

Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas?

Workers' health intersectoriality: old questions, new perspectives?

Selma Lancman (<https://orcid.org/0000-0003-4094-5861>)¹

Maria Teresa Bruni Daldon (<https://orcid.org/0000-0001-8110-3308>)¹

Tatiana de Andrade Jardim (<https://orcid.org/0000-0002-1683-5550>)¹

Thainá de Oliveira Rocha (<https://orcid.org/0000-0002-1692-1029>)¹

Juliana de Oliveira Barros (<https://orcid.org/0000-0002-4453-7809>)¹

Abstract *The construction of Workers' Health (WH) intersectoriality, while fundamental, has been a challenge for this field of knowledge and practice. This paper aims to present and discuss how intersectoriality is addressed in WH public policies, in what contexts it is used, how it is defined, and the guidelines for its implementation. This is qualitative documentary research that analyzed documents enacted between 1986 and 2015, accessed through the databases of the Ministries of Health, Labor and Social Security, and the websites of FUNDACENTRO and the National Association of Occupational Medicine (ANAMT). There is clear leadership of the health sector in the documents proposing the construction of intersectoriality. Terms such as "integrated actions", "articulation", "dialogue", and "integration", and finally, "intersectoriality" were used sometimes as synonyms or conceptual advances, and generic, polysemic, and supposedly consensual expressions. Despite the developing concept of intersectoriality in the policies of this field and the growing participation of the different sectors in this construction, few clear propositions about the effectiveness of this practice among managers and workers underlying the field are observed.*

Key words *Worker Health, Intersectoriality, Public Health Policies*

Resumo *A construção da intersectorialidade em Saúde do Trabalhador (ST), apesar de fundamental, tem se mostrado como um desafio para este campo de saberes e práticas. O objetivo deste artigo é apresentar e discutir como o conceito de intersectorialidade é tratado nas políticas públicas em ST - em quais contextos ele é empregado, como é definido e quais são as diretrizes para sua efetivação. Pesquisa documental de abordagem qualitativa. Analisou-se documentos promulgados entre 1986 e 2015, acessados pelas bases de dados do Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, além dos sites da FUNDACENTRO e da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT). Há uma clara liderança do setor saúde nos documentos que propõem a construção de intersectorialidade. Termos como ações integradas, articulação, diálogo e integração e, finalmente, intersectorialidade, foram sendo usados ora como sinônimos, ora como avanços conceituais, expressões genéricas, polissêmicas e supostamente consensuais. Apesar da evolução do conceito intersectorialidade nas políticas da área e da participação crescente dos diferentes setores nesta construção, observa-se serem poucas as proposições claras sobre a efetivação desta prática entre gestores e entre os trabalhadores que compõem o campo.*

Palavras-chave *Saúde do Trabalhador, Intersetorialidade, Políticas Públicas de Saúde*

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP Brasil. lancman@usp.br

Introdução

A Saúde do Trabalhador (ST) objetiva por meio de múltiplas ações, favorecer a proteção, a promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos relacionados às atividades de trabalho^{1,2}. Trata-se de campo de práticas e saberes complexo e desafiador, por apresentar dimensões técnicas, políticas, sociais e econômicas indissociáveis e ser, necessariamente, intersetorial. Pretende-se, neste artigo, apresentar e discutir como o conceito de intersetorialidade é tratado nas políticas públicas em ST: em quais contextos ele é empregado, como é definido e se existem diretrizes claras para sua efetivação na prática cotidiana dos serviços vinculados ao campo³.

Visando compreender a origem e as razões desses desafios é necessário resgatar historicamente as práticas que envolvem o campo da saúde e trabalho no Brasil. Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa⁴, apesar dos avanços conceituais trazidos pela Saúde do Trabalhador, as ações com foco na relação saúde e trabalho mantiveram hegemonia dos princípios da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, considerados hoje superados pelo seu caráter biologicista e focado na prevenção de riscos ocupacionais. Os autores apontam que as intervenções nos locais de trabalho estavam sob a responsabilidade do setor Saúde desde o início do século XX, com destaque para a Reforma Carlos Chagas ocorrida em 1923. Porém, essa função passou a ser do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1930, após sua criação⁴.

Entre idas e vindas, criação, fusão e separação dos Ministérios e atribuições de cada um deles, o movimento de integração entre os setores envolvidos com ações de saúde e segurança no trabalho ganhou força a partir dos debates iniciados com a democratização do país. Destaca-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, seguidas pela Constituição de 1988 e pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (regulamentado na Lei 8.080/90) como marcos importantes nesse processo.

Neste contexto, a partir de deliberações da 2ª CNST, em 1994, o Ministério da Saúde deveria assumir efetivamente todas as ações em ST e articular o processo de integração dos diversos serviços nas esferas municipal, estadual e federal^{5,6}.

