, em relação à Saúde do Trabalhador, como por exemplo:

“promover a atenção integral à saúde do trabalhador do SUS de forma descentralizada e hierarquizada, conforme critérios epidemiológicos, respeitando a legislação em vigor e as responsabilidades de cada empregador”;

“considerar como estratégia desta Política a articulação com a (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)”;

“integrar ações de promoção, assistência e vigilância em saúde na atenção integral à saúde do trabalhador do SUS”;

“pactuar a implementação dos Protocolos Nacionais de Atenção à Saúde do Trabalhador junto aos serviços do SUS”;

“fortalecer a vigilância de ambientes e processos de trabalho no SUS relacionados a riscos, agravos e doenças”;

“garantir ao trabalhador do SUS a atenção à saúde no estabelecimento de saúde onde trabalha e/ou serviço de referência, conforme a complexidade de cada caso”;

“assegurar serviços de reabilitação e readaptação funcional, inclusive os de assistência psicossocial, na construção das referências para assistência ao trabalhador do SUS nos serviços públicos e privados” (BRASIL, 2010).

Outra aproximação entre a política de promoção da saúde e as diretrizes para uma política de promoção da saúde para o trabalhador do SUS pode ser encontrada nos objetivos e diz respeito a: 1) ampliar a autonomia de sujeitos e coletividades, no cuidado integral à saúde e 2) promover entre os trabalhadores de saúde, o entendimento da concepção ampliada de saúde.

A Educação Permanente também se insere no rol dos princípios das Diretrizes e esta assim referenciada:

“educação permanente, que pressupõe a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, pautando-se pelas necessidades de saúde das pessoas e da população, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho” (BRASIL, 2010).

Os princípios que regem a PNPS SUS estão assim definidos em seu Art 2º: universalidade; democratização das relações de trabalho; integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS; intersetorialidade; qualidade do trabalho;

humanização do trabalho em saúde; negociação do trabalho em saúde; valorização dos trabalhadores e educação permanente. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza sete princípios básicos das iniciativas de promoção da saúde, são eles: concepção holística; intersetorialidade; empoderamento; participação social; equidade; ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

Os princípios mencionados em ambos os instrumentos são suficientemente universalizáveis e operacionalizáveis para permitir sua identificação em iniciativas de natureza de promoção da saúde e outras do setor saúde. Os princípios comuns que podem ser destacados são:

- concepção holística/universalidade e integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS;
- intersetorialidade/intersetorialidade;
- empoderamento/valorização dos trabalhadores/educação permanente;
- participação social/democratização das relações de trabalho/qualidade do trabalho/humanização do trabalho em saúde;
- equidade/negociação do trabalho em saúde;
- ações multi-estratégicas/democratização das relações de trabalho/qualidade do trabalho/negociação do trabalho em saúde;
- sustentabilidade/humanização do trabalho em saúde/valorização dos trabalhadores.

Ao contrário da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política centrada no profissional do SUS, não cita em seu bojo referências com relação a estratégias, ou seja, meios disponíveis que apontam à consecução dos objetivos, o que pode dificultar na forma prática de sua aplicação.

No entanto, algumas de suas diretrizes que deverão ser observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, voltada à população trabalhadora do SUS, estão refletidas em algumas estratégias tais como: estruturação, fortalecimento e estímulo à inserção das ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção; qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no SUS; inclusão da saúde e de seus determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do

planejamento do SUS; articulação entre os entes federados potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da promoção da saúde e desenvolvimento de estudos de impacto das ações de promoção da Saúde na situação de saúde.

Em relação ao documento Chamado à Ação de Toronto, os temas prioritários que deverão ser atendidos na formulação de intervenções e nos planos de recursos humanos, tais como: fortalecimento da capacidade de liderança nos sistemas de saúde pública; incremento do investimento para o fortalecimento dos recursos humanos; coordenação, construção de consensos e integração de ações nos âmbitos nacionais, sub-regionais e regionais; garantia da continuidade das políticas e intervenções e melhoria da produção e uso da informação para a tomada de decisões, todos estes aspectos, estão contemplados PNPS SUS, elucidados em seus princípios e diretrizes e assim a torna um grande aliado ao cumprimento deste plano, que tem seu tempo estabelecido até 2015.

Assim, podemos concluir que o diálogo da PNPS SUS e da PNPS, “matriciadas” a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde, atuará na autonomia e na cidadania dos trabalhadores do SUS, com base nos princípios da universalidade, integralidade e intersetorialidade. Entretanto, é preciso que a PNPS SUS seja implantada e implementada nas três esferas de gestão, em um processo de pactuação nacional, tendo como atores institucionais o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tendo ainda a necessidade de ser acompanhada, avaliada, modificada e redirecionada através de novas diretrizes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCURI, S.A. **A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR**. INTERFACEHS. Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, São Paulo, p. 1 - 9, 01 ago. 2007.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. 15 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19/9/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998**. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2 de julho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Organizado por Elizabeth Costa Dias. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de setembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 de dezembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n. 800, de 3 de maio de 2005**. Brasília: Diário Oficial da União, v. 142, n. 85, mai. 2005. p.43-45.

