

Caderno de Textos



**Formação de Atores
Multiplicadores para Atuação
do Controle Social em Saúde do
Trabalhador e da Trabalhadora**

Ficha catalográfica:

Caderno de textos: Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT

São Paulo, Brasil - 2021

1.Saúde do Trabalhador. 2.Controle Social. 3. Política Nacional de Saúde.

REALIZAÇÃO:**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Presidente - Fernando Zasso Pigatto

MESA DIRETORA:

Usuários:

André Luiz de Oliveira – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Moysés Longuinho Toniolo de Souza – Articulação Nacional da Aids (Anaids)

Vanja Andréa Reis dos Santos – União Brasileira de Mulheres (UBM)

Profissionais de Saúde:

Elaine Junger Pelaez – Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (Abrato)

Gestores:

Jurandi Frutuoso Silva – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Neilton Araújo de Oliveira – Ministério da Saúde (MS)

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – CISTT

Ruth Cavalcanti Guilherme - Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)

João Donizeti Scaboli – Força Sindical

Lucas B. de Vasconcellos – Assessoria Técnica do CNS

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO – DIESAT

PRESIDÊNCIA NACIONAL

Edison Flores Lima Filho – SINTAEMA-SP

DIREÇÃO NACIONAL DE PROJETOS E PESQUISAS

Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Sindicato dos Radialistas de São Paulo

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Eduardo Bonfim da Silva

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Daniele Correia

APOIO:**COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Coordenador Geral - Cesar Pinheiro Jacoby

REDAÇÃO:

Daniele Correia

Juliana Acosta

Rafael Junqueira Buralli

DIRETORIA DIESAT 2019 - 2022:

PRESIDENTE NACIONAL

Edison Flores Lima Filho – SINTAEMA-SP

VICE-PRESIDENTE NACIONAL

Elenildo Queiroz Santos – STI Metalúrgicos de Guarulhos

VICE-PRESIDENTE ESTADUAL – SP

João Donizeti Scaboli – FEQUIMFAR-SP

DIRETOR NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

Francisco Pereira de Lima – Sindicato dos Marceneiros de SP

DIRETOR NACIONAL DE FINANÇAS

Alex Ricardo Fonseca – STI Químicos de SP

DIRETOR NACIONAL DE DIVULGAÇÃO E CULTURA

Daniel Paulo Ferreira de Lima – SEEL / SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

José Jurandir Alves Lopes – FENATEMA

DIRETOR NACIONAL DE PROJETOS E PESQUISAS

Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Sindicato dos Radialistas de SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES SINDICAIS

José Freire da Silva - FETQUIM-CUT / SP

CONSELHO FISCAL

Benedito Pedro Gomes – Sindicato dos Padeiros de SP

Regina Lúcia Strepeckes – Sindicato dos Eletricitários de SP

Gilberto Almazan – STI Metalúrgicos de Osasco e Região

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:

Vinicius Anéli da Silva

Grupo de Trabalho - Formulação e Revisão

Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Radialista, educador popular no combate ao racismo estrutural e institucional. Viva o Projeto de Formação de Multiplicadores do Controle e Participação Social em Saúde do Trabalhador@s. Viva a Educação em Saúde, Viva o SUS. Isso é Ubuntu!

Daniele Correia – É uma inconformada com a sociedade capitalista. Quando criança, seu avô perdeu a visão de um olho num acidente de trabalho e isso nunca saiu de sua memória. Filha de avós e pais que trabalharam muito e desde muito cedo e com eles aprendeu a importância de estudar para ter conhecimento. Tem ascendência italiana, indígena e sente uma Macunaíma. É mãe de dois felinos, a Safira e Chico (que virou estrela). Socióloga, assistente social, mestre em serviço social e doutoranda em saúde pública. Trabalha no Diesat há 12 anos. Diz ela: a Saúde é um lugar privilegiado da luta de classes!

Débora Raymundo Melecchi - Farmacêutica (UFRGS/98), Diretora Federação Nacional dos Farmacêuticos, Diretora pasta saúde da Central dos trabalhadores e trabalhadoras do Brasil, Conselheira Nacional de Saúde. Vamos esperar coletivamente por dias melhores, na defesa do SUS, por financiamento justo e sustentável, por respeito aos direitos, pela

Democracia, pela Soberania Nacional. Por um projeto nacional de desenvolvimento com geração de renda.

Eduardo Bonfim da Silva – Nascido em Santo André/SP é filho José Benedito e Maria Bonfim nordestinos que por suas determinações sociais migraram por melhores condições de vida, é o décimo de 10 irmãos, pai da Ana Carolina e do Rafael e marido de Adriana, é corintiano sofredor, apaixonado pela música (em especial Raul Seixas). Diversão, alto astral e energia do bem fazem parte de sua essência. Edu luta pela vida, desde os tempos de Pastoral do Menor e da Juventude, milita pelo Sistema Único de Saúde, é pesquisador, especialista em Saúde do Trabalhador e desde 1994 é membro da equipe técnica do DIESAT. É atual coordenador técnico da entidade assim como também coordena este projeto.

Elizabeth Costa Dias - Médica Sanitarista e do Trabalho, Professora da Universidade Federal de Minas Gerais, aposentada, porém desenvolvendo atividades no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de orientação de alunos de pos graduação e Residentes, assessoria a movimentos sociais e instituições públicas e membro do Grupo Temático de Saúde do Trabalhador da ABRASCO. Maior curtição na vida: os quatro netos.

João Donizeti Scaboli - Sou membro da direção nacional do DIESAT e também sou diretor responsável pelo Departamento de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Federação dos Químicos e farmacêuticos do Estado de São Paulo - FEQUIMFAR, filiada a central Força Sindical. E pela central represento os usuários no Conselho Nacional de saúde - CNS e sou coordenador adjunto com muito orgulho de ser um usuário do Sistema Único de Saúde, universal, inteiro e completo para todos e todas. Sistema público esse que tem histórias conquistas e grandes avanços. Moro na cidade de Cordeirópolis interior de São Paulo.

José Freire da Silva - Natural do Piauí, casado, pai de duas filhas de 22 e 14 anos respectivamente, funcionário de uma indústria plástica em Diadema, na função de Operador de máquinas injetoras desde 1997, dirigente sindical do sindicato dos químicos do ABC, atualmente da executiva da CUT estadual SP, secretaria de saúde do trabalhador (a), diretor do DIESAT, Conselheiro estadual de saúde e coordenador da CISTT com graduação em direito e pós graduação em direito do trabalho e processo do trabalho, tenho 49 anos e torço pelo São Paulo.

Juliana Acosta Santorum - Rio-grandina que fluiu pelas águas de Brasília e por hora com barco atracado no litoral sul da Paraíba, atrás do que faz sentido na vida. Mãe do Caetano

e gestando mais uma vida. Sou enfermeira sanitaria, mestre em enfermagem, especialista em saúde da família pela Universidade Federal de Rio Grande - FURG, que me formou defensora do SUS, da ciência e da vida.

Lucas B. de Vasconcellos - Graduado em História, Direito e Administração. Servidor Público Federal do Ministério da Economia onde integra a Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais. No Ministério da Saúde já exerceu os cargos de Coordenador, Chefe de Gabinete, Diretor de Departamento e Secretário Nacional. Atualmente trabalha como Assessor Técnico da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Magna Dias Leite - Sou do Tocantins, filha de trabalhadores rurais, mãe, amo música popular brasileira, sou trabalhadora do SUS (saúde do Trabalhador e Gerente do CEREST Tocantins), Bacharel em Serviço Social, Mestre em Saúde Pública (vigilância em Saúde do Trabalhador).

Márcia Kamei López Aliaga - Procuradora Regional do Trabalho. Atualmente Coordenadora Nacional da CODEMAT - Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente de Trabalho. De Maringá/Pr, cidade do interior. Neta de imigrantes japoneses que chegaram pelo porto de Santos, trabalharam nas lavouras de café interior do Estado de São Paulo e depois migraram para o Paraná. Meus pais

integraram segunda geração de imigrantes japoneses e foram criados no meio urbano, com todas as dificuldades de adaptação para uma cultura muito diferente da dos seus pais e no cenário do pós-guerra. Comecei a trabalhar no comércio com 15 anos. Trabalho sem registro em CTPS. Cursei Direito na Universidade Estadual do Paraná, trabalhando durante o dia e estudando à noite. Advoguei por cinco anos. Nesse período participava de um grupo de estudo de advogados populares. Isso despertou em mim espírito mais crítico para as questões sociais. Ingressei no Ministério Público do Trabalho em 1999. Atualmente estou lotada na Procuradoria Regional de São Paulo/SP.

Marília Pereira da Costa Carvalho - Nordestina que aterrissou em Brasília de paraquedas, porém com muitos sonhos. Atualmente, Marília é estudante de Enfermagem pela UnB que está sempre engajada em atividades acadêmicas, objetivando metas a serem cumpridas na graduação e após a graduação, como a dignidade nas condições de trabalho e compromisso com a luta pela Saúde do Trabalhador.

Mariza Mathis - Paraense descobrindo o mundo, acredita que a união dos trabalhadores faz a força. Adora cozinhar, mas gosta ainda mais de comer. Economista, mestre em economia política, metade brasileira e metade alemã, é a terceira filha de sete irmãos, recém chegada no DIESAT, onde aprende diariamente sobre como fortalecer a luta da classe trabalhadora.

Nathalie Alves Agripino - Sou Nath, Baiana/Pernambucana, nascida e crescida nas periferias de Salvador e Olinda/Recife. Sou Sanitarista e Especialista em Promoção e Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho. Já trabalhei em territórios vulneráveis em Pernambuco e no Amazonas, e hoje, atuo na Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Ministério da Saúde, em Brasília-DF. Sou apaixonada pelo SUS e pelas políticas públicas correlatas. Sou mãe de uma gata chamada Princesa e costumo me conectar com as pessoas e vida, através da música - minha música preferida é hunting high and low - A-HA, conhecem? <https://www.youtube.com/watch?v=s6VaeFCxta8>.

Olga Rios - Serva do Deus Altíssimo! Amo demais servir ao povo! Sou mãe de um lindo garoto, João Manuel, flamengista vermelha! Amo demais futebol! Sou Saúde do Trabalhador até o talo! O SUS? Nem se fala!!! A maior política pública do mundo, uso todos os dias.

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira - Terapeuta Ocupacional pisciana de Lutas, da terra do frevo e do bolo-de-rolô: Recife (que também tem o maior bloco de carnaval da galáxia: o Galo da Madrugada), Pernambuco é meu país. Mãe de Hannah, Matheus e Giovanna, amores de toda a vida, feminista antimanicomial, que adora rock'n roll e cantar. Que defende cotidianamente o SUS público-estatal, integral, equânime e de acesso universal, os Direitos Humanos, a Revolução Popular e as liberdades democráticas.

Roberto Xavier - É pai do João e do Antônio. Paulistano, mas nordestino de coração e corintiano, graças a Deus. Possui graduação em Ciências Sociais porque acredita na Política e Mestrado em Gestão de Políticas Públicas porque é através delas que a Política acontece. Atuou por mais de 20 anos na área comercial e de planejamento estratégico de empresas privadas e desde de 2015 é pesquisador vinculado ao CEALAG/Santa Casas e Técnico do DIESAT.

Rogério de Jesus Santos - O Rogério é o terceiro de quatro irmãos, filhos de pais nordestinos, hoje um pai e marido dedicado, uma pessoa extrovertida desde sempre, antes de ser corintiano e um bom pé de valsa, já conhecia o mundo do trabalho, e precocemente adquire doença crônica que lhe obriga a mudar de profissão, já se completou que 27 anos que essa mudança me transformou em um pesquisador e militante em saúde do trabalhador, defensor nato do SUS!

Rosália Pereira Matos - Neta de baianos, goiana do pé rachado, militante do SUS e da Saúde da trabalhadora e do trabalhador, defendendo o SUS com unhas e dentes. Sou mãe, extrovertida, proativa, gosto de liderar, de ler, de dançar, de viajar. Luto por um país mais justo em que as diversidades sejam respeitadas.

Ruth Cavalcanti Guilherme - Nutricionista, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal de Per-

nambuco - UFPE, Presidente da Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN, Conselheira Nacional de Saúde, Coordenadora Adjunta da CISTT Nacional, Entusiasta do Controle Social, de onde vem tirando força e coragem, Orgulhosamente avó, mãe, esposa e filha de nordestinos, Alegre e espontânea, tem paixão pelo carnaval, Mas na luta é relutante e aguerrida. Porque é simplesmente APAIXONADA PELA VIDA!

Simone Alves dos Santos, paulistana da zona norte, filha de mineira e alagoano, mãe do Thiago, fonoaudióloga da Saúde do Trabalhador, com doutorado em Saúde Pública, coordenadora da Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo.

Vinicius Figueira Boim - Nascido em São Bernardo do Campo, estudou em escola pública e na adolescência atuou como voluntário em ações de inclusão de jovens em Programas Sociais da Prefeitura. Daí, surge a escolha da profissão de Serviço Social. Me formei em Bacharel em Serviço Social pela PUC-SP como Bolsista pelo PROUNI. É Assistente Social da PMSP e atua no CRST Lapa. É Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela ENSP. Colabora como Conselheiro Editorial da Revista Trabalho & Saúde do DIESAT. Pai de Camilo e companheiro da Cíntia, adora viagens, natureza, vinhos e músicas latino americanas. Tem como princípio de vida a luta por uma sociedade livre da exploração de classe e a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde.

Sumário

Apresentação

9

Apresentação – CNS e CISTT

10

Introdução

11

Eixo 1

O trabalho e os impactos à saúde da classe trabalhadora

19

Eixo 2

Políticas públicas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

39

Eixo 3

O controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

55

Referências

74

Apresentação

A pandemia de COVID-19 se espalhou rapidamente pelo Brasil a partir de fevereiro 2020 e, mais de um ano depois, ainda está levando ao colapso serviços públicos e privados de saúde em muitas localidades de norte a sul do país. Apesar de ter se afetado todas as frações das classes sociais e municípios do país, o impacto mais significativo foi sentido pelas camadas mais vulnerabilizadas da população. A situação de emergência em saúde pública, reconhecida ainda no primeiro semestre de 2020, foi agravada pelo aparecimento de novas variantes do vírus, falta de leitos hospitalares, desabastecimento de insumos e medicamentos, falta de vacinas, entre outros fatores.

E essa doença não poderia chegar em pior hora, quando o país ainda enfrenta os impactos do desmonte do SUS, dos retrocessos sociais, da precarização e desregulação do trabalho. Nesse sentido, é essencial que a população participe ativamente da formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no contexto da pandemia de COVID-19, aproximando as políticas públicas das necessidades da população.

Desde 2018, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) colaboram para a educação permanente do Controle Social na atuação em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil. Seu principal objetivo é capacitar atores multiplicadores e transformar os espaços de atuação do Controle Social e, conseqüentemente, os territórios.

Para 2021, as atividades desse projeto de qualificação e articulação contemplam a realização de atividades de mobilização e oficinas de formação do Controle Social

para atores multiplicadores em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, direcionadas aos conselheiro/as de saúde, lideranças de movimentos sociais e sindicais, integrantes das CISTTs municipais, estaduais e nacional, trabalhadores do campo do direito do trabalho, dirigentes sindicais, usuários e trabalhadores/as do SUS, acadêmicos e demais interessados. As atividades de mobilização irão arregimentar forças com o propósito de fortalecer a criação de CISTT municipais e estaduais e a rede de comunicação entres os Conselhos de Saúde e as CISTT, enquanto as oficinas de formação irão ajudar a capacitar os atores multiplicadores para atuação no Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Essas oficinas serão compostas por 3 eixos, sendo:

1) O TRABALHO E OS IMPACTOS À SAÚDE DA CLASSE TRABALHADORA, onde se discutirá o trabalho como condicionante do processo saúde-doença, a partir das determinações sociais; **2) POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**, que apresentará as dimensões do planejamento e acompanhamento da situação de saúde, dos ambientes e processos de trabalho; e **3) CONTROLE SOCIAL NO SUS E NA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**, que discutirá o papel das CISTTs para implementação e ampliação das ações previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

O controle social, principalmente quando atuante e bem qualificado, influencia positivamente a gestão pública, orientando as ações e os gastos dos entes federados, qualificando as ações de acordo com os interesses e as necessidades da população. Por isso, contamos com a participação e mobilização de todas, todos e todes por um trabalho que não mate ou adoça!

Apresentação

CNS e CISTT

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) após a consolidação introdutória em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT) realizada através do PROJETO DE ARTICULAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL nos anos de 2018/2019, e entendendo que o processo de EDUCAÇÃO é permanente e necessita de aprendizagem cotidiana e comprometida com a sociedade, apresenta seu novo projeto: as OFICINAS DE FORMAÇÃO DO PROJETO MULTIPLICADORES DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA. Este projeto surge então como uma segunda etapa deste processo educativo, que além de pertinente, é LÓGICO (devido as deliberações aprovadas na 4ª CNSTT) e DESEJÁVEL (já que é fruto da decisão soberana do Pleno do CNS) na qualificação estratégica do Controle Social.

Entendemos que é o momento oportuno e necessário deste aprofundamento temático em resposta ao período marcante/transformador que vivemos, transpondo os desafios do distanciamento social e da preocupante precarização automatizada no mundo do trabalho, oportunizando mobilizações virtuais, bem como novas metodologias de ensino x debate, além de formas ampliadas de articulação na busca pela democratização

do conhecimento via Multiplicadores que se comprometam com os princípios e diretrizes do SUS (Constitucional e Orgânico) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Essa iniciativa da CISTT do Conselho Nacional de Saúde, tem o apoio irrestrito do CNS e ocorrerá por meio de acordo de cooperação técnica com a OPAS e da execução do DIESAT. Além disso, contamos com o apoio de parceiros como a CGSAT/SVS, os CERESTs, a RENAST, a Comunidade Acadêmica e, em especial, com as Centrais Sindicais, principalmente no envolvimento de seus atores/atrizes para o alcance das metas e objetivos deste novo projeto.

Convocamos, portanto, para a participação coletiva/engajamento constante, diversificado e urgente do conjunto das entidades que compõem todos os Conselhos de Saúde do nossos país (sem exceção de qualquer região ou segmento: usuários, trabalhadores e gestores) para que não meçam esforços e contribuam, compartilhem, enfim, participem deste projeto construído com muito carinho e muita luta a partir das demandas da própria classe trabalhadora e em prol do desenvolvimento de toda a sociedade brasileira.



**Conselho Nacional
de Saúde**

CISTT

Comissão Intersetorial de Saúde
do Trabalhador e da trabalhadora

Contamos com vocês!
Ótima Leitura, até logo e
Viva o SUS!!!



Introdução



Diante de todo cenário de caos e incertezas, falta de insumos essenciais, vacinas e informação qualificada e confiável que vivenciamos com a presença do novo coronavírus (SARS-CoV-2, que significa "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), causador da COVID-19 (Coronavirus Disease), e considerando a própria limitação do conhecimento científico sobre as mutações do vírus e efetividade das vacinas, por exemplo, a única insuspeição que temos é que o vírus e a doença não foi um gerador, mas explicitou e agudizou os elementos de crise do tecido social presentes em cada território afetado, tendo assim, cada um destes, condições materiais e objetivas próprias de responder com medidas de prevenção e assistência médica e hospitalar.

Essa primeira afirmação nos abre alguns caminhos de entendimento, uns mais gerais da mundialização, outros mais particulares da realidade brasileira. Sendo esse um momento bastante oportuno para mais problematizarmos do que para alcançarmos respostas simples e pragmáticas, fica o convite para percorrermos tais caminhos. O sentido é abrir o diálogo, para uma construção coletiva de percepções e (re)posicionamentos que emergem nesta nova razão de mundo.

De partida, elucidamos o quanto estamos interligados mundialmente numa dinâmica capitalista de produção e reprodução, em que é inegável a centralidade que o trabalho ocupa na sociedade, em um processo que envolve a concentração de riquezas a partir da produção e distribuição das mercadorias necessárias à satisfação das necessidades humanas. Podemos citar alguns processos a partir da realidade atual, como a necessidade de produção (e compartilhamento) de conhecimento científico para a caracterização do vírus, desenvolvimento de vacinas e medicamentos para prevenção, tratamento e cura da COVID-19, aumento da

demanda global por insumos de saúde, como os equipamentos de proteção individual para a classe trabalhadora da linha de frente, em que as máscaras são as mais citadas. Infelizmente, a pressão gerada pela pandemia no Brasil acontece em um cenário de desregulação do trabalho e cortes significativos de investimentos públicos em saúde e educação (impactando fortemente a pesquisa).

