

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

- 3ª CNST -

“Trabalhar Sim, Adoecer Não”

**TEXTOS DE APOIO
COLETÂNEA Nº 1**

BRASÍLIA – MAIO DE 2005

ÍNDICE

01 – Apresentação	03
02 – A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST	07
03 – A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no SUS: um desafio a organização e a integralidade da atenção	13
04 – Direito e Saúde – possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador	18
05 – Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST	21
06 – Gestão Hominal: a saúde do trabalhador também é patrimônio – uma proposta	28
07 – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP	33
08 – O Controle Social no SUS e a RENAST	39
09 – O Movimento pela Justiça Ambiental e a Saúde do Trabalhador	44
10 – Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP: um instrumento de controle social	49
11 – O Processo de Saúde-Doença no Serviço Público e suas Conseqüências ao Estado, ao Cidadão e ao Servidor	54
12 – Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória	56
13 – Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões	58
14 – Saúde dos Trabalhadores e Ambiente: por um desenvolvimento sustentável?	63
15 – Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador	68
16 – Vigilância em Saúde do Trabalhador	73

01 - Apresentação

Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador – MS

Em nosso país, até 1988, a Saúde era um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes) ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica ou, por fim, uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência e nem recursos para pagar assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos (como as Santas Casas).

Desse modo, a atenção à saúde era, rigorosamente, um produto de serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, por meio de uma política de Estado compensatória voltada aos trabalhadores contribuintes, formalmente inseridos no mercado de trabalho.

As ações de caráter mais coletivo, as então chamadas "ações de saúde pública", eram executadas pelo Ministério da Saúde e completamente dissociadas da atenção individual, ações estas resumidas em campanhas e programas predominantemente de caráter preventivista, tais como as campanhas de prevenção (incluindo vacinação) e os programas sobre doenças específicas (incluindo as doenças endêmicas).

Com os níveis de desigualdade de distribuição da riqueza existentes no Brasil, somados à sua imensa diversidade étnica, cultural e geográfica, tal modelo, que excluía o acesso da maior parte da população para a atenção à saúde e dissociava completamente as ações individuais das ações coletivas, contribuía incisivamente para perpetuar uma péssima qualidade de vida aos cidadãos, no que diz respeito à saúde.

Objetivamente, até a década de 80, apesar de vivermos numa nação com uma riqueza natural e cultural invejável e uma economia ascendente, internacionalmente considerada "pujante", tínhamos, paradoxalmente:

- crianças morrendo aos milhões, devido a diarreia, sarampo, meningite, entre outros agravos "preveníveis", que faziam com que a mortalidade infantil no Brasil, principalmente em algumas regiões, só pudesse ser comparada aos piores índices do planeta;
- a maioria das mulheres sem assistência à gestação e ao parto, com índices de mortalidade materna e infantil perinatal que também só poderiam ser comparados aos piores do planeta;
- índices inaceitáveis de acidentes e doenças do trabalho, a ponto de organismos internacionais, como a OIT, pressionarem o então governo por providências em curto prazo.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80 o recrudescimento dos movimentos de massa levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador.

O que é conhecido hoje como Saúde do Trabalhador é, portanto, a resposta institucional a esses diversos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, confluíram para a reivindicação de que a Saúde do Trabalhador fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública. Entre os principais movimentos que contribuíram para o

desenvolvimento da institucionalização da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos:

- o movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80;
- o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira;
- o movimento pelas eleições diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte e;
- a promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde.

Em 1988 o povo brasileiro conquistou, após quase 500 anos de história, o direito universal à saúde, disposto na **Constituição da República Federativa do Brasil**, em seu Art.196 como *“...um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”*.

O texto da Carta Magna, em seu artigo 198, afirma ainda que “ **... As ações e serviços de saúde integram um rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...**” e, em seu artigo 200, está definido que “**... ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de saúde do trabalhador...**”.

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS e, devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo setores relacionados com a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar (saúde, engenharia, ciências humanas) e com a participação pró-ativa do trabalhador.

Tem sido colocado, de forma justa e pertinente que o SUS, nos últimos dez anos, representou um enorme avanço no que tange ao acesso do cidadão às ações de atenção integral à saúde e à participação da comunidade em sua gestão, por meio das instâncias de controle social, legalmente definidas. Tal avanço tem se refletido na melhora substancial dos indicadores gerais de saúde como, por exemplo, a mortalidade infantil. Porém, é sabido que, para seguirmos em direção ao direito plena à saúde, temos que avançar na melhoria da qualidade e da equidade em suas ações, incluindo a estruturação qualificação do SUS para a Saúde do Trabalhador.

O trabalho, como um fator determinante da saúde, tem sido amplamente estudado e discutido nos últimos anos, mas as ações em Saúde do Trabalhador, tal como prevê o arcabouço jurídico do SUS têm se desenvolvido apenas por alguns estados e municípios, de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde no âmbito nacional.

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores¹. A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000);

1 _____

¹ Brasil, Ministério da Previdência Social, 2003.

Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003)², demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a sete vezes maior.

No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, ou seja, a média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho.

Apesar de elevados, estes números não refletem a realidade que, infelizmente, é bem pior. O Brasil possui uma População Economicamente Ativa de 82.902.480 pessoas e apenas 22.903.311 são formalmente registrados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada) e as estatísticas oficiais só se referem a esta parcela menor de trabalhadores. Não existem dados de abrangência nacional que contemplem a situação de acidentes e doenças do trabalho de todos os trabalhadores brasileiros, incluindo aqueles que estão na informalidade, trabalhadores domésticos, servidores públicos, entre outros. Um estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu – SP, demonstrou que, de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário³. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, incluindo o Brasil, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos evitáveis e que trabalhadores excluídos do mercado formal, assim como o trabalhador do campo, encontram-se ainda mais descobertos e vulneráveis.

A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país representa, na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro.

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira pouco articulada com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, em particular dos trabalhadores, e a degradação ambiental. Para que o Estado garanta o direito universal à saúde são imperativas a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.

Hoje, a responsabilidade pelas ações nas áreas de segurança e saúde dos trabalhadores está fragmentada em três setores de governo: Trabalho, Saúde e Previdência Social. Faz-se, portanto, necessária uma atuação de forma transversal, integrando, inicialmente, estes três setores. Também é necessário que cada um destes setores promova uma integração entre suas áreas internas afins. As ações em Saúde do Trabalhador exigem atuação intra e inter setorial.

A temática do desenvolvimento está na agenda de Governo e busca melhorar as condições de vida da população por meio da geração de emprego e renda, promovendo crescimento com inclusão social. O processo de globalização e o papel assumido pelo Brasil no mesmo apresentam reflexos diretos sobre o modelo de desenvolvimento adotado em nosso país, inclusive com suas conseqüências sobre a saúde. As decisões de fomento à produção, privatização, terceirização e mudanças tecnológicas, entre outras, incluídas nas políticas de desenvolvimento, devem considerar seus impactos sobre a saúde, o meio ambiente e a qualidade de vida dos trabalhadores.

1 _____

² Takala, Organização Internacional do Trabalho – OIT, 1999.

³ Binder, MCP e Cordeiro, 2003.

Aprofundar com a sociedade as questões de Saúde do Trabalhador requer uma ampla discussão e debate propositivo entre os setores de governo envolvidos e as instâncias de diálogo e controle social existentes. Nesse sentido, a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST foi convocada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social e pretende pautar uma discussão nacional a partir do acúmulo histórico nessa Área, propiciado pela luta travada pelos trabalhadores brasileiros por melhores condições de vida no trabalho. Destacamos que o efetivo Controle Social em Saúde do Trabalhador, além das instâncias de gestão participativa existentes no âmbito de governo, requer a conquista da participação democrática do trabalhador na gestão de seu trabalho, por meio das organizações a partir do local de trabalho.

Com o objetivo de aprofundar as reflexões, discussões e deliberações nas etapas Municipais, Estaduais e Nacional da 3ª CNST quando da realização dos painéis da 3ª CNST e de aprofundamento nas suas Plenárias Temáticas, discutindo e propondo formas para sua operacionalização, apresentamos uma coletânea de textos de apoio, organizados pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST e baseados nos três Eixos Temáticos da 3ª CNST, os quais refletem o desejo do Controle Social do SUS em garantir que o Estado Brasileiro assumira uma Política Pública que abarque toda a problemática que envolve segurança no trabalho e a atenção à saúde dos trabalhadores.

02 - A atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST

Maria da Graça Hoefel

Médica Sanitarista do Trabalho

Mestre em Educação

Doutora em Sociologia

Assessora da Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde

Elizabeth Costa Dias

Médica Sanitarista e do Trabalho

Doutora em Saúde Coletiva/Saúde Ocupacional

Profa da UFMG

Pesquisadora Visitante do CESTEJH FIOCRUZ/RJ

Consultora da Área Técnica de Saúde do Trabalhador – MS

Jandira Maciel Silva

Médica Sanitarista

Mestre em Ergonomia e Organização do Trabalho

Doutoranda em Saúde Coletiva

Coordenadora da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – SES/MG

1. Introdução.

O processo de preparação da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) representa uma oportunidade privilegiada para discussões e avanços no modelo de atenção à Saúde do Trabalhador que vem sendo construído no e pelo SUS. Neste sentido, propõe-se que o debate em torno dessa temática se dê em torno das 03 questões que constituem os três eixos orientadores da CNST, quais sejam:

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

É importante destacar que, apesar da prescrição constitucional regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 1990, de que o SUS assuma a atenção à Saúde do Trabalhador e das experiências isoladas que têm sido implementadas nos últimos 20 anos na rede pública de serviços de saúde, ***o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio ambiental.*** Ou seja: o papel que o “trabalho” ocupa na determinação do processo saúde/doença, não apenas dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas também da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem.

Este texto tem como foco a apresentação e discussão do que se poderia chamar de “modelo” de atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, que vem sendo construído coletivamente no âmbito da rede de serviços de saúde, por técnicos, trabalhadores e pelo movimento social. Tem por propósito principal identificar, no quadro atual da implementação da RENAST no país, os principais avanços e dificuldades, na perspectiva de seu aperfeiçoamento.

2. A organização da atenção à Saúde do Trabalhador no SUS – entre 1988 e 2002.

O movimento em prol da Saúde do Trabalhador no Brasil tem como marco o final dos anos 70, traduzido em ações de defesa do direito ao trabalho digno e saudável; da participação dos

trabalhadores nas decisões quanto à organização e gestão dos processos produtivos e na busca da garantia da atenção integral à saúde para todos.

A força deste movimento permitiu que a questão da Saúde do Trabalhador fosse discutida e incorporada pela Constituição Federal de 1988, resultando na atribuição ao SUS da responsabilidade de um cuidado diferenciado para os trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo.

Desde a institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador no SUS a área optou por organizar sua prática centrada no modelo dos Centros de Referência. Neste sentido, os anos 90 foram férteis na produção de experiências destes Centros de Referências, ancorados em sua imensa maioria nas Secretarias Municipais de Saúde, em diversos pontos do país, mas também em serviços de hospitais universitários e em ações sindicais.

Entretanto, se por um lado, a estratégia adotada de nuclear as ações de Saúde do Trabalhador em Centros de Referências permitiu avanços setoriais, acúmulo de experiências e conhecimentos técnicos, capacitação dos profissionais, facilitando, ainda que modo fragmentado, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, por outro, tem contribuído para manter a área a margem das políticas de saúde do SUS, na medida que estes centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo. Assim, tornou-se urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este “gueto” e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS. Para tanto, deve-se garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico - assistencial adotado pelo SUS e em consonância com os princípios deste sistema de saúde, quais sejam: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização das ações e controle social.

3. O “modelo” de atenção à Saúde do Trabalhador proposto pela RENAST.

Uma oportunidade política surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2002 permitiu a criação da RENAST. Apesar das dificuldades e críticas iniciais, em especial em função do caráter assistencialista das ações da Rede, a estratégia foi assumida pela coordenação da COSAT que assumiu em 2003, como forma de viabilizar a inserção da Saúde no Trabalhador no SUS.

Visando promover a atenção integral à Saúde do Trabalhador no SUS, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Departamento de Ações e Programas Estratégicos (DAPE) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), tem como principal estratégia a reformulação e a efetiva implementação da RENAST.

A RENAST pode ser caracterizada como uma rede de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS, estruturada a partir dos centros de referência, das unidades e dos municípios sentinelas, organizada em torno de um dado território. Considerando a importância da produção, sistematização, análise e disponibilização da informação em Saúde do Trabalhador, foi definida estrategicamente, nesta fase de implementação da RENAST, a organização de *Municípios Sentinelas* e *Núcleos Sentinelas* com a tarefa de desenvolver metodologias e organizar o fluxo de atendimento aos adoecidos e acidentados do trabalho em todos níveis de atenção do SUS: rede básica, Média e alta complexidade de modo articulado com as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental. A proposta é a de que com o tempo, todos os municípios brasileiros possam vir a se tornar “municípios sentinela” em Saúde do Trabalhador.

As principais características da RENAST são:

- Na RENAST, os Centros de Referência deverão cumprir o papel de pólos irradiadores da cultura da produção social das doenças e da centralidade do trabalho nesse processo; prover suporte técnico adequado às ações de saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a saúde do trabalhador; viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos

da rede do SUS e os participantes do controle social, além de servir de instância facilitadora das pactuações intra e inter-setoriais.

- Estratégia de atuação transversal que busca articular as ações de saúde do trabalhador em desenvolvimento no âmbito do SUS (intra-setoriais) e em outras instituições de governo (Ministério do Trabalho; Ministério da Previdência Social; Ministério de Meio Ambiente) e do judiciário e organizações da sociedade civil (inter-setoriais).
- Ênfase na *Humanização* da atenção por meio de mudanças nas estratégias de gestão, que permitam a democratização e incorporem os trabalhadores de Saúde no processo de discussão dos processos de trabalho no SUS e a construção de alternativas, entre elas a co-gestão e a gestão participativa.
- Acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada e a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença e avaliação de risco, incorporando o saber do trabalhador, a co-responsabilização e o envolvimento nas ações de mobilização e intervenção para transformações.

Fortalecimento do Controle Social, por meio da criação e capacitação dos Conselhos Gestores da Saúde do Trabalhador de modo articulado com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

- Incorporação das questões de Saúde do Trabalhador nos Sistema de Informação em Saúde e criação da rede Sentinela em Saúde do Trabalhador formada pelos Núcleos e os Municípios Sentinela e dos Observatórios em Saúde do Trabalhador.
- Provimento de atenção integral à saúde por meio da garantia de acesso; cobertura universal; qualidade e estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de modo a inserir a ST na rede de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção do SUS.