É inegável o papel histórico do setor saúde na busca de avanços nas políticas de saúde do traba-

lhador, incluindo a organização de conferências nacionais temáticas, elaboração de documentos e políticas públicas. Porém, esses avanços não têm assegurado a efetivação da intersetorialidade enquanto prática integrada, que impacte e favoreça melhorias das condições de trabalho, prevenção de adoecimentos, consolidação de direitos dos trabalhadores ou que assegurem tratamento, reabilitação e programas de retorno e permanência no trabalho para aqueles que já adoeceram⁷⁻⁹.

Com vistas a construção de ações complementares e correlatas, os Ministérios da Saúde (MS), da Previdência Social (MPS) e o atualmente denominado Ministério do Trabalho (MT), em 2005, publicaram a portaria nº 800 que deu origem à Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST), homologada pela Casa Civil da Presidência da República¹⁰.

Posteriormente foi publicada pelo MS a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em 2012, que, em diálogo com a PNSST, objetiva promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde de alguma forma relacionados ao trabalho, por meio da eliminação dos riscos ambientais e da modificação dos processos de trabalho².

Destaca-se que para além da ST, a questão da integração entre setores que compõe as políticas públicas é alvo de diversos debates. Ornelas e Teixeira¹¹ apontam que o termo setor pode ser entendido como “agrupamento isolado de papéis sociais, funcionando de forma vertical e autônoma, submetidos à tentativa de regulação do Estado”. Assim, cada setor está circunscrito a um domínio de atividade ou lógica profissional, composto por ideias e práticas desse domínio.

Em relação a intersetorialidade, Koga¹² destaca que ela é uma qualidade necessária ao processo de intervenção em situações complexas, como é o caso do campo saúde e trabalho. Programas, projetos e equipes técnicas são desafiados ao diálogo e ao trabalho conjunto visando à inclusão social¹².

Silva *et al.*¹³ ressaltam a polissemia do vocabulo intersetorialidade, a configuração múltipla do termo e a variedade de questões de pesquisa que podem ser desencadeadas a partir dele, passando a nomeá-lo como “Intersetorialidades”. Os autores destacam a existência de produção bibliográfica significativa acerca da temática, focando, sobretudo, a conceituação do termo e pouco a sua operacionalização nas práticas cotidianas, sejam elas de cuidado ou de outra ordem. A intersetorialidade para eles é entendida como um

dispositivo, uma estratégia de melhoria da eficiência e efetividade da gestão pública ao propiciar encontros, escuta e alteridade, explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade) de convergências possíveis. Favorece ainda que se evite a duplicidade de ações e se facilite a integração orçamentária de projetos, articulação de recursos, ideias e talentos¹³.

Vários autores destacam que a incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas promove a articulação de saberes, favorecendo que especialistas integrem agendas coletivas e compartilhem objetivos comuns^{12,14-17}. Sendo assim, mais do que a junção de instituições e diferentes esferas do setor público, articula-se saberes, experiências e práticas capazes de potencializar recursos disponíveis na rede e nos territórios. Diferente da ideia de somatória de recursos, é necessário o compartilhamento de visões de mundo e interesses, além de objetivos comuns^{15,18}.

Portanto, a intersectorialidade sugere, para além da resolução de necessidades individuais, ideias de integração, de território e de equidade. Favorece uma compreensão ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, visando garantir acesso igualitário à população¹⁹. Contudo, a literatura especializada vem demonstrando que, na prática, ela suscita conflitos e disputas políticas entre as diferentes áreas e atores envolvidos em práticas relacionadas¹⁶.

No caso da ST, é importante apontar que as fronteiras entre as responsabilidades dos vários Ministérios implicados no tema mudaram ao longo do tempo, ora agrupando ações e funções, ora as desmembrando. De 1986 até agora, o MT já foi chamado de Ministério do Trabalho e da Administração Federal, Ministério do Trabalho e da Previdência Social, e de Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). O MPS criado em 1974 passa em 2015 à condição de Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Dele, em 2018, restam apenas a Secretaria de Previdência e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), após seu desmembramento em 2016 com a transferência da Previdência para a tutela do Ministério da Fazenda.

As diferentes instituições, mais do que prédios e organizações administrativas, constituem-se a partir de relações sociais e saberes. Isso nos desafia a ultrapassar normativas político-legais e alerta para a necessidade de diálogos para a construção e consolidação de objetivos comuns^{18,20-22}.

Para Sposati¹⁴, a intersectorialidade exige mudanças nos processos de gestão para não ser considerada antagonista ou substitutiva da seto-

rialidade, mas complementar, ao realizar uma combinação entre política setorial e intersectorial, sem contrapô-las no processo de gestão¹⁴. Ou seja, consistiria na obtenção de certa unidade, apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, estabelecendo vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização¹⁷.

Ainda que a ideia da intersectorialidade tenha sido construída e consolidada progressivamente e que no âmbito político-legal os avanços sejam significativos, no caso da ST, a execução das práticas intersectoriais e integradas têm sido incipientes, situação que desafia a superação do modelo setorial, tendo em vista a complexidade do objeto em questão^{7,13}.

