



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Artur, Karen

Participação e direito à saúde dos trabalhadores

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 853-868

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263644010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Participação e direito à saúde dos trabalhadores

Workers' participation and right to health

Karen Artur¹

Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito. Centro de Estudos em Direito e Desigualdades. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
E-mail: karenartur2014@gmail.com

Resumo

Este artigo trata da participação de representantes de trabalhadores em comissões intersetoriais de saúde do trabalhador (CIST) e também de estratégias destes profissionais na defesa do seu direito à saúde. Para tanto, realizamos revisão bibliográfica sobre ideias centrais nesse campo, leitura dos relatórios de conferências e entrevistas com representantes dos trabalhadores que participam da coordenação dessas comissões no âmbito estadual, especialmente em São Paulo, e na CIST Nacional. O trabalho aponta para a tensão presente na relação entre cidadania e mercado na construção social da efetivação do direito à saúde do trabalhador. Em relação ao controle social, as conferências nacionais da área e a resolução do Conselho Nacional de Saúde que estimula os conselhos a criarem as CIST possibilitam a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Contudo, a pesquisa mostra a necessidade de ações institucionais conjuntas para o fortalecimento da participação na construção da agenda, formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador; Representantes dos Trabalhadores; Direito à Saúde dos Trabalhadores.

Correspondência

Rua Francisco de Oliveira, 87, Caixa Postal 2080, Condomínio Leila.
São Carlos, SP, Brasil. CEP 13574-970.

¹ Bolsista de pós-doutorado do Programa de Apoio à Pesquisa da Reitoria da USP.

Abstract

This paper deals with the participation of worker representatives in workers' health inter-sector commissions (in Portuguese, CIST). Moreover, it approaches these professionals' strategies to defend the workers' right to health. In order to achieve these goals, we reviewed the literature to find the main ideas in this field, read conference reports and interviewed worker representatives who participate in the coordination of these commissions at the state level, especially in São Paulo, and in the national CIST. The study reveals the tension that is present in the relationship between citizenship and the market in the social construction of the accomplishment of workers' right to health. In relation to social control, the national conferences in the area and the National Health Council's resolution that stimulates councils to create CISTs enable the consolidation of the National Workers' Health Policy. However, the research shows the necessity of joint institutional actions in order to strengthen participation in the construction of the agenda, formulation, implementation and evaluation of worker's health public policies.

Keywords: Workers' Health Inter-sector Commissions; Worker Representatives; Workers' Right to Health.

Introdução

A construção do controle social em saúde do trabalhador tem buscado constituir uma intervenção em favor da participação social e do trabalho digno, tendo como marco institucional a Constituição de 1988, passando pelo estabelecimento da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo andamento das Conferências de Saúde do Trabalhador, pela criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e chegando até a edição atual da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Ainda, um elemento importante dessa construção é a atuação do Conselho Nacional de Saúde e da CIST Nacional, no sentido de que os conselhos de saúde promovam a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST).

A partir de uma abordagem institucionalista, que enfatiza a atuação dos atores sociais para direcionar as instituições, a pesquisa que gerou este artigo foi feita por meio de entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores da CIST Estadual do São Paulo: um coordenador desde 2013;² um coordenador entre os anos de 2007 e 2008;³ um dos fundadores da CIST, em 2004;⁴ além do coordenador da CIST Nacional,⁵ as quais foram realizadas com um questionário semiestruturado.⁶ Priorizamos a entrevista com os

2 Sindicato dos Químicos de São Paulo, do qual participa desde 1985. É coordenador da CIST estadual de São Paulo desde janeiro de 2013, tendo coordenado a CIST da capital paulista de 2004 a 2007, além de ter sido presidente do Diesat. Representa a CUT. São Paulo, 14 de novembro.

3 Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Rádio e Difusão do Estado de São Paulo. Relata estar envolvido desde jovem no movimento social. Na questão de saúde do trabalhador, atua desde a década de 1980, tendo sido chamado pela CUT. Participou da criação da primeira política municipal de saúde do trabalhador em São Paulo; do Conselho Municipal de Saúde, em 2002, em duas gestões; e do conselho estadual, em mais duas gestões. Em sua gestão foi criada a CIST no município de São Paulo. A CIST Estadual foi criada por outros companheiros seus. Segundo ele, não há uma memória da história do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo nem da CIST Estadual, exceto do período em que foi coordenador da comissão estadual, entre 2007 e 2008. São Paulo, 19 de fevereiro de 2014.

4 Sindicato dos Jornalistas do Estado de São Paulo. Foi membro do INST (Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador) e do coletivo da saúde do trabalhador da CUT, além de membro de conselho gestor e conselheiro municipal. Fez parte do movimento que organizou a I e a II Conferências Municipais de Saúde do Trabalhador de São Paulo, além da I Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador de São Paulo. No ano de 2004, participou como conselheiro estadual da criação da Comissão Técnica de Saúde do Trabalhador (assim concebida antes de ser CIST). Ainda, participou da primeira composição da CIST Nacional. Não atua mais no campo desde então. São Paulo, 19 de agosto de 2014. Entrevista concedida a Maria Paula de Souza Pozzi (diretora técnica do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo) e a Karen Artur.

5 Participa do movimento sindical desde 1989. Foi dirigente da CUT no Rio Grande do Norte, coordenador da Federação dos Metalúrgicos do Rio Grande do Norte e atualmente é secretário de Saúde da Confederação Nacional dos Metalúrgicos- CNM CUT. No Conselho Nacional de Saúde, representa a CUT. Chegou no CNS em maio de 2012. Hoje, é membro da mesa diretora do CNS e coordenador nacional da CIST do CNS. Ainda, é o vice- presidente da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o coordenador geral dela. São Bernardo do Campo, 18 de fevereiro de 2014.

6 Com questões referentes aos avanços e aos desafios da CIST; relação com conselhos, gestores e atores sociais; avaliação da PNSTT. Os entrevistados consentiram na publicação das mesmas.

coordenadores, que têm a função de cumprir o que define o regimento da CIST. Trabalhamos com a hipótese desses coordenadores terem ampla experiência na questão de saúde do trabalhador, o que é confirmado em seus perfis, empiricamente sindicalistas.

Sendo o trabalhador um sujeito central da política de saúde em questão, este artigo tem por objetivo geral tratar da participação através da CIST, abordando as percepções desses atores sobre as estratégias e as dificuldades de construção do controle social.