Sintetizando, o modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, proposto pela RENAST, está sendo construído a partir de dois enfoques principais:

- O usuário-trabalhador, para o qual as equipes de saúde do SUS, em todos os níveis de complexidade, devem ter um olhar ampliado e instrumentalizado, que leve em consideração as especificidades do seu trabalho e sua inserção no processo produtivo, de modo a permitir uma atenção integral de qualidade, a identificação e notificando dos agravos relacionados ao trabalho e as ações intra e intersetoriais decorrentes.
- A própria equipe de saúde do SUS, de modo a considerar seu processo de trabalho, a organização e as condições de trabalho e a situação de saúde, criando espaços de gestão que permitam intervenções e melhorias no ambiente e das relações de trabalho.

Uma questão historicamente delicada diz respeito ao financiamento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Com o objetivo de superar essa dificuldade, a RENAST conta, nesta fase inicial, com recursos extra-teto, transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais de saúde, que permitiram a habilitação de mais de 100 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

4. A organização da Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS a partir da RENAST - desafios e perspectivas.

Observações dos técnicos da COSAT que têm acompanhado mais de perto o processo de implementação da RENAST nos estados e municípios e, os resultados das discussões durante encontros nacionais, macro-regionais, estaduais e municipais apontam para alguns avanços e também para dificuldades importantes que necessitam ser superadas.

Entre os avanços trazidos pela RENAST destacam-se:

- Permitiu uma maior visibilidade da área de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde.
- A disponibilidade de recursos extra-teto tem facilitado a conversa com os gestores e o planejamento de intervenções com os trabalhadores, particularmente com aqueles inseridos no setor formal.

- Tem contribuído para o avanço do quadro jurídico institucional da área e permitido uma melhor estruturação no SUS.

Entre as dificuldades observadas estão:

- Os gestores de saúde têm dificuldade para reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde/doença dos indivíduos e das coletividades.
- Insuficiência e inadequação técnica e política para a definição dos processos de informação e de vigilância.
- Desconhecimento, por parte dos diferentes profissionais de saúde sobre os riscos e agravos à saúde relacionados com o trabalho e despreparo para lidar com essas questões. A situação fica agravada em decorrência das novas formas de produção e gestão do trabalho.
- Fragilidade do controle social, decorrente das mudanças no movimento sindical, resultantes dos processos de reestruturação produtiva e da não incorporação dos trabalhadores crescentemente inseridos no setor informal da economia.
- Apesar de avanços isolados, a articulação intra-setorial não está bem equacionada, ou seja, a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, em nenhum dos níveis federal, estadual e municipal.
- Observa-se, com relativa frequência, a confusão de papéis entre as coordenações estaduais, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, e dos Centros de Referência.
- Aparece um certo conflito de território, uma vez que as áreas de abrangência e atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, nem sempre coincidem com as Regionais de Saúde. A isto se superpõe a questão dos municípios que passam a atender uma clientela regional, gerando novas necessidades de pactuação.
- A forma de repasse dos recursos tem possibilitado o desvio para outras áreas, no âmbito da saúde, apesar dos esforços em contrário.
- São tímidos os avanços na direção da cobertura universal das ações de Saúde do Trabalhador, sendo que em muitos casos, o movimento sindical mais organizado contribui para agravar o problema ao agir de forma excessivamente corporativa.
- Apesar dos esforços em contrário e de avanços regionais, ainda observa-se um privilegiamento da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações.
- As ações intersetoriais ainda são tímidas e localizadas.

A oportunidade criada pelo processo de preparação da III CNST possibilita a discussão e a pactuação de propostas de superação das dificuldades identificadas, permitindo a utilização do potencial de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, e em especial da estratégia da RENAST.

Entre os aspectos a serem privilegiados nestas discussões estão:

- Garantir que as questões de Saúde do Trabalhador sejam incorporadas nas agendas de saúde, em nível nacional, estadual e municipal, por meio de ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde e nos serviços de Urgência e Emergência enquanto portas de entrada do sistema; no cuidado de média e alta complexidade, por meio da elaboração de protocolos de atenção com definição das atribuições; estabelecimento de fluxos de referência e contra-referências e garantia de financiamento.
- Articulação das ações desenvolvidas no âmbito da RENAST com o Programa Humaniza SUS, de modo a introduzir ou melhorar o acolhimento dos trabalhadores (reconhecer a condição de trabalhador do paciente) e facilitar mudanças na gestão do trabalho em saúde, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e da melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde.
- Estabelecimento de um amplo processo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde do Trabalhador, de modo articulado com a SGTES em nível central e com os Pólos de Educação Permanente em nível regional.

- Construção de projetos comuns e pactuados com as vigilâncias - Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, cuidando para que sejam desenvolvidos instrumentos adequados e estabelecidos fluxos de procedimentos e informações.
- Implementação da notificação, no sistema SINAN, dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, em cumprimento à Portaria 777, de 28/04/2004 e no SIAB. Estabelecimento de formas de articulação com outros sistemas de informação de interesse para a Saúde do Trabalhador, intra setorialmente e intersetorialmente, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e Emprego; Previdência Social, Meio Ambiente, IBGE, entre outros.
- Apoio e fortalecimento de uma rede de Centros Colaboradores da RENAST formada pelas instituições de ensino e pesquisa, laboratório de análises clínicas e toxicológicas e de serviços de reconhecida competência técnica para apoiar as ações de assistência, vigilância, capacitação.
- Inserção da Saúde como ator nos processos de discussão e tomada de decisão quanto ao o modelo de desenvolvimento econômico e social do país. Entre as contribuições desejadas do SUS está a elaboração de um Cadastro das Atividades Produtivas existentes no território de abrangência da RENAST, identificando os fatores de risco potenciais para os trabalhadores, para a população e para o ambiente. Especial atenção deverá ser dada a presença de trabalho familiar, que implica na domiciliação do risco e a existência de crianças e adolescentes em situação de trabalho.
- Garantia do financiamento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, contemplando as especificidades desse campo e garantindo a remuneração dos procedimentos e a permanência dos recursos, após o término dessa fase de repasse de recursos extra-teto.

4 - Referências Bibliográficas

- 1 - Merhy EE, Cecílio, LCO , Nogueira, RC . Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as Conferências de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. (Cadernos da 9ª. Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, v1).
- 2 - Ministério da Saúde - Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS. Brasília, Novembro de 2004. (mimeo)
- 3 - Paim, JS. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol Z. & Almeida N. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 489-503.
- 4 - Silva Jr. G.R Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143 p.
- 5 - Teixeira, C. Um Pouco de História... Reconstruindo o debate sobre Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Teixeira, C. (Org.) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: ISC, 2002p.11-22.

03 - A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no SUS: um desafio a organização e a integralidade da atenção

Maria Juliana Moura Corrêa

Assistente social, sanitária,
especialista em epidemiologia e saúde do trabalhador do CRST-POA/RS

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Professor doutor da UFRGS
Coordenador do CEDOP/UFRGS

Jussara Maria Rosa Mendes

Professora doutora da PUC-RS
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do Serviço Social

Luis Carlos Facchini

Professor doutor da UFPEL-RS
Departamento de Medicina Social

1. Antecedentes

O processo histórico do desenvolvimento da área de saúde do trabalhador no Brasil, na superação dos modelos tradicionais de explicação do processo saúde-doença, deu ênfase à vigilância em saúde que integra como ações indissociáveis as informações epidemiológicas e intervenção sanitária no modo de atenção a saúde, no âmbito do SUS.

A utilização do critério epidemiológico foi definida como um dos princípios básicos norteadores das ações de saúde do Trabalhador na Norma Operacional em Saúde do Trabalhador NOST-SUS (COSAT/MS, 1998) e como estratégia de ação de vigilância dos ambientes na Instrução Normativa de Saúde do Trabalhador (COSAT/MS 1998).

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (MACHADO, 1994), já apontava algumas dificuldades para a efetivação da Vigilância Epidemiológica (VE) em saúde do trabalhador no SUS. Após 11 anos, estes problemas continuam atuais, como a estrutura centralizada dos dados, a limitação de acesso, a ênfase nas doenças, ausência de integração, informações incompatíveis e insuficientes às exigências técnicas, inexistência de análise adequada, de participação da população e ausência de mecanismo de devolução das informações para o nível local.

Ocorreram importantes experiências referentes às informações que evoluíram das experiências iniciais de banco de dados nos serviços de saúde do trabalhador para análise de validação das informações de interesse em sistemas de informações existentes na rede, investigação de óbitos e instituição de sistemas de informações estaduais. Apesar destes avanços e do crescente desenvolvimento do campo das informações e da informática estas ações não foram suficientes para efetivar o modo de atenção da VE em ST na política nacional de saúde, e tão pouco conseguiram responder isoladamente a complexidade da área, a hierarquização, universalização, equidade, controle social, superando a demanda e priorização institucional histórica pela assistência.

Por outro lado, este acúmulo de experiências em gestão é suficiente para evidenciar necessidades e superar dificuldades, para aperfeiçoar e qualificar a intervenção da vigilância em saúde do trabalhador no SUS.

Antes de ser um refluxo institucional e de paradigma é preciso compreender o contexto e o cenário político e econômico em que está inserida a saúde do trabalhador, uma ação complexa que interfere na gênese do conflito capitalista, de disputa cotidiana com novas formas de dominação que

jamais poderiam ser lineares e sucessivas. O avanço efetivo da VE evidenciaria o cenário de barbárie nos ambientes de trabalho que continuam extraindo a vida e a saúde dos trabalhadores brasileiros e comprometeria o Estado na priorização desta política de proteção e promoção à saúde nos espaços do trabalho, contrariando os interesse do mercado fortemente remodelados por mecanismos de troca de direitos sociais e da saúde pela empregabilidade, flexibilização, precarização das relações de trabalho, acordos comerciais e política econômica ditadas pelo capital nacional e internacional.

Sem descortinar esse processo políticos, sociais e econômicos, parece-nos improvável dar conta, no âmbito da política social de saúde, do fenômeno da universalização excludente e do poder decisório do controle social nas instâncias do SUS (STOTZ, 1995).

Esta conjuntura tem por premissa a invisibilidade dos danos, que deve ser enfrentada com a construção participativa dos trabalhadores na consolidação das informações de saúde dos trabalhadores, da organização, dos processos e dos serviços. Deve transformar-se em instrumento de defesa e luta da proteção e promoção à saúde nos ambientes de trabalho e a garantia de direitos sociais a todos os trabalhadores, em todas as posições de ocupação.

2. A contribuição da Epidemiologia para a vigilância em Saúde do Trabalhador

A epidemiologia utilizando o modelo de determinação social contribui para o entendimento mais complexo da relação entre o processo de produção, o ambiente e os aspectos sociais na determinação do conjunto dos problemas de saúde da coletividade. Pode ser um importante instrumento de análise que considere a multicausalidade e possa construir indicadores por meio de registros sistemáticos e confiáveis, que sejam capazes de captar os elementos essenciais da estrutura da determinação da saúde-doença coletiva e as características dos grupos sociais em que ocorre, permitindo, então a construção de indicadores e categorias analíticas mais sensíveis (Facchini, 1994).

A epidemiologia, enquanto disciplina moderna do conhecimento científico abriu espaço para incorporar a relação ambiente-saúde, em termos técnico-científicos, no campo da saúde coletiva. O meio ambiente deixa de ser simplesmente o cenário onde se desenvolvem os acontecimentos de saúde-doença de grupo, para ser o elemento interativo. Nesta perspectiva os agravos são decorrentes da própria estrutura e dinâmicas sociais existentes, resultantes de processos históricos e da vivência social nos planos biológico, psíquico e ecológico (Tambellini, 1998).

É imprescindível abrir o conceito de integralidade, de desenvolvimento humano, aplicados ao planejamento participativo das ações e em todo o desenvolvimento de necessidades sociais em saúde, constituindo-se em planejamento estratégico, de monitoramento participativo dos processos críticos, do controle e evolução social. “A reconstrução dos sistemas de informações implica em superar a derrota do conhecimento por uma informação mal construída ainda que amplamente divulgada, pela construção de uma epidemiologia centrada no desenvolvimento humano e na perspectiva emancipadora”. (Breill, 1999).

A valorização do social como dimensão importante na explicação desse processo permite uma abordagem multidisciplinar e a inclusão das ciências sociais e da concepção de ambiente, potencializando o diagnóstico, a intervenção e o entendimento de que se trata de um conjunto de problemas de saúde da coletividade.

A Política Nacional de Informações e Informática em Saúde (DATASUS/MS, 2003) colocou entre as ações prioritárias o desafio da integração e articulação das informações, por meio de registro eletrônico do evento em saúde - em ações individuais e coletivas – enquanto estratégia fundamental de melhoria da qualidade e eficiência dos processos de trabalho, automaticamente alimentando a cadeia de informações e eliminando todos os demais instrumentos paralelos de coleta relativos a este evento. Entre as diretrizes, destacamos as que respondem as necessidades da saúde do trabalhador como o estímulo às iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, o investimento na criação de infra-estrutura de telecomunicação que permita a

interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde e a institucionalização de mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS.

3. Organização da Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no SUS enquanto estratégia de fortalecimento da Vigilância em Saúde

A construção isolada da saúde do trabalhador no sistema de saúde, acrescidos da fragmentação das áreas de vigilância em saúde e a ausência de priorização das questões de saúde e ambiente tem contribuído para o atraso de mecanismos que propicie a instalação da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.

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

As tarefas de responsabilidade desta equipe são muitas e exigem o estabelecimento de ações integradas com um conjunto de equipes do centro de vigilância em saúde e com outros órgãos que tem informações de interesse à saúde dos trabalhadores. Suas ações compreendem desde a sensibilização dos agentes de saúde responsáveis pela alimentação dos dados, o processamento, análise e interpretação, recomendação das medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, divulgação e acesso dos trabalhadores as informações pertinentes.

A área apresenta acúmulo conceitual e de gestão institucional capaz de avançar no desafio do processo de integração do conjunto de informações fragmentadas em diversos setores e instituições, apresentando respostas para este dilema das informações da saúde coletiva no Brasil.