Metodologia

Esse artigo é fruto de uma pesquisa documental, de natureza analítica e abordagem qualitativa. Analisou-se documentos promulgados entre 1986 e 2015, coletados nas bases de dados do Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, além dos sites da FUNDACENTRO e da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT).

Optou-se por iniciar a coleta em 1986 por ser um período de forte mobilização relacionado ao processo de redemocratização do país e que culminou com a promulgação da nova constituição e da criação do SUS, em 1988 e 1990, respectivamente. Soma-se a isso também nesta época, a emergência do movimento dos profissionais ligados à saúde do trabalhador. O ano de 2015 foi escolhido para finalizar a coleta, pela instabilidade ocorrida no ano seguinte com a mudança de governo, caracterizada pela imprevisibilidade com relação aos rumos das políticas vigentes.

Buscou-se dimensionar, de forma longitudinal, o modo como o conceito de intersectorialidade (e termos correlatos) foram empregados nas políticas de saúde do trabalhador, a fim de observar sua evolução e operacionalização nos diversos períodos.

Embora de forma não exaustiva, buscou-se compreender como a temática da intersectorialidade evoluiu nos últimos anos no setor saúde e como ela se apresenta nos documentos atuais. Apesar de não se ter almejado uma leitura cronológica, buscou-se respeitar os diversos momentos e períodos em que os documentos foram elaborados.

Para tanto, a partir do estudo de fontes primárias – documentos governamentais de caráter

nacional e dos relatórios das CNST – buscou-se inicialmente verificar a frequência da terminologia “intersectorialidade” e suas derivadas – intersectorial e intersectorialmente. Evidenciou-se, contudo, que ela pouco aparecia.

Sendo assim, com base no artigo de Nascimento²³ que discute, entre outros aspectos, a própria evolução/desenvolvimento do conceito, chegou-se em algumas palavras que eram mais frequentes nos documentos e que em análise preliminar demonstraram possuir correlação e/ou similaridade semântica com o termo intersectorialidade. Ressalta-se que, neste percurso, contou-se com o apoio do software de análise qualitativa NVivo.

Tais terminologias foram adotadas para continuidade das análises e tornaram-se “nós”, nomenclatura adotada pelo NVivo, para caracterizar palavras chaves ou conceitos para análise. Foram eles: ações integradas, intersectorialidade, articulação, cooperação, diálogo, em conjunto, integração, interdisciplinar, interface, parcerias e rede de serviços.

Após análise preliminar utilizando critérios de semelhança (termos utilizados como sinônimos) e frequência optou-se por enfatizar os termos *ações integradas*, *intersectorialidade*, *articulação*, *cooperação* e *integração* na descrição dos resultados. Foram descartados documentos em que não aparecessem, no mínimo, duas vezes algum dos termos elencados.

Analizando a frequência terminológica nos documentos a partir dos critérios destacados, observou-se uma forte concentração deles associada a documentos produzidos pelo setor saúde. Dessa forma optou-se, numa primeira análise, em separar os documentos produzidos pelo setor saúde dos demais.

A essa análise preliminar dos documentos acrescentou-se uma análise de conteúdo, na qual buscou-se identificar em quais contextos e com que sentido essas terminologias foram empregadas e se existiam diretrizes claras para sua operacionalização na prática cotidiana dos serviços²⁴. Posteriormente, foi realizado cotejamento dos resultados encontrados com a bibliografia de referência da área. Os documentos a seguir foram aqueles identificados e, conseqüentemente, utilizados para apresentação dos resultados e discussão.

A) *Documentos produzidos pelo MPS, pelo MT e pelo MS*: Decreto nº 3048 de 06/05/1999 - Aprova o Regulamento da Previdência Social²⁵; Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800 de 03/05/2005 - Publica o texto base da Minu-

ta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST)¹⁰.

B) *Documentos produzidos especificamente pelo Setor Saúde*: 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986)²⁶; Lei nº 8080 de 19/09/1990 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências¹; Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994)⁶; Portaria nº 1679/GM de 19/09/2002 - Dispõe sobre a estruturação da RENAST no SUS e dá outras providências²⁷; Portaria nº 2437 de 7/12/2005 - Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS e dá outras providências²⁸; Portaria nº 2728 de 11/11/2009 - Dispõe sobre a RENAST e dá outras providências²⁹; Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2011)³⁰; Portaria nº 1823 de 23/08/2012 - Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora²; Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2015)³¹.

Resultados

O termo intersectorialidade nem sempre foi usado como tal, aparecendo pela primeira vez e usado de forma mais frequente nas políticas e demais documentos em ST publicados a partir de 2005. Conforme destacado, buscou-se nos documentos os termos: ações integradas, articulação, cooperação, integração e intersectorialidade. Após apresentação descritiva dos resultados encontrados, foi produzida uma análise crítica.

Documentos produzido por setores “não saúde” e Intersectoriais

Destaca-se a ausência de documentos produzidos pelo atualmente denominado MT que abordem os termos citados. Os poucos documentos encontrados foram produzidos pelo MPS, ou pelos três setores, como mostra o Gráfico 1.