Nos orientamos pela análise de conteúdo das entrevistas, buscando compreender a lógica dos atores quanto a “[...] processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas” (Minayo, 2006, p. 23). Nesse sentido, a pesquisa qualitativa em ciência política tem buscado inserir a agência e as instituições, privilegiando relações causais, contextos, escolhas e interações (Rezende, 2011). Desse modo, os atores têm de agir para reconfigurar ideias, recursos e relações de modo a persuadir outros atores influentes a engajarem-se na construção das instituições (Abers; Keck, 2013).

Cortes e Lima (2012) enfatizam que o novo institucionalismo é o modelo analítico mais importante para o estudo das políticas públicas. Para tal escola, as políticas públicas não seriam simplesmente o resultado da ação de grupos de interesse situados no topo da hierarquia social, mas resultado de arranjos institucionais que estruturam as relações entre Estado, sociedade e as políticas, num processo contínuo de interação, no qual os atores são objetos e agentes da história e as regras institucionais permitem que as demandas se tornem politicamente relevantes (Steinmo; Thelen; Longstreth, 1992). Esse modelo comporta diferentes abordagens teóricas sobre o papel das instituições e como elas mudam: o institucionalismo da escolha racional, o institucionalismo histórico, o institucionalismo sociológico e o institucionalismo discursivo.

A abordagem da escolha racional tem como premissa o autointeresse, de modo que agência é baseada na ideia do cálculo dos agentes sobre como agir diante de uma dada estrutura institucional, considerando a sua posição e a de outros agentes na estrutura social. Já o institucionalismo histórico considera essa premissa limitada, pois toma as preferências como

dadas, desconsiderando a questão de como os indivíduos e os grupos formam seus interesses (Steinmo; Thelen; Longstreth, 1992). Alguns pesquisadores dessa escola voltaram-se para o institucionalismo sociológico, segundo o qual os atores agem de acordo com a lógica do que é apropriado culturalmente (Hall; Taylor, 2003). No entanto, a vertente do institucionalismo discursivo entende que o institucionalismo sociológico não explica as preferências que não se enquadram em normas macroculturais, defendendo que a forma como, porquê e quando os atores remodelam instituições, preferências e normas merece ser estudada por meio da análise do problema que as ideias carregam, em que contextos institucionais elas mudam, quem são os agentes portadores das mesmas e, principalmente, qual a audiência que vai participar do processo comunicativo (Schmidt, 2008).

Como observa Freitas (2014), duas importantes agendas de pesquisa têm emergido do institucionalismo histórico, de modo a confrontar a tendência estática das análises institucionais, que negligenciam a dinâmica de mudanças. A primeira agenda trata do entendimento dos mecanismos das mudanças institucionais, enquanto a segunda é um esforço para a compreensão do papel das ideias na política, na história e nas instituições (Steinmo; Thelen; Longstreth, 1992).

Partindo das ideias fomentadas no campo da saúde do trabalhador pelo fortalecimento dos valores e direitos promovidos pela Constituição Federal e pela legislação do Sistema Único de Saúde, os quais abrem-se para a valorização da esfera pública, inquiremos sobre as possibilidades da participação institucional como avanço do direito à saúde do trabalhador.

Ideias centrais do campo da saúde do trabalhador

O campo da saúde do trabalhador possui elementos normativos fortes relacionados à saúde como um bem público e à centralidade dos trabalhadores em tal política. Pensando em uma concepção de poder para além das posições institucionais, cabe analisar que “[...] os atores têm habilidade de pensar fora das instituições nas quais atuam, de falar sobre tais instituições de modo crítico e deliberar sobre elas,

convencendo a si mesmos e a outros a mudar suas ideias sobre as instituições e a agir para mudá-las” (Schmidt, 2010, p. 16; tradução nossa). Desse modo, apresentamos as ideias centrais que compõem esse campo e as tensões nele encontradas.

O campo da saúde do trabalhador representou uma ruptura epistemológica, uma vez que saiu do foco da doença para ser orientado pela concepção de saúde como produzida socialmente, por meio não apenas da influência do modo de produção capitalista e dos modelos de organização do trabalho no processo, mas também pelo enfrentamento dos problemas deles advindos pela classe trabalhadora (Gómez; Machado; Pena, 2011).

Nesse sentido, o movimento sanitário, atuante, a partir da década de 1970, no processo de redemocratização do país, teve por base tanto as premissas do novo sindicalismo como as novas formulações do campo da saúde. As ações de tal movimento voltaram-se não apenas para a criação de uma rede diferenciada de saúde do trabalhador e para o controle social da política de saúde, mas também para a defesa do trabalho digno, incluindo a participação dos trabalhadores na gestão dos processos produtivos (Hoefel; Severo, 2011).

Destacaram-se, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, os programas de saúde do trabalhador que contavam com a participação dos sindicatos de trabalhadores. Tais programas, “[...] orientados pelo compromisso de desvendar o adoecimento relacionado ao trabalho (...) incorporavam e ouviam os relatos sobre condições de trabalho (...) [considerando-os] sujeitos das ações de saúde (...) [de modo a] dar visibilidade a essas questões para a sociedade” (Hoefel; Severo, 2011, p. 122). Ainda, em São Paulo foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).

Atualmente, dada a importância da classe trabalhadora para tal concepção de saúde do trabalhador, as críticas a ela dirigidas pelas publicações também devem ser destacadas. Em geral, apontam para certo distanciamento dos sindicatos em relação ao tema. As análises refletem sobre as condicionantes desse comportamento sindical, refletindo sobre as pressões da nova ordem econômica mundial em detrimento do poder sindical (Costa, 2013). Outra

crítica aponta para a necessidade de retomada de um projeto de radicalização da democracia, que tem como subtexto a crítica da posição dos sindicatos em adotar os planos privados, o que desloca a concepção de saúde como bem público para saúde como bem de consumo (Fleury, 2009). Tal crítica, contudo, não impede a realização de projetos comuns, que contam com o apoio dos sindicatos, como é o caso da mobilização pela adoção do Projeto de Lei Complementar 321/2013, que aumenta recursos para a saúde (Brasil, 2013).

Em relação ao contexto de enfraquecimento do poder sindical, vários são os trabalhos que analisam o processo de precarização do trabalho que se seguiu à crise do pacto fordista, a partir dos anos 1970. Com o fortalecimento das políticas neoliberais, a reestruturação produtiva e o arrefecimento das principais economias mundiais os trabalhadores viveram um quadro de desemprego, de perda do valor real dos salários, de aumento das formas atípicas do trabalho e de perda do poder dos sindicatos. Castel (1998) expressou a questão social decorrente da regressão na tendência de expansão da relação salarial que caracterizou o período anterior. Os países periféricos, que nunca chegaram a ter um mercado de trabalho estruturado, também sofreram com o processo de precarização.