Para este avanço consideramos que a experiência do Rio Grande do Sul de rede de sistema de informações gerenciais para a saúde do trabalhador, através das estações informatizadas de trabalho com documentos digitalizados, linkage de sistemas e migração de dados é uma proposta de trabalho que responde as necessidades de integração e integralidade da atenção. Também reduz o re-trabalho e melhoram as condições de trabalho com o uso de registro eletrônico, on-line e, com possibilidades reais de uso do desenvolvimento tecnológico a serviços da integração das bases de informações de interesse, oriundas do trabalho, previdência social, meio ambiente, agricultura e educação (CORRÊA, 2003).

Para a efetiva consolidação da VE em ST é preciso validar indicadores que vão além do monitoramento de doença para indicadores de processo e de gestão. Estabelecendo metas de PPI – (Programação Pactuada Integrada) e uma agenda de saúde interinstitucional com gestores e movimentos sociais para o desenvolvimento das ações descentralizadas em todo o território nacional.

4. Sistema de Informações da Saúde do Trabalhador, limites e possibilidades

Além de avaliar a viabilidade dos sistemas de informações de interesse a saúde do trabalhador é preciso organizar-se para criar sua viabilidade.

Muitos são os argumentos que limitaram a defesa do sistema de informações em saúde do trabalhador no SUS. Entretanto, os argumentos e reflexões impeditivas estão embasados na situação atual de fragmentação dos sistemas existentes, no excesso de trabalho e re-trabalho de coleta, registro e análise de dados.

Constata-se, entretanto, que os serviços e os sistemas de informações existentes não apresentam consonância, condições e ferramentas adequadas ao modo de atenção à saúde do trabalhador que preconiza a integralidade, equidade, universalidade e participação da sociedade.

Além disso, há importantes diferenças nas questões referentes à organização, estrutura e funcionamento dos sistemas de VE das doenças transmissíveis e não transmissíveis. A mais importante delas refere-se à periodicidade da análise dos dados, que para os agravos transmissíveis tem necessidade de ser semanal. Já, para as doenças não transmissíveis, como os agravos relacionados ao trabalho, os registros podem ser mensal ou anual.

Entretanto, mesmo que não seja criado um sistema com formulários específicos é preciso agregar o conjunto de informações dos sistemas existentes, as bases de dados dos serviços de saúde do trabalhador, de investigações e inquéritos de processos de trabalho.

Para isto é preciso construir um sistema de informações gerenciais, com modelagem que permita o recebimento e interfaceamento das informações de interesse para ação de vigilância, que leve em consideração as diferenças regionais.

Este é debate complexo e emergente que deve ser aprofundado na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

5. Superar os conflitos e avançar na plurinstitucionalidade

Para superar a prática “intra-muros” e para atingir os resultados esperados é preciso implementar ações e estratégias que contraponha o modelo hegemônico e enfrente a estrutura institucional marcada pela reprodução de práticas privatistas e corporativas e construir instrumentos integrados e interligados de sistemas de informações que dê visibilidade as condições de saúde e trabalho das instituições.

A operacionalização do enfoque por território de saúde, articulados intra e inter-setoriais pode ser uma ação de rompimento da dicotomia das ações de vigilância epidemiológica e sanitária executadas por diversos órgãos em um mesmo espaço geográfico.

Desta forma, tornam-se necessário o estabelecimento de planejamento estratégico interinstitucional da implantação da VE em ST no SUS, com previsão de equipe, recursos financeiros, metas e indicadores a serem atingidos que incluam os trabalhadores e as representações dos movimentos sindicais e populares.

A constituição de centros colaboradores em saúde do trabalhador pode ser uma estratégia de consolidação de práticas pluri-institucionais, organizadas e sistematizadas por macro-regiões com representatividade dos diversos atores que compõe a saúde do trabalhador nas diferentes regiões do país e que podem representar um profundo avanço no exercício de projetos que ultrapassem os limites corporativos dos técnicos e das instituições.

Referências Bibliográficas

BREILL, Jaime. *Nuevos paradigmas em la salud pública*. Conferência a la reunión internacional sobre enfoque de ecosistemas para la salud humana, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1999.

BREILL, Jaime. Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. Rio de Janeiro. *Revista da Abrasco: Ciência e Saúde*. Rio de Janeiro, 1999.

CORRÊA, Maria Juliana Moura et alii. Política de atenção integral à saúde do trabalhador: a experiência do estado do Rio Grande do Sul. In: MERLO, Álvaro R.C. (org.) *Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: Realidade, Pesquisa e Intervenção*. Editora da UFRGS, 2004, p.289-316.

DEVER, G.E. Alan. *Epidemiologia y administracion de servicios de salud*. OPAS. Brasília, 1991.

FACCHINI, Luís Augusto. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J.T.P., Rigotto, R.M. & Rocha, L.E. *Isto é Trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes.1993.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Sistema de informações em saúde do trabalhador: uma proposta para sua organização. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador 1994: *Anais/Ministério da Saúde*. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Instrução normativa sobre ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS*. Portaria nº 3.120/98. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional em Saúde do Trabalhador - NOST/SUS- MS*. Portaria nº 3.908/98. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Informações e Informática em Saúde-PNIIS*. Brasília, 2003.

STOTZ, Navarro Eduardo. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórica-metodológicas das ciências sociais/ organizado por Ana Casnequi. *Saúde em Debate*. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro. 1995

TAMBELLINI, A T & Câmara, Volney. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1998

04 - Direito e Saúde – possibilidades de um novo campo na luta pela Saúde do Trabalhador

Maria Helena Barros de Oliveira
Coordenadora do CESTE/ENSP/FIOCRUZ

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Pesquisador do CESTE/ENSP/FIOCRUZ

Saúde, expressão biopsicossocial, forjada a partir de todas as relações que o homem estabelece com a natureza, impõe-se ou expõe-se nas diversas relações que se estabelece com o trabalho, com o meio ambiente, com as possibilidades de moradia, alimentação, transporte, enfim nas instâncias que dão suporte à vida e, ainda, na instância privilegiada das relações entre as pessoas.

Por sua vez o direito, construto humano, que historicamente demarca as relações dos homens entre os homens, presente em alguns momentos desta história regula de forma mais ou menos condizente os interesses individuais e gerais das populações, buscando harmonizar conflitos, pelo seu braço institucional da justiça, embora nem sempre da forma mais justa.

Quando pensamos essas duas grandes áreas do humano, debruçamos nosso olhar mais apurado para essa intersecção que é o Direito e Saúde. Não se trata aqui da sobreposição de ciências, que aparentemente percorrem caminhos próprios, métodos específicos e produtos que se completam em si só. Trata-se de buscar-se uma aproximação entre elas, com a ousada criação de um novo campo do conhecimento, que se impõe pelas expressões materiais e factuais que se colocam na vivência humana, no convívio entre iguais e singularmente diferenciados.

Talvez, num primeiro momento o exercício mais fácil seja o de demarcar o que essa área do conhecimento não expressa. Assim, poderíamos refletir que não se trata de uma ciência e sim de um campo do conhecimento em que se desenham disciplinas que originariamente emergem da Ciência Jurídica e da Ciência da Saúde, com nova roupagem e ineditismos.

Falar de Direito e Saúde é ter a compreensão que não esgotamos, ou melhor, sequer iniciamos um caminho que dê conta de tão complexa e fundamental relação. Dependendo do objeto ao qual se dedica este campo do conhecimento, teremos a necessidade do uso de disciplinas já construídas nas duas ciências, adequando-as a esta necessária aproximação.

Por exemplo, ao tratarmos da disciplina saúde pública, vinculada às Ciências da Saúde, seu instrumental técnico, teórico e de intervenção sobre os fatores que põem em risco a saúde coletiva (do público, das populações em geral) se apropria do instrumental técnico, teórico e de intervenção relacionadas a disciplinas do Direito e, portanto, vinculadas às Ciências Jurídicas. Ou seja, não se opera de forma finalística a saúde pública sem ombreá-la com o Direito (Constitucional, Administrativo, do Trabalho, Ambiental, entre outros).

Do mesmo modo, não se concebe a concretização da regra jurídica, que obviamente repousa nas Ciências Jurídicas, quando se está tratando de questões relacionadas à saúde pública, sem a apropriação do instrumental técnico, teórico e de intervenção da saúde pública pelos profissionais do Direito.

Esse novo campo do conhecimento, portanto, tem como um de seus objetivos subverter a ordem conservadora da área do Direito, democratizando o saber jurídico, nas suas interfaces com a Saúde. Assim, a cidadania, assume destaque neste campo do conhecimento, como um bem subjetivo que se deve concretizar em um corpo social. Destacamos a importância desta discussão que nos parece bem se localiza no espaço Direito, Saúde e Justiça. Para tanto é necessário que haja uma apropriação do instrumental técnico que subsidia esse campo de conhecimento.

Neste aproximar Direito e Saúde é possível desenhar um compromisso do Direito com a VIDA que é a defesa do corpo social e o compromisso da Saúde com a VIDA que é a manutenção do corpo social.

Não é difícil supor que a intersecção harmoniosa das duas ciências propiciará um refinamento e uma maior qualificação de seus instrumentais técnico, teórico e de intervenção. Até porque o novo campo Direito e Saúde trará novas formas de (re)pensar e operar as duas ciências.

Neste amplo campo de conhecimento, aqui nominado Direito e Saúde, pretendemos, em especial, discutir a relação que se estabelece entre a Saúde e o Trabalho, que de forma concreta e dramática se expressa nos altos índices de morbi-mortalidade dos trabalhadores, no seu exercício cotidiano de produzir a riqueza, o crescimento e o desenvolvimento da nação.

No processo de produção e saúde fica explicitada a relação impositiva, na qual os trabalhadores desenvolvem uma luta, por mais das vezes totalmente desigual, em que tentam controlar os resultados negativos que a exposição aos riscos causam à sua saúde.

Pertinente torna-se, neste contexto, a discussão do direito que se tem à vida, que não é respeitado, e o direito que se gostaria de ter, o do trabalho que não leve ao adoecimento ou mesmo à morte.

Para isso, é necessário buscar-se relacionar o direito e a saúde na análise das legislações em Saúde do Trabalhador, considerando-se 4 (quatro) grandes vertentes na qual as mesmas encontram-se mergulhadas: na perspectiva do Direito do Trabalho, do Direito Sanitário, do Direito Ambiental e do Direito Previdenciário.

É preciso repensar, do mesmo modo, o quanto se pode avançar interdisciplinarmente na confecção de novos estamentos e aprimoramento dos antigos, na medida da conjunção das áreas, em suas vertentes de formação e pós-formação de seus profissionais e de articulações intersectoriais, capazes de enriquecer o argumento, com base na ciência e seu estado da arte e num reordenamento ético, com base na cidadania que o sistema de saúde brasileiro inaugura em 1988.

Neste contexto, a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador é um espaço potencialmente inovador no sentido de trazer à luz da sociedade, que estará representada no encontro, formulações também inovadoras de conjunção das áreas Direito e Saúde.

O desafio é patente e já está lançado. Até quando o diálogo entre a Saúde e o Direito se manterá interrompido, porquanto não foi inaugurado? O direito à saúde não pode continuar sendo uma figura de retórica dos idealistas da saúde, dos neo-reformistas sanitários, dos profissionais de saúde comprometidos com a cidadania. O direito à saúde deve ser um dogma, porquanto é um dogma da cidadania, dos profissionais do Direito, no exercício institucional por dentro do Aparelho de Estado da Justiça Brasileira. E, para isso, deverá haver uma apropriação, de parte a parte, dos novos conhecimentos que só a conjunção dos campos no esforço comum da criação propiciará.

Um exemplo da complexidade e dos desafios que as interfaces do novo campo deverão enfrentar é o que tange à competência do SUS para *“executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”*, estabelecida na Constituição Federal, no seu Título VIII da Ordem Social, especificamente em seu artigo 200, inciso II.

Executar ações de saúde do trabalhador, do ponto de vista da saúde, é primordialmente realizar a prevenção, que no caso da saúde dos trabalhadores só se dá a partir de múltiplas atividades, compreendendo, entre outras, ações de vigilância, de inspeção e de fiscalização dos ambientes de trabalho.

Algumas questões são básicas na discussão da legislação, tais como as que dizem respeito ao poder de fiscalização dos próprios trabalhadores. A fiscalização dos ambientes de trabalho, que deve ser executada pelo Estado, conjuntamente com os trabalhadores é um dos pontos essenciais na democratização das relações entre capital e trabalho. Em um Estado Democrático de Direito é inquestionável o papel do controle social e, na área de saúde do trabalhador, este controle só se dará na medida em que os trabalhadores forem sujeitos das ações referentes à sua saúde.

Buscar mecanismos efetivos de conquista da cidadania, em relação a estas questões, significa se nutrir de formulações de diversas ordens que, se por um lado, ultrapassam o campo das Ciências da Saúde, por outro lado, têm nas Ciências Jurídicas mordças e amarras que lhe impedem e que só um novo campo de formulações poderia possibilitar.

Outro destaque diz respeito ao desdobramento da legislação infra-constitucional, em que a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990) assume especial importância, pois pela primeira vez uma lei deste teor define o que se entende por Saúde do Trabalhador. Compreende esta lei que é competência do SUS executar as ações de assistência à saúde, estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos nos processos de trabalho, a fiscalização e controle das condições de produção, como também avaliar o impacto das tecnologias na saúde e fornecer informação ao trabalhador e à sua entidade sindical e à empresa sobre os riscos de adoecimento.

Acreditamos que a III CNST pode ser um dos inúmeros caldos de cultura que serão necessários para a inauguração de um novo campo de conhecimento que resgate a dívida histórica da nação com os seus trabalhadores que a constroem.

05 - Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST

David Braga Jr.

Médico,

Assessor Técnico da SES/SP – Área Técnica de Saúde do Trabalhador e da
Coordenação de Saúde do Trabalhador/MS

Introdução

A criação da RENAST a partir da Portaria 1679 de 19/09/2002 vem atender uma necessidade ainda descoberta que é de garantir atenção à saúde dos trabalhadores, de acordo com os preceitos Constitucionais e das Leis Orgânicas da Saúde.

Os complexos aspectos técnicos que envolvem a vida dos trabalhadores, enquanto cidadãos inseridos em um ambiente de trabalho, participando da produção da riqueza nacional, modificando o ambiente, produzindo bens e serviços e desgastando-se física e psicologicamente, durante o tempo que se dedica ao processo de trabalho, obrigam o tratamento diferenciado das questões médicas, sociais e econômicas relacionadas aos problemas de saúde delas decorrentes.