Para ilustrar os impactos desse cenário mundializado globalizado do mundo do trabalho, a maioria das máscaras de proteção facial de uso médico do mundo são fabricadas na China e em Taiwan, que fornecem para hospitais e trabalhadores de vários países (a China produz mais de 50% das máscaras do mundo - 20 milhões por dia¹). Durante o período mais crítico da pandemia, para evitar a escassez interna desses insumos, ambos os países suspenderam as exportações cumprindo exigências do governo local, reservando para consumo de sua população. Embora a expressiva produção seja feita nesses países, a matéria prima, alguns componentes e, às vezes, a montagem final desses equipamentos de proteção são feitas também no Japão, Vietnã, México e na Colômbia, exemplo de como a divisão social e técnica do trabalho é internacional. Como consequência, muitos desses países enfrentaram desabastecimento desses produtos e até mesmo de insumos para fabricá-los.



No início da pandemia, a China era responsável pela produção de cerca de um quinto dos respiradores produzidos no mundo. A escassez desses produtos, enfrentada inclusive por países ricos, como os Estados Unidos, a Alemanha e a França, tem levado muitas empresas de setores variados a ampliarem a produção nacional desses itens, reforçando a autonomia estratégica e diminuindo a dependência externa. Como se pode imaginar, a disputa global por esses insumos fez aumentar os preços e os impactos da sua escassez foram sentidos principalmente pelos países de menor renda.

Em meio à pandemia, percebemos a dificuldade de produção nacional e aquisição de equipamentos de proteção individual para a classe trabalhadora da saúde, acarretando deficiências na garantia das medidas de proteção à saúde desses trabalhadores e trabalhadoras, expondo-os a riscos evitáveis e gerando adoecimento e mortes. Assim, vem à tona a mediação das relações comerciais dos que ocupam o lugar no capitalismo central e do capitalismo periférico dependente, como é o caso do Brasil, trazendo marcas operativas de dominância e subserviência produtiva e aquisitiva dos bens e serviços produzidos pela classe trabalhadora e refletindo os modos como cada país se apropria da força de trabalho e consubstancia condições, via direitos sociais, para tal produção e reprodução da mesma.

A economia capitalista brasileira organizou-se historicamente através de superexploração da força de trabalho, exaurindo as capacidades físicas, psíquicas, emocionais e cognitivas da classe trabalhadora. O mundo do trabalho sofreu profundas metamorfoses nas últimas décadas, o que gerou transformações nos processos produtivos e nos processos de trabalho no país, com a regulação e o aumento exponencial das subcontratações (terceirização, quarteirização, quinteirização, etc.), precarização e informalidade.

Quaisquer que sejam os tipos de processos produtivos (industriais, mineração, serviços, comércio, etc.), neles estão presentes a pressão pelo aumento de produtividade e a intensificação de jornadas, o que resulta na precarização das relações de trabalho, a perda de postos, a exigência de polivalência, a desestruturação do poder sindical e o aumento da ocorrência de doenças, óbitos e riscos de acidentes relacionados ao trabalho.

Para a manutenção da força de trabalho é preciso fortalecer mecanismos de proteção social que assegurem sua produção e reprodução, no atendimento das demandas do capital. O que não significa dizer que a política social não conceda arranjos, com muita luta da classe trabalhadora, garantindo um trabalho seguro e reverberando melhorias de condições de vida e trabalho que dão concretude à existência da classe trabalhadora. O que chamamos atenção é o fato de que essas concessões podem ser modificadas e suprimidas, ao passo que ameacem a existência do próprio sistema capitalista.

O constante posicionamento do Presidente da República pela volta ao trabalho presencial, mesmo que sem a garantia de condições seguras e contrariando as recomendações de organismos nacionais e internacionais ligados à saúde não é mera coincidência. É um projeto de sociedade! A Medida Provisória 927/2020² é a clara expressão





dos anseios que o Estado burguês tenta garantir para os interesses do capital; enquanto a Medida Provisória 928/2020³ e a Renda Básica da Cidadania Emergencial é expressão da importância da luta de classes na contraofensiva, mesmo que com ganhos limitados.

A seguridade social brasileira – tripé de proteção social composto pelas políticas de saúde, previdência e assistência social – tardia e inconclusa e a presença de ajustes fiscais históricos pautados no projeto de contrarreforma implantado no Brasil nos anos 1990s, articulados ao mercado na contenção de gastos com políticas sociais e racionalização da oferta, legítima que Estado garanta o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, ou seja, poder de consumo.

Ainda assim, os indivíduos que possuem condição de aquisição de serviços privados, se beneficiam e são atendidos por serviços públicos, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), que com seus princípios de universalidade e integralidade garante que todo cidadão tem direito à saúde e acesso aos serviços públicos e devem ser atendidos desde as necessidades básicas, de forma integral em todos os níveis de assistência. Exemplos não faltam para ilustrar esses serviços democráticos, da vigilância que garante a qualidade de água para consumo humano, medicamentos, cosméticos e alimentos, aos serviços de atendimento às emergências, como o SAMU, controle de endemias, fornecimento gratuito de medicamentos de alta complexidade ou de vacinas pelo Plano Nacional de Imunização (PNI), bancos de sangue, serviços de transplante e diálises, entre inúmeros outros. O Brasil inteiro usa o SUS!

No Brasil e em outros países da América Latina, os ajustes estruturais são delineados pelas políticas neoliberais e de mercado que, com a justificativa

de resolver os problemas do déficit fiscal, reduzem os gastos públicos adotando uma política monetária restritiva para combater a inflação. Comumente, esses países transformam as exportações (geralmente de matéria-prima com baixo valor agregado) em fator principal de crescimento, liberalizam o comércio exterior, atenuam as regulações estatais, maximizam o uso do mercado e concentram seus investimentos no setor privado, reduzindo a presença do Estado no atendimento às demandas da classe trabalhadora.



O avanço do neoliberalismo no Brasil ganhou o cunho ideológico e das populações no mito de empresariado de si, do cidadão-consumidor, descredibilizando as políticas sociais, em especial as do setor saúde, enfraquecendo a sua importância e sendo constantemente associado (inclusive para muitos intelectuais e trabalhadores de elevado extrato de renda) como uma política de assistência médica e hospitalar para pobres, desconsiderando por desconhecimento o papel das Vigilâncias em Saúde (Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora), serviços que ganham ainda mais destaque em tempos de pandemia.

Contraditoriamente, ao invés de reconhecer a importância do maior sistema de saúde pública do mundo e fortalecer o nosso SUS, as medidas estatais na história recente impõem enfraquecimento e desmonte, como a Emenda Constitucional nº 95 aprovada em 2016⁴, que instituiu o Novo Regime o

Fiscal, congelando as despesas primárias e reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por duas décadas. Com a justificativa de controlar a crise fiscal decorrente do crescimento das despesas primárias e controlar as contas públicas, efetivou-se uma clara violação ao princípio da vedação ao retrocesso social, com efeitos de diminuição dos recursos destinados à saúde e impactos significativos no bem-estar social. Para piorar, não existe previsão de suspensão dos efeitos da emenda em caso de aumento de receitas⁵. Apesar do SUS ser a política social brasileira mais avançada e abrangente e ainda estar em construção, o resultado prático dessa emenda reduz drasticamente os investimentos públicos na saúde e subfinancia ainda mais o SUS, agravando ainda mais o cenário de pandemia.

Na ordem do dia, encontra-se o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020⁶, que representa a mercantilização da atenção primária à saúde, mais um nicho de mercado encontrado pelo capital para ampliar seus lucros a partir de uma política social. O Decreto, publicado em meio à crise sanitária da COVID-19, quando municípios, estados, trabalhadores e trabalhadoras da saúde estão concentrados no enfrentamento da pandemia e as atividades de participação social estão limitadas, como conselhos e audiências públicas, o Governo Federal instituiu o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Isso gera forte preocupação pois afeta diretamente o funcionamento, a gestão e as formas de contratação dos profissionais da Atenção Primária, sem debate público adequado⁷.

Apesar de, atualmente, o Brasil investir cerca de 9,2% do seu PIB em saúde (um pouco acima dos 8,8% gasto pelos 37 países-membros da OCDE), boa parte desses investimentos são do setor privado, enquanto os recursos públicos investi-

dos representam apenas 4% do PIB (bem abaixo da média da organização, que é de 6,6%)⁸. E no momento em que o Brasil enfrenta um dos seus maiores desafios sanitários da história e confirma a essencialidade do SUS na garantia da saúde e bem-estar da população, sofremos consecutivas investidas de retirada de recursos da saúde, como já demonstrado acima.

Estimativas da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) demonstram que o orçamento do SUS vem diminuindo consideravelmente desde a EC 95/2016. Em 2017, os investimentos públicos em saúde representavam 15,8% da arrecadação da União, enxugando para 13,5% em 2019. O setor saúde perdeu cerca de R\$ 20 bilhões em 2019 e perderá outros R\$ 35 bilhões em 2021, em comparação aos recursos de 2020. Em 20 anos, período do congelamento da EC, estima-se que o prejuízo ao SUS deve ultrapassar R\$ 400 bilhões, impactando fortemente as políticas sociais, principalmente as relacionadas à saúde⁹.

Pois bem, somos forçados a olhar para a trama da conjuntura descrita ponderando as condições de resolutividade que o Brasil tem, com o SUS, diante de uma pandemia e com a presença de trabalho superexplorado, de condições de vida e saúde em vulnerabilidade e da ausência de aparatos coesos do Estado, através de políticas sociais. Ou seja, precisamos perceber que a determinação social do adoecimento, apontadas nesse escrito sobre a cena contemporânea, estão intrinsecamente relacionadas ao nosso modo de viver, adoecer e morrer. A despeito dos investimentos em benefícios sociais possuírem efeito multiplicador para o PIB e da ocorrência de fatores como a transição epidemiológica e demográfica, o envelhecimento da população, o aumento de agravos crônicos, a emergência e reemergência de doenças, o crescimento da precarização do trabalho e do desem-



prego, observa-se a redução dos investimentos sociais que ameaçam diretamente os direitos e as garantias individuais.



Até o dia 11/05/2021, já somamos mais de 15.210.000 milhões de casos de coronavírus registrados no país e passamos de 423.000 mil vidas perdidas, ultrapassando a marca de 4 mil mortes por dia em meados de abril¹⁰. Sem dúvidas, o Brasil é um dos epicentros da COVID-19 no mundo. O país possui cerca de 2,7% da população mundial, mas em meados de abril de 2021, representava cerca de 12,0% de todas as mortes globais de COVID-19 e, em março do mesmo ano, esse número era de 23,5%. Infelizmente, nesse período, registros de mortalidade são anunciados diariamente e a ocupação de leitos de terapia intensiva ultrapassa 100% em muitos estados, com listas de espera e esgotamento de suprimentos de oxigênio e medicamentos¹¹.

O ritmo da imunização acelerou mais recentemente, mas ainda está muito longe do necessário para desacelerar a curva de contágio e proteger efetivamente a população brasileira. O país precisa de uma média de 1,5 milhão de doses de vacinas administradas por dia para atingir a cobertura total de pessoas com 18 anos de idade ou mais até o final do ano.

Até a primeira semana de maio, cerca de 47,4 milhões de doses da vacina já haviam sido aplica-

das e apenas 7,2% da população tinha recebido as duas doses da vacina¹². Há meses, os profissionais de saúde trabalham no limite da exaustão e os serviços de saúde se encontram com índices críticos de ocupação de leitos de UTI e enfermaria em praticamente todo o país. As ações do Governo Federal, estados e municípios precisam imediatamente serem pautadas por estratégias de prevenção e controle com comprovação científica. A abordagem clínica focada apenas no aumento do número de leitos hospitalares, a promoção de medicamentos ineficazes e tratamento precoce, precisam ser substituídas por medidas que impeçam a disseminação do vírus, como o uso de máscaras de proteção facial, distanciamento social, testes em larga escala e rastreamento de contatos.

Segundo o painel lançado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), houve um aumento de 22% do número de óbitos por causas naturais em 2020¹³, o que pode ser consequência indireta da pandemia, por exemplo, devido à sobrecarga nos serviços de saúde, interrupção de tratamento de doenças crônicas ou mesmo pelo receio da população em se infectar pelo novo coronavírus, diminuindo a busca por assistência à saúde. Enquanto isso, há atualmente cerca de 14 milhões de pessoas desocupadas, o que representa quase 14% da população brasileira, além do aumento da informalidade no trabalho e de trabalhadores por conta própria, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua/IBGE). Considerando o último trimestre de 2020, houve um aumento da taxa de desocupação de 3%, comparado ao mesmo período de 2019, passando de cerca de 11.632.000 milhões de pessoas nessa situação em 2019 para 13.925.000 em 2020. Do último trimestre de 2019 para o último trimestre de 2020, observou-se uma redução de 11,2% de empregos com carteira assinada (-3.783 milhões de empregos formais)¹⁴.

Uma das principais medidas sanitárias mundialmente reconhecidas para evitar a transmissão do vírus é distanciamento físico, mesmo que tenha sido desincentivado nos discursos do Presidente da República desde o início da pandemia. No entanto, esta não é a realidade para grande parte da classe trabalhadora ou porque precisaram manter as atividades presenciais nos serviços considerados essenciais ou porque precisaram inventar formas de manter a renda e precisaram se expor nos ambientes de trabalho ou transportes coletivos. Inclusive pelo fato desses indivíduos, em sua maioria negros e em situação de pobreza, muitas vezes, viverem em áreas densamente povoadas, distantes dos locais de trabalho, estarem ocupados em trabalhos de maior risco e possuírem menor escolaridade e renda, além de terem menor acesso aos serviços de saúde e apresentarem outras comorbidades. Em síntese, as desigualdades sociais sistêmicas geram taxas mais altas de risco e morte por COVID-19.



De fato, muitos ambientes e processos de trabalho apresentam fatores de risco que podem favorecer a transmissão de doenças infecciosas, como a COVID-19, como por exemplo as atividades desempenhadas em ambientes fechados e sem ventilação, com proximidade física com outras pessoas, compartilhamento de instrumentos e ferramentas, com longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, entre outros^{15,16}.

Para ilustrar, uma análise do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério da Economia, demonstra que cresceram os registros de contratos encerrados por motivo de morte, comparando dados do início de 2020 com o início de 2021. Frentista de posto de gasolina (68%), operador de caixa de supermercado (67%), motorista de ônibus (62%), vigilante (59%) estão entre as categorias que tiveram mortes a mais.

O Observatório da Enfermagem, criado pelo Conselho Federal de Enfermagem, já registra mais de 55.331 mil casos entre esses profissionais e 753 mortes em decorrência do coronavírus¹⁷. Além do risco de adoecer e morrer, atuando em ambiente de alto risco de contágio e com falta de EPIs adequados aos riscos a que são submetidos, profissionais de saúde enfrentam também uma sobrecarga de trabalho por conta de turnos dobrados para compensar os afastamentos de colegas em quarentena ou afastados por outras condições, falta de insumos e leitos e falta também de direcionamento de gestão em relação a tratamento adequado, disponibilidade de vacina, entre outros^{18,19}.

Outra realidade é a volta da fome. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil mostra que, 116,8 milhões de brasileiros vivem em situação de insegurança alimentar. Desses, 43,4 milhões (20,5% da população) não contavam com alimentos em quantidade suficiente e 19,1 milhões (9% da população) estavam de fato passando fome, sendo que as regiões Nordeste e Norte são mais afetadas, permanecendo as desigualdades regionais históricas²⁰.

Em contraste, a Revista Forbes revelou recentemente que há no mundo 40 novos bilionários lucrando com o setor saúde durante a pandemia. No Brasil isso não é diferente, entre 2020 e 2021, o número de brasileiros na lista de bilionários aumen-

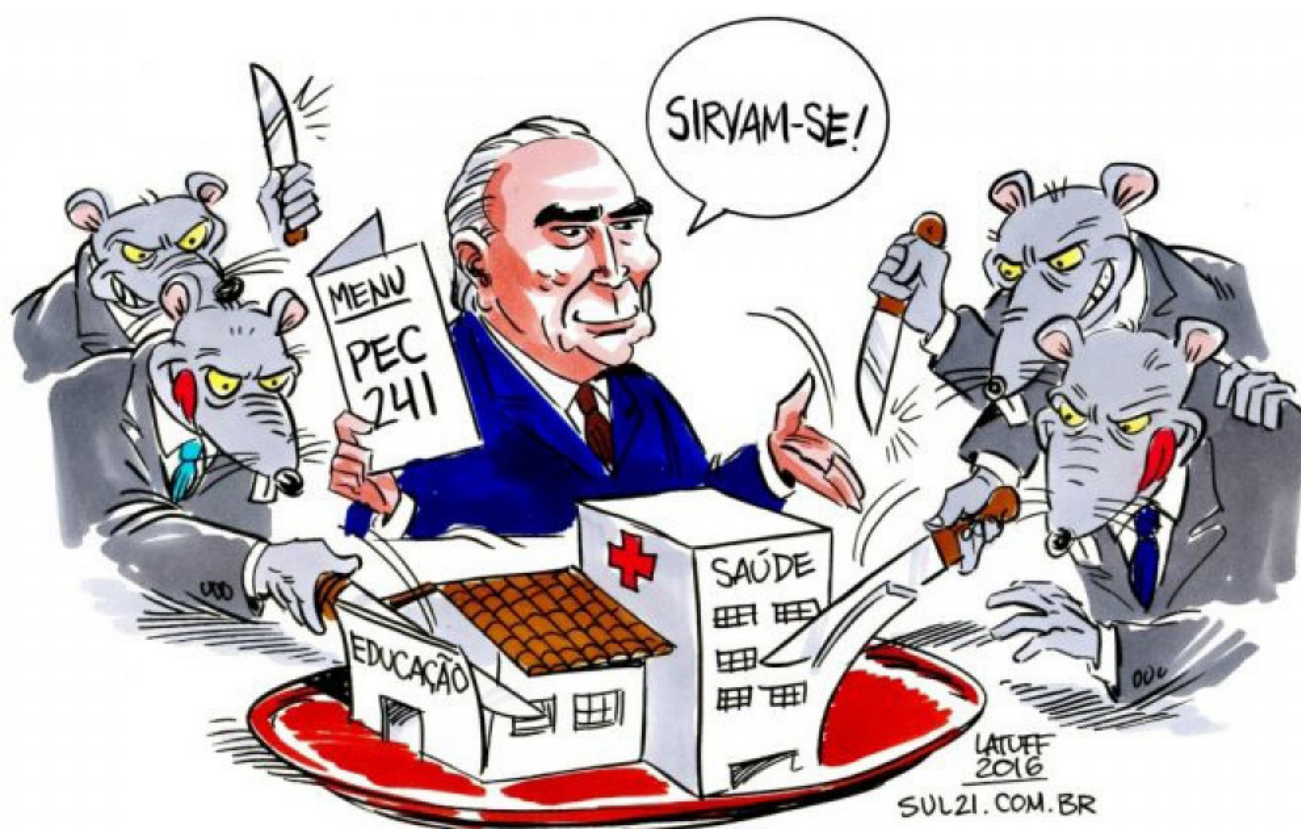


tou de 45 para 65, passando de US\$ 127,1 bilhões para US\$ 219,1 bilhões em um ano o total que eles detêm²¹. Estão entre os brasileiros mais bem posicionados nesta lista, empresários de operadoras de planos de saúde, de multinacionais de bebidas, de redes sociais, de capital privado, fertilizantes químicos, rede varejista de eletrônicos e móveis e empresas de serviços financeiros. Ou seja, enquanto o governo insiste em um falso dilema entre salvar vidas ou salvar a economia, falta emprego e renda básica universal para trabalhadoras e trabalhadores poderem seguir medidas sanitárias adequadas, como o isolamento social, ao passo que determinados setores aumentam seus lucros exponencialmente.

A saúde é um direito de todas e todos, garantido na constituição e, para ser efetivado, necessita de um sistema de saúde público integral e de qualidade. Se estamos minimamente conseguindo vacinar e proteger os indivíduos de piores cenários da COVID-19 no Brasil é porque a vigilância em saúde está garantida no SUS. Esta é a política pública

adequada para atender as necessidades da classe trabalhadora desde a prevenção e promoção da saúde até o tratamento de doenças e agravos.