Segundo trabalho de Leite (2012), frente ao esgotamento das orientações do Consenso de Washington, alguns países da América Latina, como Argentina, Brasil e Uruguai, adotaram políticas diferenciadas que vêm possibilitando um processo de desenvolvimento econômico e social significativo, com melhorias no mercado de trabalho; diminuição do desemprego; distribuição de renda; aumento de parcela da força de trabalho com acesso a direitos trabalhistas e previdenciários; e recuperação da atividade sindical. No entanto, a autora aponta que os processos de subcontratação continuam a ocorrer, promovendo a precarização do trabalho. Também no caso brasileiro, a prática da terceirização espalhou-se por todos os setores (Leite, 2011), causando uma visível degradação das condições de trabalho e da perda de direitos. A mesma autora observa que, embora especialistas apontem para um aumento dos direitos do trabalho em termos legislativos ou de jurisprudência, medidas flexibilizadoras do direito do trabalho coexistem com os avanços.

A segunda crítica parte da constatação de que o legado de ideias e ações da saúde pública no país está em constante ameaça. O SUS possui vocação universalista, mas vê-se impedido de barrar a progressão do modelo privatista, em um contexto de predominância do pensamento neoliberal. Na análise do institucionalismo histórico estaríamos, nesse sentido, diante de uma mudança incremental por “sedimentação”, ou seja, pela introdução de novas regras no topo ou ao longo das regras existentes. Ocorre através de emendas, revisões, enfim, quando novas regras são anexadas às antigas mudando os caminhos pelos quais as originais estruturam o comportamento. Os defensores do *status quo* são capazes de preservar as regras originais, mas são incapazes de prevenir a edição de novas (Mahoney; Thelen, 2009). Desse modo, a introdução de um sistema privado de saúde junto a um sistema público existente resulta na drenagem do apoio político que a classe média e os sindicatos ofereciam ao público para o privado.

No Brasil, reconhece-se a possibilidade das mudanças incrementais comprometerem os avanços históricos do setor de saúde. Duas concepções distintas de políticas sociais estariam em jogo - a do campo da saúde e a dos neoliberais. Para os neoliberais, as políticas públicas sociais, ou seja, as ações do Estado que visam regular os desequilíbrios gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista, são consideradas um entrave para esse mesmo desenvolvimento. Nas palavras de Höfling “[...] tais ações não têm o poder - e frequentemente não se propõem a - de alterar as relações estabelecidas na sociedade” (2001, p. 39). As liberdades modernas, cerne da cidadania liberal, são concebidas como negativas, ou seja, buscam evitar que o indivíduo sofra algum tipo de violação por parte de quem exerce o poder ao realizar seus interesses.

Já a concepção de política social do campo da saúde defende que não se trata apenas de oferecer serviços, mas construir direitos sociais a partir de uma concepção de cidadania oposta à liberal. Trata-se, assim, de uma concepção de cidadania que a ciência política analisa “[...] como comunidade constitutiva, cujo processo de definir objetivos comuns seria o fundamento da identidade política dos indivíduos” (Moisés, 2005, p. 78).

A profunda mudança cultural, política e institucional que o movimento sanitarista brasileiro propôs, no sentido da cidadania acima apresentado, deve ser entendida, a partir das diretrizes que orientam o processo de construção da saúde, como um bem público:

[...] um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (Fleury, 2009, p. 748).

A definição de saúde presente no artigo terceiro e parágrafo único da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), sinaliza para a articulação entre condicionantes e determinantes: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (...) [bem como ações que] se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

Nesse sentido, o campo da saúde do trabalhador propõe que se pense o SUS de forma a romper “com a cultura reducionista de cada setor” (Vasconcellos, 2007, p. 34), o que demanda ultrapassar as fronteiras do setor de saúde para atender às necessidades dos trabalhadores. Propõe-se, por exemplo, que a perícia médica, a fiscalização do trabalho e a educação tenham preocupações com as questões trazidas pelo campo da saúde do trabalhador (Vasconcellos, 2007).

As publicações da área apontaram para ações institucionais desarticuladas, em que grandes contingentes de trabalhadores estão fora do alcance da política, em que os trabalhadores são desconsiderados como protagonistas na condução dos processos da política nacional e nas quais as informações não têm caráter epidemiológico (Gómez, Lacaz, 2005; Lacaz, 2007; Gómez et al., 2011; Hoefel, Severo, 2011; Gómez, 2013). Tais questões conduziram a elaboração da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 (Brasil, 2012a).

Ainda, a PNSTT deve articular-se com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011 (Brasil, 2011a), que tem por princípios: a) universalidade, b) prevenção, c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação, d) diálogo social e e) integralidade; e, como diretrizes: a) inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde, b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador, c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco, d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador, e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho, f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores e g) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho (Brasil, , 2012b).

Em relação à PNSTT, profissionais do campo da saúde do trabalhador apontam como desafios: a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e sua integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde; o fortalecimento da articulação intersetorial; a participação dos trabalhadores e o controle social; a capacitação dos profissionais e dos gestores; a constituição de um quadro estável de profissionais que garanta a institucionalização de políticas; além do fortalecimento de cursos para especialização em saúde do trabalhador (Gómez, 2013).

A seguir apresentamos a construção da PNSTT e os desafios do controle social em saúde do trabalhador através das CIST.

Controle social em saúde do trabalhador e as CIST: um projeto em construção

Como parte da grande mobilização social pela afirmação do direito à saúde como um direito de cidadania, duas conferências ocorridas em 1986 – a

8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) – contribuíram para a incorporação das reivindicações sobre a saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2011b).

Por sua vez, a 2ª CNST, ocorrida em 1994, constituiu-se como um espaço de debates sobre a implementação das disposições acerca da saúde do trabalhador, tendo como tema central: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. Em 2004, por meio do Grupo de Trabalho Interministerial, o qual teve como uma de suas atribuições a elaboração da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, foi convocada a 3ª CNST (Brasil, 2011b), realizada em 2005, tendo por objetivo definir as novas diretrizes da PNST. Três eixos temáticos foram definidos para orientar o debate da 3ª CNST: 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)? Tal conferência teve alto grau de mobilização popular e contou com devolutivas dos Estados (Brasil, 2011b).

O relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2011b) lembra que o contexto da 2ª CNST foi de grandes mudanças nas relações de trabalho que acompanharam o movimento mundial de reestruturação produtiva, com ênfase na globalização dos mercados, na privatização dos serviços públicos, nas terceirizações e nas mudanças de gestão, as quais conviveram com formas mais tradicionais de produção. Pode-se acrescentar que, em um país em que o Estado de bem-estar social jamais se concretizou nos moldes de países desenvolvidos, o aumento do desemprego, da informalidade e da exclusão social desestabilizaram ainda mais uma classe trabalhadora dividida e pressionada pelas práticas contra os direitos do trabalho. Por outro lado, o documento destaca que em todo o mundo cresceram as preocupações com os modelos de desenvolvimento, com implicações no mundo do trabalho. Como exemplo, tem-se o processo de ambientalização dos movimentos sociais e as pressões capitalistas pela desqualificação das regulações relativas ao meio ambiente, inclusive no âmbito do trabalho (Acsegrad, 2010; Comissão Internacional de Juristas, 2011).

Assim, todos esses aspectos trazem consequências para a saúde dos trabalhadores e são os desafios para a efetivação das proposições da 3ª CNST e da 4ª CNST, pois, ainda que os espaços de participação tenham aumentado e as novas políticas do campo de saúde do trabalhador tenham finalmente sido publicadas, existem desafios para a efetivação de tais políticas em um ambiente econômico que continua pressionando pela precarização das condições de trabalho e pela não viabilidade das políticas sociais.

Uma das estratégias da PNSTT é a Renast, que responde pela execução de ações assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde do trabalhador brasileiro. Foi criada em 2002, pela Portaria 1.679/GM (Brasil, 2002), com o objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador articuladas às demais redes do SUS, tendo suas metas de ampliação definidas na Portaria 2437, de 2005; sua atual conformação institucional é prevista na Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009 (Brasil, 2009). A Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações. Os desafios, portanto, estão na institucionalização dessa rede.

Especialmente no tocante à legislação sobre controle social, de acordo com o artigo 198 da Constituição Federal e a Lei nº. 8.080, a participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS. O artigo 12 da referida lei determinou a criação de seis comissões intersetoriais, dentre elas a de *saúde do trabalhador*. Ainda, a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de conferências e conselhos de saúde, como esferas colegiadas, estabelecidas em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo.

Assim, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), prevista na mencionada Lei

nº 8.080, tem como atribuições: elaborar normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador (art. 15, VI); participar da formulação e implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art. 16, II, d); e participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho (art. 16, V).

Segundo informações disponíveis na página do Conselho Nacional de Saúde, a CIST foi instituída pela Resolução do CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991 (Brasil, 1991). Posteriormente, houve a reestruturação em sua composição por meio das Resoluções CNS nº 185, de 8 de maio de 1996, e nº 296, de 2 de setembro de 1999. Atualmente, a sua composição está definida na Resolução CNS nº 387, de 14 de junho de 2007.⁷

A CIST tem como objetivo assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento dos temas relativos à saúde do trabalhador. Anualmente, apresenta ao CNS o plano de trabalho e o calendário de reuniões, com base no planejamento do próprio conselho, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e na Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

A Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009, adequando a Portaria 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005), prevê que as CIST estaduais e municipais sejam vinculadas aos conselhos estaduais e municipais de saúde. Dessa forma, a elaboração e o monitoramento da execução das políticas, planos, programas e ações em saúde do trabalhador, nas três esferas – municipal, estadual e federal – devem ocorrer de forma articulada e aprovada pelas respectivas instâncias de controle social.

No campo da saúde do trabalhador, Hoefel e Severo (2011) apontam como obstáculos vivenciados no cotidiano dos fóruns participativos, dentre outros: as práticas de cooptação de lideranças em troca de favores, a falta de acesso às informações, a utilização de linguagem técnica e a desarticulação dos conselheiros com suas bases. Especificamente quanto às comissões intersetoriais de saúde do trabalhador, Gómez assim se pronuncia:

7 Esse processo está indicado no quadro de resoluções do Conselho Nacional de Saúde, que contém o conjunto de resoluções adotadas por ano, com suas ementas. Ver: <<http://conselho.saude.gov.br>>.

Da mesma forma que em outras instâncias de participação dos usuários no setor saúde, a representação dos trabalhadores nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) apresenta grandes fragilidades. Convivemos hoje com um baixo nível de mobilização das organizações de classe, o que repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em saúde do trabalhador nos planos estaduais e municipais de saúde (2013, p. 23).

Segundo o coordenador nacional da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/CNS, os principais problemas encontrados foram: CIST funcionando sem formalização; sem respaldo do Conselho de Saúde; dentro do Cerest; formadas só por conselheiros; falta de compreensão do que é a CIST e seu papel enquanto controle social do SUS; falta de comprometimento na presença; falta de apoio financeiro por parte dos conselhos de saúde; e entraves por parte da gestão.

Recentemente, em 21 de janeiro de 2014, foi publicada no *Diário Oficial da União* (DOU), a Resolução CNS nº 493/13 (Brasil, 2014a) que estabelece que os conselhos de saúde estaduais, distrital e municipais promovam a criação de CIST a fim de auxiliar o trabalho do Pleno do CNS, resgatando e reiterando os princípios do Sistema Único de Saúde e do controle social. A resolução determina como objetivos e finalidades das CIST: acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Cerest, observando seus planos de trabalho; participar da construção ou sugerir ações no plano de trabalho dos Cerest; 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 pelas Secretarias 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/prestadores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde do trabalhador; e contribuir para dar conhecimento à sociedade em geral da legislação em saúde do trabalhador não só do SUS.

Em relação à composição das CIST, determina que o pleno do conselho de saúde, por meio de resolução, deliberará sobre o número de participantes e quais as entidades que comporão a comissão, sendo a sua composição o mais representativa possível, garantindo a presença de conselheiros de saúde (titulares e/ou suplentes), órgãos/gestores ligados à política de saúde do trabalhador e entidades que atuem neste campo, como, por exemplo, as centrais sindicais, os sindicatos, as associações de moradores/bairros, representações de empregadores, universidades etc. Portanto, não necessariamente deve seguir a paridade do conselho de saúde (25% gestores e prestadores de saúde; 25% trabalhadores da saúde e 50% de usuários da saúde). Em relação à coordenação, tanto o coordenador e quanto o coordenador-adjunto devem ser conselheiros de saúde, devendo pelo menos um deles ser titular.