A estrutura desta rede de atendimento aos problemas de saúde decorrente do processo produtivo, extrapola o ambiente de um serviço médico tradicional e requer o desenvolvimento de uma cultura ou mentalidade sanitária, difusa dentro da sociedade e concentrada nos serviços de atendimento aos trabalhadores, sejam nos Serviços de Saúde, nos Serviços de Segurança, na Previdência e Proteção Social – assistência e previdência, no Ministério do Trabalho, Ministério Público, na Vigilância Sanitária e Ambiental, entre outros.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador previstos na RENAST devem produzir serviços técnicos assistenciais, sem jamais substituir a rede de serviços do SUS. Não são pontos de entrada no Sistema, são retaguardas técnicas e difusoras de ações e de idéias de vigilância em saúde de caráter sanitário e de base epidemiológica.

A expectativa frente a esta nova realidade é a de que sejam respeitados os processo de programação e pactuação das atividades de organização regional da rede de assistência e vigilância do SUS (NOAS-PDR, PPI, PDI, PPI-VS), que os gestores e a gestão do SUS saiam fortalecidos deste processo e que os municípios, ao se qualificarem como pólos de referência ou como referenciadores de pacientes para esses pólos, possam garantir o acesso dos seus munícipes, sustentar os custos destes serviços e participar dos processos regulatórios de utilização dos procedimentos ofertados pela RENAST.

Idealizar uma condição onde a produção de riquezas esteja atrelada à preservação da saúde dos trabalhadores, em benefício da sociedade e sem danificar o ambiente é uma tarefa que está longe de ser concebida e executada por qualquer segmento isolado da sociedade.

Dentre todas as Instituições Públicas responsáveis pela preservação da saúde, qualidade de vida e direitos de cidadania dos trabalhadores é, sem dúvida, o SUS (Sistema Único de Saúde), a que detém o maior número de elementos para atuar.

O SUS com seus princípios e fundamentos, garantidos na Constituição e pelas Leis Orgânicas, calcados nos conceitos de Universalidade e Equidade na distribuição de serviços de saúde, organizados em rede de forma regionalizada e hierarquizada e sob controle direto da sociedade é o espaço ideal para desenvolver uma estratégia efetiva de atendimento às necessidades

dos trabalhadores em busca da prevenção, da assistência ou da reabilitação das suas condições de saúde.

Pressupostos para a Elaboração e Implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores

1 – Os princípios Constitucionais nortearão a política de saúde pública atrelada às políticas de desenvolvimento social e econômica, tendo como paradigma a preservação ambiental, a respeito às comunidades e seus valores sociais, culturais e econômicos em busca de soluções que valorizem o trabalho e a qualidade de vida das pessoas e propiciem a geração de riquezas de interesse nacional.

2 – Atrelar o desenvolvimento social e econômico às condições que melhor preservem a saúde dos trabalhadores, utilizando metodologia e tecnologia apropriada de modo a reduzirem danos às pessoas e ao ambiente.

3 – Atrelar projetos sociais aos projetos de exploração, beneficiamento ou geração de produtos e serviços.

4 – Estruturar redes de serviços públicos com capacidade de garantir programas, projetos, ações, atividades e procedimentos destinados a garantir a preservação, assistência e reabilitação física e psíquica, proteção previdenciária e assistência social, dentro de um modelo organizativo ético, regulamentado pelo Poder Público e sob o Controle da Sociedade.

5 – Produzir ações articuladas entre os Órgãos Públicos Federal, Estaduais e Municipais, garantindo a equidade na distribuição de serviços públicos, nas receitas fiscais, nas responsabilidades pelas condições de vida e assistência à Saúde.

6 – Agir sob proteção legal, com poder de polícia, sobre condições ou agentes que atuem de forma irregular ou que causem danos às pessoas, população, ambientes, flora e fauna entre outros.

Pressupostos para a efetivação da Rede de Serviços da RENAST.

Qualificar os processos de Gestão e Gerenciamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador é abrir espaço e criar condições para a implantação e implementação das Políticas Públicas na área da Seguridade Social e pela sua complexidade e importância, na área da Saúde do Trabalhador.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos ofertados aos trabalhadores é contribuir para a consolidação da nossa democracia republicana.

Marco de referência para a missão organizacional da RENAST.

As alterações conceituais introduzidas na Constituição de 1988 tiveram por base a consolidação da concepção de cidadania, gerando, em contrapartida, um conjunto de obrigações para o Estado. A sociedade é composta por cidadãos e não por indivíduos.

A reordenação administrativa decorrente da nova ordem constitucional e das novas práticas metodológicas de organização dos serviços junto à população levou ao desenvolvimento de novos conceitos e de novos instrumentos gerenciais e assistenciais. Dois conceitos relativamente novos na administração pública ganham campo: **gestão** e **regulação**.

A **gestão** deve estar orientada pelos resultados pretendidos, planejados e pelos objetivos construídos não apenas pelos gestores, mas também pelos trabalhadores dos serviços públicos e pelos cidadãos.

A **regulação** é função elementar na garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade, integralidade e garantia de acesso aos serviços.

Pode-se conceituar a regulação do Sistema como o conjunto de medidas e instrumentos desencadeados para corrigir distorções, evitar desperdícios, imprimir equidade na distribuição dos

recursos, otimizar o aproveitamento dos serviços ofertados à população, controlar e avaliar o resultado da aplicação dos recursos.

Para os usuários do SUS – clientes do sistema, alguns aspectos são fundamentais:

- **Acesso aos serviços**
- **Humanização do atendimento**
- **Resolubilidade do serviço**
- **Confiabilidade na equipe**

Três políticas devem estar claras, garantidas e sustentadas pelo governo:

- **Política de saúde.**
- **Política de recursos humanos.**
- **Política de desenvolvimento sócio-econômico.**

A conjugação destas políticas e a sua sustentação é que darão condições para a prática da **gestão participativa** preconizada pela Constituição. A **gestão participativa** só se efetiva quando as partes envolvidas e interessadas - **usuários, gestores, trabalhadores e prestadores** - se dispuserem a estabelecer pactos consistentes, confiáveis e duradouros em torno da consolidação do SUS. Estes pactos devem ser elaborados por meio de consensos, sem cooptações ou barganhas políticas, que levem ao estabelecimento de convênios ou contratos, legais e legítimos, que contemplem prioritariamente a qualidade e os interesses dos usuários dos serviços de saúde. Acompanhar isso é o papel do **Conselho Gestor Local**.

O Novo Modelo de Organização da Assistência.

O novo modelo, pautado no pressuposto da integralidade das ações com efetiva garantia de acesso da população aos serviços de saúde, resolutivos, legítimos, eficientes e comprometidos com as necessidades coletivas e individuais da população, deve levar em consideração aspectos demográficos, geográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, que acabam por induzir a construção de um desenho organizativo muito peculiar a cada região ou mesmo a grupos populacionais dentro de um mesmo município.

Atribuições dos CRST e da Rede Sentinela.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho saúde doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento.(Portaria 1679)

Este suporte deve ainda se traduzir pela função de inteligência e de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e de formação de recursos humanos.

A rede de centros de referência é a estrutura da Renast, tem caráter permanente e papel fundamental para a consolidação da nova cultura de atenção integral à saúde dos trabalhadores no nível municipal e regional. Deve ser dotado de capacidade técnica, estrutura e de recursos para desempenhar suas principais atribuições: Implantar a Política, Orçar as Despesas, Patrimonializar os Recursos, Controlar e Articular as Ações, Padronizar e Especificar Procedimentos, Avaliar Resultados, Produzir Informação e Organizar a Rede Sentinela. .

Estruturação da Assistência de Alta e Média Complexidade:

Os CRSTs Estaduais e Regionais desempenharão papel importante na organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde dos trabalhadores. (Doenças Relacionadas ao Trabalho consta da Portaria N° 1339/GM, de 18 de novembro de 1999).

Estruturação e Organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Para desempenhar as ações e operações necessárias e para dar cumprimento às atribuições estabelecidas, os **Centros de Referência** deverão estruturar suas atividades em **Núcleos Técnicos** que propiciem o desenvolvimento e implantação de um “**Sistema Integrado de Acompanhamento**

do Desempenho Operacional das Ações de Saúde Voltadas para os Trabalhadores na Sua Área de Abrangência”, consolidando no nível nacional o Observatório Nacional.

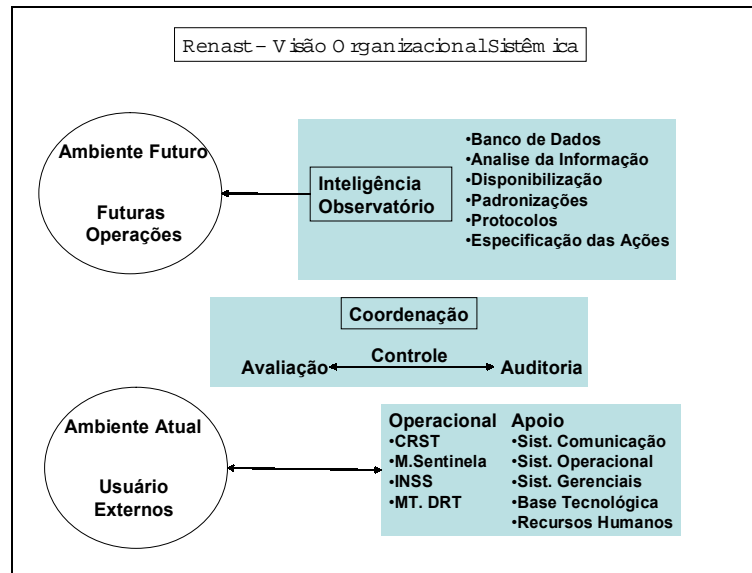
Conceitualmente, a **RENAST** é um Sistema que está sendo estruturado em função do gerenciamento por projetos o que impõe a necessidade de definição prévia da sua missão organizacional, consolidando-a ou promovendo as adequações conceituais e legais que forem entendidas e adotadas para operacionalizar o CRST no nível local correspondente. Uma análise dos ambientes interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) deve preparar a organização do CRST para o gerenciamento estratégico composto de objetivos, estratégias e projetos e definir na ordem - estratégias, metodologia e método e depois técnicas e ferramentas (softwares, sobretudo) para atuar.

O que se pretende é introduzir uma metodologia que promova no ambiente interno de cada Centro de Referência uma padronização de forma e conteúdo que propicie uma análise eficaz das atividades definidas como estratégicas; e no ambiente externo, junto aos **usuários** – trabalhadores, sindicatos, conselhos, profissionais de saúde, agentes do poder público DRT, INSS, MP, governantes, gestores, agentes de empresas empregadoras e de organizações de prestação de serviços na área de saúde do trabalhador, entidades de classe, cidadãos em busca de informação, entre outros - efetividade e qualidade na prestação de serviços e *aumento da capacidade de regulação da RENAST*.

O Sistema Integrado baseia-se em um “**único portal de serviços e sistemas para a RENAST**”, a partir de tecnologias inovadoras que permitem às suas unidades – CRSTs e Municípios Sentinelas - superar aspectos do modelo de administração burocrática, facilitando a implantação de um novo paradigma gerencial na condução de projetos e demandas, geradas no acompanhamento das atividades operacionais dos Centros de Referência e dos Municípios Sentinelas, na manifestação dos usuários dos serviços de saúde, dos sindicatos, dos serviços de proteção ao consumidor, do Ministério Público, do Judiciário, da mídia, etc.

Os subsistemas a serem desenvolvidos têm como premissa a garantia de dados confiáveis, maior agilidade de respostas, o fim do re-trabalho e da duplicidade de informações. Tais premissas vão ao encontro das tendências mais recentes, orientadas pelos valores da efetividade e qualidade, na prestação de serviços e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial na organização.

Para garantir o perfeito desempenho das atividades, cada **CRST** deve planejar, implantar e demonstrar as ações desenvolvidas na sua área de abrangência, lançando dados no Sistema e disponibilizando informação para o público externo. Cada um deles será uma **Estação do Observatório Nacional** e uma **Agência de Prestação de Serviços Integrados - o que pressupõe articulação operacional com o INSS e DRT** - no sentido dos interesses dos trabalhadores, em caráter individual ou coletivo.



Em resumo, como toda entidade ou sistema viável, a RENAST deve dispor das funções de identidade, inteligência, controle, coordenação e auditoria, as quais devem operar de maneira eficaz e em harmonia entre si mesmas e em relação ao ambiente externo, através de efetivos canais de comunicação. Se alguma delas falhar, ou não existir, a entidade tem seu desempenho e existência ameaçada.

Para executar as atividades previstas, cada Centro de Referência deve desenvolver e implantar no mínimo os seguintes **Núcleos Técnicos de Atividade**:

- Atendimento e Acolhimento aos Usuários;
- Informação, Comunicação e Educação Popular;
- Educação e Capacitação Profissional Permanente;
- Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Parcerias e Articulações Inter institucional;
- Organização da Rede Local da Assistência;
- Regulação da Assistência articulada com as Centrais Locais;
- Cooperação Técnica e de Supervisão das Ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Serviços;
- Seleção e Acompanhamento da Implantação dos Municípios Unidades Sentinelas.

Cada um dos Centros de Referência deve ter uma base de dados disponível e atualizada pelo Observatório no mínimo com os seguintes componentes para sua área de abrangência:

- Mapa de Risco;
- Mapa de Doenças e Acidentes de Trabalho;
- Indicadores Sociais, Econômicos, de Desenvolvimento, Força de Trabalho e IDH;
- Perfil Populacional e da População Econômica Ativa;
- Perfil de morbi mortalidade;
- Informações dos Órgãos Securitários: Benefícios Pagos;
- Capacidade Instalada do SUS; mapas da PPI;

- Estrutura Regional do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho;
- Informações ambientais e do âmbito rural;
- Informações dos Parceiros Estratégicos e dos Centros Colaboradores que atuam na área.

06 - Gestão Hominal: A Saúde do Trabalhador Também é Patrimônio → Uma Proposta

Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira

Conselheiro Nacional de Saúde
Técnico da Secretaria de Previdência Social

1. OBJETIVO E OBJETO

Esta nota técnica foi elaborada como texto de apoio ao texto-base da Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST a ser discutida e deliberada pela III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST. Tem como público alvo os conferencistas (etapas municipais, estaduais e nacional), escrita em linguagem não-acadêmica para facilitar o entendimento e enriquecer as discussões que o tema exige. Tem por objeto apresentar o que é Gestão Hominal, o porquê, implicações na melhora do ambiente de trabalho, bem como as vantagens para as empresas que fazem prevenção. Essa gestão propiciará publicações de balanços relativos à saúde do trabalhador, nos moldes do que hoje existe na contabilidade patrimonial. Esclarece como serão implementadas as diretrizes ligadas a essa matéria na PNST.