As palavras consultadas por vezes abordam conceitos diferentes ou sugerem articulações com outros setores não abordados nesse estudo. Por exemplo, os termos articulação e ações integradas remetem ao fortalecimento da política previdenciária em relação às associações civis, entidades de classe e com a comunidade visando, sobretudo assegurar o retorno ao trabalho.

As primeiras menções à cooperação entre setores surgem em 1990, por meio do decreto 3048,

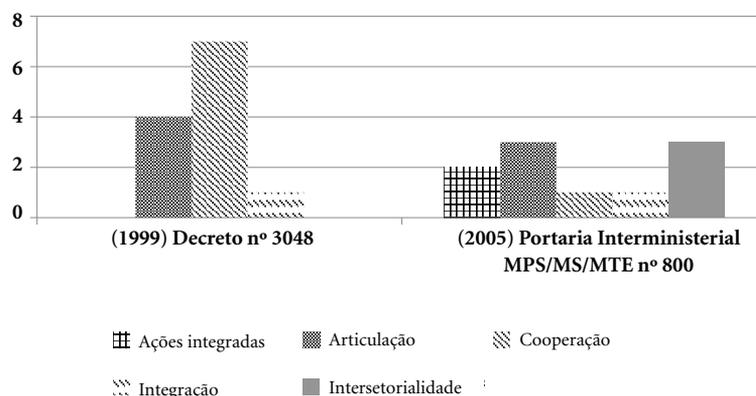


Gráfico 1. Análise de termos relacionados ao conceito de intersectorialidade nos documentos extra saúde (1986-2015).

promulgado pelo INSS, na ocasião vinculado ao MPS almejando obter cooperação técnica para a avaliação pericial. Ou seja, ainda não menciona claramente a integração ou confluência de políticas.

O INSS poderá celebrar, mediante sua coordenação e supervisão, convênios, termos de execução descentralizada, termos de fomento ou de colaboração, contratos não onerosos ou acordos de cooperação técnica para a colaboração no processo de avaliação pericial por profissional médico de órgãos e entidades públicas que integrem o SUS²⁵.

Foi apenas na Portaria Interministerial nº 800 que houve o reconhecimento explícito da importância de políticas transversais e intersetoriais neste campo¹⁰. Ao apresentar o texto base para a Minuta da PNSST, a definição do papel do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador foi uma importante iniciativa.

A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador - GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS. Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações. [...] Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial¹⁰.

A PNSST reforça a proposta de articulação entre setores; atribui aos MS, ao MPS e o MT, sem prejuízo da participação de outros órgãos que atuem na área, a responsabilidade por sua implementação e execução, além da competência de cada um deles.

Documentos produzidos pelo setor saúde

Em relação aos documentos produzidos especificamente pelo setor saúde, como podemos observar no Gráfico 2, a frequência de utilização dos termos ações integradas, intersetorialidade, articulação, cooperação e integração aumenta significativamente com o passar dos anos. Esses termos foram sendo usados ora como sinônimos, ora como avanços conceituais, expressões genéricas, polissêmicas e supostamente consensuais.

A análise desses documentos, iniciou-se pela 1ª e 2ª CNST, realizadas respectivamente em 1986 e 1994 e que foram marcos no processo de elaboração de Políticas Nacionais de Saúde do Trabalhador. Nesse período destaca-se ainda a Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

Outros documentos também se mostraram de fundamental importância, com destaque para a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, regulamentada em 2009, as 3ª e 4ª CNST, ocorridas, respectivamente, em 2005 e 2014, assim como a PNSST de 2011 e ainda a PNSTT, formalizada em 2012.

Nos documentos analisados, quando o termo articulação aparece, ele se refere a construção de uma rede de interlocuções, trocas e ações conjuntas (encontros, seminários, etc.) entre órgãos, instituições e conselhos que tivessem interface com a ST (MT, Ministério Público do Trabalho, MPS, movimentos sociais, Secretarias de educação e meio ambiente, trabalho e Renda, desenvolvimento econômico dentre outros). Dessa forma, não se trataria, num primeiro momento, de uma integração programática propriamente dita, mas

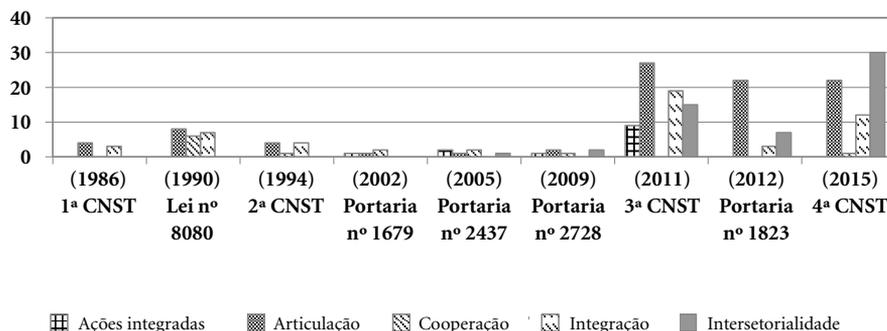


Gráfico 2. Análise de termos relacionados ao conceito de intersetorialidade nos documentos da saúde (1986-2015).

da criação de espaços de discussão visando integrações futuras.