Não restam dúvidas de que o momento exige uma grande mobilização em defesa da vida e em defesa do SUS. Longe de esgotar a análise da totalidade dos fatos e defronte da necessidade de olhá-los de forma relacional e com muita criticidade, consideramos que esse momento nos solicita mais do que nunca pensarmos pautas coletivas, reafirmarmos e recuperarmos o protagonismo dos movimentos sociais, em especial do movimento sindical pela capacidade de aglutinar pautas que envolvam trabalho e saúde, mote atual. Precisamos de união para não correremos os riscos de sermos capturadas pela narrativa da falaciosa necessidade de mais ajustes estruturais após a pandemia ceder, com o argumento de que a pandemia nos custou uma crise, gerou déficits e que a conta deve ser paga, mais uma vez, pela classe trabalhadora.





Eixo 1

O TRABALHO E OS IMPACTOS À SAÚDE DA CLASSE TRABALHADORA

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- 1 - Compreender a determinação social do processo saúde-doença da população trabalhadora e a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto expressão do conflito do capital contra o trabalho no modo de produção capitalista;
- 2 - Compreender a abordagem da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como campo contra-hegemônico, arena de luta de classes e suas diferenças das abordagens da medicina do trabalho e da saúde ocupacional;
- 3 - Compreender como o ajuste fiscal e econômico implementado nas últimas décadas vem impedindo avanços das políticas sociais e retirando direitos historicamente conquistados no campo do trabalho e saúde.

É inegável a centralidade que o trabalho ocupa na sociedade como base da atividade econômica, num processo que envolve a produção de riquezas e distribuição dos bens necessários à satisfação das necessidades humanas. É no trabalho que trabalhadores e trabalhadoras conformam sua subjetividade, tendo um modo próprio de viver em sociedade. Pela centralidade do trabalho nas relações sociais, ele incide no modo como a classe trabalhadora passa a viver, habitar, se alimentar, se locomover e se reproduzir. Deste modo, o trabalho impacta no processo saúde-doença nas formas de morrer da classe que vive do trabalho.



Os processos de trabalho envolvem três elementos principais: os meios de trabalho, os objetos de trabalho e a força de trabalho, que é a energia humana que utiliza dos meios de trabalho para transformar os objetos de trabalho em bens úteis, podendo ser trabalho manual ou intelectual.

Nas sociedades capitalistas, onde existe a propriedade privada dos meios de produção, para a realização do trabalho, de forma resumida, existem dois grandes grupos: os proprietários dos meios de produção e os que vendem sua forma de trabalho ou não proprietários dos meios de produção (classe trabalhadora). Esses dois grupos possuem interesses antagônicos; a classe trabalhadora vende sua força de trabalho em troca de salário pago

pelos proprietários dos meios de produção, geralmente um valor inferior ao que é produzido na jornada de trabalho, numa relação de exploração e apropriação do valor excedente, o que se designa como mais-valia. No Brasil, a economia capitalista se organiza de modo a expropriar os/as trabalhadores/as, exaurindo suas capacidades físicas, psíquicas, emocionais e cognitivas.



Imagem 1: Sebastião Salgado. Trabalhadores rurais manifestando em Eldorado dos Carajás.

O mundo do trabalho tem passado por profundas metamorfoses nas últimas décadas, com transformações nos processos produtivos e de trabalho, reforçando o desemprego estrutural, o desaparecimento de postos de trabalho e popularizando as estratégias de flexibilização que toma a forma da terceirização, subcontratação, precarização e a informalidade. Como consequência, os trabalhadores e trabalhadoras podem adoecer e morrer por circunstâncias e fatores de risco intrinsecamente relacionados ao trabalho ou mesmo indiretamente relacionadas, desenvolvendo processos de adoecimento ou acidentes como consequência das atividades laborais que exercem ou exerceram e pelas condições adversas em que o trabalho é executado.

E você, percebe todas essas transformações no mundo do trabalho acontecendo aí no seu estado, cidade ou região?



A mudança do modelo de produção taylorista/fordista, caracterizado pela produção em massa e pelo trabalho especializado baseado na linha de produção, embora não esteja totalmente superado no Brasil, deu lugar ao chamado modelo de acumulação flexível (conhecido também como Toyotismo), no qual a produção acontece a partir da demanda, produzindo somente o necessário e no tempo e na quantidade necessária, por um processo conhecido como “just in time” (“na hora certa”), a fim de reduzir estoques e custos recorrentes.

A introdução da automação em escala ampliada significou para a classe trabalhadora a perda gradativa do controle sobre o fazer do trabalho, ou seja, limitando a prática do saber operário. A finalidade desta mudança nos processos produtivos e de trabalho é a busca de maior valorização do

capital, imputando à classe trabalhadora um ritmo e velocidade do trabalho controlado pelo processo produtivo, a fim de manter alta produtividade e crescente aumento da taxa de lucro.

Entretanto, é importante saber que, no Brasil atual, coexistem múltiplas formas de trabalhar. Desde processos totalmente automatizados, apoiados na mecatrônica e engenharia de produção avançadas, até trabalhos artesanais e extrativistas, como por exemplo nas marmorarias, às vezes dentro de uma mesma cadeia produtiva. Ou seja, processos que incorporam alto grau de tecnologia que convivem com outros totalmente manuais, geralmente mais perigosos e insalubres. O moderno convive com o arcaico na busca da máxima acumulação ou do maior lucro possível.



Imagem 2: Múltiplas formas de trabalhar.

No Brasil, as **divisões do mercado de trabalho** para registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística são:

Ocupados - A população ocupada se refere a: empregados (do setor público ou privado, com ou sem carteira de trabalho assinada, ou estatutários), trabalhadores por conta própria, empregadores, trabalhadores domésticos (com ou sem carteira de trabalho assinada), e trabalhadores familiares auxiliares (pessoas que ajudam no trabalho de seus familiares sem remuneração).

Desocupados - Chamamos de desocupadas (popularmente conhecidas como desempregadas) as pessoas que não estão trabalhando, porém tomaram alguma providência efetiva para encontrar trabalho e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem.

Força de trabalho potencial - Pessoas que não estão na força de trabalho, mas possuem um potencial para serem integradas a esta força, formam a força de trabalho potencial.

Fora da força de trabalho potencial - Dentre as pessoas que estão fora da força de trabalho, estão as donas de casa que não trabalham fora, adolescentes em idade escolar, aposentados

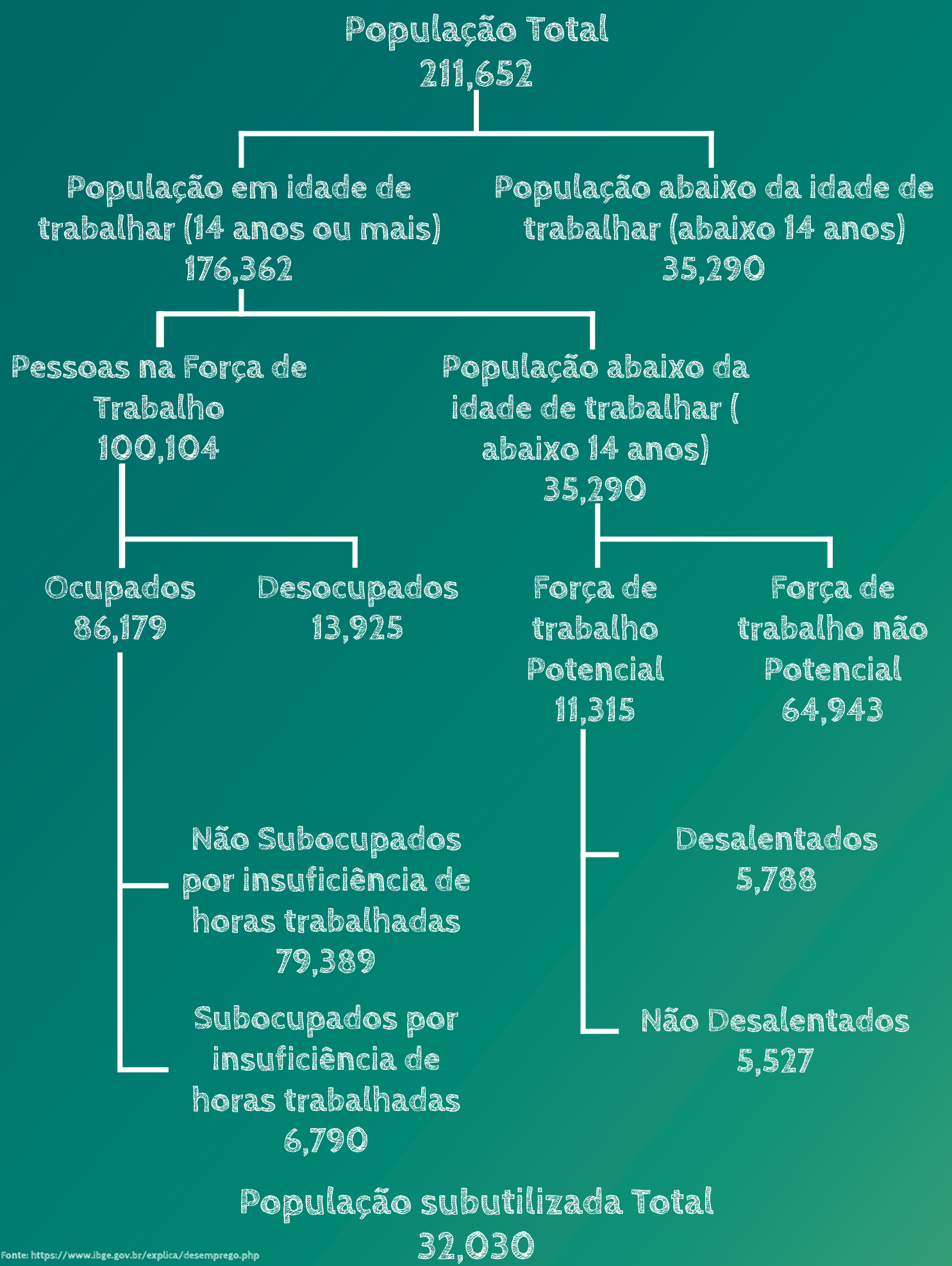
e outras pessoas que não têm interesse ou condições de trabalhar. Sendo assim, estas pessoas estão fora da força de trabalho potencial.

Subocupados por insuficiência de horas trabalhadas - Os subocupados por insuficiência de horas trabalhadas são trabalhadores que têm jornada de trabalho inferior a 40 horas semanais, mas gostariam de trabalhar mais horas e estão disponíveis para trabalhar.

Desalentados - Os desalentados são pessoas que gostariam de trabalhar e estariam disponíveis, porém não procuraram trabalho por acharem que não encontrariam. Vários são os motivos que levam as pessoas a desistirem de procurar trabalho, entre eles: não encontrar trabalho na localidade; não conseguir trabalho adequado; não conseguir trabalho por ser considerado muito jovem ou idoso, ou não ter experiência profissional ou qualificação. e os subocupados por insuficiência de horas.

A **taxa de subutilização da força de trabalho** é a porcentagem que esta subutilização representa dentro da força de trabalho ampliada (pessoas na força de trabalho somadas à força de trabalho potencial).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD contínua), realizada em abril de 2020, o Brasil possui a seguinte composição do mundo do trabalho (*números em milhões de pessoas):



Quaisquer que sejam os processos produtivos, industriais, mineração, serviços, agropecuária, entre outros, a compra da força de trabalho permite ou predominam a extração da mais-valia absoluta, caracterizada por baixo nível tecnológico, aumento da jornada de trabalho e redução do salário. A extração de mais-valia relativa acontece por meio de exigências de aumento da produtividade e intensificando o trabalho que são facilitadas pelas inovações tecnológicas.

Diferente do mito que circula o senso comum, não estamos chegando ao "fim do trabalho". Ao contrário, uma numerosa classe trabalhadora vende sua força de trabalho não apenas em empregos formais, com carteira assinada, mas conforma um grande mosaico de relações de trabalho informais, intermitentes, flexíveis e temporárias, por exemplo, que se expandem crescentemente, principalmente, no setor de serviços na era digital de um mundo globalizado. Pertencem a esse grupo, os infoproletariados, como, por exemplo, motoristas e entregadores(as) de empresas que operam por aplicativo (Uber, 99 taxi, Ifood, James, etc.), vendedores ambulantes, trabalhadoras domésticas, babás, pedreiros, entre tantos outros. Esses trabalhadores e trabalhadoras representam um enorme quantitativo de pessoas sem vínculo formalizado de tra-

balho e, portanto, sem renda fixa que possibilite o planejamento de gastos, direito à aposentadoria, férias remuneradas, 13º salário e outros benefícios e direitos trabalhistas, como licença-maternidade e paternidade.

No âmbito da Previdência Social, para a classe trabalhadora sem vínculo de trabalho resta a contribuição individual, por meio do mecanismo conhecido e até propagandeado como vantagem, da criação do Microempreendedor Individual (MEI). O empreendedorismo cria uma ideia falsa de melhoria de vida e de condições de trabalho, que se fortalece em meio ao alto desemprego, ao enfraquecimento das políticas sociais do Estado e às novas tecnologias incorporadas ao trabalho.

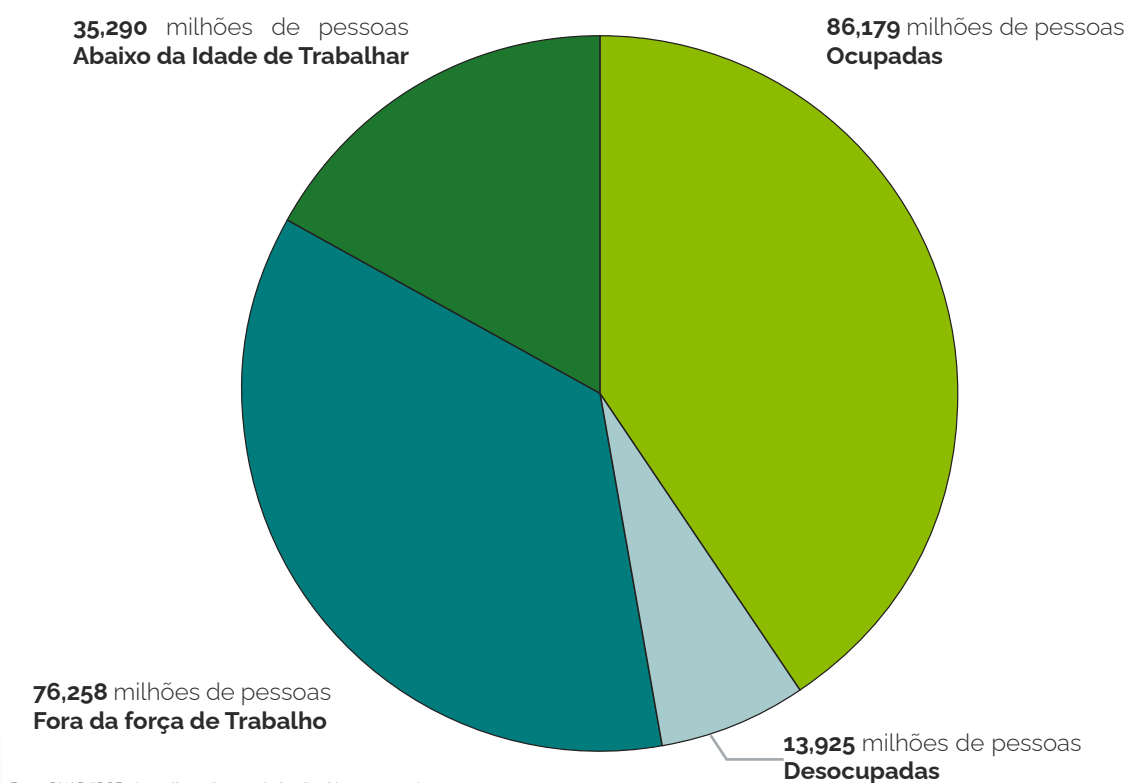
O gráfico 1, mostra o quantitativo de pessoas no Brasil em cada uma das divisões do mercado de trabalho. Cabe esclarecer que a população ocupada é composta por: empregados (do setor público ou privado, com ou sem carteira de trabalho assinada, ou estatutários), trabalhadores por conta própria, empregadores, trabalhadores domésticos (com ou sem carteira de trabalho assinada), e trabalhadores familiares auxiliares (pessoas que ajudam no trabalho de seus familiares sem remuneração). Os desocupados (popularmente conhecidas como desempregados) são aqueles que não estão trabalhando, porém tomaram alguma providência efetiva para encontrar trabalho e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem. Entre as pessoas fora da força de trabalho estão as donas de casa que não trabalham fora, adolescentes em idade escolar, aposentados e outras pessoas que não têm interesse ou condições de trabalhar, enquanto as pessoas abaixo da idade de trabalhar são os menores de 14 anos²².

Como consequências da profunda crise econômica, do aumento do desemprego e da falta de criação de postos de trabalho e oportunidades, houve



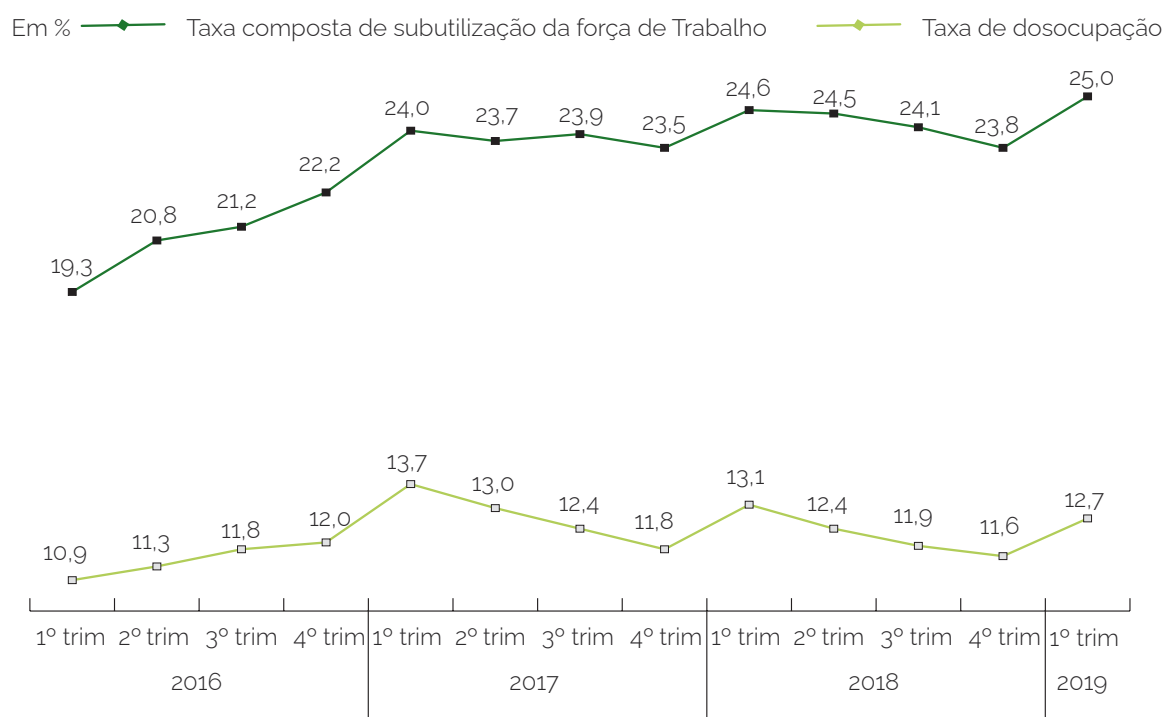
Imagem 3: Vitor Teixeira, publicada em "Riqueza e miséria do trabalho no Brasil" (Boitempo, 2019).

Gráfico 1 - População brasileira, de acordo com as divisões do mercado de trabalho, 4º trimestre 2020.



Fonte: PNAD/IBGE - <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

Gráfico 2 - Taxa de desocupação e taxa composta de subutilização da força de trabalho, Brasil, 2016-2019.



Fonte: PNAD/IBGE - <https://www.seade.gov.br/mercado-trabalho/2019/>

um aumento da taxa de desocupação e subutilização da força de trabalho no Brasil entre 2016-2019, como observado no gráfico 2.