2. CONTEXTO

"Nosso Maior Patrimônio é o Trabalhador". Vocês já viram por aí uma faixa com esses dizeres na frente da empresa? Esse discurso é comum nas empresas, todavia, de pouca aplicação prática. O patrimônio é o conjunto de direitos, haveres e obrigações de uma pessoa, física ou jurídica, independentemente de sua destinação, que pode ou para não incluir o lucro. Já o trabalhador acidente-adoentado, após os 15 dias de custas às empresas, é do INSS e do SUS.

A aproveitar o que esse discurso tem de bom é necessário um reducionismo ideológico-filosófico, em termos sociais e administrativos, a fim comparar a saúde do trabalhador à saúde do patrimônio. Reduacionismo se diz para esclarecer que o patrimônio tem uma dimensão infinitamente pequena quando comparada com pluralidade, complexidade e transcendentalidade da existência humana e que se o trabalhador for tratado como a máquina que ele opera já seria um avanço. **Quem é mais importante para o empresário: a máquina ou o seu operador?**

Este artigo supõe o seguinte: os empresários controlam mais e melhor o patrimônio, a ponto de mantê-lo saudável com expansão ao longo do tempo – ao menos buscam isso vorazmente - quando comparado a gerência da ambiente de trabalho desse mesmo patrimônio, ou seja, produz bem, com qualidade, todavia com doenças e acidentes. No binômio, capital e trabalho, o primeiro tem a precedência sobre o segundo, isso explicaria a limitação do postulado acima mencionado, em regime ganha-perde (saúde do capital, ganha; saúde do trabalhador, perde).

Eis aqui a saída: usar as mesmas regras do capital em prol do ambiente de trabalho, ou seja, aplicar as práticas contábil-financeiras do capital (gestão patrimonial) à saúde do trabalhador (gestão hominal), porque esse também é patrimônio segundo o slogan, lembram? E assim obrigar as

empresas a publicarem balanços financeiros com informações sobre a saúde do capital e a saúde do trabalhador! Em regime ganha-ganha (saúde do capital, ganha; saúde do trabalhador, também).

Esse nivelamento entre importância do capital e saúde do trabalhador seria referendado, inclusive, por acordos internacional, legitimados por regras nacionais em países signatários dessas convenções. Sem prejuízo que o Brasil adote essa prática antes da ONU ou OIT

3. COMO FUNCIONA HOJE O CONTROLE DA SAÚDE DO CAPITAL?

Sob regime capitalista, em sistemas democráticos, os países se estruturam legalmente para disciplinar operações mercantis e financeiras, definindo, por meio de leis, as regras aplicáveis ao jogo econômico das companhias públicas ou privadas; grandes ou micro; industriais ou bancárias; de produção agrícola, de serviços ou filantrópicas e entre essas e o Estado, a fim de assegurar os controles sociais e governamentais necessários. Ou seja, o capital cria as regras de perpetuação saudável do próprio capital via gestão patrimonial, continuamente aperfeiçoada, com seus pesos e contrapesos.

Na década de 90, com o aumento dos negócios transnacionais houve necessidade de internacionalizar as réguas contábeis e divulgar os resultados da gestão patrimonial aos interessados não só no país sede, mas também para todo o mundo. O risco de calote por parte de uma empresa de outro país, a falta de gabarito comum para apresentação das contabilidades das empresas e das regras de construção dessas contabilidades arrefriavam qualquer comércio multilateral. Preocupados com a garantia desses itens os países, via União das Nações Unidas – ONU e a Fundação Comitê de Padronização Internacional de Contabilidade - IASC declaram formalmente o regramento para apresentação das demonstrações contábeis, princípios e postulados a serem seguidos de maneira a garantir segurança mercantil das operações financeiras, independentemente de quem é o beneficiário e do destino este capital.

Essas demonstrações contábeis são aprovadas publicamente por **auditores independentes** que atestam o atendimento das normas contábeis geralmente aceitas e prescritas legalmente, assegurando a coerência dos métodos e procedimentos adotados na construção dessas publicações.

Existe um conjunto de regras legais que regulamentam o funcionamento dessas associações de auditores independentes, donde a credibilidade constitui a razão de sua existência. **A credibilidade dos auditores independentes é fundamental para manutenção do sistema capitalista** estruturado no comércio de ações comercializadas pelas companhias abertas nas bolsas de valores. Os valores monetários e econômicos dessas ações estão ancorados, o deveriam estar, exatamente na credibilidade dessas demonstrações contábeis garantidas pelos auditores independentes.

Como exemplo da auto-regulação do sistema, o caso da fraude descoberta nas demonstrações contábeis da gigante estadunidense ENRON Corporation que inflou artificialmente seus ativos financeiros, tinha sido auditada pela KPMG auditores independentes. Estremeceu a credibilidade de todo sistema, que obrigou aquele país a rever sua lei respectiva, assim como tomar fortes medidas profiláticas, tais como, apresentar a prisão provisória do auditor independente chefe da KPMG e dos diretores superiores da ENRON.

Todo isso para conferir às demonstrações financeiras a credibilidade vital ao sistema capitalista, de modo a definir as decisões, as atitudes dos atores sociais envolvidos e assegurar: **aos acionistas**, credores e proprietários, a rentabilidade e o retorno do capital investido, com menor risco possível; **ao Estado**, o pagamento dos tributos; **aos trabalhadores**, a tranqüilidade de operar em um empreendimento sólido; **aos fornecedores**, uma carteira sustentável de negócios; **aos consumidores**, a certeza de comprar de uma empresa séria e **à sociedade** em geral, o dever cumprido da responsabilidade social.

3.1 E no Brasil, como Funciona?

No caso brasileiro esses princípios estão consagrados na Constituição Federal, no título da ordem econômica, e estão disciplinados pela lei das sociedades por Ação - lei 6.404 -, assim como pelos regulamentos da CVM – Comissão de Valores Mobiliários e pelo BCB - Banco Central do Brasil.

Os livros (diários, razão, inventário, ações, de entrada e as saída de produtos, entre outros) e registros contábeis obrigatórios têm requisitos legais a serem observados, como formalidades, intrínsecas e extrínsecas e são fonte donde nascem as demonstrações financeiras, a saber:

- Balanço Patrimonial – BP;
- Demonstração de Resultados do Exercício – DRE;
- Demonstração das Origens e Aplicações dos Recursos – DOAR;
- Demonstração da Mutação do Patrim nio Liquido - DMPL

Como a regra geral, toda companhia do capital aberto que negocia suas a es na bolsa de valores   obrigada a publicar periodicamente, de acordo com o tipo, nos jornais de grande circula o, as demonstra es contábil-financeiras, bem como elaborar e manter os registros atualizados de todos os atos administrativos contábeis em que estão baseadas e finalmente manter devidamente arquivada toda documenta o relativa. Há ainda o pronunciamento dos auditores independentes que apontam a lisura e pertinência dessa sistemática contábil, mediante pareceres (com ressalva ou não, ou adverso), publicados conjuntamente com as demonstra es.

Com isso se permite aos interessados o controle sobre a contabilidade da empresa, seus lucros e prejuízos, deprecia o de seus ativos, o tamanho das contas a pagar, a carteira de recebíveis, evolu o econômica, varia es patrimoniais, em fim uma presta o geral contas   sociedade sobre a gestão patrimonial da empresa.

Resumo: Na visão capitalista “Sai Caro e Muito Arriscado ao capital e ao Seu Dono Praticar Ilegalidades em Matéria de Gestão Patrimonial”.

Qual o **segredo** do sucesso da gestão patrimonial: ”A Vontade do Empresário em Apresentar Bons Resultados”.

4. GESTAO HOMINAL (SAUDE DO TRABALHADOR) E GESTAO PATRIMONIAL (SAUDE DO CAPITAL): A ULTIMA FRONTEIRA

A saída está   direita! Parece ironia, mas não  . No bin mio capital x trabalho,   preciso seguir os passos do capital para melhorar a saúde do trabalhador. Não há via de sucesso possível que na visão

do capital não siga o mesmo, mandamento: “Sai Caro e Muito Arriscado ao Capital, e ao Seu Dono, Praticar Ilegalidades em Matéria de Gestão Patrimonial, Ambiental, e agora Hominal”.

Ou seja, é importantíssimo e antecede a qualquer outro postulado a certeza de que “A Vontade do Empresário em Apresentar Bons Resultados” está na gênese de qualquer política desenvolvimentista com saúde para o trabalhador.

Concretiza-se o *slogan* do início do artigo com equiparação da gestão do patrimônio à gestão hominal, conferindo a esta última todos os apetrechos formais daquele, de modo a assegurar: aos **acionistas, credores e proprietários**, a produção de bens e serviços sem produzir doente-acidente; ao **Estado ou Seguradoras**, o pagamento dos benefícios acidentários não decorrentes de negligência; aos **trabalhadores**, a tranquilidade de operar em um empreendimento salubre; aos **consumidores**, a certeza de comprar de uma empresa comprometida com a saúde do trabalhador; e, à **sociedade em geral**, o dever cumprido da responsabilidade social.

“A mão invisível de mercado”, de *Adam Smith*, produziria a regulação naturalmente, dentro é claro de certos marcos legais, que provocaria incremento dos lucros para os bons empresários em termos de gestão hominal e diminuição para os maus, a partir das atitudes de todos os envolvidos diante da transparência e publicação das realidades dos ambientes de trabalho.

Se não ha lucro explícito em praticar atitudes prevencionistas por intermédios de sistemas de gestão, nenhum empresário terá estímulo para evitar acidentes, a salvo a voluntariedade de alguns por reconhecer a possibilidade, distante, de reduzir as perdas de dinheiro e homens-hora. Esse pressuposto é endógeno, intrínseco e inseparável do capital e não há outra forma de inserir a saúde do trabalhador em qualquer movimento de melhora sem considerá-lo.

A falta desse pressuposto constitui o núcleo do problema, que o Brasil tentou combater via normas do MTE e negociação tripartite, sem êxito (hoje, são 03 mortes a cada 2h de trabalho e 03 acidentados para cada minuto, apenas para empregados registros formais e com CAT). A solução passa por provocar os empresários a terem vantagens econômicas com a prevenção eficaz dos riscos laborais.

Círculo Virtuoso: os **consumidores** comprariam mais da empresa que produz mais e melhor, de modo não adoecedor; em compensação o **empresário** teria mais lucro porque adocece e acidenta menos e conseqüentemente vende mais; o **Estado** poderia conceder linhas de crédito especiais para renovação de parque fabril, substituição de máquinas inseguras, implementação de proteção coletiva em função do menor desembolso acidentário e ao mesmo tempo cobrar menos impostos; Os **acionistas** teriam decisões mais fortes no sentido de resguardar os bons resultados; **Profissionais da área de saúde** do trabalhador seriam contratados com qualidade e em quantidade bastante superior, não porque a CLT manda, mas porque o empresário quer eficácia no sistema de gestão, e nesse caso o SESMT como se conhece hoje na NR 04 do MTE perde o sentido;

Os **Trabalhadores e empresários** passariam a dignificar a CIPA como fórum de geração de idéias e de discussão; **O INSS e o SUS** teriam condições de prestar melhores serviços, pois seriam menos doente-acidentados produzidos pelas empresas; os **Sindicatos** poderiam entrar como parceiros das empresas negociando coletivamente condições de trabalho de acordo com a velocidade e capacidade econômica da empresa cidadã... Enfim são inúmeras as possibilidades – que o conferencista leitor

possa imaginar - de superação e ajuda mútua em prol de um sistema melhor. Idéias, não faltam, o que falta é prática e a prática é agora na III CNST.

Só a **potencia em conjunto** desses atores sociais, aliados a vontade da empresa, dentro de uma Política Nacional duradoura e de longo prazo, dentro de uma abordagem coletivista (e, não individualista como temos hoje), sob a mira afiada e das atitudes constantes do controle social que precisa se consolidar nos níveis municipais, estaduais e nacional são capazes revolucionar para melhor a saúde do trabalhador brasileiro. Agregue-se ao sentido patrimonial a dimensão humana, para atingir-se o patrimônio em sentido amplo. O impulso da vontade empresarial está intrincado com o retorno econômico decorrente de qualquer empreendimento.

5. PROPOSTA DE DEMONSTRAÇÕES HOMINAIS

As demonstrações hominais, por empresa, teriam, entre outras, informações sobre:

- Balanço Hominal – BH, com as contas de ativos (proteção coletiva em uso e em implantação; quantidades de trabalhadores admitidos com necessidades especiais; programas de treinamento e reciclagens) e os passivos mórbidos, comparação dos indicadores da companhia com os indicadores do segmento econômico ao qual pertence; comparação dos indicadores do segmento econômico ao qual pertence com os indicadores nacionais e internacionais;
- Demonstração de Resultados Hominais do Exercício – DRHE, com as apurações dos acidentes, quase-acidentes, doenças, capital investido em curto, médio e longo prazo; sistemas de proteções coletivas, novos desenhos e projetos produtivos voltados a saúde do trabalhador; adoção de sistemas de gestão; novas tecnologias; uso de empregado terceirizado e a respectiva capacidade de administrar esses contratos de prestação de serviços; indicadores de incidência de acidentes e de enfermidade, mortalidade, letalidade; índices de acidentes e enfermidades por produção e faturamento (por exemplo: 20 eventos a cada 100 tonelada ou 5 enfermidades a cada € 1.000.000 de faturamento); quantidades de auditorias internas feitas ao ano;

As demonstrações hominais seguem as mesmas orientações da patrimonial, ou seja, estão embasadas nos registros e nos documentos produzidos pelos sistemas de gestão da companhia, para permitir a identificação, o reconhecimento, a avaliação, o estabelecimento de medidas administrativas e coletivas de controle, o monitoramento, inclusive biológica, por intermédio dos exames médicos periódicos, as discussões com os trabalhadores, as soluções com o cronograma de execução dessas medidas negociadas, entre outras, e finalmente o arquivamento rastreável de toda documentação produzida, com vistas a contemplar os fatores de riscos: físicos; químicos; biológico; psicoergonômicos e de acidentes (mecânicos).

As companhias seriam obrigadas, por força de lei, a publicar (a cada ano, por exemplo) essas demonstrações hominais, devidamente auditadas por auditores independentes, em jornais de grande circulação nacional, assim como elaborar e guardar os registros atualizados oriundos dos atos administrativos que as lastreiam, bem como o devido arquivamento de toda documentação.