Segundo o coordenador da CIST Nacional, desde que assumiu a coordenação, em maio de 2013, o número de comissões pelo Brasil teria aumentado de 95 para cerca de 150, legalmente constituídas e funcionando nos conselhos (em um universo de mais de 5 mil municípios), havendo, atualmente, CIST estaduais em todos os Estados, exceto em Roraima. Ainda, haveria mais de 100 CIST em processo de formação. Nesse sentido, por meio de debates realizados pelo Brasil, além da publicação da resolução do CNS, estaria em curso uma política de ampliação e formalização das CIST.

Quando questionado sobre sua percepção das experiências das comissões, o coordenador da CIST Nacional afirmou que interesses econômicos e eleitorais interferem nas mesmas, mas que há casos de efetiva participação dos trabalhadores e das CIST

no controle social e na discussão do impacto local do exercício de atividades industriais. Ele citou o exemplo do estado do Rio Grande do Sul, onde há o Fórum da Saúde, que reúne todas as centrais sindicais, que estão ajudando a construir a CIST.

Ainda, o coordenador da CIST Nacional refletiu que, embora exista uma parcela considerável de dirigentes sindicais que discutem saúde do trabalhador, alguns com mais de 30 anos de história, eles não lideram as centrais sindicais e mesmo suas entidades filiadas. Desse modo, é um desafio enfrentar o fato de que a saúde do trabalhador não é vista pelas centrais como uma prioridade, além do seu desconhecimento sobre o papel das CIST no controle social e como instrumento de luta para a defesa da saúde do trabalhador, uma vez que os trabalhadores estão representados no segmento dos usuários. Continuando sua reflexão, afirmou que tal questão distancia a CUT das demais centrais, pois esta entende que é preciso fazer o debate para conscientizar os seus dirigentes e os das demais centrais sobre a importância de ter a saúde do trabalhador como uma prioridade.

Esse quadro de necessidade de expansão das CIST e de ajustamento às normativas existentes também apareceu como uma preocupação do atual coordenador da CIST de São Paulo. Ao ser questionado sobre os principais avanços e desafios da CIST paulista, ele apontou a realização do Encontro Estadual das CIST São Paulo, nos dias 5 e 6 de setembro 2013. Segundo ele, do total de 645 municípios e 42 Cerest paulistas, 31 municípios responderam ao questionário sobre a existência e funcionamento de CIST municipal, sendo constatada a presença de irregularidades em sua constituição, tais como comissões municipais instituídas por Câmaras de Vereadores.

Ainda, o entrevistado destacou a necessidade do estabelecimento de relações interinstitucionais que promovam a intersetorialidade e transversalidade pretendidas pela PNSTT, apresentando dificuldades de articulação entre setores, ministérios, gestores e atores sociais. Apesar dessa fragilidade institucional, pode-se apontar como positivas as experiências geradas na CIST no sentido da produção de *accountability* da gestão, do despertar para a necessidade de estímulo para a capacitação dos trabalhadores nas questões de saúde do trabalhador e para a abertura para novos atores sociais.

Em São Paulo, um entrevistado informou que a experiência de fundação da Comissão Técnica de Saúde do Trabalhador, em 2004, foi fruto de um processo de mobilização em defesa da saúde do trabalhador que partiu do município e alcançou o Estado de São Paulo. Nesse processo, a constituição da Plenária como um espaço informal mas representativo de articulação entre diversos atores foi fundamental. Ele defendeu que um fator importante para que os sindicatos fossem ativos foi a existência de espaços internos de discussão sobre a saúde do trabalhador, como o Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST) e os coletivos de saúde do trabalhador da CUT, entendendo que esses espaços estariam desarticulados. Já um ex-coordenador da CIST Estadual entre 2007 e 2008 manifestou que as políticas que deveriam ter sido realizadas a partir das devolutivas da 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador ainda não o foram, o que indica as dificuldades enfrentadas por essa CIST junto à gestão para efetivação da política estadual de saúde do trabalhador. Por sua vez, embora o atual coordenador tenha relatado experiências de avaliação da gestão quando estava na CIST municipal, a entrevista revelou outras dificuldades enfrentadas na efetivação da política estadual, a exemplo das comissões sem diálogo no conselho estadual, da necessidade de chamar novos atores, da não integração com as instituições e da necessidade de legalização das CIST municipais.

A seguir, apresentaremos duas estratégias de defesa do direito à saúde do trabalhador. Uma refere-se à participação na produção de normativas sobre a saúde do trabalhador através das CIST. A outra é a realização de uma conferência por uma central sindical, o que é importante para a revitalização de seu papel no controle social e para a discussão dos instrumentos necessários para o empoderamento dos sindicatos na defesa da saúde do trabalhador.

Saúde do trabalhador e as CIST: entre o Estado e o mercado

Do mesmo modo que a experiência das CIST estaduais e municipais pode ajudar a compor as recomendações da CIST Nacional e as recomendações e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, quando estes pautam um tema, tanto os conselhos como as

CIST estaduais e municipais podem valer-se de tais instrumentos – daí a importância desse trabalho de produção de normativas.

Cabe inquirir, contudo, os limites encontrados para sua efetividade. Segundo entrevistado que foi coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do estado de São Paulo (CIST SP), tal comissão produziu um projeto de recomendação sobre canavieiros, que foi levado ao Conselho Nacional de Saúde, que, a partir dessa ação e de outras entidades, publicou a Recomendação nº 32, de 9 de outubro de 2008 (Brasil, 2008), sobre a necessidade de atuação do Grupo Interministerial para discussão do tema com as entidades qualificadas, exortando que o Ministério da Saúde realize pesquisas e pense seu papel no enfrentamento do problema e que o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aperfeiçoe a Norma Regulamentadora 31, no que concerne às questões relativas aos equipamentos para proteção individual (EPI) e pausas para descanso, além de rever a certificação de aprovação de tais equipamentos.

Em 2009, foi lançado o “Compromisso nacional para aperfeiçoar as condições de trabalho na cana-de-açúcar”, cujos parceiros assinantes foram o Fórum Nacional Sucroenergético, a União da Indústria de Cana-de-açúcar (Única), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), a Federação dos Empregados Rurais Assalariados do Estado de São Paulo (Feraesp), a Casa Civil da Presidência da República e os ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Saúde.