Outra tendência importante observada no mundo do trabalho contemporâneo é o aumento do trabalho feminino, que tem sido fortemente absorvido pelo capital, preferencialmente sem vínculo, o famoso trabalho “por diária”, precarizado e desregulamentado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando dados da PNAD Contínua de 2018, as mulheres ainda ganhavam cerca de 20,5% a menos do que os homens no Brasil, apesar da leve redução da desigualdade salarial observada entre 2012 e 2018²³. Em 2019, essa diferença subiu para 22,3%, sendo ainda mais elevada para os cargos de maior rendimento, como o de diretores e gerentes, quando as mulheres ganham quase 40% a menos do que os homens ocupando as mesmas posições²⁴.

Outras ocupações com grande desigualdade salarial são aquelas relacionadas ao trabalho agrícola e gerentes de comércio varejistas e atacadistas, nas quais elas recebem cerca de 35% a menos que os homens, além de médicos especialistas e advogados (aproximadamente 28% a menos)²³. Em relação às diferenças regionais, as maiores desigualdades salariais foram observadas para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, principalmente em Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul²³.

As desigualdades no mundo do trabalho entre os estados e regiões do Brasil também são observadas quando analisadas as taxas de ocupação, que é a porcentagem de pessoas na força de trabalho que estão empregadas. O Gráfico 4, mostra que, de maneira geral, a região Nordeste apresenta a maior taxa (17,2%), seguida pelo Sudeste (14,8%), ambas maiores do que a média observada no Brasil (13,9%). As menores taxas de desocupação são observadas nas regiões Sul (8,2%) e Cen-

tro-Oeste (11,8%).

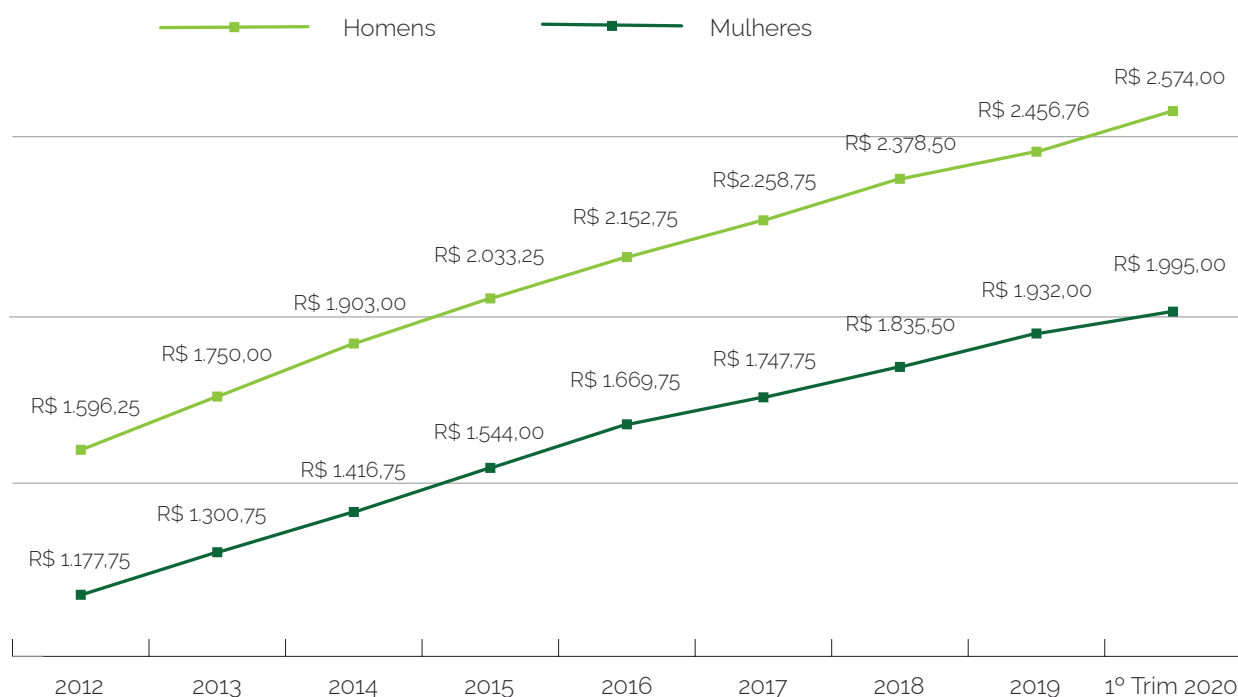
Há ainda disparidades importantes quanto aos cargos ocupados por homens e mulheres e inserção no mercado de trabalho e na vida pública. Em 2019, apenas 34,7% dos cargos gerenciais do país eram ocupados por trabalhadoras mulheres, mesmo elas possuindo maiores níveis de escolaridade. Aproximadamente 55% das mulheres com idade entre 25-49 anos que possuem filhos menores de três anos estavam empregadas, comparado com 89% dos homens. Em domicílios sem crianças essa diferença diminui um pouco – cerca de 67% das mulheres estavam ocupadas e 83% dos homens – comprovando que o trabalho e a carreira das mulheres sofre mais impacto do que dos homens, quando possuem filhos²⁴. O mesmo ocorre com os direitos sociais e do trabalho, que também são muito desiguais.

Imagem 4



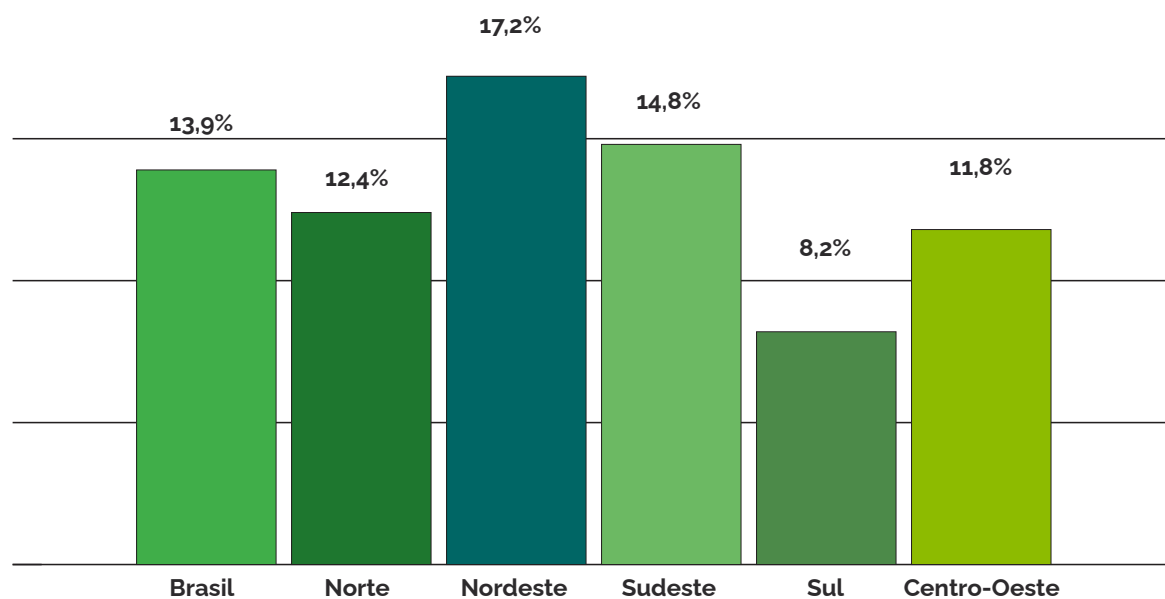
Reconhecidamente, as mulheres assumem maior responsabilidade na realização de afazeres domésticos e cuidados com pessoas do que os homens^{23,24}. Estima-se que elas gastem, em média, 21,4 horas por semana em tarefas domésticas, quase o dobro dos homens, com 11 horas. Essa diferença tende a sobrecarregá-las com dupla jornada, diminuir suas oportunidades e dificultar a inserção no mercado de trabalho e direcioná-las para serviços informais e com pior remuneração²³.

Gráfico 3 - Valor médio do trabalho principal, de 2012 ao 1º trimestre de 2020



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral

Gráfico 4 - Taxa de desocupação no Brasil e nas regiões, 4º trimestre 2020.



Fonte: PNAD/IBGE - <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

Outro elemento importante dos riscos ocupacionais e do adoecimento da classe trabalhadora é a raça/cor da pele. No Brasil, de maneira geral, a desocupação e a subocupação (ocupações precárias e sem relações de trabalho formalizadas) são mais intensas para a população negra do que para a não negra, resultando em uma desproteção social e em jornadas de trabalho mais longas e com pior remuneração. Essas diferenças raciais no acesso e qualidade dos empregos refletem as relações raciais da sociedade brasileira, historicamente racista e classista.

Para exemplificar essas discrepâncias raciais, na região metropolitana de São Paulo, observa-se uma maior proporção de desocupados negros e, no restante do estado, de subocupados negros, o que revela uma maior precariedade ocupacional entre esses indivíduos. Mesmo quando considerados apenas a classe trabalhadora mais escolarizada, que possui nível superior de ensino, os negros tendem a ser menos promovidos para cargos de liderança, ao longo da carreira²⁵. No Distrito Federal, uma pesquisa do DIEESE mostrou que, em 2019, as pessoas negras e pardas eram a maioria no mercado de trabalho e representavam 70% da População Economicamente Ativa (PEA), mas esses trabalhadores e trabalhadoras sofriam mais com o desemprego e representavam 75,6% do total de desempregados²⁴.

De maneira geral, os negros tendem a ser mais ocupados em segmentos e atividades com menor proteção social, remuneração média inferior, com acesso mais difícil a direitos trabalhistas e previdenciários, como os setores de construção civil, comércio, além de trabalhos autônomos e domésticos. Esses dados ilustram a triste realidade da confirma da deterioração da condição de inserção e situação no mercado de trabalho da população negra no país, que são ainda piores para as mulheres e jovens negros^{24,25}.

A disparidades de raça/cor da pele observadas no acesso e na qualidade de emprego também são condicionantes do adoecimento da classe trabalhadora, inclusive por COVID-19. Estudos preliminares realizados no Brasil apontam que a cor da pele e as condições sociais são importantes fatores de risco para a COVID-19, essencialmente porque indivíduos mais pobres e negros têm maior probabilidade de viverem em áreas densamente povoadas e distantes dos locais de trabalho, utilizarem transportes públicos lotados, além de estarem empregados em ocupações de maior risco, possuírem menor escolaridade e renda, disporem de menor acesso aos serviços de saúde e apresentarem comorbidades que contribuem para um maior risco de adoecimento^{26,27}.

Outros estudos internacionais também reforçam os achados brasileiros e demonstram a influência da raça/cor como fator de risco para hospitalização e mortalidade por COVID-19. Nos Estados Unidos, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC, em inglês "Centers for Disease Control and Prevention") estima que, comparado com os indivíduos brancos e não-hispânicos, os negros possuem 10% mais chance de contraírem COVID-19, 180% mais chance de ser hospitalizado se infectado e 90% mais chance de morrer por COVID-19²⁸. As chances de contrair COVID-19, ser hospitalizado e morrer também são mais altas entre indígenas e imigrantes latinos. Algumas explicações possíveis são que as pessoas negras e pardas possuem condições subjacentes que afetam a saúde, incluindo menor padrão socioeconômico, pior acesso a cuidados de saúde e são mais propensas a trabalhar em ocupações com maior exposição a infecções e proximidade de outras pessoas, e que esta segregação ocupacional provavelmente contribui para o risco diferencial em relação à COVID-19^{16,28}.

Portanto, é extremamente importante priorizar e

Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência (Dataprev), vinculada ao Ministério da Economia, divulgam os seguintes dados do perfil dos acidentados:

Perfil dos acidentados - SINAN 2020



27,8%
Brancos



19,9%
Pardos



4,0%
Pretos



19,5%
Brancas



14,9%
Pardas



2,6%
Pretas



18,1%
Até o Ensino Fundamental Completo



39,9%
Ensino Médio Incompleto ou Completo



16,5%
Superior Incompleto ou Completo



25,6%
Ignorado ou não Informado

Fonte: CCVISAT SINAN 2020

Base: 198.470

Perfil dos acidentados - CAT 2020



23,0%
Jovens
(até 29 anos)



42,5%
Maduros
(de 30 à 59 anos)



1,6%
Idosos
(acima de 60 anos)



8,9%
Jovens
(até 29 anos)



23,4%
Maduras
(de 30 à 59 anos)



0,6%
Idosas
(acima de 60 anos)



26,7%
Indústria de Transformação



18,8%
Saúde e Serviço Social



14,6%
Comércio em Geral



6,6%
Construção Civil



6,5%
Atividades Administrativas



6,2%
Transporte e Armazenagem

*de janeiro a setembro de 2020

Fonte: dadosabertos.dataprev.gov.br

Base: 273.579

De acordo com a sua percepção do país e de sua região, considera essas informações do SINAN e da Datraprev como fiéis à realidade?

fornecer proteção adequada aos trabalhadores negros e pardos, especialmente pertencentes aos grupos mais vulneráveis, como as mulheres, os jovens, idosos ou indivíduos com comorbidades, para ajudar a reduzir essas disparidades raciais e sociais à que esses trabalhadores estão sujeitos.

Também chama a atenção a crescente exclusão dos jovens e idosos do mercado de trabalho, sem boas perspectivas de emprego, esses trabalhadores e trabalhadoras acabam muitas vezes envolvidos em trabalhos precários ou desempregados, o que é especialmente preocupante em uma sociedade na qual o desemprego e a informalidade são estruturais. Paralelamente à exclusão dos jovens, que ocorre muitas vezes com a justificativa da baixa qualificação, é cada vez mais comum a exclusão dos trabalhadores considerados "idosos" - com idade próxima de 40 anos - que, uma vez excluídos do trabalho, dificilmente conseguem reingresso no mercado de trabalho.

Esses trabalhadores, quando rejeitados pelo mercado de trabalho, somam-se aos contingentes do chamado trabalho informal, aos desempregados e aos "trabalhadores voluntários", entre outros. No mundo do trabalho atual, os trabalhadores especializados da "cultura de produção fordista", são frequentemente substituídos pelo trabalhador "polivalente e multifuncional" da "era ou modelo produtivo toyotista".

No mais, o mundo do trabalho, nas mais diversas regiões do mundo, mas principalmente nos países de menor renda como os do Sul global, utiliza de forma criminosa, o trabalho de crianças e adolescentes em diversas atividades produtivas, muitas delas de alto risco para a saúde e a vida, o que representa uma violação grave dos direitos humanos. São muitas as situações que podem favorecer a inserção de crianças e adolescentes no mundo do trabalho, como a pobreza e desemprego dos

pais, a falta de acesso a bens e serviços, a estrutura do mercado de trabalho capitalista, que absorve esse tipo de mão de obra, e a falsa sensação do trabalho como disciplinador e formador²⁹.

Imagem 5: foto Agência Brasil



Infelizmente, o trabalho infantil ainda é uma realidade para milhões de crianças no Brasil. Ele compromete a infância e o desenvolvimento das crianças, aprofunda as vulnerabilidades sociais, influencia negativamente no desempenho escolar e no tempo disponível de lazer e convívio social, gerando impactos irreversíveis no desenvolvimento físico, intelectual, social, psicológico e moral³⁶.

Isso ocorre porque os sistemas biológicos de crianças e adolescentes estão em processo de desenvolvimento e as suas características físicas e psíquicas são incompatíveis com as atividades exigidas pelo trabalho. Como consequência, o trabalho precoce pode acarretar enormes impactos à saúde e torná-las mais vulneráveis aos riscos e desgastes decorrentes dos processos de trabalho, afetando a saúde mental, o sistema musculoesquelético, cardiorrespiratório, imunológico, nervoso, etc.²⁵

Na imagem 6, observa-se o triste contraste da exploração do trabalho infantil que ocorre tanto em ambientes rurais quanto urbanos. Na esquerda, crianças ajudando no trabalho agrícola, comumente expostos aos riscos associados a esse tipo de trabalho, como exposição aos agrotóxicos, acidentes com animais peçonhentos, ferramentas e



Imagem 6: Trabalho infantil



maquinários que vão além da sua capacidade de manejo e a desproteção por falta de EPIs adequados para a sua proteção. Na direita, cenas comuns em todas as cidades do país, onde crianças interrompem sua infância para ajudar os pais a conseguir o mínimo para sobreviver.

Os acidentes relacionados ao trabalho entre crianças e adolescentes também é motivo de enorme preocupação. Geralmente ocorrem porque esses indivíduos são mais vulneráveis devido à inexperiência, exposição a ambientes de trabalho insalubres, distração, menor coordenação motora e visão periférica, maior sensibilidade, exposição a materiais cortantes, químicos ou tóxicos³⁰.

Com base na PNAD Contínua, estimou-se que no Brasil, em 2019, das 38,3 milhões de pessoas entre 5-17 anos de idade, cerca de 2 milhões realizavam atividades econômicas ou de autoconsumo. Destas, aproximadamente 1,8 milhão de crianças e adolescentes (4,6%) viviam em situação de trabalho infantil. Apesar desses valores inaceitavelmente altos, a proporção de crianças e adolescentes nessa situação vem reduzindo desde 2016, quando era estimado em 5,3% (ou 2,1 milhões de pessoas)³¹.

Seguindo a Convenção 182 da Organização do Trabalho (OIT), em 2008, o Brasil editou o Decreto nº

6.481 e redefiniu a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil, conhecida como Lista TIP, incluindo: a) todas as formas de escravidão ou práticas análogas à escravidão, como vendas e tráfico de crianças, sujeição por dívida, servidão, trabalho forçado ou obrigatório; b) utilização, demanda, oferta, tráfico ou aliciamento para fins de exploração sexual comercial, produção de pornografia ou atuações pornográficas; c) utilização, recrutamento e oferta de adolescente para outras atividades ilícitas, particularmente para produção e tráfico de drogas; e d) o recrutamento forçado ou compulsório de adolescente para ser utilizado em conflitos armados³². Todas essas situações são extremamente preocupantes e, portanto, devem ser identificadas e evitadas.

As inovações tecnológicas e os novos métodos gerenciais que incorporam a automação, microeletrônica, informatização, robotização, modernização das plantas industriais, renovação dos equipamentos, redefinição organizacional da empresa e novas técnicas de gestão, produzem ou intensificam o aparecimento de novas formas de doenças e agravos à saúde: o envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento e morte por doenças cardiovasculares, respiratórias e outras doenças crônicas e degenerativas, como as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), além de

sintomas adoecimento mental. Vale enfatizar que, especialmente as doenças crônicas e com longos períodos de latência (que demoram para aparecer) e os adoecimentos psíquicos são de difícil materialidade e estabelecimento do nexo com o trabalho. Casos como o mesotelioma, por exemplo, que pode aparecer 20-30 anos após a exposição a agentes químicos, como as fibras de amianto.

A relação entre trabalho e saúde é preocupação histórica dos trabalhadores, aparecendo na sociedade sob diferentes abordagens a partir de conjunturas e contextos diversos e traduzidas nas práticas da medicina do trabalho tradicional, da saúde ocupacional e da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Essas práticas contemplam de modo diferenciado os interesses da classe trabalhadora, mas coexistem na prática, já que a história não é linear e está sempre em movimento. Mas, neste texto pretendemos chamar atenção para a abordagem que inclui a classe trabalhadora como protagonista.

A medicina do trabalho tradicional está predominantemente organizada segundo os interesses do capital, com o objetivo controlar a força de trabalho para evitar ou diminuir o absenteísmo. Essa atenção é centralizada na figura do médico e na atenção da classe trabalhadora acidentada ou adoecida. Ela obscurece os processos saúde-doença por meio da medicalização e individualização dos agravos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. As práticas de individualização favorecem à responsabilização unicamente do trabalhador e da trabalhadora nos cuidados para com a sua saúde, sem considerar muito os processos de trabalho, ocupações e atividades econômicas que podem ser a causa do adoecimento. Outro efeito deletério decorre dessa visão reducionista do tratamento dos acidentes e doenças relacionadas do trabalho como uma questão privada entre a classe trabalhadora e a empresa e não como uma ques-

tão de saúde pública, de interesse social. Desse modo, ocorre a subnotificação de adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho, mascaram ou confundem as estatísticas oficiais e impedem ou dificultam a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho.

A subnotificação para as doenças e acidentes de trabalho é problema amplamente reconhecido no Brasil. Para as intoxicações exógenas por agrotóxicos, por exemplo, estima-se que para cada um caso registrado existem outros 50 não notificados³³. A subnotificação e o sub-registro das doenças e agravos relacionados ao trabalho merecem atenção especial dos gestores, profissionais de saúde e população geral, pois dificultam o entendimento do real cenário da morbimortalidade da classe trabalhadora, invisibilizando o problema e comprometendo as estratégias de prevenção e promoção da saúde.