07 - Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP

Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira

Conselheiro Nacional de Saúde
Técnico da Secretaria de Previdência Social

6. OBJETIVO

Esta nota técnica foi elaborada como texto de apoio ao texto-base da Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST a ser discutida e deliberada pela III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST. Tem como público alvo os conferencistas (etapas municipais, estaduais e nacional), escrita em linguagem não-acadêmica para facilitar o entendimento e enriquecer as discussões que o tema exige.

7. OBJETO

O que são NTP e NTEP? Origem? Por que substituir o NTP pelo NTEP? Como funcionará? As respostas a essas perguntas são a essência deste artigo. Por outro lado aborda como as diretrizes ligadas a essa matéria na PNST serão implementadas.

8. COMO FUNCIONA HOJE

As empresas pagam ao INSS, a título de seguro acidente do trabalho – SAT, a mesma cota de 1, 2 ou 3%, de modo rígido, pelo simples fato de pertencerem a um mesmo segmento econômico, definido segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, independentemente de adoecerem ou matarem mais ou menos que as suas concorrentes.

O trabalhador, acidentado ou adoecido, para conseguir um benefício acidentário junto ao INSS, caso a empresa não emita CAT, terá que provar, a duríssimas penas, que esse agravamento à sua saúde decorreu ou foi agravado pelo trabalho, independentemente se a empresa que o emprega adocece e mata muito ou pouco quando comparada às demais.

O INSS, por intermédio dos médicos peritos, tem a incumbência de dizer se há incapacidade, qual o tamanho dela e, principalmente, se é ocupacional ou não, mediante a relação que a Previdência Social estabelece, numa visão individualista, entre o diagnóstico e a ocupação; entre acidente e a lesão; entre acidente e causa *mortis* do trabalhador, chamado **Nexo Técnico Previdenciário – NTP**, conforme disposto no art. 337 do decreto 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social - RPS).

O diagnóstico é descrito no atestado do médico assistente, transcrito na CAT se a empresa vier a emití-la, e codificado conforme a Classificação Internacional de Doença (exemplo: lombalgia = CID M54.5).

O NTP determina uma visão individualista do médico sobre o indivíduo que trabalha-adoece. Ao requerer o benefício o trabalhador traz a CAT emitida pela empresa, que inclui o atestado médico e, em geral, o **INSS presume NTP como ocupacional** e concede o benefício como B91 - auxílio doença acidentário. Agora, se a CAT não é emitida pela empresa ou quando não exista, o **INSS**

presume o NTP como não ocupacional e concede o benefício como B31- auxílio doença previdenciário.

Isso se tornou regra, e responde pela esmagadora maioria dos números. Nesses casos cabe ao trabalhador a prova em contrário, ou seja, o ônus da prova é da vítima.

Em outras palavras, o INSS, nesse caso da lombalgia, por exemplo, sem CAT, esse afastamento entra direto como B31, o trabalhador sequer tem-se a possibilidade de requerê-lo como acidentário. Para transformá-lo em B91 há que convencer o médico perito do INSS do contrário que, mediante documentação garimpada pela vítima, terá que estudar as atividades desenvolvidas por ela para tentar estabelecer uma relação causal entre essas atividades e lombalgia, independentemente se essas dores são corriqueiras entre seus colegas e não interessando se a empresa é farta e contumaz produtora de lombalgia e conexas.

9. SISTEMA ATUAL ESTÁ ESGOTADO

O atual sistema consegue ser perverso a todos os envolvidos, a conferir:

- i) **A boa empresa** (que acidenta-adoece e mata menos) não se beneficia em termos de mercadológicos porque não consegue vender mais que a concorrente, que não investe em prevenção e pratica preços menores; em termos tributários porque não há flexibilização – bonus x malus –, ou seja, mesmo que adoeça menos que a concorrente paga a mesma cota de SAT; e, em termos de financiamento público, porque para essa boa empresa não há linhas de créditos especiais para comprar máquinas mais seguras, implantar sistemas de gestão que privilegie as medidas coletivas e não o EPI;
- ii) **O INSS** passa como algoz de trabalhador, produtor de burocracias, defensor de empresas adoeedoras, incompetente, injusto, e nesse contexto merecedor de privatização! Quando em verdade o problema está na produção absurda de acidentes-doentes por parte das más empresas, essas sim têm culpa no cartório e deveriam ser combatidas.
- iii) **Os trabalhadores**, sem estabilidade no emprego, sem FGTS, são demitidos e não conseguem outro emprego porque estão adoentados e ficam torcendo para o B31 se alongar o mais possível, ou, em último suspiro, transformá-lo em aposentadoria por invalidez B32, tal desespero.
- iv) **Previdência Social** que aparece para sociedade como precária e ineficiente, e, portanto, merecedora de privatização, quando em verdade ela vítima das mesmas empresas que produzem acidentes-doentes, e da mesma forma entopem o sistema SUS de pessoas “depreciadas aceleradamente pelo processo produtivo”.

O sistema acidentário da Previdência Social, em vigor, é movido à CAT que é sonogada escancaradamente. A sonogação da CAT é enraizada e demarcada por aspectos políticos, econômicos, jurídicos e sociais. Os principais aspectos relacionados são:

- O acidente-doença ocupacional é considerado pejorativo, por isso as empresas evitam que o dado apareça nas estatísticas oficiais;
- Para que inicie um reconhecimento da estabilidade no emprego – que é de um ano de duração a partir do retorno -, bem como a liberdade de poder despedir o trabalhador a qualquer tempo;

- Par não se depositar a contribuição devida de 8% do salário, em conta do FGTS, correspondente ao período de afastamento;
- Para não se reconhecer a presença de agente nocivo causador da doença do trabalho ou profissional e, para não se recolher a contribuição específica correspondente ao custeio da aposentadoria especial para os trabalhadores expostos aos mesmos agentes.
- A CAT emitida pela empresa é considerada palavra final e inquestionável, sobre o NTP, quando na verdade é somente um ato administrativo que carece de verificação, investigação e julgamento a partir de outras evidências;
- A CAT é ato médico - o INSS não aceita CAT sem a seção do atestado médico, ainda que não esteja na lei - e o médico tem palavra final, embora se saiba do caráter multidisciplinar do tema da saúde do trabalhador.
- A CAT sob o prisma do empregador funciona como confissão de culpa com conseqüências penais, cíveis, previdenciárias e trabalhistas.
- O INSS condiciona a concessão do benefício acidentário à apresentação, por parte da vítima, da CAT e, por conseguinte, e prestação de reabilitação profissional, o que atribui a esse documento um peso extraordinário que de um lado estimula a subnotificação por parte do empresário, e de outro ultraja direito dos empregados;
- As doenças do trabalho têm agentes múltiplos que concorrem entre si e complicam a afirmação do diagnóstico e o NTP. Agravado pelo não imediatismo entre a exposição e a doença, onde a manifestação mórbida (sinal, sintoma, distúrbio ou doença) ocorre dias, meses, anos, às vezes, vários contratos de trabalho depois da exposição inicial;
- O afastamento é ocupacional ou não? Diante da dúvida é mais confortável para medicina ocupacional afirmar que é não ocupacional – não emitir a CAT -, isso porque é mais fácil atribuir a causalidade da doença a outros fatores que não o trabalho, considerando que o trabalho pode ser causa suficiente, mas não necessária.
- Impossibilidade de se flexibilizar tributação do SAT se considerarmos a CAT como fonte primária de estatística, onde essas seriam ainda mais subnotificadas, por motivos óbvios.
- Proliferação de PPRA e PCMSO, anunciados em bancas de jornal, Brasil a fora, simplesmente para cumprimento cartorário de norma trabalhista, bem como das empresas de medicina ocupacional para produção de ASO e de engenharia de segurança para elaboração de laudos de acordo com as conveniências do cliente, que retrata a banalização, promiscuidade, mercantilização, às vezes prostituta, do tema saúde do trabalhador.

10. MEDICINA OCUPACIONAL PRECISA EVOLUIR PARA SAÚDE COLETIVA

Desde 1967, com a estatização do SAT – a empresa deixa de arcar com os custos do acidente trabalho -, passando por 1977, com a publicação do capítulo V da CLT e sua NR 07 (exames médicos), revisada em 1994, quando se transformou no Programa de controle médico (PCMSO), impera no Brasil a opção legal pela **abordagem individualista** das condições de trabalho, da clínica médica, da medicina ocupacional ou da medicina do trabalho, tentada pelo viés mercantil, preocupada com ASO, apto ou não apto, sobre os ossos, os músculos, os nervos, exames laboratoriais, estatura, força, cor, sexo, idade, etc.

Essa doutrina que considera trabalho como elemento de produção, numa relação que o trabalho deve gerar capital, se alastrou vertical e horizontalmente e serviu de base às decisões e encaminhamentos – subliminarmente em alguns casos - para as empresas, ao INSS, à justiça, ao

Ministério Público, às universidades e aos demais meios acadêmicos, inclusive nos cursos de formação de profissionais e de suas associações de classe, aos sindicatos e aos governos cujas discussões e negociações eram apenas tripartite e sem controle social.

Essa opção doutrinária, questionada faz tempo, **produziu pérolas** como: o NTP do INSS; a engenharia de segurança do trabalho que qualquer um, a juízo do empregador, pode fazer, conforme NR 09 do MTE; a medicina do trabalho que, conforme NR 07 do MTE, obriga a empresa contratar um médico do trabalho; a “EPIZAÇÃO” pois o EPI é a melhor solução, não poderia ser diferente porque o EPI protege o indivíduo e como a abordagem é individual, ele por si só resolve; o SESMT, formado por engenheiros, porque a empresa tem que ter alguém para especificar o EPI e por médicos, para se ter a certeza de que está contratando pessoas não-doentes para usarem esses EPI por um bom tempo sem adoecer; e, a imperadora desse reinado doutrinário: **Sua Alteza a CAT**.

Ano que vem quando algumas das medidas discutidas na III CNST deverão ser postas em prática espera-se ultrapassar esse degrau doutrinário individualista e adotar legalmente e no dia-a-dia uma **abordagem coletiva** com visão panorâmica, coletivista, psicosocial, ergonômica, estimuladora das boas empresas e do capital saudável e que, decididamente incorpore o tema “saúde do trabalhador” ao conceito amplo de saúde coletiva.

O novo conceito de **acidente-doença presumido pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP**, abaixo explicado, servirá como mecanismo único válido tanto para sinalizar concessão de automática de benefícios pelo INSS de um lado, como para flexibilizar tributação do SAT, por intermédio do “Fator Acidentário Previdenciário – FAP” de outro. Está em total sintonia com a visão coletivista da saúde do trabalhador sob a mira constante do controle social do CNPS, CNS e SUS, não mais tripartite apenas, mas polipartite, descentralizado aos estados e municípios e união, transparente, com ampla oportunidade de contraditório às empresas discordantes e, principalmente, construído a partir de novas bases conceituais onde o trabalho funciona para si e em si mesmo, e que a ordem econômica tem o primado do trabalho como fundamento, e não o contrário.

A abordagem coletiva é melhor que individual? A questão vai além da simples dicotomia do que é melhor ou pior. Trata-se aqui de **escolher politicamente, via III CNST, qual sistema tecnicamente erra menos e é menos injusto com as boas empresas e trabalhadores**, pois as duas abordagens possuem incertezas, a saber:

A abordagem individual da CAT e do NTP está predisposta ao erro do **falso-negativo** (erro tipo II), ou seja, o afastamento por doença do trabalho é catalogado no INSS como B31 quando em verdade seria B91.

Enquanto a abordagem coletivista a partir da epidemiologia (epi=sobre; demo = população e logia=estudo), que quer dizer estudo da população empregada exposta aos fatores de riscos relativos ao trabalho, se volta para o erro **falso-positivo** (erro tipo I), em condição exatamente contrária ao acima, isto é, o benefício deveria ser B31 e não B91.

Entende-se que a abordagem coletiva da epidemiologia clínica supera a abordagem individual da clínica médica, em matéria de saúde do trabalhador, porque erra menos e erra menos porque tende a anular os vieses, uma vez que se enxerga numa tomada só - ao invés de um - todos os casos registrados no INSS de milhões de trabalhadores e empresa e milhares de médicos. Imperativo afirmar a indissociabilidade e a complementaridade necessária a essas duas abordagens, ainda que se afirme que a abordagem coletiva tem precedência sobre a individual, sem nenhuma apologia à eliminação da clínica médica, ao contrário.

11. NTEP - PRINCÍPIO ÚNICO: CONCESSÃO DE BENEFÍCIO E TRIBUTAÇÃO

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário é um conceito da Previdência Social, fruto da atualização do NTP, que se propõe a alterar o artigo 337 do RPS, que passaria a considerar para fins de concessão de benefício por incapacidade a componente epidemiológica – visão coletivista - do caso. Ou seja: **NTEP = NTP. + Evidências Epidemiológicas**, cuja metodologia usada para flexibilização do custeio do SAT está descrita na resolução quadripartite 1.236/2004 do CNPS/MPS. Essas evidências epidemiológicas estão sustentadas nas seguintes premissas:

- O trabalhador é **admitido saudável** pela empresa conforme exame admissional “apto”;
- **População de trabalhadores expostos** é aquela empregada em empresas pertencentes a um segmento econômico, conforme a classificação nacional de atividades econômicas – CNAE, e que possuem processos produtivos e fatores de riscos semelhantes ou equivalentes;
- **Caso** é o registro do benefício por incapacidade concedido pelo INSS – com e sem CAT – onde se aproveita o número do capítulo da Classificação Internacional de Doença-CID, aprovada pela OMS prescrita para o atestado que suporta o afastamento, (exceto os capítulos CID 15 e 16 referentes à maternidade) em empregado formal, que seja incapacitante por mais de 15 dias, estratificado por idade e sexo;
- **O médico** é o único profissional competente para diagnosticar, enquadrar a CID, definir a terapêutica e conceder alta ao término da recuperação. E não há interferência externa de empresa ou terceiros. O médico é soberano tecnicamente, ainda que seja empregado. Erros nessa área serão julgados pelo conselho de ética do CRM
- **Diagnóstico** do qual considera-se apenas o capítulo CID é firmado por milhares de médicos em todo território nacional;
- **Incapacidade** é definida por milhares de médicos peritos do INSS, e conveniados.
- Faz-se o **estabelecimento do NTEP entre capítulo CID e CNAE**, a partir do estimador de riscos Razão de Chances (RC) > 1, com 99% de confiança estatística, estratificado por sexo e idade.
- Os benefícios referentes aos **trabalhadores terceirizados** foram contemplados – CNAE prestação de serviço – a partir do momento em que são computados por empresas terceirizadas como reflexo dos fatores de riscos do CNAE de suas contratantes.
- **Publica-se a matriz** de NTEP a cada 02 anos, presumindo-se ocupacionais todos os benefícios por incapacidade requeridos em que o atestado médico apresente um capítulo CID que tenha NTEP com o CNAE da empresa empregadora desse trabalhador. Cabendo a empresa o ônus de apresentar provas em contrário à Previdência Social e aos CRST o julgamento na esfera administrativa.