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar, sim! Adoecer, não!** Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 215p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2.ed. Brasília, DF, 2006. 208p. Série E. Legislação de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 29p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e monitoramentos dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores. Brasília, 2006.

BRASIL. Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde (2005: Brasília, DF). **Chamado à ação de Toronto: 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 04 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 11 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.871 de 19 de novembro de 2009.** Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de novembro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Saúde Trabalhador. Maio de 2010.

BRASIL. Previdência Social. Ministério da Saúde. **Saúde e segurança ocupacional.** Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>>. Acesso em: 04 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde.** Brasília: CEAD/FUB, 2010. 164 p.

BRASIL. **Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978.** SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 67. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 784 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163–177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. p.15-38. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G.W. ; BARROS, R.B; CASTRO, A.M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde.** Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.9, n.3, p. 745-749, 2004.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.** Ottawa, 1986.

CARVALHO, V. **Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem, USP: São Palo, v. 41, n.3, p. 500-5007, 2007.

DIAS, E.C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde no SUS, no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

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

FERREIRA NETO, J.L. et al. **Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder.** *Saúde social*, São Paulo. vol.18, n.3, p. 456-466, 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n.4, p. 532-536, jul.ago. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, K. R. **O imbróglio jurídico e o embaralhamento dos conceitos, das competências e funções da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.** 2008. Monografia. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

GONÇALVES, K. R.; DIAS, E. C.. **Sugestão para o Documento Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS.** Belo Horizonte, 2011.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LACAZ, F. A. C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** *Caderno. Saúde Pública*. vol.23, no.4, p.757-766, abr.2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MENDES, R.I. e DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** *Revista da Saúde Pública*. São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO, G.C. e THEDIM-COSTA, S.M.F. **A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas.** *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 21-32, 1997.

MORAES, A. F. de. **Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2041-2048.

PAIM JS. **20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde.** *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008; 2(1):47-65.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** *Interface (Botucatu)*. 2003, vol.7, n.12, pp. 101-122.

APÊNDICE A

SUGESTÕES CONSULTA PÚBLICA Nº 48, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010

1) ORIGINAL: Considerando a importância de criar instrumentos de planejamento de ações voltadas à promoção da saúde do trabalhador do SUS operacionalizadas pelos gestores públicos e empregadores privados;

Comentário: "...voltadas à promoção da saúde do trabalhador do SUS...", ser substituído pelo seguinte: "voltadas à promoção da saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde..."

Justificativa: Uma vez que se menciona a responsabilidade tanto dos gestores públicos quanto dos empregadores privados, se faz referência a todo profissional da área da saúde.

2) ORIGINAL: Considerando os trabalhadores do SUS como todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS.

Comentário: Trabalhadores da área da saúde do SUS

Justificativa: o termo "trabalhadores do SUS" pode trazer dificuldade de entendimento, uma vez que todo trabalhador é resguardado pelo RENAST independente do seu empregador pertencer ao órgão público ou privado.

3) ORIGINAL: VI - humanização do trabalho em saúde, que pressupõe construir um novo tipo de interação entre os atores envolvidos na produção de saúde

Comentário: Proposta de texto: humanização do trabalho em saúde, que pressupõe efetivar a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, defendendo, a partir do desenvolvimento de co-responsabilidades, a integração das ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF), da Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS, Art.3 – Portaria 1679;

Justificativa: garantir o cumprimento da proposta do RENAST mediante Portaria 1679 de 19 de setembro de 2002

4)ORIGINAL: XVIII - considerar como estratégia desta Política a articulação com a (RENAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

Comentário: Sugestão de texto: “XVIII - considerar como estratégia desta Política a articulação do (RENAST) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) com o PSF e as redes assistenciais de média e alta complexidade;

Justificativa: Todas as esferas envolvidas na saúde do trabalhador devem estar articulados e construir uma rede de diálogo para garantir uma atenção integral. Anexo II da portaria 1679 – “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.”

5)ORIGINAL:

XXIV - garantir ao trabalhador do SUS a atenção à saúde no estabelecimento de saúde onde trabalha e/ou serviço de referência, conforme a complexidade de cada caso;

Comentário: acrescentar ao texto, a criação de um prontuário próprio para este funcionário em sua instituição, como de um paciente;

Justificativa: incluindo-o inclusive no atendimento da atenção básica, uma vez que inserido na própria unidade, teria uma melhor cobertura e garantia da integridade, uma vez que sua permanência neste ambiente constitui uma grande parcela do seu horário diário. Além disto, irá garantir a atenção à saúde do trabalhador que é o foco da política em questão.