A abordagem da saúde ocupacional avança no sentido de constituir ou pretender uma prática multidisciplinar de atenção em saúde do trabalhador, articulando as condições de segurança e a saúde nos ambientes e processos de trabalho. Entretanto, parece também direcionada para garantir a produtividade por meio do controle do ambiente ocupacional para a prevenção de acidentes e doenças, mantendo o trabalhador como objeto das ações de saúde e segurança.

A partir dos anos 1980, acompanhando os processos de reorganização social pós ditadura militar e os movimentos de luta por direitos – inclusive direito à saúde, surge no Brasil uma prática contra hegemônica no campo da Saúde do Trabalhador, caracterizada pela incorporação de conhecimentos, saberes e práticas interdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, com a participação dos(as) trabalhadores(as). Sob a premissa de que “não se faz saúde do trabalhador sem



trabalhador", o campo da Saúde do Trabalhador se organiza na área da saúde coletiva, sob inspiração do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que entre outros produtos levou a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990.

A abordagem da Saúde do Trabalhador não se resume em considerar o trabalhador apenas na relação com o processo produtivo, mas vai além. Lembrem da premissa de que o trabalho é central na vida social e que regula nosso cotidiano? Pois bem, se você é classe trabalhadora, você se alimenta, se transporta, se diverte e vive a partir das condições reguladas por sua hora de trabalho. É por isso que a Saúde do Trabalhador entende o processo saúde-doença numa perspectiva social, para além do seu ambiente de trabalho, tendo como eixo principal a promoção à saúde integral dos trabalhadores

e trabalhadoras.

Desse modo, incorpora na análise sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) as condições de vida em que está submetida a classe trabalhadora, no acesso aos direitos sociais, o qual vivenciamos significativos e lamentáveis retrocessos: congelamento dos investimentos com saúde e educação, contrarreforma trabalhista, aumento da informalidade que nos retira ainda mais possibilidades de resistência, entre outras pautas que incidem diretamente na reprodução social da classe trabalhadora. Essas determinações históricas e sociais, aliadas às condições concretas de trabalho, incidirão diretamente no modo de adoecer e morrer dos(as) trabalhadores(as). Mesmo com uma expressiva invisibilidade dos dados, o Brasil apresenta as mais altas taxas de acidentes e doenças do trabalho do mundo.



Imagem 7: abordagem da saúde do trabalhador

O Brasil enfrenta alterações no seu perfil demográfico, com o envelhecimento da população e diminuição de nascimentos, o que influencia diretamente na força de trabalho e experimenta uma mudança no perfil epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas e não transmissíveis, doenças cardiovasculares e respiratórias, do câncer, enquanto ainda convive com as doenças provenientes da situação de pobreza e de fome.

A inovação tecnológica gera novos ciclos e processos de trabalho, com um aumento dos riscos (ex. químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, de acidentes e desastres humanos, ambientais, etc.) e modelos produtivos com baixa sustentabilidade social e ambiental, pois geram adoecimento dos trabalhadores, absenteísmo, perda da qualidade de vida e morte de milhares de trabalhadores e trabalhadoras todos os anos no Brasil.

No mundo atual, as dinâmicas de exploração inerentes ao capitalismo sempre estão redesenhando os processos produtivos sempre objetivando aumentar o lucro, o que tem como consequência novas formas de emprego e subemprego, com precarização das relações de trabalho, vínculos frágeis, flexibilização da organização do trabalho



Imagem 8: Fonte: Alves

e remuneração variável por produtividade (terceirização, subcontratação, "uberização", etc.).

Os adoecimentos relacionados aos processos produtivos e de trabalho podem resultar do estresse

intenso decorrente da cobrança por produtividade e do cumprimento de metas, das longas jornadas de trabalho, do trabalho monótono, repetitivo e vazio de sentido que somatizam o adoecimento físico e mental. O uso de maquinários obsoletos, a introdução de matérias-primas e agentes químicos nocivos à saúde; ambientes insalubres com excesso de luz, som e calor também são fatores que levam ao adoecimento da classe trabalhadora.

Atualmente, há uma lista de nove doenças e agravos reconhecidamente relacionados ao trabalho no Brasil, com notificação obrigatória e fichas específicas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante investigação epidemiológica realizada por profissionais de saúde. São elas: 1) Acidentes de trabalho; 2) Acidentes com exposição a material biológico; 3) Intoxicação exógena; 4) Perda auditiva induzida por ruído (PAIR); 5) Dermatoses relacionadas ao trabalho; 6) Câncer relacionado ao trabalho; 7) Pneumoconioses; 8) Transtornos mentais relacionados ao trabalho; 9) Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Ler/Dort). Nesses casos, deve-se sempre avaliar as circunstâncias da ocorrência desses agravos e sua relação com trabalho, bem como investigar os ambientes e processos e se há outros trabalhadores expostos aos mesmos fatores de risco.

Mas essa lista não esgota todas as possíveis formas de adoecimento relacionados ao trabalho e outros agravos podem ser mais importantes em cada território a depender do perfil produtivo, dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas, das condições sociais e ambientais, entre outros fatores. Uma relação muito mais abrangente das doenças potencialmente relacionadas ao trabalho é estabelecida pela Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), que inclui Doenças Infecciosas e Parasitárias (ex. tuberculose, brucelose, tétano, hepatites virais, leishmaniose, etc.); Neoplasias ou



Tumores (ex. neoplasia maligna do estômago, neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão, mesoteliomas, leucemias, etc.); Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos; Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; Transtornos Mentais e do Comportamento (ex. demência, transtorno cognitivo, alcoolismo crônico, episódios depressivos, etc.); Doenças do Sistema Nervoso; Doenças do Olho e Anexos; Doenças do Ouvido; Doenças do Sistema Circulatório (ex. hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, doença cardiopulmonar crônica, arritmias cardíacas, etc.); Doenças do Sistema Respiratório (ex. rinite ou sinusite crônica, doenças pulmonares obstrutivas crônica, asma, silicose, afecções respiratórias devidas à inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores, etc.); Doenças do Sistema Digestivo; Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo; Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (ex. cervicalgia, lombalgia, ciática, sinovites, bursites, tendinites, epicondilites, etc.); Doenças do Sistema

Gênito-Urinário; entre outras³⁴.

A LDRT foi publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1999, atendendo a prescrição da Lei 8080/90, com os principais agentes responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores. Para a execução de ações de saúde do trabalhador, a referida Lei, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, prevê como responsabilidade do Ministério da Saúde a "revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais" (art. 6º, §3º, inciso VII).

Após ser objeto de consulta pública e amplamente debatida com representantes das três esferas de governo, representantes dos trabalhadores e empregadores, movimentos sociais, academia e a participação de múltiplos atores interessados, esta Lista foi atualizada e expandida em 2020, através da publicação da Portaria nº 2.309/2020. O pro-



Imagem 9: Beto Soares/Estúdio Boom

cesso passou ainda por uma ampla discussão na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, do Ministério da Saúde, da qual participam gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios, com representação de membros indicados pelo próprio Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Mas, curiosamente um dia após a sua publicação, foi revogada sem justificativa pelo Governo Federal, tornando a valer a lista antiga, publicada há mais de 20 anos. No momento, a nova LDRT está vigente apenas no Estado da Bahia, por decisão do Conselho Estadual de Saúde.

Vale observar que a inserção de uma doença na LDRT não tem a finalidade de constituir direitos previdenciários ou trabalhistas, mas sim de orientar as ações de vigilância epidemiológica, apoiando uma melhor compreensão da relação entre o trabalho e adoecimento e direcionando as ações dos profissionais de saúde e segurança no trabalho e os tomadores de decisão, formuladores e executores das políticas públicas de prevenção de adoecimentos relacionados ao trabalho. A sua revogação, portanto, põe em risco as políticas públicas em saúde do trabalhador e compromete as ações de proteção à saúde e segurança do trabalhador, trazendo sérios riscos às ações de vigilância e promoção à saúde, tanto coletivos como individuais³⁵.

Também é essencial considerar que muitos trabalhadores e trabalhadoras desconhecem os riscos e perigos para a saúde a que estão expostos no

trabalho. Não percebem a intrínseca relação entre o adoecimento e os processos de trabalho desempenhados ao longo de sua vida produtiva ou consideram esse adoecimento como inerente ao trabalho ou "ossos do ofício".

Sobre a proteção social ao trabalho e aos trabalhadores é importante considerar que aproximadamente 65% da população trabalhadora brasileira está na informalidade, o que significa que este grupo populacional possui como proteção social o SUS e a Assistência Social, mas não está respaldado pela Previdência Social, a menos que arque com os custos nesse sentido. Especialmente para as trabalhadoras, esse problema é agravado pois ao trabalhar em postos informais, elas não contam com licença maternidade, por exemplo, o que as sobrecarrega e, muitas vezes, as expulsa do mercado de trabalho por conta das responsabilidades reprodutivas e cuidados com a família. Dados do IBGE ilustram esse problema, em 2020, por conta da pandemia, as trabalhadoras foram as mais afetadas, não somente com a sobrecarregada do trabalho com a educação das crianças enquanto as escolas estão fechadas, o cuidado dos idosos e das tarefas domésticas diárias, como também no mercado de trabalho, visto que em 2020 a taxa de participação feminina no mercado de trabalho foi a menor desde 1990, apenas 45,8%.

Essa situação aumenta a responsabilidade dos órgãos governamentais, dos serviços de saúde, do Controle Social e do movimento sindical/de trabalhadores (as) em disseminar ou difundir conhecimento para garantia dos direitos fundamentais e por uma sociedade em que o trabalho não mate e adoça.

**E quais impactos o trabalho causa no seu estado, cidade ou região? Nos conte sobre seu território.
Vamos ao trabalho de grupo!**

QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

1 - Quais trabalhos ou atividades econômicas são mais presentes e responsáveis pela geração de renda e ocupação de trabalhadores e trabalhadoras?

2 - Quais acidentes, agravos e/ou doenças em decorrência do trabalho são mais frequentes?

3 - Quais serviços sociais/públicos são acionados quando ocorrem os acidentes, agravos e/ou doenças na classe trabalhadora?



Eixo 2

POLÍTICAS PÚBLICAS
NO CAMPO DA SAÚDE
DO TRABALHADOR E
DA TRABALHADORA

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- 1 - Conhecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);
- 2 - Compreender principais aspectos da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat);
- 3 - Discutir a centralidade da participação da sociedade na conquista dos direitos e nas ações de vigilância em saúde.

Há cerca de 50 anos, quando muitos de nós já éramos nascidos, a saúde no Brasil era basicamente privada e limitada àqueles que conseguiam pagar por atendimento. Aos que não conseguiam, restava serem atendidos pelos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais universitários, por exemplo.

Essa "saúde exclusiva" dos trabalhadores atendia principalmente aos interesses das indústrias e grandes empresas, que não queriam que seus funcionários perdessem dias de trabalho e voltassem ao serviço mais rápido, quando doentes. Ou seja, era uma política com viés econômico e não preocupada com a emancipação da sociedade. Assim sendo, a saúde pública era inacessível à grande parte da população e restrita àqueles com "carteira assinada", deixando milhares de brasileiros sem acesso aos serviços de saúde como temos hoje.

No final dos anos 1960 e 1970, o Brasil passou por um processo acelerado de industrialização e intenso crescimento no número de trabalhadores industriais, associado a profundas mudanças na estrutura de classes e desenvolvimento da classe operária industrial urbana, com maior organização

dos trabalhadores reivindicando a regulamentação da jornada de trabalho, melhores condições de trabalho e salários³⁷. Como fruto dessas lutas por direitos sociais, os trabalhadores formais que contribuíam com a Previdência Social, podiam contar com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 e ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que dividia seus gastos com saúde entre os empregadores, o governo e a população.

Mas no final dos anos 1970, uma nova concepção denominada "Saúde do Trabalhador" rompeu com esse modelo de entender as relações trabalho-saúde no Brasil, principalmente impulsionado pelo desenvolvimento da saúde coletiva e da luta por redemocratização e por direitos. De fato, as décadas de 1970-80s foram marcadas por muita desigualdade e mercantilização da saúde, mas também por uma grande mobilização dos movimentos e organizações da sociedade civil, profissionais de saúde e universidades para uma reforma sanitária. Esse novo modelo, que emergiu dos movimentos sociais e ganhou corpo nas universidades, era defendido nas conferências de saúde que aconteciam de norte a sul do país, e ganhava novos adeptos a cada dia.



Imagem 10: Carteira de Trabalho e Previdência Social



Imagem 11: 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi posto em debate público todo o arcabouço do SUS e, em dezembro do mesmo ano, na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, que já incorporava os princípios e diretrizes que depois seriam incorporados no SUS, como a universalidade, a integralidade e o controle social³⁸.

Na década de 1980, movimentos dos trabalhadores promoveram as históricas greves trabalhistas, que buscavam a democracia no interior das fábricas e uma maior participação dos trabalhadores para ampliar, por consenso ou por pressão, a inclusão social, econômica, cultural e laboral³⁷. Nesse período, o movimento sindical criou o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), que ajudou na organização conceitual e prática do campo da Saúde do Trabalhador, atuando

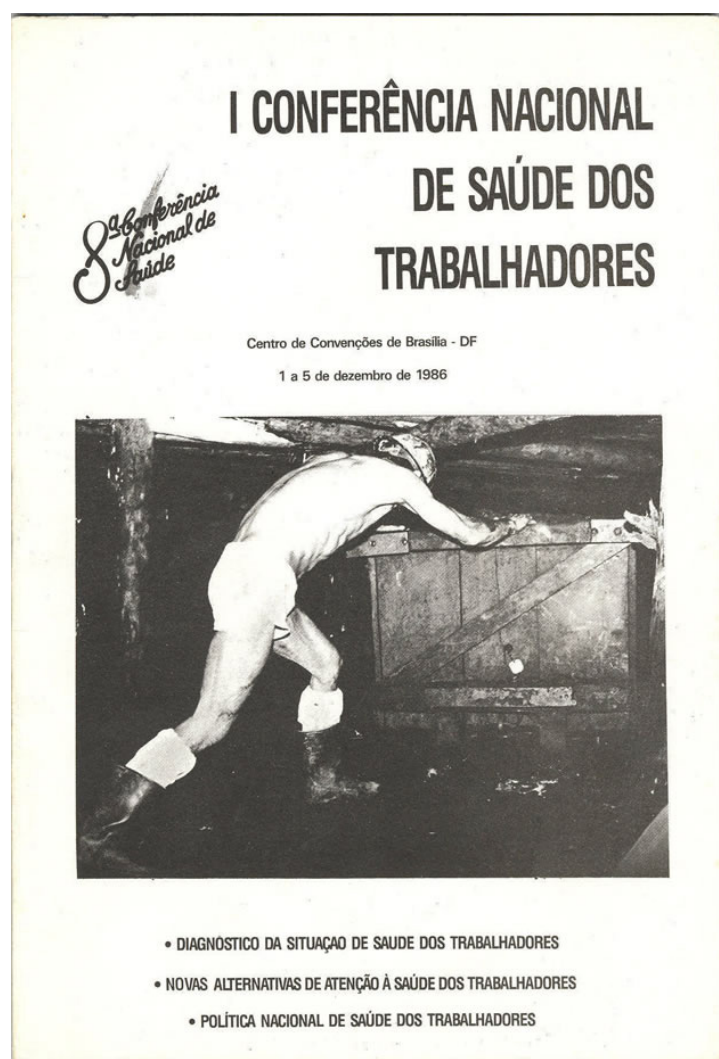


Imagem 12: Cartaz da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

fortemente na educação e capacitação da classe trabalhadora, elaborando textos, documentos técnicos, realizando seminários, cursos e assessorias para sindicatos³⁷.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 1983, lançou o documento, "Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores". Em 14 de dezembro de 1989, o Brasil ratificou a Convenção de nº 161 e a Recomendação nº 171 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que tratava dos serviços de saúde no trabalho e previa a ampla participação dos trabalhadores, atuação com equipes multiprofissionais e a implementação das ações específicas a partir de políticas públicas.

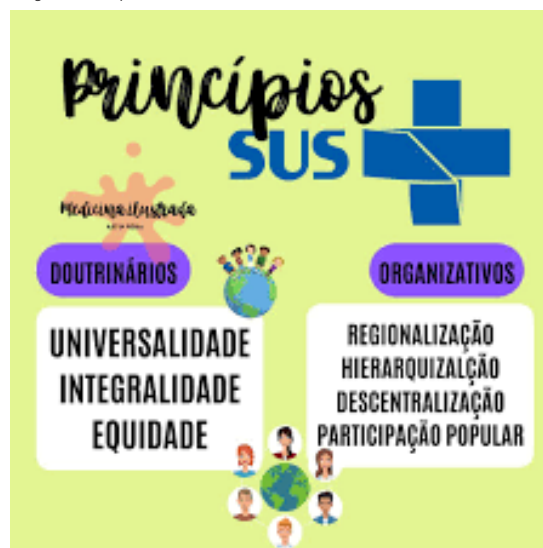
Entre os anos de 1984 e 1985, foram criados os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), principalmente nas capitais e interior dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul. Os PST eram unidades públicas de serviços específicos de saúde que promoviam a integração de ações de assistência, promoção e prevenção, com atuação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, engenheiros, psicólogos, sociólogos, etc.) e garantindo a participação dos sindicatos de trabalhadores na sua gestão, controle e avaliação³⁷. Essas unidades fortaleceram as ações da assistência e vigilância em saúde do trabalhador, principalmente relacionadas aos ambientes e processos de trabalho, envolvendo atuação interinstitucionais. De maneira geral, os saberes acumulados nos PST, com a intensa participação dos trabalhadores, orientaram a organização da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

Como auge dessas conquistas e após ampla discussão nas conferências de saúde, o Brasil reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal, publicada em 1988³⁹. Dois anos depois, para operacionalizar um modelo de saúde pública, o país publicou a Lei

nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes⁴⁰.

Essa Lei, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu os princípios e as diretrizes do SUS, sua organização, níveis de atenção, gestão, funcionamento, financiamento e definiu as competências de cada ente federativo (Governo Federal, Estados e Municípios), tanto no investimento quanto na gestão e execução das políticas de saúde. Logo em seguida, através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o país garantiu a participação da comunidade na gestão do SUS e pactuou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros⁴¹.

Imagem 13: Princípios do SUS



Os princípios básicos do SUS são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção; a integralidade de assistência, incluindo ações e serviços preventivos e curativos; a equidade, que prevê que as pessoas são diferentes e têm necessidades distintas, além dos princípios organizativos, que garantem a regionalização, hierarquização e descentralização das ações, além da participação social.



A Constituição Federal de 1988 também incluiu a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como campo de atuação do SUS, como responsável por coordenar as ações no país, elaborar normas técnicas e estabelecer as estratégias para promoção da saúde da classe trabalhadora no país. No artigo Art. 200, incisos II e VIII, estabeleceu como competência do SUS a execução das ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a proteção do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho. Posteriormente, na Lei 8.080/1990, a Saúde do Trabalhador foi definida como um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde, bem como à recuperação e reabilitação dos trabalhadores e trabalhadoras.

Em 1991, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Proteção à Saúde do Trabalhador, área criada na Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, reunindo todos os Estados do país, representados em sua maioria por coordenadores ou gerentes dos PST, onde foi amplamente discutida a operacionalização da Lei 8.080/90 no que se referia às ações de saúde da classe trabalhadora e a realidade dos programas regionais.

Ainda em 1991, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de estruturação da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, privilegiando a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), visando potencializar os poucos recursos disponíveis para a área, facilitar a atuação dos movimentos sociais e capacitar profissionais de saúde para desenvolver as ações propostas⁴².

Nos anos seguintes, foram sendo construídos protocolos, normas e diretrizes específicas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, entre as quais, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Norma Operacional de Saúde

do Trabalhador, ambas publicadas 1998. A referida Norma Operacional, publicada pela Portaria n. 3.908/GM⁴³, estabeleceu os procedimentos para orientar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, destacando como princípios básicos os mesmos do nosso sistema de saúde, sendo: universalidade, equidade, integralidade, planejamento e execução de ações voltadas à atenção integral em saúde do trabalhador, regionalização e hierarquização das ações buscando considerar as características dos territórios, além da participação da sociedade.

Você sabia que a participação da sociedade garantida no SUS também é um dos princípios da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?