Segundo Maeno (2013), no lançamento destacou-se a “[...] impertinência do destaque das condições precárias, particularmente do trabalho escravo, no exterior” (p. 174). Tal compromisso tem como questão central a concessão do selo de empresa compromissada, concessão feita pela Comissão Nacional de Diálogo e Avaliação do Compromisso Nacional. A autora citada aponta que a auditoria do compromisso por parte das empresas pode ser feita por empresas privadas, selecionadas por edital, o que contraria “[...] a convenção da OIT 81, ratificada pelo Brasil, que determina essa responsa-

bilidade a ‘funcionários públicos’, menos sujeitos a interferências externas indevidas” (Maeno, 2013, p. 175). Tal compromisso, no entanto, não impede que empresas coloquem interesses econômicos acima da dignidade de tais trabalhadores. Na verdade, ele pode ser usado instrumentalmente para afastar a fiscalização. A mesma autora aponta que no interior de São Paulo o Ministério Público do Trabalho (MPT) pediu na justiça a suspensão do certificado de usinas de cana-de-açúcar que desrespeitavam condições de trabalho, direitos e instituições.

O entrevistado anteriormente citado valorizou positivamente a acolhida da recomendação da CIST SP sobre canavieiros em âmbito nacional; no entanto, pondera que no próprio estado de São Paulo em outros temas, como lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, agrotóxicos, saúde mental, saúde no setor público, não se desenvolveram políticas efetivas no sentido da implementação de ações voltadas para tais questões.

Como exemplo de normativas que partem do âmbito nacional para sensibilizar a sociedade em geral, tem-se a moção de repúdio aprovada no V Encontro Nacional das CIST e a aprovação da Recomendação nº 001, de 6 de fevereiro de 2014, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2014d). Tal recomendação dá-se no sentido de “[...] revogar os artigos 52, 53 e 54 da Lei Federal nº 12.873/2013, o Decreto Presidencial nº 8.133/2013, e a Portaria nº 1.109/2013 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, tendo em vista os riscos destas legislações para a sociedade brasileira”. Segundo o atual coordenador da CIST Nacional, tal legislação teria “[...] aberto as portas para a entrada de agrotóxico no Brasil, inclusive abrindo a possibilidade para entrada de agrotóxicos que estão banidos no mundo, devido à pressão do agronegócio”.

De acordo com o coordenador, tal recomendação foi enviada para a Casa Civil, os ministérios do Trabalho, da Previdência e da Agricultura, além da Organização Internacional do Trabalho (OIT), Ministério Público e para todos os setores que podem contribuir.

Informação do *site* da Procuradoria Geral do Trabalho⁸ afirma que uma comissão interna foi criada para avançar as ações do MPT contra o uso

8 Documento disponível online no site do PGT: (Brasil, 2014c).

indiscriminado de agrotóxicos, após reunião com os representantes do Conselho Nacional de Saúde e da Associação Nacional de Saúde Coletiva (Abrasco). Ainda, segundo o coordenador da CIST Nacional, têm sido realizadas oficinas com o Conselho Nacional de Justiça, Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal para colaborarem no âmbito nacional, dado que, do ponto de vista institucional, o CNS não tem como acionar o governo judicialmente. Desse modo, a defesa da saúde do trabalhador no Brasil depende de um conjunto de atores e instituições pautados pela promoção dos valores democráticos e de direitos humanos presentes na Constituição de 1988.

Diante das dificuldades de mobilização de classe discutidas na sociologia do trabalho, apontadas pelo campo da saúde do trabalhador e que transparecem na fala do coordenador da CIST Nacional, faz-se necessário tratar como a principal central sindical do país, que se destaca pelo histórico de mobilizações (Oliveira, 2012), tem se posicionado sobre as políticas em questão e sobre o controle social na área.

Nas publicações da CUT⁹ explicita-se que não basta a política de Estado e que, apesar da central ter participado da formulação das políticas públicas aqui tratadas, nos espaços de controle social, no parlamento, nos espaços tripartides para formulação de normas regulamentadoras para diversos setores, no STF pelo banimento do amianto e nas conferências da Organização Internacional do Trabalho, o tema da democratização das relações de trabalho precisa ser discutido internamente.

Reconhecendo que muitos sindicatos não têm a questão da saúde do trabalhador em suas agendas, a CUT Nacional decidiu pela realização de conferências internas estaduais para consolidar a política de saúde do trabalhador no interior da central. Durante a 1ª Conferência Estadual da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ocorrida em dezembro de 2013, no Sindicato dos Químicos de São Paulo, os trabalhadores discutiram temas fundamentais, concernentes ao mundo da produção, à organização dos trabalhadores e às políticas estatais que interferem na saúde do trabalhador.

Nesse sentido, durante a conferência, reafirmaram a necessidade de organizar os trabalhadores nos locais de trabalho, combater a rotatividade e fortalecer os direitos coletivos, enfatizando a necessidade de ratificação da Convenção 158 da OIT contra demissão injustificada. Ainda, afirmaram a postura de combater os projetos de lei que ampliam a terceirização da mão de obra no país, a qual provoca a precarização do trabalho.

Foram apresentados dados de pesquisas realizadas pela Fundacentro (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho) sobre a nanotecnologia, que pode provocar consequências sociais, ambientais e econômicas, defendendo inserção do direito à informação dos trabalhadores acerca da introdução dessa tecnologia em negociações coletivas.

Ressaltando que não pode haver desenvolvimento sustentável sem respeito à saúde do trabalhador, foi feita a denúncia de que há empresas que fazem publicidade no sentido de serem ambientalmente responsáveis, mas que, na verdade, não promovem a saúde do trabalhador.

A partir da apresentação de dados do Ministério da Previdência, que contabilizam cerca de 700 mil trabalhadores acidentados em 2012 no Brasil, quase 245 mil acidentes registrados no Estado de São Paulo, foi criticado o investimento dos recursos públicos para reparar acidentes ao invés de direcioná-los para a prevenção da saúde.

Tais questões, juntamente com os desafios enfrentados por diversos trabalhadores do setor público, financeiro, da educação, da saúde e do sistema prisional, entre tantos outros, foram levados para a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, que ocorreu após seis plenárias divididas em encontros macrorregionais no estado de São Paulo. Os resultados dessa conferência foram para a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, sob o tema “Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, cujos subeixos são: I) o desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora; II) o fortalecimento da participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações

9 Informações retiradas de: (Cut, 2012, 2013).

de saúde do trabalhador e da trabalhadora; III) efetivação da PNSTT, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; e IV) financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador nos municípios, Estados e União (Brasil, 2014b).