Praticamente em todos os documentos analisados, as ações integradas aparecem como necessárias para a promoção da saúde dos trabalhadores e prevenção de agravos.

A importância da integração da ST com outras áreas é evidenciada desde a 1ª CNST. Contudo, observa-se que a ideia de integração era muito genérica, abrangendo plataformas diversas que, por vezes, se caracterizavam mais como diretrizes globais do que como indicação específica de ações, conforme destacado abaixo:

Quanto à integração da política do trabalhador com a política nacional de saúde, seguem as seguintes propostas: A política de ST deve ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte dessa. A formulação da política fará parte, portanto, do SUS, sob o controle dos trabalhadores [...]²⁶.

Quanto à integração da política de ST com as demais Políticas do Estado, seguem as seguintes propostas: Articulação com uma política científica e tecnológica que leve em conta os interesses dos trabalhadores; [...] Articulação com uma política que assegure a adoção obrigatória dos critérios de segurança segundo princípios mais rigorosos e eficientes²⁶.

A partir da 2ª CNST, a noção do desenvolvimento de ações conjuntas, intra e intersetorialmente é enfatizada a partir da implantação dos Centros de Saúde do Trabalhador (CST) ou Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), que se configuram desde então, como o principal serviço público deste campo e que de-

veriam ser abertos à participação sindical e popular em sua gestão.

[...] A integração dos Programas de Saúde do Trabalhador na estrutura do SUS, através da implantação dos Centros de Saúde do Trabalhador (CST) ou Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST/CRST), deverá ser realizada com participação paritária das entidades sindicais e organizações populares [...]devendo ter como pressuposto básico para o seu funcionamento pleno: A participação popular na implantação e no gerenciamento; A atuação nas 5 áreas básicas previstas: assistência vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas⁶.

Nesta mesma conferência, é atribuída ênfase na centralidade do setor saúde na gestão dessas ações conjuntas.

Durante esse processo, as ações de ST devem ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipais, estaduais e federal, estabelecendo-se a mudança na prática de vigilância tradicional e incorporando o controle social⁶.

A partir da 3ª CNST³⁰ começa a se concretizar a ideia de que o campo da ST no Brasil passou a considerar a necessidade de transformação das condições e da organização do trabalho, enfatizando a noção de que as ações transcendem o campo da saúde e que necessariamente devem se configurar de modo transversal a outros campos e políticas.

Ainda na 3ª CNST ocorrida em 2005, cujo relatório foi publicado somente em 2011, a integração é apontada como meta e influencia a cons-

trução da PNSST em 2011³⁰. Sugere-se a criação de fluxogramas para interlocução entre os órgãos setoriais e a definição de responsabilidades específicas, buscando eliminar as dicotomias e evitar sobreposições. Ele deveria identificar e divulgar metas institucionais entre os integrantes e agentes de sua execução. O planejamento e o orçamento das ações também deveriam ser realizados em conjunto.

A partir da 3ª CNST é prevista que essa integração seja centralizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), que deveria, ainda, ser implantada nas esferas estaduais e municipais.

*[...] a criação de CIST nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos CEREST, que promovam a participação dos trabalhadores, movimentos populares, associação de vítimas e portadores de sequelas de acidentes do trabalho*³⁰.

A partir da 4ª CNST, realizada após a promulgação da PNSTT, o manejo dos aspectos políticos, sociais e sindicais, bem como os avanços da política pública em ST, passam a ser entendidos como possíveis somente a partir de ações intersectoriais.

*A PNSTT é fruto de várias etapas percorridas, como a criação das leis trabalhistas, o movimento de redemocratização, a reforma sanitária brasileira, os movimentos sociais, em especial o sindical [...] é necessário enfrentar a tensão da visibilidade e invisibilidade da situação de saúde e adoecimento dos trabalhadores brasileiros. Toda a rede de atenção à saúde do SUS deve ter um olhar atencioso sobre essa realidade, através do fortalecimento da vigilância, da notificação universal dos acidentes e agravos, da integração das vigilâncias, do fortalecimento das instâncias interfederativas*³¹.

Em relação à 4ª CNST, as ações nas áreas de segurança e saúde dos trabalhadores é apontada como de corresponsabilidade dos três setores de governo: Trabalho, Saúde e Previdência Social, com destaque para a importância de uma atuação transversal, com integração deles.

*Sobre as articulações intersectoriais foi destacado que o MPS precisa dialogar, de forma mais organizada e sistematizada, com o SUS. Ressaltou-se também a competência constitucional do SUS na realização da vigilância dos ambientes e dos processos de trabalho e, o compromisso de se construir, juntamente com o MTE, políticas articuladas de fiscalização e de vigilância em ST*³¹.