Em 1999, cumprindo uma exigência da Lei 8.080/1990, foi publicada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, já comentada no Eixo 1, que destacava os principais agentes responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores e deveria passar por revisões periódicas – o que não tem acontecido. Essa lista motivou posteriormente, em 2001, a elaboração do “Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, que buscava orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS⁴⁴.

No Brasil, a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, avançou muito entre os anos de 1980 e 1990 no SUS, período em que a organização popular também se fortaleceu. Além das atividades desenvolvidas e direitos adquiridos por vários atores sociais, a criação dos Cerest, a organização preliminar de uma rede de serviços de saúde voltada à classe trabalhadora, entre outras conquistas que contribuíram para a construção de uma atenção diferenciada como conquista da luta organizada

dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho⁴².

Mas foi no ano de 2002 que ocorreu o grande divisor e uma das vitórias mais importantes para a classe trabalhadora no país. Nesse ano, a partir de uma proposta da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), através da Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002⁴⁵, posteriormente regulamentada pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009⁴⁶.

A criação dessa rede foi amplamente apoiada pelos profissionais e técnicos dos Cerest e pelas representações dos trabalhadores, por integrar a saúde do Trabalhador e da Trabalhadora às demais redes de serviços do SUS voltados à promoção da saúde, vigilância e assistência. Com a Renast, pela primeira vez, a Saúde do Trabalhador teria um orçamento próprio para o financiamento das suas ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador nos níveis estadual e municipal⁴².

A partir de 2003, o Ministério da Saúde priorizou a



Imagem 14: RENAST

organização e expansão das ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora através da implementação da Renast, organizando um suporte técnico regionalizado, principalmente para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de promover a articulação intrasetorial, especialmente com a Atenção Primária em Saúde (APS), que é a porta de entrada do SUS, e intersetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência⁴². Em 2005, a Renast foi revista e ampliada pela Por-

taria nº 2.437/2005 e, em 2009, pela Portaria nº 2.728, de 11/11/2009, para adequá-la ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS⁴⁷.

Para que a Renast funcione adequadamente, ela

Imagem 15: SUS



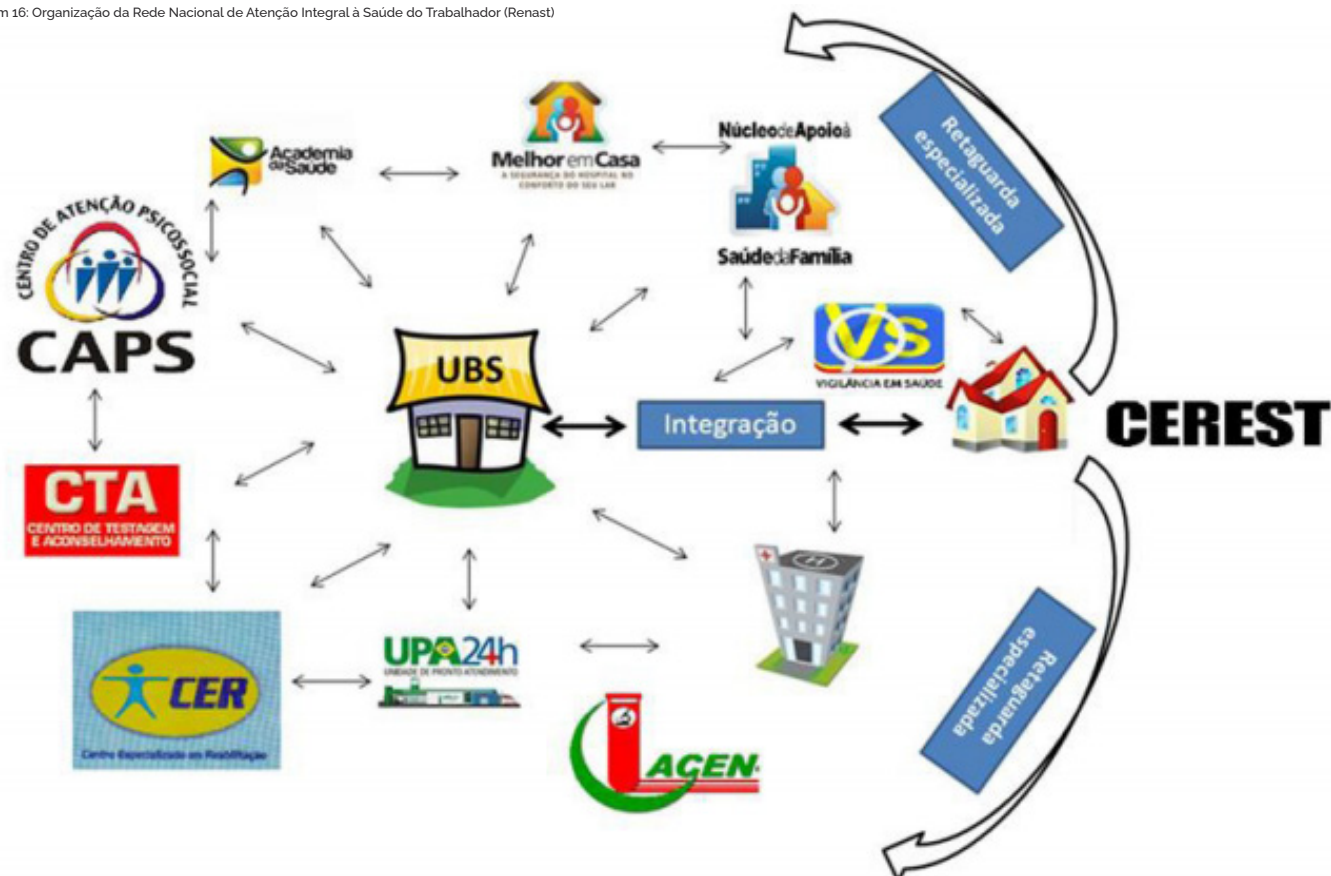
Com o passar dos anos, muitas políticas e programas foram sendo estabelecidos para ajudar a organizar o que é hoje o maior sistema público de saúde universal do mundo e o único que atende uma população de mais de 100 milhões de habitantes, o SUS.

precisa ser inserida na rotina das outras políticas e serviços de retaguarda especializada do SUS, como a vigilância em saúde, a APS e Atenção Especializada em Saúde, incluindo a média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, como ilustrado na figura abaixo. Alguns programas são especialmente importantes e precisam interagir para dar sustentação à essa rede em Saúde do Trabalhador e ao trabalho dos Cerest, como a Estratégia de Saúde da Família, os centros de reabilitação, atenção psicossocial, os hospitais e serviços de referência, entre outros.

Em 2012, foi publicada Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁴⁸, um marco importante para o campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, inclusive por contemplar no seu nome a questão de gênero e realçar a importância das mulheres em suas diretrizes, uma grande conquista política. A PNSTT



Imagem 16: Organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)



define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas nos três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e estabelece as ações necessárias para a atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora, com ênfase na vigilância, na promoção e proteção à saúde e redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

**Clique aqui para acessar
a PNSTT na íntegra!**

Como algumas premissas importantes, a PNSTT contempla toda população trabalhadora, independentemente de sua localização (urbana ou rural), da forma de sua inserção no mundo de trabalho (formal ou informal), de seu vínculo empregatício (público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado), priorizando pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em

atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade.

Para que isso ocorra, a Renast precisa planejar suas ações considerando as realidades loco-regionais, desenvolver estratégias e instrumentos de avaliação em saúde, promover o registro de doenças e agravos de importância à saúde da classe trabalhadora de acordo com o perfil produtivo e epidemiológico dos territórios, bem como utilizar as informações para analisar a situação de saúde e definir as melhores estratégias de atenção integral à saúde.

Como já aprofundado no Eixo 1, a forma de compreender as questões relacionadas à saúde e ao trabalho passaram por uma perspectiva focada na medicina do trabalho, com ações centradas no adoecimento e tratamento individual e biológico

e por uma saúde ocupacional focada no trabalhador e no ambiente para a prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Esse amadurecimento resultou no campo da Saúde do Trabalhador, que parte de uma concepção de saúde ampliada, em que o trabalho e sua organização é determinante no processo saúde-doença, considerando o conjunto de fatores sociais que determinam a qualidade de vida, como as condições adequadas de alimentação, moradia, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais para a vida.

do Trabalhador e da Trabalhadora (ECISTT), que promove a educação e capacitação, a comunicação e divulgação de informações; 3) Vigilância de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (VDART), que cuida do monitoramento das doenças e agravos relacionados ao trabalho, da investigação da relação entre adoecimento e trabalho e da investigação das emergências e rumores em saúde da trabalhadora e do trabalhador; e 4) Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), que é responsável pelas ações de vigilância dos fatores de risco, inspeção sanitária e inclusão produtiva com saúde e segurança.

Apesar da coordenação nacional da Renast ser feita pelo Ministério da Saúde através da CGSAT, a operacionalização das ações nos territórios é feita pelos Cerest Estaduais e Regionais ou Municipais, que são centros especializados compostos por equipes multidisciplinares que atuam, nas suas áreas de abrangência, na prevenção, promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em Saúde do Trabalhador. A figura abaixo mostra a distribuição da área de abrangência dos Cerest, por municípios no Brasil, em 2020.



Imagem 18: Cerest

Imagem 17: Composição da CGSAT

A coordenação da Renast é feita pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), vinculada ao Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Como mostrado na imagem 17, a CGSAT é atualmente composta por quatro principais eixos de atuação, sendo: 1) Gestão da Renast, responsável pela estruturação da rede, suporte técnico e coordenação articulada com estados e municípios; 2) Educação, Comunicação e Informação em Saúde

Os Cerest, que inicialmente somavam 133 centros habilitados (principalmente aqueles que eram PST), foram ampliados para 200 em 2005 e, atualmente são 209, sendo 27 estaduais e 182 regionais ou municipais. Uma das metas do Plano Nacional de Saúde - PNS 2016-2019 era assegurar pelo menos um Cerest por região de saúde, no entanto, as mudanças políticas e econômicas



nesse período, bem como o desfinanciamento da saúde pública fizeram com que, ao contrário do esperado, o número de Cerest esteja diminuindo nos últimos anos, ao invés de aumentar.

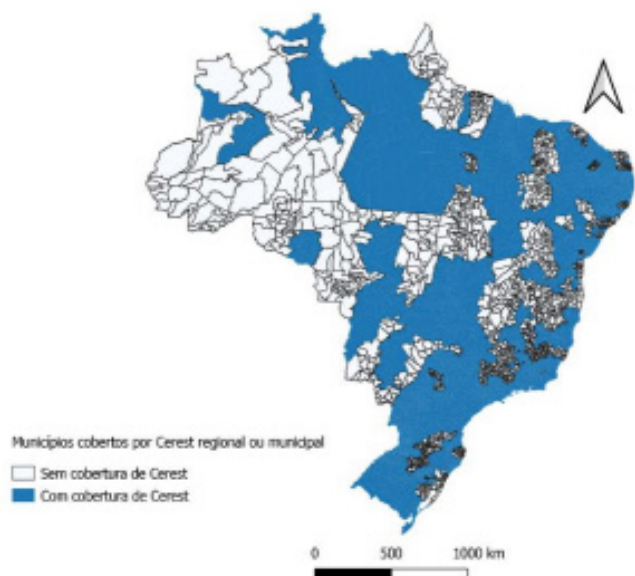


Imagem 19: Mapa de cobertura dos Cerest, fonte: CGSAT/DSASTE/SVS/MS.

Sobre os recursos para manutenção e funcionamento dos Cerest, eles são feitos a partir de repasses mensais pelo Ministério da Saúde, garantidos pela Portaria nº 2.728/2009⁴⁶, no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para os Cerest de abrangência regional e municipal e de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para os Cerest Estaduais. Além disso, a portaria estabelece um incentivo de implantação no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), pago apenas uma só vez no ato da habilitação de um novo centro, conforme tabela abaixo. Complementarmente, poderão ser pactuados nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador⁴⁶.

Mais recentemente, entre 2017 e 2018, a Comissão

Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), que é parte do Conselho Nacional de Saúde - CNS, conduziu um processo de discussão sobre o modelo de organização da Renast e dos Cerest, com objetivo de conhecer as diferentes experiências e corrigir assimetrias existentes entre as regiões. Este processo culminou na Resolução CNS nº 603, de 8 de novembro de 2018⁴⁹, que propôs a reorganização da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, a partir das atribuições e responsabilidades dos três entes federativos, definiu as responsabilidades dos Cerest na atenção integral à saúde dos trabalhadores, e do controle social em Saúde do Trabalhador no SUS.

Apesar dos diferentes desafios e adversidades enfrentadas para implantação e manutenção, os Cerest são uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS, principalmente da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

A Vigilância em Saúde é parte essencial do SUS, responsável por produzir informações e analisar a situação de saúde, a fim de orientar as ações que reduzam os riscos e promovam a saúde da população. Para isso, deve considerar os contextos econômicos, ambientais, políticos, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade de vida da população, articulando diferentes saberes e práticas para compreender e intervir na realidade de vida da população, sempre considerando as particularidades dos territórios.

Recursos previstos para os Centros de Reabilitação em Saúde do Trabalhador (Cerest)		
Descrição	Valor (em R\$)	Periodicidade
Habilitação de novo Cerest	50.000,00	Parcela única
Cerest Estadual	40.000,00	Mensal
Cerest Regional ou Municipal	30.000,00	Mensal

Tabela 1

O Cerest é a principal estratégia da Renast e tem a função de dar apoio técnico especializado para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde de todos os trabalhadores, formais e informais, urbanos e rurais.

As noções de Vigilância em Saúde são bastante antigas e surgiram com a necessidade da adoção de medidas de monitoramento e controle sobre as doenças transmissíveis e o aparecimento de epidemias nas cidades. Como exemplo das primeiras ações de vigilância registradas no Brasil, temos as ações de prevenção para conter uma epidemia de febre amarela nos anos de 1600 em Recife. Com o passar do tempo foram avançando as suas práticas e surgindo novos conceitos de vigilância aplicados à saúde pública, baseada em uma coleta mais detalhada de dados, a contínua avaliação e disseminação das informações e o acompanhamento sis-

temático dos eventos adversos em saúde coletiva.

A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) ocorreu em 2018, convocada e coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com intensa participação dos movimentos sociais, foi precedida por inúmeras conferências estaduais sobre o tema. A 1ª CNVS teve como tema central a "Vigilância em Saúde: direito, conquista e defesa de um SUS público de qualidade", sendo decisiva para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.



Imagem 20: 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde



A Resolução nº 583 do CNS, de 9 de maio de 2018, publicou as propostas e moções aprovadas pelas delegadas e pelos delegados da 1ª CNVS. A partir disso, o CNS formulou a minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que foi publicada pelo CNS por meio da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018⁵⁰.

Clique aqui para acessar a PNVS na íntegra!

Especificamente sobre as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, temos a Visat, que é uma das principais estratégias da PNSTT e tem por objetivos: identificar as atividades produtivas da população e as situações de risco à saúde, analisar as necessidades e problemas de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, intervir nos processos e ambientes de trabalho, produzir tecnologias de intervenção e monitoramento e controlar a avaliação da qualidade dos serviços e programas de Saúde do Trabalhador.

Como alguns exemplos de ações de Visat, podemos destacar:



Imagem 20: José e Célia – Agricultores familiares de Fumicultura de São João do Triunfo no Paraná, fonte: Jornal Tribuna Regional.

- Classe trabalhadora da Fumicultura: trabalho geralmente realizado pela agricultura familiar, envolvendo vários membros da mesma família e em locais de cultivo muito próximos às residências, com grande esforço físico e exposição ocupacional e ambiental a múltiplas substâncias tóxicas,

como a nicotina e os agrotóxicos, por exemplo. A equipe do Cerest deve trabalhar conjuntamente com as equipes da APS que atendem a área rural e promover o acompanhamento constante da situação de saúde destas famílias, identificar as principais queixas relacionadas à saúde, as situações de adoecimento e morte e as possíveis relações com os ambientes e processos de trabalho. Ademais, devem realizar conjuntamente as notificações e buscar, junto aos agricultores e agricultoras, soluções para os problemas enfrentados, o que pode exigir articulação com diversas redes e níveis de atenção à saúde e também com outros setores para além do setor saúde.



Imagem 21: Lesão por esforço repetitivo

- LER/Dort entre bancários: As lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/Dort) se tornaram um problema grave pelo adoecimento e absenteísmo entre trabalhadores bancários. Isso fez com que o sindicato buscasse o Cerest para apoiar o diagnóstico, tratamento e a busca de direitos da categoria. A equipe de saúde do Cerest pode fazer mutirão de atendimento e, depois disso, deve registrar e qualificar as informações nos sistemas de notificação, estabelecer contato com uma agência do INSS para acompanhar a situação das perícias, viabilizar os encaminhamentos para tratamento, realizar atividades educativas com trabalhadoras e trabalhadores e inserir no seu plano de ações estratégias permanentes ao longo do ano para uma efetiva vigilância.

Como ilustrado nos exemplos acima, na perspectiva de compreensão do processo trabalho-saúde-doença, a Visat segue diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem, articulando a epidemiologia, saúde coletiva, psicologia social, psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia, entre outros campos do conhecimento. Os Cerest têm o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços que compõe a Renast e devem realizar a Visat, articulando suas ações em conjunto com as demais vigilâncias, como a epidemiológica, sanitária e ambiental.

A Visat não deve ser entendida como resultado da soma de ações isoladas, a exemplo das atividades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica ou das abordagens pontuais realizadas pela atenção especializada. Ela tem por finalidade analisar a situação, planejar, executar e avaliar intervenções que eliminem ou controlem seus efeitos deletérios à saúde de trabalhadoras e trabalhadores.

A participação social é um componente fundamental e inerente às ações de Saúde do Trabalha-

ambientes e processos de trabalho e execução das intervenções que visem transformar as condições geradoras de agravos e doenças. Nenhuma conquista de direito se dá sem a devida mobilização e participação da população.

De maneira geral, é de suma importância o fortalecimento de uma rede de serviços especializados em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para assegurar a atenção integral à saúde das populações trabalhadoras nos territórios, promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, reduzir o número de doenças e agravos relacionados ao trabalho, reduzir o número de afastamentos e absenteísmo entre trabalhadores e qualificar e fortalecer o SUS. Mas isso não é tarefa fácil e a Renast enfrenta muitos desafios.

Por fim, é importante situar que as dificuldades e contradições na implantação da Renast são inerentes à própria trajetória do SUS, especialmente no que diz respeito aos desafios de assegurar uma atenção integral, universal e equânime. A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, assim como outras políticas no SUS, acaba muitas vezes por privilegiar uma abordagem assistencial e voltada apenas àquelas pessoas que conseguem acessar os serviços, enquanto ainda enfrenta dificuldade de se organizar em rede de forma hierarquizada e regionalizada, de efetivar a educação permanente dos profissionais e de manter uma qualificada mobilização e participação popular na sua constante construção.

Para alcançarmos o princípio da integralidade do SUS e conseguirmos responder às necessidades de promoção da saúde, prevenção de acidentes, adoecimentos e mortes, bem como providenciar tratamento e cura das doenças que afetam à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, é fundamental a articulação de saberes e práticas de toda a rede de atenção à saúde nos três níveis de gestão, com

A Visat deve ser uma ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, para detectar, conhecer e analisar fatores tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos relacionados aos ambientes e processos de trabalho.

dor e da Trabalhadora, especialmente as de Visat. Trabalhadoras e trabalhadores devem fazer parte de todas as ações de Visat, desde o planejamento, identificação dos fatores de riscos presentes nos

Evolução das políticas públicas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil

1984 e 1985 - Criados os Programas de Saúde do Trabalhador em SP, MG, RJ, BA e RS.

1988 - Constituição Federal incorporou Saúde do Trabalhador e atribuiu ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações

1989 - Brasil ratificou a Convenção de nº 161 e a recomendação de nº 171 da OIT

1991 - 1º Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, promovido pelo Ministério da Saúde.

1994 - Portaria nº 1.722/94 define as ações de Saúde do Trabalhador

1998 - Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

1999 - Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

2001 - Manual de Procedimentos "Doenças Relacionadas ao Trabalho"

2002 - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast

2005 - Política de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS

2012 - Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT

2018 - Resolução 603/18 do CNS propõe a reorganização da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS

Documentos	Do que se trata?
Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990	Lei Orgânica do SUS
Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.	Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS
Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002	Dispõe sobre a estruturação da Renast
Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009	Dispõe sobre a Renast
Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012	Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)
Resolução CNS nº 603, de 8 de novembro de 2018	Proposta do CNS para a reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS
Cadernos de Atenção Básica (CAB 41)	Define estratégias para as ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Atenção Primária em Saúde

Tabela 2

o apoio do controle social. Também é muito importante a articulação intra e intersectorial, o apoio a estudos em saúde do trabalhador e a capacitação da força de trabalho em saúde.