No momento da realização da pesquisa, a realização da 4ª Conferência estava previsto para novembro de 2014. O coordenador da CIST Nacional defendeu que essa conferência como será um momento para discussão, com toda a sociedade, das consequências do crescimento econômico do Brasil na vida dos trabalhadores, mas não apenas deles. Interpelar a sociedade como um todo é um desafio.

Essa conferência acontece em um momento em que o Brasil está completando duas décadas como um dos campeões de mortes de trabalho no mundo. No Anuário de 2011¹⁰ foram 2.825 mortes no local de trabalho. Aquele avião que caiu em São Paulo, da TAM, o maior acidente aéreo brasileiro, foi uma comoção nacional e internacional. Estamos perdendo 2.825 por ano no local de trabalho. Fora os que não são notificados. Muitos trabalhadores se acidentam, vão para a perícia, voltam a trabalhar, morrem em consequência da sequela, mas não computados como morte por acidente de trabalho. A conferência ocorre neste momento em que o Brasil não é mais visto como um país pobre, mas como um país rico, em crescimento. E nós sabemos que a aceleração a produção aumenta [o] número de mortes, sequelados e doentes no trabalho. Isso sem contar com outras iniciativas, que nós só vamos ver os efeitos a longo prazo, mas que são extremamente perigosas para os trabalhadores (Coordenador da CIST Nacional).

Considerações finais

Segundo Nogueira (2007, p. 55), o melhor lócus para o “[...] desencadeamento de dinâmicas de emancipação [...]” é a sociedade civil. O autor destaca, porém, que, “[...] na ausência de um Estado, desvincula-se da ideia republicana, ou seja, converte-se em espaço de interesses exacerbados, não de direitos” (p. 55).

Desse modo, ao invés de uma governança voltada para os interesses do mercado, propôs-se o conceito de governança como capacidade de ação estatal na implementação de políticas e metas coletivas, o que implica expandir mecanismos de inserção do Estado na sociedade (Diniz, 1997), rompendo com a tradição de governo isolado na alta burocracia e de uma cidadania reduzida a eleições periódicas.

Em sociedades como a brasileira, nas quais a dimensão cívica e igualitária da cidadania não foi generalizada, o papel do Estado é fundamental para a indução de processos sociais nesse sentido. Portanto, a publicação da PNSTT e da PNSST é um passo importante para a concretização das normas constitucionais de saúde do trabalhador e das deliberações desenvolvidas pelas conferências.

Necessário apontar que o Estado, através de seus poderes, tem tido um papel contraditório no processo de construção do direito à saúde do trabalhador. Aqui apresentamos algumas contradições: as mudanças incrementais que acabam por privilegiar o setor privado, o qual não preconiza o tipo de modelo democrático da saúde pública no país; a não resposta ao projeto de lei que pede aumento do financiamento para o SUS; a adoção de práticas que privilegiam o mercado em detrimento da saúde dos trabalhadores e da sociedade em geral, como no caso da legislação dos agrotóxicos anteriormente apresentada; e uma institucionalidade contrária à democratização das relações no local de trabalho.

Ainda, a institucionalização do controle social através das Comissões Intersetoriais de Saúde é frágil, conforme os dados encontrados, que apontam para um recente esforço no sentido de sua expansão e regularização.

Diante desse quadro, além da importância da institucionalização da participação dos cidadãos através das CISTs e demais espaços de controle social, devem ser destacadas as ideias e os projetos dos espaços socialmente produzidos pelos trabalhadores em conjunto com demais atores e instituições em prol do direito à saúde do trabalhador e à efetivação das políticas a ele relacionadas.

10 Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho de 2011, publicado pelo Ministério da Previdência Social e pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Assim, reafirma-se a necessidade de articulação entre os atores responsáveis pelo controle social em saúde do trabalhador – os sindicatos e as centrais sindicais, os movimentos sociais, os conselheiros e os gestores da saúde – para que se difundam conhecimentos sobre a importância da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora, de modo a compreenderem como os acidentes, adoecimentos e mortes afetam a justiça social. Destacamos também a importância do estabelecimento de relações entre esses atores com as instituições envolvidas na efetivação desse direito humano, dentre elas o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério da Previdência e o Ministério Público do Trabalho, no sentido de colocarem à disposição instrumentos para sua efetivação.

Do mesmo modo, não devemos menosprezar o trabalho cotidiano de sindicalistas e trabalhadores ligados a associações,¹¹ que, a partir dos valores democráticos e de respeito a direitos humanos contidos no SUS, constroem-se como sujeitos políticos da cidadania. Apresentando-se não apenas como consumidores ou trabalhadores, estão atentos para as injustiças econômicas e culturais vivenciadas pelos brasileiros, expressas não apenas na classe, mas também em gênero e em raça, enquadradas num contexto institucional de reprodução de desigualdades (Fraser, 2001, 2009; Miguel, 2012). Nesse sentido, registramos aqui a importância do resgate das experiências de sindicalistas e trabalhadores cuja trajetória passa por movimentos sociais diversos e que lutaram contra a desigualdade de classe, mas também pelo reconhecimento de doenças que acometem determinadas populações e setores, bem como pelo estabelecimento de uma política de respeito às diversidades. Essas lutas ajudam a recuperar o sentido da cidadania como um processo não estanque nos formalismos abstratos de sua noção liberal.

Por sua vez, as conferências são indutoras da promoção do controle social em saúde do trabalhador. Como exemplo, a partir das devolutivas da 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador, foi promovido o debate das condições de trabalho dos canavieiros

em São Paulo, informando também o debate nacional, com a construção de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde. Pode-se apontar a discussão da necessidade do fortalecimento do controle social feita na dinâmica de organização da próxima Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, bem como a resolução do CNS no sentido de estimular os conselhos a criarem as CIST como mobilizadoras do controle social e da possibilidade de efetivação da PNSTT como uma política de Estado, que insira a saúde do trabalhador no SUS.

Assim, diante das práticas que visam burlar a legislação e as normativas oriundas da participação social, importante acompanhar as ações conjuntas das instituições e fortalecer a participação na definição, formulação, implementação e avaliação de políticas públicas sobre a saúde do trabalhador. Desse modo, através da participação social, os cidadãos e as instituições podem compartilhar informações para implementar e modificar a política de saúde do trabalhador e da trabalhadora, estabelecendo uma linguagem de direitos contra o estilo tecnocrático de gestão e contra práticas opressivas do mercado, mobilizando os atores sociais e as instituições para a produção de novas regras e ideias sob a perspectiva da justiça social.