As PNSST e PNSTT foram marcos no avanço das políticas públicas em ST, sobretudo pela

formalização da intersectorialidade neste campo. A PNSTT, começa a propor elementos que confluem para mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações entre saúde e trabalho e, consequentemente, favoreçam a integração entre os setores.

Essa política deveria, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, ser implementada desde o âmbito regional até o nacional. Desde então, delinea-se mais claramente o conjunto e a responsabilidade de atores envolvidos na sua construção e na pactuação de compromissos em torno de prioridades que permitissem consolidá-la intersectorialmente.

A partir da PNSTT, a estruturação de um modelo de atenção à ST começa a contemplar as informações de saúde de cada região, a atenção por linhas de cuidado, a integração das ações nos níveis secundários e terciários por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, começa a se fortalecer a noção de integração dos territórios a partir da Atenção Primária à Saúde, visando facilitar a identificação dos ramos produtivos mais danosos à saúde, os graus de risco das atividades de trabalho desenvolvidas nas comunidades e informações afins para estabelecer nexos entre trabalho, processo saúde-doença e indicadores de riscos.

A PNSTT avança o conceito de vigilância pelo fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) enquanto uma ferramenta que articularia saberes e práticas sanitárias, intra e intersectorialmente. Como podemos ver no Artigo 8 da PNSTT:

*São objetivos da PNSTT fortalecer a VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: Identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; Identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; Realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; 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 saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas*².

O MT, por meio das Superintendências Regionais do Trabalho, possui auditores fiscais que realizam vistorias e fiscalização em ambientes de trabalho, enquanto que os CRSTs da PMSP realizam ações de Vigilância em Saúde do Traba-

lhador. Não foram localizados documentos que relatem a integração entre esses dois setores segundo o texto da PNSTT.

Quanto a intersectorialidade, as primeiras alusões a esta ideia aparecem na Lei nº 8.080 de 1990¹, mas o termo aparece de forma mais frequente nas políticas e demais documentos em ST publicados a partir de 2011 (Gráfico 3).

Aparentemente, embora diversos termos contenham a ideia de intersectorialidade, eles vão sendo utilizados e atualizados pelo reconhecimento de sua importância, porém, são citados mais como metas do que como proposição de ações concretas.

*Em razão da abrangência de seu campo de ação, a ST, obrigatoriamente, exige uma abordagem intrassetorial, multiprofissional e interdisciplinar, que envolva todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e intersectorial, dos setores da Previdência Social, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Justiça, Educação...*³⁰.

De modo geral, percebe-se que, o desenvolvimento de ações integradas aparece associado à ideia de maior diálogo evoluindo ao longo dos documentos para a integração de setores e áreas como um todo.

Destaca-se o papel e a influência das CNSTs na construção das políticas públicas do campo. Essas conferências que se iniciam em níveis municipais, passam pelos estaduais e avançam a nível nacional, são organizadas com ampla representação dos setores envolvidos a partir da representação de delegados. Observa-se que trechos dos relatórios produzidos nessas conferências são reproduzidos nos principais documentos e políticas que as sucedem.

Discussão

Desde a década de 1980, a noção de intersectorialidade vem sendo incorporada nas políticas públicas em ST, tendo seu significado construído progressivamente.

Apesar do reconhecimento do caráter indissociável dessas ações para o desenvolvimento do campo saúde e trabalho, a falta de diretrizes claras para sua efetivação na prática cotidiana dos serviços tem sido uma constante e seu efetivo exercício traz desafios aos setores envolvidos. Serrate⁷ destaca que, um dos fatores condicionantes da intersectorialidade refere-se a força e ao papel do estado e dos governos, reafirmando a necessidade de que ações concretas estejam claras em legislações e regulamentações pertinentes.

A proposição de diretrizes para o desenvolvimento de ações intersectoriais no âmbito das políticas em ST são, por vezes, genéricas e abordam atuações em todas as esferas do viver (trabalho, ambiente, qualidade de vida, justiça, saúde). Isso revela uma generalização e ampliação do campo saúde e trabalho, que termina por disseminá-lo por outros espaços e setores, caracterizando-o como transversal. Porém, simultaneamente, essa generalização pode não responsabilizar nenhum setor em particular, ou diluir o foco das ações que se tornam, dessa forma, pouco concretas. Ao mesmo tempo, traz para a esfera da saúde, um conjunto de problemáticas e responsabilidades que a extrapolam no sentido mais estrito.

Em contrapartida, estudos internacionais e nacionais apontam que as questões vinculadas à saúde de modo geral e a ST especificamente, por sua alta complexidade e multicausalidade, dificilmente podem ser resolvidos por ações exclusivas do setor saúde. Neste contexto, destacam as ações intersectoriais como viabilizadoras de abordagens integrais e participativas com vistas a contemplar o conjunto de fatores que determina as condições de saúde da população^{7,32-34}.