- Nasce a **Notificação Única de Agravo – NUA** fruto da transformação da CAT, unificaria as notificações do MTE, MPS e MS, consolidando as informações hoje existentes na CAT, SIM, SINAN, bem como acrescentando outras.

Finalmente a Saúde do Trabalhador, integrada ao SUS, passa a ter controle social, via conselhos e vigilância sanitária que tendem a se estruturar com foco nos **painéis de controle de incidência e prevalência que o NTEP propicia por CNAE - por região, município e por empresa** – para intervir em níveis federal, regional, estadual e municipal de modo inteligente e coordenado onde os vigilantes sanitários atuariam no varejo, localmente, com ênfase no adoecimento de sua circunscrição e os auditores-fiscais e demais agentes federais (meio-ambiente, ANVISA, MPS, MTE), sob a presteza do MPF, MPT e Justiça, ficariam na retaguarda armados de dados para agir nos grandes problemas nacionais ou na insuficiência técnica, administrativa ou política da vigilância sanitária, com holofotes nas grandes empresas dentro do planejamento integrado de acordo uma plano nacional de saúde do trabalhador, parte integrante de uma política nacional.

08 - O Controle Social no SUS e a RENAST

Andréa Maria Silveira

Professora da Universidade Federal de Minas Gerais

Fátima Sueli Neto Ribeiro

Professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e
Pesquisadora do Instituto Nacional do Câncer

Aparecida de Fátima Pianta Frederico Lino

Assessora da Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde

A história da participação social na gestão das políticas públicas no Brasil está associada ao processo de redemocratização do país, que ocorreu com o fim do governo militar e de toda repressão por ele praticada. Na década de 70 do século passado, o Brasil testemunhou a explosão da migração do campo para a periferia dos centros urbanos. Diante da ausência do mínimo de infra-estrutura de transporte, escola, segurança pública, moradia, e principalmente, assistência à saúde, as populações destas regiões se organizaram para a busca de seus direitos através da criação dos conselhos, os quais fizeram parte de um amplo processo social na luta pela transformação das relações entre o estado e a sociedade civil. Estas experiências populares e informais sob a forma de conselhos populares, como o movimento de saúde da zona leste de São Paulo ou como estratégias de lutas operárias, sob a forma de Comissões de Fábrica, disseminaram principalmente nos pólos industriais brasileiros. Refletindo estes movimentos, a constituição de 1988 através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), criou uma nova institucionalidade no poder público, a qual se caracteriza por duas importantes inovações no Setor Saúde: a descentralização, transferindo responsabilidades decisórias para estados e municípios, e a valorização da participação popular no processo decisório através dos Conselhos de Saúde, como acontece no Sistema Único de Saúde (SUS).

O controle social no SUS se dá através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (Nacionais, Estaduais e Municipais) que partem do princípio de que é importante que a sociedade participe das decisões e proponha ações e programas para resolução de seus problemas de saúde e, principalmente, controle a qualidade dos serviços públicos, o modo como eles são implementados, e fiscalize a aplicação dos recursos destinados à saúde. Os Conselhos de Saúde, seja no nível nacional, estadual ou municipal, têm garantido por lei a paridade entre os usuários do SUS (50%) e os prestadores de serviços, profissionais de saúde e gestor - governo - (50%) independentemente do número de conselheiros. Por sua vez, as Resoluções 33/92 e 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde determinam que a representação dos Usuários seja igual a 50% dos Conselheiros, dos Profissionais de Saúde de 25% e dos Gestores e Prestadores de Serviços os outros 25%.

As conferências de saúde têm caráter consultivo e objetivam avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política em cada nível de governo. Já os conselhos têm caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na aprovação das diretrizes e no controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros. As decisões destas instâncias ocorrem sobre políticas que têm caráter de universalidade, daí a importância que a composição destes fóruns espelhe os mais distintos setores da sociedade assegurando a consolidação de um modelo de atenção a saúde baseado nos direitos de cidadania.

A saúde dos trabalhadores e o controle social no SUS

No cenário das mudanças políticas e sociais ocorridas nas décadas de 1980 e 1990 e no contexto da Reforma Sanitária, o mundo do trabalho e a atenção à saúde dos trabalhadores passaram por profunda reformulação. A principal resultante foi a superação do paradigma da Medicina do Trabalho e a definição da área de Saúde do Trabalhador no campo de abrangência da saúde pública, propiciando ao SUS assumir o papel de instância transformadora da área. As ações de estruturação da área de Saúde do Trabalhador no âmbito da rede pública de saúde vinham se sucedendo por todo o Brasil mesmo antes da promulgação da Constituição brasileira, em outubro de 1988. Desde estes momentos iniciais, a necessidade de articulação das ações com o movimento social organizado foi identificada e foram buscadas maneiras de efetivar a participação dos trabalhadores.

Desta forma, algumas experiências localizadas desenvolveram estruturas de articulação do controle social como uma forma de aumentar a especificidade da atuação para além dos Conselhos Estaduais ou Municipais de Saúde. No município de Campinas e Volta Redonda, no início dos anos 90 e após longo período de atuação da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador chega-se à regulamentação do Conselho de Saúde do Trabalhador daqueles Municípios. No estado do Rio de Janeiro a estruturação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST) ocorreu em 1991. Em outros estados foram constituídos Câmaras técnicas de saúde do trabalhador junto aos conselhos de saúde, como em Minas Gerais, ou fóruns de saúde do trabalhador não vinculados aos conselhos de saúde, mas agregando amplas parcelas da sociedade para discutir as políticas do setor, como a plenária de Saúde do Trabalhador de São Paulo.

Uma característica marcante de algumas destas experiências é que na sua composição não está incluída a participação de representações patronais lato sensu, balizada numa concepção própria de que o controle social se dá sobre a atividade produtiva na sua relação com a saúde. O fato de que o corolário de ações de vigilância em saúde do trabalhador, sob controle social, pressupõe a adoção de uma metodologia peculiar de atuação, na qual estão presentes a captação das demandas, sua eleição e priorização, o planejamento da intervenção, o ritual preparatório para a sua viabilização, a execução compartilhada e, finalmente, a avaliação para uma eventual correção de rumos, impede, de forma definitiva a participação de setores empresariais no contexto. Não se quer dizer, com isto, que não se estabeleçam estratégias de diálogo permanente e de negociação com estes setores, mas, pelo contrário, emergem novas formas de negociação. Das principais ações e atividades da área de Saúde do Trabalhador, nos últimos anos, destacam-se as que dizem respeito ao desenvolvimento de um método de Vigilância em Saúde do Trabalhador, invariavelmente sujeito ao controle social (democratização e participação) e à disseminação das ações nos municípios (descentralização). Através do controle social um colegiado com várias instituições e diversos atores sociais ligados ao mundo do trabalho e dos direitos sociais traçam diretrizes, acompanham a execução e avaliam as ações de saúde do trabalhador, de alguma forma, por dentro da máquina pública da saúde. Os atores envolvidos são os sindicatos e associações de trabalhadores, os movimentos das mulheres, as associações de portadores de deficiências relacionados ao trabalho, outras esferas do poder público como secretarias de meio ambiente e de trabalho, Ministério Público e universidades.

O Controle Social na RENAST

A instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em setembro de 2002, através da Portaria 1679/02, com atribuição prioritária de regulamentar a implementação de uma política de atenção à saúde dos trabalhadores, pressupõe um modelo de atenção integrado, da intervenção sobre todo o ciclo da produção social do processo saúde/doença do

trabalho - da promoção, da assistência e da vigilância - articulando todos os dispositivos, equipamentos e serviços da rede SUS, através da construção de uma rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores.

Nesta linha, a área de Saúde do Trabalhador se diferencia das demais áreas técnicas por trazer para seu escopo de atuação a garantia de estruturas de controle social na sua rede, a RENAST. Além do controle direto das ações dos centros de referência, a participação efetiva das organizações dos trabalhadores do campo e da cidade, na definição das prioridades de intervenção, no acompanhamento da implementação de uma política de Saúde do Trabalhador, na legitimação e no controle da aplicação dos recursos específicos viabiliza que as atividades da RENAST sejam consoantes com a realidade do sistema produtivo local.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Brasil possuía em 2001, na População Economicamente Ativa (PEA) 83.243.239 pessoas. Para a Organização Internacional do Trabalho -OIT, cerca de 60 milhões de trabalhadores brasileiros estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou “precarizado”, portanto, a margem das políticas de previdência social e das políticas implementadas pelo Ministério do Trabalho e pelos empregadores, podendo contar apenas com as ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde. Devemos aqui lembrar que as rápidas e profundas mudanças pelas quais passam os processos técnicos, as formas de organizar e gerenciar e as formas de inserção no mercado de trabalho têm grandes impactos sobre as formas de adoecer e morrer da população. Identificar o mais precocemente possível as necessidades de saúde, dos indivíduos, implementar ações de proteção e promoção da saúde no trabalho constitui uma grande tarefa para o SUS. Isto só é possível através da participação da sociedade no planejamento e na gestão da oferta de ações de saúde.

Estimativas do Ministério da Saúde apontam a existência de aproximadamente 100 mil conselheiros atuando em todo o país, nos Conselhos Municipais, Estaduais, e Nacional de Saúde e também em Conselhos Gestores de unidades de saúde. A experiência destes últimos tem se mostrado positiva no sentido de ampliar a participação da sociedade na gestão das unidades que executam as ações de saúde. Neste sentido, respeitada a história particular e as trajetórias do controle social das ações de saúde do trabalhador em cada região do país, destaca-se a importância da constituição de conselhos gestores junto aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador como mecanismo de aperfeiçoamento do controle social da implementação da política de saúde no trabalho.

Uma agenda para o Controle Social na RENAST

Superar o corporativismo, o particularismo e o privilegiamento da expressão de necessidades e preferências dos segmentos mais organizados, reivindicativos e estáveis do mercado de trabalho em detrimento de trabalhadores menos organizados, menos escolarizados, de menor poder de barganha e menor estabilidade no mercado de trabalho como os trabalhadores temporários, terceirizados, domésticos e informais, constitui um grande desafio para o controle social na RENAST. Na mesma direção é necessária a criação de mecanismos regimentais que evitem a oligarquização dos conselhos (no sentido da participação de poucos). A presença por mandatos consecutivos sempre dos mesmos indivíduos representando interesses particulares de suas categorias quando não interesses pessoais (acesso privilegiado a informações, possibilidade de viagens, facilitação de acesso a serviços etc.), muitas vezes sem prestação de contas a sua base social mina qualquer possibilidade de real controle da sociedade civil sobre a ação governamental, e esvazia a legitimidade e credibilidade das instâncias de controle social.

Para fortalecer estas instâncias e consolidar a RENAST, destaca-se a necessidade de alguns elementos, a saber: 1. Assumir como prioridade a capacitação dos membros do controle social (nos conselhos municipais, estaduais e gestores de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) ressaltando aspectos históricos e técnicos da constituição do campo da saúde dos trabalhadores, aspectos éticos e de compromisso com seus representados; 2. Garantia de apoio político, técnico, administrativo e orçamentário a estas instâncias (particularmente os conselhos gestores); 3. Definição de regimentos para regulamentar o funcionamento dos mesmos; 4. Definição de planos de trabalho e cronogramas de reunião, produção de diagnósticos e identificação de problemas, acompanhamento de ações governamentais através não apenas de relatórios como também de visitas de campo e entrevistas com os dirigentes e usuários dos serviços; 5. Divulgação do papel da Saúde do Trabalhador junto aos trabalhadores, junto aos sindicatos, associações e universidades. No caso dos conselhos gestores dos CRST, deve-se ainda cuidar para que os mesmos não atuem como instâncias paralelas e divorciadas dos conselhos municipais e estaduais, permitindo efetiva discussão da necessidades de oferta de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS. Outra dificuldade a ser enfrentada, no caso dos conselhos gestores, diz respeito à representatividade das necessidades de áreas territoriais extensas. Como os Centros de Referência atendem a trabalhadores que vivem em municípios diferentes (as vezes mais de 100 municípios vizinhos) a constituição de seus conselhos gestores deve buscar uma organização que permita expressão das diferentes realidades existentes nas sua área de abrangência.

Finalmente, o importante é que se organizem arranjos capazes garantir o acesso e a voz aos diferentes grupos de trabalhadores, de instituições públicas parceiras e de outras áreas além do setor saúde, garantindo a participação de todos e o fortalecendo da saúde humana e ambiental como valor maior da produção, invertendo a lógica destrutiva dos processos de trabalho.

As conferências de Saúde do Trabalhador são momentos importantes para realizar um balanço das estratégias implantadas até o momento, criar novas formas de articulação e repensar desde a realidade municipal até a nacional as possibilidades que o Sistema Único faculta para a apropriação dos direitos dos trabalhadores a uma ambiente de trabalho saudável.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Cartilha Controle Social - Rede Feminista de Saúde - capítulo 4 - Exercitando a Participação e o Controle Social
2. Ministério da Saúde. A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL: Conselhos de Saúde e financiamento DO SUS. Série Histórica do CNS, n1 - Brasília - DF
3. Oliveira, Valdir de Castro - - Comunicação, Controle Público e Participação Popular no Sistema Único de Saúde. Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo - Ano 1 - nº 2 (julho/dezembro de 2004)
4. Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho - Conteúdos Básicos Para Uma Ação Sindical. CUT - FUNDACENTRO, 1996.
5. Viana, Valdilene - A Universidade e o Controle Social do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco. Cadernos de Saúde - Universidade Federal de Pernambuco.
6. Zanardi, Reinaldo - Revista Olho Mágico - vol. 8 - nº3 (sete/dez) 20021). Conselheiros de saúde: capacitação para emancipar ou legitimar projetos políticos.
7. Associação Paulista de Medicina- SUS. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2003, 256p.
8. Teixeira E.C., Conselhos de Políticas Públicas: Efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: Carvalho M.C.A.A., Teixeira A.C. Polis: Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, nº 37

09 - O Movimento pela Justiça ambiental e a Saúde do Trabalhador

Marcelo Firpo de Souza Porto
Pesquisador do CESTEH/ENSP/FIOCRUZ

O que existe em comum entre a população indígena que está sendo afetada na Amazônia pela construção de barragens hidrelétricas e os moradores de um conjunto habitacional popular em São Paulo construído em cima de uma área onde durante décadas resíduos perigosos foram enterrados sem o menor cuidado? Ou então entre os trabalhadores extrativistas que convivem e dependem dos frutos da natureza, mas são afetados em sua sobrevivência e integridade por grileiros, madeireiras e o agronegócio, com os trabalhadores que adoecem e morrem em função da exposição a substâncias perigosas como o amianto e os POP's (poluentes orgânicos persistentes)? Ou ainda entre índios, pequenos agricultores e quilombolas, os quais têm sua saúde, cultura e subsistência pela expansão da monocultura do eucalipto para a produção de celulose ou siderúrgicas, e moradores das periferias urbanas em áreas de risco sem saneamento próximas a fábricas poluentes – as “zonas de sacrifício” que as populações pobres são forçadas a morar?