A ação integrada das diferentes redes de atenção e linhas de cuidado é um dos grandes desafios enfrentados nos mais de 30 anos de SUS e exige esforços de gestores e profissionais de saúde, mas também conscientização e envolvimento da população para que compreenda que consultas, vacinas, exames, inspeções, análises e muito mais, são fundamentais para a materialização de uma saúde pública que promova a atenção integral à saúde da classe trabalhadora. Para que isso ocorra, é essencial a organização das equipes de saúde considerando as realidades dos territórios, com a participação efetiva de trabalhadoras e trabalhadores.

Diversos Cerest contam com a participação dos sindicatos para a avaliação e o mapeamento dos processos saúde-doença. Porém é preciso avançar na construção das ações de Visat no país, o que significa contar com a participação ativa de trabalhadoras e trabalhadores e de seus representantes no reconhecimento de acidentes, doenças

e agravos mais importantes nos territórios, bem como dos seus principais determinantes.

Outra adversidade enfrentada diz respeito às informações em saúde produzidas no âmbito do SUS, que provavelmente não retratam a realidade de vida e trabalho da classe trabalhadora, com uma expressiva subnotificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Além de notificação com informações inconclusas nos campos essenciais para aferição do processo saúde-doença relacionado ao trabalho.

Para superarmos esta realidade, é necessário investir na qualificação das equipes de saúde que compõem a Renast, fortalecer e ampliar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). A educação permanente, a integração das diferentes redes de atenção no SUS e o incentivo à participação da população trabalhadora são caminhos para melhorar a qualidade das notificações de acidentes e doenças oriundos do trabalho e de todo o processo de Visat.

A articulação das ações dos Cerest com as demais vigilâncias e a atuação das equipes de APS na Visat também tem sido pouco desenvolvida e precisa ser aprimorada, essencialmente melhorando o suporte técnico, pedagógico e institucional de toda a rede de atenção à saúde para que ocorra adequadamente.

Agora que você conheceu sobre a luta social que origina a PNSTT e a PNVS, nos conte como vai a implementação dessas políticas no seu estado, cidade ou região. Vamos ao trabalho de grupo.

QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

- 1 - A partir da realidade do seu território, quais são as experiências exitosas e as principais dificuldades encontradas na efetivação da PNSTT e no acesso às ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
- 2 - De que forma as ações de Visat são ou podem ser articuladas e implementadas, tendo em vista a promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da população trabalhadora?
- 3 - O envolvimento de trabalhadores e trabalhadoras na Visat qualifica as ações de saúde e fortalece a organização da classe trabalhadora. A partir das experiências existentes no seu território, pode-se considerar que as ações de Visat contam com a participação popular? Como poderiam os trabalhadores e trabalhadoras envolverem-se mais ativamente e contribuir em nessas ações?



Eixo 3

**O CONTROLE SOCIAL
NO SUS E NA SAÚDE
DO TRABALHADOR E
DA TRABALHADORA**

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- 1 - Conhecer as origens da participação social e do Controle Social no SUS e no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- 2 - Compreender o papel da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT, os instrumentos de gestão no SUS e os caminhos para análise da situação de saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- 3 - Impulsionar/estimular estratégias de formação e articulação para qualificar a participação social e do controle social na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

De acordo com o Art. 1 da Constituição Federal (CF)⁵¹, de 1988, parágrafo único, *"Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente"*. Portanto, a garantia da participação social está fundamentada em nossa Lei Maior, quando assegura a democracia participativa, além da representativa. A participação da população foi fundamental na conquista dos direitos sociais, previdenciários e à saúde pública no Brasil, mas continua sendo fundamental todos os dias na garantia do acesso e da efetivação desses direitos. 'Participação da Comunidade' é o termo que consta na CF e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90)⁵² como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação da sociedade foi uma conquista da classe trabalhadora e está assegurada no Artigo 198 da CF e, posteriormente, regulamentada na Lei 8.142/1990⁵³.

Na CF há muitas referências à garantia da participação da sociedade e de suas representações, inclusive relacionadas diretamente à saúde da classe trabalhadora, como por exemplo:

- No Art. 8, que trata das associações profissionais ou sindicais, o inciso III afirma que *"ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas"*, enquanto o inciso VI traz que *"é obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho"*.

- No Art. 10, assegura *"a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação"*.

- No Art. 37, sobre os princípios da administração pública, o parágrafo 3º afirma que *"A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta"*.

- O Art. 187, que aborda a política agrícola e fundiária e da reforma agrária, traz que *"A política agrícola será planejada e executada na forma da lei, com a participação efetiva do setor de produção, envolvendo produtores e trabalhadores rurais, bem como dos setores de comercialização, de armazenamento e de transportes"*.

- O Art. 193 traz que *"A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais"* e em seu parágrafo único afirma que *"O Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e de avaliação dessas políticas"*.

- No Art. 194, aborda a seguridade social como *"um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social"*, e garante no inciso VII que *"o Poder Público deve organizar a seguridade social com caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores"*.

- No Art. 198, sobre a saúde, estabelece como uma das diretrizes de organização de ações e serviços públicos de saúde, a participação da comunidade.

- O Art. 204, sobre a assistência social, afirma no inciso II que as ações governamentais serão organizadas considerando a *"participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis"*.

Além destas importantes garantias, a CF ainda contempla a participação social na gestão da cultura, dos programas de assistência integral à saúde



Imagem 22: Marcha dos trabalhadores por direitos. Fonte: Poder 360

de das crianças, dos adolescentes, jovens, idosos e indígenas, entre outros.

A esta forma de participação, conhecemos por controle social, em uma perspectiva de que a sociedade esteja no controle das políticas públicas, a fim de monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir na gestão pública para que suas reais necessidades sejam atendidas.

No Brasil, todas as lutas pela democracia e soberania nacional tiveram como protagonista a classe trabalhadora, que participou (e ainda participa) ativamente dos processos de decisão sobre as políticas de desenvolvimento e da indústria, do desenvolvimento científico-tecnológico, das reformas sanitária, agrária, bancária, tributária e educacional.

A participação, seja ela institucionalizada por meio dos dispositivos legais de controle social ou da livre organização e mobilização de movimentos populares, é de suma importância para a garantia e aperfeiçoamento do direito à saúde. Ao passo que é o próprio tensionamento da população que garantirá, em luta contínua, a efetivação do direito à saúde. Significativos avanços foram conquistados na garantia da saúde como um direito, na construção do SUS e das políticas públicas de saúde, na década de 80 e 90, oriundas das lutas e ações realizadas com participação popular.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937, mas nesse período funcionava mais como um espaço de gestão, a fim de apoiar o Ministro de Estado na orientação de ações e programas de saúde. Foi a partir de 1990 que o CNS teve suas

atribuições e composição redefinidas, sendo que os usuários do SUS ficaram com 50% das vagas e os outros 50% foram divididos entre os trabalhadores, gestores e prestadores de serviço, passando a cumprir a função acompanhar, fiscalizar e formular políticas de saúde⁵².

Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, ou seja, devem funcionar regularmente e têm autoridade para decidir, geralmente, por votação democrática (comissão deliberativa), acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde, bem como propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo. Eles devem atuar na aprovação das diretrizes e no controle da execução das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros⁵². Falaremos um pouco sobre eles adiante.

Já as Conferências de Saúde não são espaços permanentes, elas devem ser convocadas a cada 4 anos ou quando necessário. As conferências têm caráter consultivo e objetivam avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política em cada nível de governo, federal, estadual e municipal. Essas conferências são também espaços instituídos de controle social e de exercício da democracia a fim de orientar os governos no planejamento da saúde e na definição de ações prioritárias. As propostas discutidas nas Conferências Nacionais são resultantes dos debates ocorridos nas etapas preparatórias, realizadas nos estados (Conferências Estaduais) e, anteriormente, nos municípios (Conferências Municipais), de modo a garantir a representatividade local e legitimidade do evento.



Imagem 23.

Podem ainda haver etapas distritais e locais, principalmente nas cidades maiores⁵⁴.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, é um marco na história da saúde pública do país e, como falado, foi fundamental para a compreensão da saúde como um direito social e dever do Estado. A 8ª foi a primeira conferência nacional que contou com a participação dos usuários. Antes dela, os debates eram restritos aos deputados, senadores e às autoridades do setor. Antes disso, os temas que seriam discutidos na 8ª conferência foram divulgados e discutidos nas pré-conferências estaduais e municipais, ativando a mobilização e participação popular em torno dos temas, para além do ambiente técnico⁵⁵.

Em razão da efervescência política do período de redemocratização e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - impulsionado pelos movimentos sociais e sindicais - a participação social e, especialmente, dos trabalhadores, foi um dos eixos condutores desta histórica conferência. Após cinco dias de debates, com 135 grupos de trabalho, os mais de quatro mil participantes decidiram que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira, mas que era preciso ampliar o conceito de saúde, dando início à formulação de um novo sistema, que embasaram as discussões sobre saúde na Constituinte de 1988⁵³.

Como conquistas da participação popular na 8ª Conferência, decidiu-se que era necessário no Brasil a formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado por um ministério exclusivo em nível federal, com integração das ações, regionalização, hierarquização, fortalecimento dos municípios e a garantia da participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento,



Imagem 24: 8ª Conferência Nacional de Saúde. Fonte: CNS.

na gestão e na avaliação do sistema. Todas essas propostas foram incorporadas como premissas e diretrizes do SUS.

Por fim, os principais temas abordados na 1ª CNST foram: o diagnóstico da situação de saúde de trabalhadores, com entendimento de que a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora extrapolava os limites da saúde ocupacional; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e a necessidade de uma política nacional de saúde do trabalhador⁵⁶.

A 2ª CNST abordou vários temas essenciais à saúde do trabalhador, como: promoção à saúde, pesquisa, vigilância, assistência e reabilitação, visto que muitas ações ainda se encontravam como atribuições de outros ministérios, como o da Previdência e Trabalho. Mais detalhadamente, outros temas importantes discutidos na 2ª CNST, pactuados em plenária e que constam no relatório final

foram: organização das ações em Saúde do Trabalhador; participação e controle social; informação; recursos humanos; financiamento; legislação; desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho; política agrária e saúde do trabalhador rural. A 2ª também contou com várias etapas prévias (conferências municipais, regionais e estaduais), como um aquecimento para a etapa nacional, além da participação em massa do controle social e mais de 500 delegados de todo o país⁵⁷.

O relatório da 3ª CNST alertou para alguns problemas enfrentados pelo mundo do trabalho e pela classe trabalhadora em 2005, como as mudanças nas relações de trabalho, reestruturação produtiva, mecanização, globalização, privatização, incorporação tecnológica na produção de bens e serviços, aumento do desemprego, trabalho informal e exclusão social, além da demanda por processos produtivos mais sustentáveis⁵⁸.

Como é de costume na preparação para uma Conferência Nacional de Saúde, diversos encontros regionais, municipais e estaduais aconteceram antes da 3º CNST, com participação massiva do controle social, representado por trabalhadores, associações, sindicatos, entre outros atores. Ao todo, mais de 4.400 pessoas participaram das conferências estaduais que antecederam a 3º CNST. Essa discussão nos territórios é muito importante, pois possibilita que os problemas locais que afetam as trabalhadoras e os trabalhadores ganhem visibilidade pelos gestores municipais, estaduais e federal.

A partir de 2006, a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT), em conjunto com Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), realizou uma série de plenárias em vários municípios do país, onde participaram representantes de gestores, de trabalhadores e dos movimentos sociais em geral, discutindo as deliberações da 3ª CNST, as ações prioritárias e as estratégias de implementação em cada estado com base nas necessidades e conjunturas locais.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), foi realizada em 2014. Pela primeira vez, incluiu o gênero feminino no nome da Conferência, refletindo o período de inserção cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho e as históricas lutas do movimento feminista por igualdade de direitos, remuneração adequada, acesso a bens e serviços, trabalho digno e saudável, visibilidade e espaço às mulheres⁵⁹.

Desde a 1º CNST, as Conferências cresceram significativamente. Na 4ª CNSTT, considerando todas as etapas (Macrorregional, Estaduais e Nacional), cerca de 40.000 pessoas participaram, principalmente representantes de movimentos sociais e

sindicais, gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e outros setores, usuários, conselheiros de saúde, membros das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), Conselhos Estaduais de Saúde, profissionais da Renast, convidados de outros ministérios, órgãos e autarquias federais. Além disso, ocorreram diversas reuniões de mobilização, discussões temáticas em jornadas, seminários e outros eventos técnico-científicos, como etapas preparatórias aos encontros macrorregionais⁵⁸.

Os debates da **3ª CNST** aconteceram orientados por 3 perguntas:

- Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos(as) trabalhadores(as)?
- Como incorporar a saúde dos(as) trabalhadores(as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?
- Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos(as) trabalhadores(as)?

Você tem alguma ideia para responder essas perguntas? Consegue pensar em algo para realizar isso na sua cidade?

Em todas as etapas da **4ª CNSTT** foram discutidos os seguintes eixos:

- Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Efetivação da PNSTT, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e
- Financiamento da PNSTT, nos municípios, estados e União.

Acesse os relatórios das Conferências

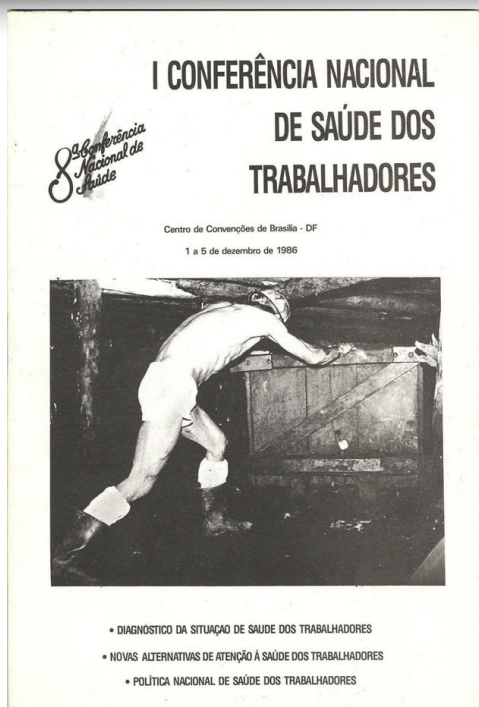


Imagem 25: Cartaz da 1ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1º CNST), ocorrida em 1986, foi a primeira no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, onde o controle social participou de forma organizada e com representantes de vários lugares do Brasil. A 1º CNSTF reafirmou a saúde como um direito e dependente de "condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito direitos"



Imagem 26: Capa do relatório da 2ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2ª CNST), foi realizada 8 anos depois, em 1994. O tema central "Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador", apontou nas deliberações a necessidade de criação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que deveria contemplar todas as ações já em discussão como um direito dos trabalhadores e trabalhadoras.



Imagem 27: Capa do relatório da 3ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador.

O adoecimento relacionado ao trabalho foi tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), realizada em 2005 e organizada pelos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego. A 3ª CNST permitiu que os gestores e a sociedade civil organizada refletissem sobre o mundo do trabalho e seus impactos sobre a saúde, com o tema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”. Em um dos eixos foram amplamente discutidas estratégias para efetivar a participação popular na formulação das políticas públicas e ampliar o controle social na saúde da classe trabalhadora.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



Relatório Final

4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

O tema da conferência foi “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado” e discutiu-se estratégias e diretrizes para a “Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)”, as possibilidades de articulação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) intra e intersetorialmente e de fortalecimento a participação popular no SUS.

Imagem 28: Capa do relatório da 4ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador e da Trabalhadora.



A PNSTT, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, é, sem dúvidas, uma das conquistas mais importantes da classe trabalhadora brasileira. A PNSTT organiza as ações da Renast e dos Cerest, que são, respectivamente, a rede nacional e os centros de referência em saúde do Trabalhador, além de definir os princípios, as diretrizes e estratégias das três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com destaque para as ações de vigilância, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, desenvolvimento e processos produtivos⁶⁰.

Maiores detalhes sobre a Renast e os Cerest foram apresentados no Eixo 2. A Renast e os Cerest são as principais estratégias de organização das ações em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, sob responsabilidade da Coordenação-Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009⁶¹, que estabelece as diretrizes da Renast, ressalta a importância da participação social na execução dessa política de saúde essencial à classe trabalhadora. No Art. 8º, a PNSTT define que o controle social deve integrar as ações da Renast, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, bem como por meio das CISTT, vinculadas aos conselhos. Segundo a PNSTT, o Ministério da Saúde, através da CGSAT, é responsável pela elaboração de projetos de lei e normas técnicas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito da Renast, com a participação dos atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais⁶⁰.

A PNSTT é transversal à todas as políticas de saúde do SUS e seus princípios estão alinhados com

os do nosso sistema de saúde, sendo: a universalidade; a integralidade; a participação da comunidade, dos trabalhadores, trabalhadoras e do controle social; a descentralização; a hierarquização; a equidade; e a precaução. A PNSTT contempla todos os trabalhadores, independente do gênero, da raça, localidade, do tipo de trabalho ou vínculo empregatício, urbano e rural, formal e informal, público e privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado, inclusive os mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, idosos, gestantes, etc. Enfim, a PNSTT contempla todos os trabalhadores, sem excluir ninguém⁵⁹.

Uma das estratégias mais importantes para a prevenção de doenças e promoção da saúde é a Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde é definida como "um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças"⁶².

A Vigilância em Saúde integra conhecimentos de diversas áreas, como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e saúde, além dos ambientes e processos de trabalho. Para isso, é comumente dividida em vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat).

Basicamente, a vigilância epidemiológica se ocupa com as principais doenças e agravos e investiga sua ocorrência e controle nos territórios específicos; a vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e

social na saúde, cuidando, por exemplo, da qualidade água de consumo humano, do ar, solo, controle de resíduos e vetores que podem transmitir doenças; a vigilância sanitária é responsável pelo controle de bens, produtos e serviços que podem oferecer riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos, bem como pela fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, além dos processos produtivos que podem pôr em riscos os trabalhadores, as trabalhadoras e o meio ambiente; enquanto que a vigilância em saúde do trabalhador (Visat) realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho⁶³.

No Brasil, as ações da vigilância em saúde foram organizadas através da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), publicada pela Resolução no 588/2018 do CNS⁶¹. A PNVS é o documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde, definindo responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias para as três esferas de gestão do SUS. A PNVS é resultado dos debates ocorridos na 1ª Conferência Nacional de Vigilância

em Saúde (1º CNVS), realizada em 2018 pelo CNS e Ministério da Saúde, e que contou com a participação de mais de 1.800 conferencistas de todos os estados do Brasil⁶⁴.

Os debates que aconteceram na 1º CNVS e, consequentemente, a PNVS refletem a importância da participação popular na implantação e consolidação do SUS, colocando os conselhos de saúde como protagonistas dos processos de avaliação e monitoramento da PNVS. A PNVS dialoga diretamente com a área de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, não apenas através da Visat, mas também pela inserção da vigilância em Saúde como um dos eixos centrais da PNSTT e sua transversalidade em todas as ações da Renast e dos Cerest.

Mas para que a PNSTT (e o SUS como um todo) realmente funcione na prática, ele precisa sair do papel e fazer a diferença nos territórios, transformar a vida das pessoas nos municípios, nos bairros, melhorar a qualidade de vida e trabalho nas fábricas, nos campos, nos hospitais, nas refinarias, nas ruas das cidades onde transitam diariamente milhares de motoristas e entregadores de empresas que



1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

PROTEÇÃO SOCIAL - TERRITÓRIO - DEMOCRACIA



A PNSTT traz o controle social como uma das principais estratégias à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, reafirmando que isso pressupõe:

- Acolhimento e resposta às demandas de representantes da comunidade e do controle social;
- Buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;
- Estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, como conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão;
- Apoiar o funcionamento das CISTT dos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão do SUS;
- Inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador;
- Transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, trabalhadores e controle social.

operam por aplicativos, entre tantos outros trabalhadores e trabalhadoras. E este é o nosso grande desafio!