Warschauer e Carvalho²⁰ chamam a atenção para as diferentes compreensões dos setores quanto ao que é uma parceria, qual seria o respectivo órgão gestor e quais as implicações de implantar e gerir projetos intersectoriais. Ou seja, a falta de definição de responsabilidades e do grau de envolvimento direto e/ou indireto dos diferentes atores no processo termina dificultando a intersectorialidade¹⁹.

Serrate⁷ aponta como mais um condicionante da intersectorialidade a organização da sociedade e/ou instituições, órgãos e profissionais envolvidos: cada um deveria saber do seu papel, objetivos do trabalho e ações que lhe competem.

O despreparo político e técnico de gestores e profissionais, de modo geral, para assumir ações intersectoriais, além de administrativo-burocráticos que dificultam a execução integrada de ações também é apontado por alguns autores como aspectos dificultadores dessas práticas^{7,17,33,34}.

A dificuldade de construir um eixo comum, tanto no que se refere às ações e aos objetivos destas ações em ST são ainda apontados como desafios. Isso inclui, por exemplo, uma gestão verticalmente hierarquizada, com diferentes forças políticas e de controle entre os setores que compõem as diversas esferas das políticas públicas^{15,16,21,23}.

A gestão centralizadora e estruturada em formato piramidal de cada setor dificulta a inte-

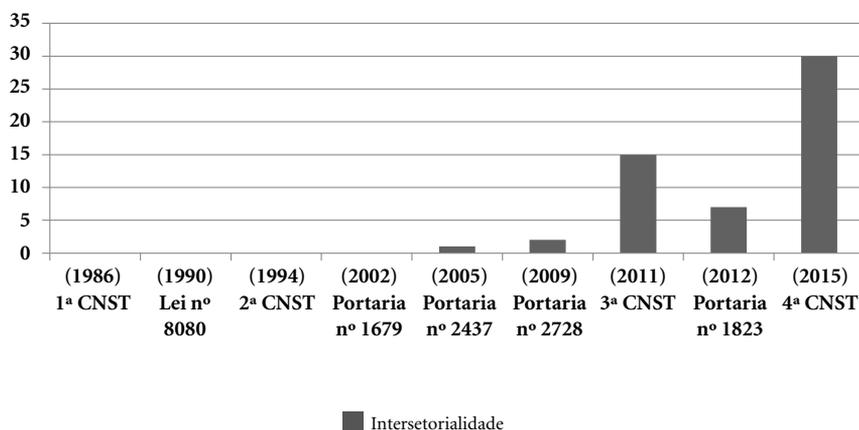


Gráfico 3. Frequência do termo intersectorialidade nos documentos produzidos pelo setor saúde (1986-2015).

gração entre eles e, conseqüentemente, a intersectorialidade²¹. Mesmo que o setor saúde esteja desenhado para funcionar em rede, alguns estudos destacam que a estrutura da administração pública, em todos os níveis, é um importante fator limitante para a construção sólida de uma base intersectorial sustentável¹¹.

Soma-se a isso o despreparo dos gestores envolvidos na ST, que se reflete na transferência da efetivação da ação intersectorial para os agentes da ação, deixando-os solitários na execução dessas ações. Ou seja, a depender dos trabalhadores e de políticas locais essas ações podem ser mais ou menos integradas. Essa constatação evidencia ainda mais os limites da intersectorialidade e, por vezes, da integração de ações dentro de um mesmo setor.

Experiências internacionais, contudo, tem destacado que os resultados da ação intersectorial aumentam com a descentralização desses processos e sua aproximação ao nível local e comunitário, onde os setores têm poder e liberdade de ação suficientes para detectar e enfrentar os problemas^{7,33,34}.

Observa-se ainda um processo de centralização de ações em torno do setor saúde no Brasil, iniciado com os movimentos sociais que levaram à promulgação do SUS. Esse protagonismo do setor saúde é observado desde a formulação das políticas até na liderança de programas e ações. Essa liderança implica inclusive em uma ampliação do próprio conceito de saúde e no desenvolvimento de ações que passam para a responsabilidade do SUS e que, com isso, ficam sob a égide

dos seus mecanismos e limites de financiamento. Esse processo tem seu auge com a criação da RENAST em 2002⁵.

Outro ponto dificultador da intersectorialidade é a ausência de financiamento para a concretização dessas ações, o que acaba por favorecer/reforçar a protagonismo da saúde, pois o SUS termina financiando diversas ações como, por exemplo, a vigilância em saúde do trabalhador.

Essa centralização em torno da saúde pode ter um efeito contrário ao esperado, ou seja, termina por isolar e inibir as demais proposições desestimulando exatamente o que se busca fortalecer – a intersectorialidade e a co-responsabilidade. Da mesma forma, o desafio para a efetiva concretização da intersectorialidade implica em co-participação, co-responsabilização inclusive do financiamento dessas ações.