Referências

- ABERS, R. N.; KECK, M. *Practical authority: agency and institutional change in Brazilian Water Politics*. New York: Oxford University, 2013.
- ACSELRAD, H. Ambientalização das lutas sociais: o caso do movimento por justiça ambiental. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 24, n. 68, p. 103-119, 2010.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.

¹¹ A pesquisa que gerou este artigo também compreendeu entrevistas com coordenadores de outras CISTs Estaduais- RJ, RN e RS. No Rio Grande do Norte, o histórico de formação da CIST está centralizado em uma associação de pessoas portadoras de doenças de trabalho, em interação com sindicatos, a academia e o Ministério Público do Trabalho.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 1991. Seção 1, p. 28717-28718.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 2002. Seção 1, p. 53-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM, 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 78.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 32, de 9 de outubro de 2008. CNS, Brasília, DF, 9 out. 2008. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2008/Rec_032.doc>. Acesso em: 16 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2009. Seção 1, p. 75-77.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 nov. 2011a. Seção 1, p. 9-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Trabalhar, sim! Adoecer, não!:* o processo de construção e realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: relatório ampliado da 3ª CNST. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2012a. Seção I, p. 46-51.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho e Emprego. Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. *Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho*. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Congresso Nacional ignora que o povo precisa de saúde!*. Brasília, DF: CNS, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/12dez_13_saude.html>. Acesso em: 16 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 493, de 7 de novembro de 2013. Que os Conselhos de Saúde nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal promovam a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, por meio de resolução para assessorar ao Plenário do referido Conselho resgatando e reiterando os princípios do SUS e do controle social, seguindo as orientações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 jan. 2014a. Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. *Documento orientador da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Geral do Trabalho. PGT discute ações para controle do uso de agrotóxicos. *Jus Brasil*, Brasília, DF, 11 fev. 2014c. Disponível em: <<http://mpt.jusbrasil.com.br/noticias/113098804/pgt-discute-acoes-para-controle-do-uso-de-agrotoxicos>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 001, de 6 de fevereiro de 2014. CNS, Brasília, DF, 6 fev. 2014d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>

- recomendacoes/2014/Reco0001.doc>. Acesso em: 16 jun. 2015.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- COMISSÃO INTERNACIONAL DE JURISTAS. *Acesso à justiça: violações de direitos humanos por empresas - Brasil*. Genebra, 2011.
- CORTES, S. V.; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise das políticas públicas. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 87, p. 33-62, 2012.
- COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.
- CUT - CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. *Balanço 2012: constituir e fortalecer a organização nos locais de trabalho é fundamental*. São Luís, 2012. Disponível em: <<http://www.cut-ma.org.br/destaques-nac/22824/saude-do-trabalhador-em-movimento-e-fundamental-constituir-e-fortalecer-a-organizacao-nos-locais-de-trabalho>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- CUT - CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. *Organização no local de trabalho resulta em avanços nas políticas públicas de saúde do trabalhador*. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.cutsp.org.br/destaques/2840/cut-sp-organizacao-no-local-de-trabalho-resultado-em-avancos-nas-politicas-publicas-de-saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- DINIZ, E. Crise, governabilidade e reforma do estado: em busca de um novo paradigma. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (org). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.115-126, 1997.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento?: dilemas na justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, J. (Org.). *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2001. p. 245-282.
- FRASER, N. Reenquadrando a justiça em um mundo globalizado. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 77, p. 11-39, 2009.
- FREITAS, L. B. de. A aplicação dos princípios constitucionais pelo TST nos julgamentos dos trabalhadores canavieiros. In: ENCONTRO DA ABCP, 9., 2014, Brasília. *Anais...* Brasília, DF: ABCP, 2014. Disponível em: <http://www.encontroabcp2014.cienciapolitica.org.br/resources/anais/14/1403730978_ARQUIVO_LigiaBarrosdefreitas-textocompleto.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- GÓMEZ, C. M. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.
- GÓMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 707-897, 2005.
- GÓMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n 58, p. 192-223, 2003.
- HOEFEL, M. da G. L.; SEVERO, D. O. Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 5, n. 4, p. 120-138, 2011.
- HÖFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, Campinas, ano XXI, n. 55, p. 30-41, 2001.
- LACAZ, F. A. de C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- LEITE, M. de P. O trabalho no Brasil dos anos 2000: duas faces de um mesmo processo. In

- OLIVEIRA, R. V. de; GOMES, D.; TARGINO, I. (org.). *Marchas e contramarchas da informalidade do trabalho: das origens às novas abordagens*. João Pessoa: UFPB, 2011. p. 29-63.
- LEITE, M. de P. A sociologia do trabalho na América Latina: seus temas e problemas (re) visitados. *Sociologia & Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 103-127, 2012.
- MAENO, M. Saúde do trabalhador e crescimento econômico com equidade: a partir do diagnóstico, o que fazer? In: KREIN, J. D. et al. *Regulação do trabalho e políticas públicas*. São Paulo: Fundação Perseu Abrahão, 2013. v. 2, p. 165-184.
- MAHONEY, J.; THELEN, K. A theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, J.; THELEN, K. (Ed.). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University, 2009. p. 1-37.
- MOISÉS, J. Á. Cidadania, confiança e instituições democráticas. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 65, p. 71-94, 2005.
- MIGUEL, L. F. Democracia e sociedade de classes. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, DF, n. 9. p. 93-117, set./dez. 2012.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- NOGUEIRA, M. A. Bem mais que pós-moderno: poder, sociedade civil e democracia na modernidade periférica radicalizada. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 43, n. 1, p. 46-56, 2007.
- OLIVEIRA, R. V. de. *Sindicalismo e democracia no Brasil: novo sindicalismo ao sindicato cidadão*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2012.
- REZENDE, F. C. “Nova metodologia qualitativa” e as condições essenciais de demarcação entre desenhos de pesquisa na ciência política comparada. *Revista Política Hoje*, Recife, v. 20, n. 1, p. 219-252, 2011.
- SCHMIDT, V. A. From historical institutionalism to discursive institutionalism: explaining change in comparative political economy. In: AMERICAN POLITICAL SCIENCE MEETINGS, 2008, Boston. *Paper...* Apsa: Boston, 2008.
- SCHMIDT, V. A. Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth ‘new institutionalism’. *European Political Science Review*, Cambridge, v. 2, n. 1, p. 1-25, 2010.
- STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (ed.). *Structuring politics*. New York: Cambridge University Press, 1992.
- VASCONCELLOS, L. C. F. de. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

Recebido: 08/04/2014
 Reapresentado: 26/08/2014
 Aprovado: 15/09/2014