Vocês viram o quanto a PNSTT é importante e abrangente? Se sentiram contemplados por ela?

Como vimos anteriormente, os Conselhos de Saúde podem ajudar nessa difícil tarefa, pois são instâncias colegiada, deliberativas e permanentes do SUS em cada nível de gestão. Dos conselhos, participam representantes dos usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde, além de movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, comunidade científica, entidades representativas de classe, de prestadores de serviço e empresariais da área da saúde⁶⁵.

Os conselhos fiscalizam, acompanham e monitoram as políticas de saúde nas diferentes áreas nos estados, municípios e Governo Federal, levando as demandas da população aos tomadores de decisão, representando o controle social na saúde. São também responsáveis por realizar conferências de saúde e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar sua execução, enquanto que o CNS avalia a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde para ver se ele está adequado às necessidades e aos anseios dos territórios. Essas atribuições estão regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde⁵².

E para assessorar os conselhos de saúde na temática de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora temos a CISTT, que é a Comissão Intersetorial de

Acesse a Lei nº 8.142/1990 e saiba mais sobre o CNS!

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, estabelecida na Lei Orgânica da Saúde⁶¹. A CISTT é uma comissão do CNS e sua instalação é obrigatória e indispensável. A CISTT articula políticas e programas de interesse à classe trabalhadora e faz recomendações ao Conselho de Saúde que, por sua vez, tem caráter deliberativo.

Além da CISTT nacional, os municípios e estados devem ter CISTTs. Todas elas são vinculadas aos Conselhos de Saúde e representam espaços fundamentais para o exercício do controle social. São

compostas por representantes da gestão das políticas, sobretudo a de saúde, profissionais da saúde e entidades representativas de trabalhadoras e trabalhadores e da sociedade civil, com a finalidade de assessorar os conselhos na articulação de programas e ações voltadas para a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Além da CISTT Nacional, existe atualmente no Brasil 188 CISTTs no exercício do controle social, sendo 27 estaduais e 161 municipais. No livro "O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais", publicado pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) em 2020, você encontra um retrato mais detalhado das CISTTs⁶⁶.

As CISTTs devem fornecer informações úteis em saúde da classe trabalhadora para embasar as deliberações dos Conselhos de Saúde em cada nível de gestão, observando os seguintes objetivos:

- Acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, observando seus planos de trabalho;
- Participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Articular políticas e programas de interesse para saúde do trabalhador cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas no âmbito do SUS;
- Propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à saúde do trabalhador;
- Propor e acompanhar a implantação de medidas que objetivem a melhoria dos serviços de saúde do trabalhador público e privado;
- Integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS;
- Avaliar/analisar os projetos e plano de saúde apresentados pela Secretaria de Saúde por meio de seus técnicos, focando nas ações relacionadas à saúde do trabalhador, recomendando ao pleno do conselho de saúde alterações, complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição;
- Acompanhar a implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde que fiscalize e tome as providências cabíveis caso verifique questões que não estejam de acordo com o aprovado;
- Contribuir para a promoção da Sensibilização e Educação Permanente dos gestores/prescritores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde do trabalhador;
- Contribuir para dar conhecimento à sociedade em geral da legislação em Saúde do Trabalhador não só do SUS.



Imagem 30: Diesat

O Diesat é uma conquista das trabalhadoras, dos trabalhadores e movimentos sindicais, criado em agosto de 1980 para subsidiar as decisões em Saúde do Trabalhador e qualificar a discussão envolvendo a temática, com participação ativas das partes interessadas. Em 1979, durante a realização das primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), ficou evidente a necessidade da criação de uma instituição que apoiasse tecnicamente as demandas da classe trabalhadora por melhorias nas condições de saúde e trabalho, com pesquisas e estudos. O Diesat também foi essencial para a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (abordados no Eixo 2), que depois deram origem aos Cerest⁶¹.

Infelizmente, muitas das situações que motivaram a criação do Diesat há mais de 40 anos atrás ainda estão presentes e afetam a vida de milhares de trabalhadoras e trabalhadores no Brasil até hoje, como a pouca transparência quanto às condições de trabalho e saúde, subnotificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho, culpabilização da classe trabalhadora pelos acidentes e não consideração da organização e ambientes de tra-



balho como possíveis causas, informalidade e precariedade das relações de trabalho, entre tantas outras situações que geram adoecimento e perda da qualidade de vida.

Para além destes espaços de controle social previstos nos marcos legais do SUS, existem vários outros que trazem o protagonismo de trabalhadores e trabalhadoras e suas perspectivas no planejamento, avaliação e direcionamento das ações de saúde, à exemplo dos Conselhos Gestores dos Cerest. Esta pluralidade de espaços, quando se somam, potencializam a participação da população e efetivam o exercício do controle social, contribuindo com a consciência de classe e organizando resistência das trabalhadoras e dos trabalhadores nas lutas por direitos.

Como podemos observar até aqui, a participação da classe trabalhadora foi e é essencial para o reconhecimento da saúde como um direito e a saúde do trabalhador depende também das condições dignas de vida, do emprego seguro, estável e bem remunerado, do apoio social e previdenciário, da garantia de organização, autonomia e participa-

Acesse o livro “O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais”, do Diesat.



Imagem 31: Expressões de participação popular.

ção social. Mas é muito difícil garantir que essas coisas funcionem plenamente para todos os milhões de trabalhadores e trabalhadoras do Brasil, especialmente em país com muitas desigualdades, muitas vezes dentro dos mesmos territórios. Além disso, há escassez de pessoal e de recursos na maior parte do país e uma perda de direitos fundamentais, incluindo sociais, trabalhistas e de investimentos, impactando fortemente a Saúde do Trabalhador.

E os desafios são muitos e crescentes, como já vem sendo abordado. Essas características do mundo do trabalho imputam aos trabalhadores e trabalhadoras os efeitos nocivos da automação, informatização, robotização, precarização das relações de trabalho, do aumento das taxas de desocupação, informalidade, gerando adoecimento físico e mental – que nem sempre são associados ao trabalho. Além disso, a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, os investimentos em saúde foram congelados até 2036, podendo gerar um prejuízo de até R\$ 400 bilhões para a área no período⁵³. A participação social também tem sido enfraquecida e vem perdendo espaço nos debates e espaços de decisão. Isso é muito preocupante, pois é através desse processo que a população pode contribuir ativamente no desenvolvimento de políticas públicas de saúde que considerem as suas reais necessidades.

Informação e planejamento com e para o controle social

Para o exercício efetivo e qualificado do controle social na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é fundamental que tenhamos acesso aos dados e indicadores que nos apontem o perfil produtivo e epidemiológico dos territórios, incluindo informações sobre as principais ocupações e atividades econômicas, onde elas ocorrem, as exposições e perigos de cada ocupação, as doenças e agravos mais comuns e se elas podem (ou não) estarem relacionadas com o trabalho, os principais motivos de afastamento do trabalho, como se organizam as trabalhadoras e os trabalhadores, os trabalhadores mais vulneráveis, qual é a realidade nos ambientes e processos de trabalho existentes no território, entre outras informações relevantes. Estas e outras informações vão compondo o perfil da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Esses conhecimentos são essenciais para entender as relações entre os processos, ambientes e exposições no trabalho e o adoecimento e morte dos trabalhadores. Essas informações apoiam o planejamento, a execução e avaliação de intervenções em saúde. A produção, análise e divulgação de informações em saúde do trabalhador são etapas essenciais da Visat e responsabilidade compartilhada entre Governo Federal, estados e municípios, que devem realizar a análise de situ-

Para resumir e lembrar alguns pontos já abordados nesse Eixo, o fluxograma abaixo destaca alguns dos principais dispositivos legais de participação do controle social relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora:

1988 - Constituição Federal - institui o SUS e tem a participação da comunidade como uma de suas diretrizes

1990 - Lei Orgânica de Saúde nº 8080: estabelece a criação de comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde - CNS, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja a execução envolva diversas áreas, entre elas a CISTT.

1998 - Normativa de vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria MS nº 3.120/1998 / de Consolidação nº 5/2017): incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador.

2009 - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST (Portaria MS nº 2.728/09 / de Consolidação nº 3 e 6/17: deve ser considerado nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, ações e indicadores para a qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social.

2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (Portaria MS nº 1.823/12 / de Consolidação nº 3/17): Participação da comunidade, de trabalhadores e do controle social como diretriz, trata sobre estímulo à e sobre as atribuições de gestores do SUS no desenvolvimento de estratégias para fortalecimento da participação. A participação da sociedade na formulação, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas fortalecem o exercício da cidadania o que requer ampliação da representação de trabalhadores.

2013 - Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 493/2013: os Conselhos de Saúde (Estadual, Distrital e Municipal) devem criar sua CISTT e, por meio de resolução, definir o número de participantes e as entidades que estarão na composição, não necessariamente seguindo a paridade do conselho de saúde.

ação de saúde e dos riscos ocupacionais, elaborar protocolos, manuais de orientação, relatórios periódicos, etc. que devem subsidiar a atuação do controle social.

A análise dessas informações deve ser o primeiro passo antes de se iniciar qualquer intervenção na saúde, pois, para intervir na realidade, é preciso conhecê-la. E para que seja possível compreender as necessidades de saúde da população trabalhadora é fundamental a participação de representantes de trabalhadoras e trabalhadores em todo o processo de busca de dados, análise, divulgação e monitoramento sobre a situação de saúde.

Depois de conhecer a realidade, o passo seguinte é o planejamento das políticas, programas e ações de saúde. Existem diversos instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS, definidos na legislação, que são condicionados à transferência de recursos financeiros. Estes instrumentos devem estar relacionados de forma a permitir não apenas uma boa gestão, mas também transparência e, principalmente, a participação da sociedade.

Todos os instrumentos de planejamento mostrados na figura acima precisam ser executados, estarem conectados e disponíveis para a atuação adequada do controle social. Um enorme desafio é fazer com que os prazos e as ações destes instrumentos acompanhem outras esferas de planejamento da gestão.

As conferências de saúde (regionais, municipais, estaduais e federal) precisam acontecer em tempo oportuno, com mobilização e garantia de representatividade de todos os atores envolvidos, com oportunidade e espaços para falas e debates. Essas discussões devem subsidiar os planos de saúde, que devem conter as políticas e compromissos dos governos para o período de 4 anos. Nesse sen-

Instrumentos de planejamento e gestão para o controle social do SUS.

Conferência de Saúde (Lei 8.142/1990): convocada pela gestão ou pelo conselho de saúde, deve acontecer a cada 4 anos, envolvendo amplo conjunto da sociedade, avaliando e definindo prioridades para a política pública de saúde.

Plano nacional, estadual e municipal de saúde (Lei 8.080/1990 e 8.142/1990): instrumento norteador do planejamento do SUS em que são estabelecidos objetivos, diretrizes, metas e prazos explicitando as políticas e os compromissos na saúde pública, com vigência de quatro anos.

Programação anual de saúde (PAS) (Lei 8.080/1990 e 8.142/1990): a partir do plano de saúde, a cada ano, a gestão deve elaborar sua programação, portanto, é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde.

Relatório quadrimestral de prestação de contas (RQPC) (Lei complementar 141/2012): instrumento que permite acompanhar a execução da PAS, no qual é demonstrada a execução das metas e dos recursos orçamentários e financeiros.

Relatório anual de gestão (RAG) (Lei complementar 141/2012): instrumento de elaboração anual que deve apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais redirecionamentos ao plano de saúde.

tido, o Plano Plurianual (PPA) define prazos, programas e ações dos governos considerando o período de 4 anos; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) define metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente a partir do PPA; enquanto a Lei Orçamentária Anual (LOA) define programas e ações a serem executadas a cada ano.



Assim, os planos de saúde devem subsidiar o PPA e, para isso, devem ser submetidos ao respectivo Conselho de Saúde antes do encerramento do PPA. Já a Programação Anual de Saúde (PAS) deve ser submetida ao Conselho de Saúde antes do envio da LDO para o respectivo poder legislativo. No nível municipal, estamos falando das Câmaras de Vereadores, no nível estadual das Câmaras de Deputados Estaduais e, no nível federal, da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. As datas exatas para que cada passo ocorra variam em cada localidade, então é importante observar se há uma norma específica, que defina a periodicidade e os prazos para cada ação do planejamento no seu território.

O plano de saúde, o PPA e a LDO são instrumentos que devem ser elaborados a cada 4 anos, contando com ampla participação da sociedade, sendo que o plano de saúde deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde. O planejamento anual (PAS), os relatórios quadrimestrais de prestação de contas (RQCP) e o relatório anual de gestão (RAG), são instrumentos que a cada ano devem ser elaborados e apreciados pelo Conselho de Saúde.

Como já falado anteriormente, cabe à CISTT o papel de subsidiar os conselhos para que a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora esteja contemplada em todas as etapas dos processos de formulação e execução das políticas públicas. Por isso, é importante conhecer as ferramentas para análise da situação e os instrumentos de planejamento e gestão da saúde. Vale ainda dizer que os Cerest e

A competência de produzir e analisar dados, planejar e monitorar as ações e os serviços de saúde é da gestão de cada nível, mas todos esses passos devem ser realizados com a participação do controle social do SUS, que deve também cobrar que os gestores façam em tempo oportuno e adequado às reais necessidades da população.

demaís serviços de saúde devem realizar seus planejamentos anuais e a CISTT pode contribuir para a qualificação deste plano e seu monitoramento.

Chegando ao fim desse processo de formação de agentes multiplicadores para o controle social na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ressaltamos que o contexto de mobilização e participação social foi adormecido pelas conjunturas políticas que levaram a caminhos de ausência de leitura e compreensão tática da ocupação dos espaços de participação. Como consequência, está enfraquecida a coesão social necessária para o enfrentamento da perda de direitos. E por isso é necessário resgatar e fortalecer a potência da participação da população e do exercício do controle social, responsável direto pela conquista histórica dos direitos sociais no Brasil.

Por fim, deixamos algumas questões para reflexão que podem ser também provocação para ação:

QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

- 1 - Até que ponto a representação nos espaços instituídos (conselhos, conferências e seus afins) se faz de fato interlocutora com a sociedade?
- 2 - Quais são os possíveis motivos para o decrescente interesse da população na participação social na saúde?
- 3 - O que fazer para aumentar em qualidade e quantidade a participação e o controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
- 4 - Como as CISTTs podem contribuir com a Visat e a efetivação do direito à saúde de trabalhadores e trabalhadoras?

Referências

- 1 BBC News. Covid-19 expõe dependência de itens de saúde fabricados na China. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52465757>. Acessado em: 10/05/2021.
- 2 BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm (prazo de vigência encerrado em 19/07/2020).
- 3 BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 928, de 23 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv928.htm (prazo de vigência encerrado em 20/07/2020).
- 4 BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acessado em: 11/05/2021.
- 5 SANTOS, Keila Mendes. Os Aspectos Ideológicos da Emenda Constitucional N. 95 (Novo Regime Fiscal) e o Efeito Cliquet. *Âmbito Jurídico*. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/os-aspectos-ideologicos-da-emenda-constitucional-n-95-novo-regime-fiscal-e-o-efeito-cliquet/>. Acessado em: 11/05/2021.
- 6 BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10283.htm
- 7 ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental. Nota Técnica acerca do Decreto 10.283/20 que cria a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. Disponível em: <https://tinyurl.com/usjfw4hz>. Acessado em: 11/05/2021.
- 8 BBC News. Pandemia evidencia que Brasil gasta pouco e mal em saúde pública, diz diretor da OCDE. Disponível em: <https://tinyurl.com/rd2rwzrv>. Acessado em: 11/05/2021.
- 9 CNS – Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acessado em: 11/05/2021.
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 11/05/2021.
- 11 Hallal, P.C., Victora, C.G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action. *Nature Medicine* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01353-2>
- 12 OUR WORLD IN DATA. Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL. Acessado em: 11/05/2021.
- 13 CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel CONASS Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acessado em: 11/05/2021.
- 14 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?edicao=30227&t=quadro-sintetico>. Acessado em: 11/05/2021.
- 15 Barbieri T, Basso G, Scicchitano S. Italian Workers at Risk during the COVID-19 Epidemic. *SSRN Electron J.*(July). 2020.
- 16 Hawkins D. Differential occupational risk for COVID-19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *Am J Ind Med*. 63(9):817–820. 2020.
- 17 COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acessado em: 11/05/2021.
- 18 Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med*. 173(2):120–136. 2020.
- 19 Duarte MMS, Haslett MIC, Freitas LJA, Gomes NTN, Silva DCC, Percio J et al. Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500011>. 2020.
- 20 Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/olheparaafome/>. Acessado em: 11/05/2021.
- 21 Forbes Magazine. Meet The 40 New Billionaires Who Got Rich Fighting Covid-19. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/giacomotognini/2021/04/06/meet-the-40-new-billionaires-who-got-rich-fighting-covid-19/?sh=2de4a0a417e5>. Acessado em: 11/05/2021.
- 22 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>.
- 23 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diferença cai em sete anos, mas mulheres ainda ganham 20,5% menos que homens. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/23924-diferenca-cai-em-sete-anos-mas-mulheres-ainda-ganham-20-5-menos-que-homens.html>. Acessado em: 13/05/2021.
- 24 CNN Brasil. Mulheres ganham 77,7% do salário dos homens no Brasil, diz IBGE. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/03/04/mulheres-ganham-77-7-dos-salarios-dos-homens-no-brasil->

-diz-ibge. Acessado em: 13/05/2021.

25 SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. População Negra – desigualdades na inserção no mundo do trabalho. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/mercado-trabalho/2019/11/estudo-especial-populacao-negra-desigualdades-na-insercao-no-mundo-do-trabalho/>. Acessado em: 14/05/2021.

26 Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health*. 8(8):e1018–e1026. 2020.

27 Ribeiro H, Lima VM, Waldman EA. In the COVID-19 pandemic in Brazil, do brown lives matter? *Lancet Global Health*. 8(8):e976–e977. 2020.

28 CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Race/Ethnicity. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html>. Acessado em: 14/05/2021.

29 SANTOS, S.A. Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador. BEPA;10(114):5-16, 2013.

30 BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego - MTE. O impacto do trabalho precoce na vida de crianças e adolescentes: aspectos da saúde física e mental, cultural e econômico. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002.

31 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Investigações Experimentais: Pnad Contínua. Trabalho de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade 2016-2019. 2020.

32 BRASIL, Decreto no 6.481, de 12 de junho de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm.

33 Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, Friedrich K, Búrigo AC (Org.) Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. São Paulo: Expressão Popular, 2015

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

35 MPT – Ministério Público do Trabalho. Nota Pública: GT Nacional COVID-19. Revogação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em: https://mpt.mp.br/pgt/noticias/portaria-ldr_final.pdf.

36 BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Consequências do Trabalho Infantil: Os acidentes registrados nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília/DF, 2020.

37 Lacaz, Francisco Antônio de Castro. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf

38 DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho.

História: A importância da existência e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://diesat.org.br/diesat/historia/>. Acessado em: 15/05/2021.

39 BRASIL. Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

40 BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

41 BRASIL. LEI nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

42 DIAS, EC; HOEFEL, MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

43 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html.

44 BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

45 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002. Disponível em: http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/PORTARIA_1679_renast.pdf

46 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html

47 LEÃO, LHC; VASCONCELLOS, LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(1), 85-100.

48 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

49 CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 603, de 8 de novembro de 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>

50 CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

51 BRASIL. Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

52 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

53 BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

54 DENEN – Direção Executiva Nacional dos Es-

tudantes de Medicina. Coordenação de Políticas de Saúde 2015. Controle Social. Disponível em: <https://www.denem.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Cartilha-Control-Social-CPS.pdf>

55 CNS – Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

56 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. 1º CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf

57 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. 1º CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf

58 BRASIL. Ministério da Saúde. Trabalhar, sim! Adoecer, não! O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-3a-conferencia-nacional-saude-trabalhador>

59 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. 4º CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Relatorio_4cnst_final_31072015.pdf

60 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

61 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html

62 CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 588, de 12 de julho de 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

63 Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. Pense SUS. Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>

64 CNS – Conselho Nacional de Saúde. 1º Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório Final. Ministério da Saúde: Brasília/DF. 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Final_1_CNVS.pdf

65 CNS – Conselho Nacional de Saúde. Apresentação do CNS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>

66 DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais. 2020. Disponível em: https://diesat.org.br/wp-content/uploads/2020/10/DIESAT_-_O_CS_em_STT_no_BR.pdf