Porém, é importante ressaltar que este modus operandi está em consonância com as prerrogativas da Organização Mundial da Saúde, que, em 2013 ao promover sua 8ª Conferência Global sobre promoção da saúde, reafirma a necessidade de se considerar a saúde da população como um eixo transversal a toda e qualquer política pública. Neste contexto, o *Health in all policies* (HiAP - Saúde em Todas as Políticas, em português), documento norteador produzido na ocasião, enfatiza as conseqüências das políticas públicas sobre os sistemas de saúde, os determinantes da saúde e o bem-estar social. Reconhece ainda que os governos são confrontados com uma série de prioridades e que a saúde e o patrimônio líquido, ou intangível não podem ser secundários, mas

sim ganhar precedência sobre outros objetivos das políticas³⁵.

Por fim, importante ressaltar que, como apontam Serrate e Abreu³³, falar de um modelo é extremamente fácil, mas ao colocá-lo em prática são enfrentadas contradições entre interesses, poderes, pontos de vista, políticas, grupos sociais e necessidades.

Conclusão

Apesar da evolução do conceito de intersetorialidade nas políticas de ST e da participação crescente de diferentes setores nesta construção,

observa-se serem poucas as proposições claras sobre a efetivação desta prática entre gestores e entre os trabalhadores que compõem o campo.

Um ponto a ser destacado como um limite deste artigo é a ênfase no estudo de políticas federais exclusivamente nos âmbitos do trabalho, saúde e previdência social. Uma vez que a descentralização e a regionalização são diretrizes dessas mesmas políticas e nos estudos de abrangência nacional sejam evidenciadas dificuldades de diretrizes que auxiliem na operacionalização das ações intersetoriais, elas podem estar ocorrendo em determinadas regiões do país, ou estarem sendo tratadas de forma diferenciada em políticas municipais e estaduais específicas.

Colaboradores

S Lancman: coordenadora do projeto temático, responsável por essa etapa da pesquisa e uma das protagonistas na elaboração do artigo. TO Rocha: bolsista de iniciação científica do projeto temático e participante de todas as fases até então realizadas e da elaboração do artigo). TA Jardim: coautora do projeto e participante dessa etapa da pesquisa. JO Barros: coautora do projeto e responsável por essa fase da pesquisa e uma das protagonistas na redação e revisão desse artigo. MTB Daldon: colaborador do projeto e cuja participação foi fundamental nessa nova redação do artigo.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set
2. Brasil. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*; 2012.
3. Lancman S, Szelwar LI, Barros JO, Jardim TA. Projeto de Pesquisa: Construção da Intersetorialidade no Campo Saúde e Trabalho: perspectiva dos profissionais inseridos na rede de serviços do município de São Paulo. Processo FAPESP 2014/25985-2 (mimeo).
4. Minayo-Gomes C, Thedim-Costa SM. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):21-23.
5. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: *Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Trabalhar, sim! Adoecer, não!* - Coletânea de Textos. Brasília: MS; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: MS; 1994.
7. Serrate PCF. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cubana Salud Public* 2007; 33:2.
8. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde - desafios e aprendizados. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):861-868.
9. Tess BH, Aith FMA. Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4449-4456.
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial da União*; 2005.
11. Ornelas AL, Teixeira MGC. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saude Debate* 2015; 39(106):659-670.
12. Koga D. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez; 2003.
13. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4361-4370.
14. Sposati AO. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serv Soci Soci* 2006; 27(85):133-141.
15. Monnerat GL, Souza RG. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Rev Katal* 2011; 14(1):41-49.
16. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersetoriais nas Políticas Públicas de Promoção de Saúde. *Physis* 2012; 22(4):1333-1356.
17. Veiga L, Bronzo C. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. *Rev Adm Publica* 2014; 48(3):595-620.
18. Junqueira LA. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Publica* 2000; 34(6):35-45.
19. Ribeiro RC. A construção de um município saudável: descentralização e intersectorialidade - experiência de Fortaleza. *Saude Soc* 1997; 6(2):47-54.
20. Warschauer M, Carvalho M. O conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Rev Saude Soc* 2014; 23(1):191-203.
21. Rezende M, Baptista TWF, Amâncio Filho A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. *Trab Educ Saude* 2015; 12(2):301-322.
22. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int J Public Health* 2012; 57(1):25-33.
23. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc* 2010; 101(1):95-120.
24. Cellar A. Análise documental. In: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperriere A, Mayer R, Pires A. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2012.
25. Brasil. Ministério da Casa Civil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social. *Diário Oficial da União*; 1999.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: MS; 1986.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da RENAST no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2002.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 União*; 2005.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 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 União*; 2009.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: MS; 2011.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: MS; 2015.
32. Kranzler Y, Davidovich N, Fleischman Y, Grotto I, Moran DS, Weinstein R. A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel. *Isr J Health Policy Res* 2013; 2(1):2-16.
33. Serrate PCF, Abreu EAG. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Rev Cubana Salud Publica* 2009; 35:1.

34. Pérez AGA, Fariñas AG, Salvá AR, Gorbea MB. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2007; 45:3.
35. World Health Organization (WHO). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Helsinki: WHO; 2013.

Artigo apresentado em 16/06/2018

Aprovado em 11/02/2019

Versão final apresentada em 13/02/2019