A resposta é que todas estas populações são vítimas de um modelo de desenvolvimento marcado pela **injustiça ambiental**, isto é, grandes investimentos e negócios realizados que se apropriam dos recursos existentes nos territórios e concentram renda e poder, ao mesmo tempo em que atingem a saúde e integridade dos trabalhadores, dos seus habitantes e dos ecossistemas. Os lucros e benefícios são concentrados nas mãos de poucos, enquanto as cargas do desenvolvimento são distribuídas aos trabalhadores, às populações pobres e discriminadas, como pobres, negros, índios e mulheres. São estes grupos vulneráveis, freqüentemente invisíveis nas discussões públicas e sem voz nas decisões que lhes dizem respeito, os que mais recebem os efeitos da poluição, da concentração urbana e da falta de investimentos em políticas públicas, como educação, saneamento, saúde e meio ambiente.

Além dos problemas nos ambientes de trabalho, o desenvolvimento do capitalismo industrial globalizado nas últimas décadas tem levado a uma crise ambiental no planeta sem precedentes, o que vem intensificando as discussões públicas acerca dos efeitos dos processos de produção e consumo das sociedades industriais modernas sobre a saúde humana e a dos ecossistemas. Dentre os problemas mais discutidos podemos destacar: a redução da camada de ozônio, o chamado efeito estufa e as mudanças climáticas globais provocadas pela poluição atmosférica; a degradação e destruição de florestas, ecossistemas e da biodiversidade; a escassez de recursos naturais, a poluição e uso inadequado dos recursos hídricos, o que acelerando o esgotamento de recursos fundamentais para a vida e as futuras gerações.

Por tudo isso a temática ambiental passou a fazer parte da agenda política de todas as nações. A questão, portanto, não é menosprezar sua importância para o futuro da humanidade, tampouco polarizá-la com questões e demandas da saúde do trabalhador, mas sim como discutir e enfrentar ambos os problemas de forma articulada com a luta pela democracia, a justiça social e a sustentabilidade. Assim como não devemos aceitar qualquer desenvolvimento econômico ou qualquer emprego a qualquer preço, também é necessário evitar polarizar a defesa da natureza sem pensar nas necessidades das populações e trabalhadores. Estas são questões centrais diante do atual quadro marcado pela globalização e implementação da agenda neoliberal, que acentuam o

comportamento individualista e a competição agressiva entre regiões e nações. A diluição das fronteiras entre os países e do poder de atuação dos Estados Nacionais têm propiciado a chamada chantagem locacional⁴, em que o capital negocia seus investimentos nas áreas onde não somente são oferecidas as maiores taxas de lucros, mas as menores resistências sociais e políticas públicas voltadas ao controle da poluição e das injustiças sociais. Esse é um fator de desmobilização da sociedade que precisa ser enfrentado através da construção de redes sociais e solidárias entre os vários movimentos sociais, sindicais e ambientalistas, em torno do enfrentamento de situações de injustiça social e de projetos de desenvolvimento mais justos e saudáveis.

Compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ecológicas e sociais é fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde dos trabalhadores, da população em geral ou dos ecossistemas. Essa visão nos ajuda a pensar de forma integrada os conceitos de risco e o de desenvolvimento econômico-tecnológico a partir da dialética entre produção-destruição: ao mesmo tempo em que novos processos de produção e tecnologias geram riquezas e conforto, novos riscos ocupacionais e ambientais podem ser incorporados aos territórios e afetar certos grupos populacionais em distintas escalas espaciais e temporais.

Apesar do agravamento de diversos problemas sócio-ambientais no país e no planeta, os anos 90 não viram no Brasil uma aproximação conceitual ou político-institucional entre as áreas da saúde do trabalhador e da saúde ambiental. Não obstante os problemas políticos e financeiros que constrangeram o SUS e o conjunto das políticas sociais, uma série de indicadores apontam para uma razoável expansão do número de profissionais e instituições vinculadas às áreas de saúde do trabalhador⁵ e, posteriormente, à saúde ambiental, impulsionada pela criação do setor de Vigilância Ambiental no âmbito do projeto VIGISUS. Esse desenvolvimento, contudo, ainda vem ocorrendo de forma paralela e pouco integrada.

Acreditamos que o conceito de **justiça ambiental** e os movimentos sociais a ele vinculados são estratégicos para a integração teórica, política e operacional das áreas de saúde do trabalhador e da saúde ambiental. Ao focar os problemas ambientais – incluindo a saúde dos trabalhadores e os ambientes de trabalho - como resultante de um modelo de desenvolvimento econômico e social que concentra renda e poder, o tema da justiça ambiental permite pensar de forma integrada o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. É através de modelos insustentáveis de desenvolvimento que as comunidades atingidas pelos riscos ocupacionais ou ambientais mais gerais tornam-se vulneráveis em sua capacidade de reconhecer e enfrentar seus problemas sócio-ambientais e sanitários. Em outras palavras, os riscos decorrentes de processos produtivos e tecnologias que ignoram ou desprezam as necessidades de seres humanos e do meio ambiente não são enfrentados somente por especialistas e cientistas, mas pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral na defesa da vida e da democracia. A compreensão e o enfrentamento das desigualdades é um aspecto central no movimento pela justiça ambiental que se coaduna com a história da saúde coletiva e da saúde do trabalhador.

1 _____

⁴ Termo desenvolvido por Henri Acselrad, professor do IPPUR/UFRJ e teórico da justiça ambiental no país.

⁵ Lacaz, F. A. C. ; Machado, J. M. H. ; Porto, M. F. S. . Promocao da Saude e Intersetorialidade: contribuicoes e limites da Vigilancia em Saude do Trabalhador no Sistema Unico de Saude (SUS). Saude em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

Conforme indica o espanhol Joan Martinez-Alier ⁶, o **movimento pela justiça ambiental** – ou, como ele também intitula, *ambientalismo popular ou dos pobres* – vem se colocando como alternativa crítica às duas outras correntes hegemônicas no interior do movimento ambientalista internacional: (i) a primeira, de *caráter conservacionista*, é marcada por uma visão preservacionista e romântica da natureza, a qual despreza a dimensão humana e social da questão ambiental, focando sua preocupação exclusivamente na preservação das florestas, da biodiversidade e dos animais em extinção; (ii) a outra é chamada pelo autor de “*evangelho da eco-eficiência*”, por priorizar a internalização de custos e práticas gerenciais ambientais “limpas” à lógica do desenvolvimento capitalista, colocando nas mãos das instituições, especialistas e tecnoburocracias a responsabilidade pela implementação dos critérios e políticas que conduzirão ao “desenvolvimento sustentável”. Este conceito acabou tornando-se excessivamente genérico, e tem servido ideologicamente para favorecer os interesses economicistas e obscurecer os conflitos sócio-ambientais na discussão ambiental. E é por isso que muitos movimentos sociais tem preferido outras expressões, como *sustentabilidade sócio-ambiental*, que enfatiza a idéia do desenvolvimento ser um processo em construção e que precisa necessariamente integrar dimensões ambientais e sociais.

O movimento pela justiça ambiental propõe articular movimentos sociais e ambientalistas atuantes na luta contra dinâmicas discriminatórias que colocam sobre o ombro de determinados grupos populacionais os malefícios do desenvolvimento econômico e industrial. A justiça ambiental constitui-se atualmente num exemplo de resistência aos efeitos nefastos de um capitalismo globalizado que utiliza sua crescente liberdade política para realizar investimentos nas várias regiões do planeta, inibindo o fortalecimento dos movimentos sociais e a construção de parâmetros sociais, ambientais e sanitários direcionadores de um desenvolvimento econômico e tecnológico mais saudável.

Uma das bases teóricas da justiça ambiental é a Ecologia Política, que enxerga como pano de fundo da atual crise social e ecológica a formação de hierarquias centralizadas de poder que se sustentam a partir de recursos não-locais, distanciados dos territórios onde vive a maioria das comunidades e ecossistemas que sofrem com os principais problemas decorrentes desta divisão. A Ecologia Política e o movimento pela justiça ambiental repensam questões sociais, econômicas e ambientais numa perspectiva territorialista, e têm por desafio básico fortalecer a integridade e a saúde das comunidades – incluindo os trabalhadores/as- e dos ecossistemas. Nessa visão, portanto, podemos entender os ambientes de trabalho e as fábricas no interior de um território mais amplo e de um modelo de desenvolvimento que os conformam, particularmente a produção e distribuição dos riscos ambientais e ocupacionais.

A origem do conceito de justiça ambiental está relacionada ao movimento contra a discriminação racial e étnica presente na sociedade norte-americana, que cunhou inicialmente o termo racismo ambiental, ampliado posteriormente para os conceitos de injustiça e justiça ambiental através da incorporação das dimensões de classe, gênero e outras formas de discriminação social ⁷. A carta de princípios para a justiça ambiental apresentada nos EUA em 1991 ⁸ fala da necessidade de serem transformadas as lógicas de colonização e opressão política, econômica e cultural que marcaram os cinco séculos de colonização no continente.

No Brasil e na América Latina o movimento pela JA vem reunindo vários movimentos sociais e ambientalistas no enfrentamento de um modelo de desenvolvimento que simultaneamente

1 _____

⁶ Martinez-Alier, J., 2002. [The environmentalism of the poor : a study of ecological conflicts and valuation](#). Edward Elgar Press, Cheltenham.

⁷ Bullard, R., 1994. *Dumping in Dixie: Race, Class and Environmental Quality*. Westview Press.

⁸ Primeira Reunião de Cúpula Ambiental de Líderes de Cor , 24 a 27 de outubro de 1991, Washington D.C.

concentra renda e poder, degrada a natureza e explora a força de trabalho. Os movimentos sociais que têm se articulado em torno da justiça ambiental estão envolvidos em conflitos sócio-ambientais relacionados aos efeitos de vários investimentos produtivos que afetam populações, territórios e locais de trabalho, como a exploração e produção de petróleo, a mineração, a construção de barragens hidrelétricas, a expansão de monoculturas intensivas como a soja e a plantação de eucaliptos para a celulose, a carcinicultura (criação de camarões) em manguezais, entre outros.

Em 2001 foi criada a Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA)⁹ com o objetivo de combater a injustiça ambiental no país, através de uma linha de pensamento e ação que propicie a articulação das lutas ambientais com aquelas por justiça social. A RBJA resultou da iniciativa de movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, ONGs, entidades ambientalistas, organizações de afrodescendentes, organizações indígenas e pesquisadores universitários, do Brasil, Estados Unidos, Chile e Uruguai, reunidos no Colóquio Internacional sobre Justiça Ambiental, Trabalho e Cidadania, realizado em Niterói de 24 a 27 de setembro de 2001. O “**Manifesto de Lançamento da Rede Brasileira de Justiça Ambiental**”¹⁰, lançado no Fórum Social Mundial de Porto Alegre em 2002, define a **injustiça ambiental** como “*o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos sociais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis*”. Já o conceito de **justiça ambiental** é entendido por um conjunto de princípios e práticas que asseguram que nenhum grupo social, seja ele étnico, racial, de classe ou gênero, “*suporte uma parcela desproporcional das conseqüências ambientais negativas de operações econômicas, decisões de políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas*”, assegurando assim tanto o acesso justo e equitativo aos recursos ambientais do país, quanto o acesso amplo às informações relevantes que lhes dizem respeito, favorecendo a constituição de movimentos e sujeitos coletivos na construção de modelos alternativos e democráticos de desenvolvimento.

Apesar de recente no Brasil, o potencial político do movimento pela justiça ambiental é enorme. A atuação da RBJA vem estimulando uma articulação em redes sociais de vários movimentos sociais que até então vinham atuando de forma isolada. Isto vem propiciando o encontro de vários movimentos, como o de trabalhadores que sofrem com casos de contaminação por substâncias químicas, como o amianto e os POPs (poluentes orgânicos persistentes); os ambientalistas contrários à expansão da incineração como forma de solução do lixo; e populações indígenas afetadas pela expansão da indústria do petróleo que ameaça simultaneamente a sobrevivência das florestas e dos povos indígenas. Como o foco da justiça ambiental encontra-se no modelo de desenvolvimento econômico e na forma como os territórios são controlados, questões locais e globais podem ser pensadas, estimulando novas formas de atuar que abarquem desde problemas de saneamento ambiental no meio urbano, as condições de trabalho nas fábricas e no campo, a distribuição de resíduos perigosos nas periferias das cidades, até a degradação das terras usadas para acolher os assentamentos de reforma agrária. Todas essas lutas articulam-se na busca da democracia, do bem comum e da sustentabilidade.

Podemos entender o problema da saúde dos trabalhadores no Brasil enquanto um exemplo histórico e crônico de injustiça ambiental. O país possui uma população economicamente ativa (PEA) de mais de 75 milhões, sendo menos de 50% consideradas empregadas. Várias categorias

1

⁹ Informações detalhadas sobre a Rede Brasileira de Justiça Ambiental podem ser obtidas pela Internet no portal www.justicaambiental.org.br.

¹⁰ O manifesto pode ser lido em sua forma integral no portal mostrada na nota anterior.

vivem situações de risco particulares, como as mortes por acidentes em trabalhadores desqualificados da construção civil; as contaminações por substâncias químicas perigosas, como os trabalhadores que utilizam o amianto na construção civil ou os que manipulam benzeno nas indústrias siderúrgica e petroquímica; o verdadeiro surto de LER (Lesões por Esforços Repetitivos) que acometem bancários, telefonistas e caixas de supermercado, dentre outros. Apesar da crise econômica e política que afeta os sindicatos, vários movimentos de trabalhadores e associações de pessoas acometidas por doenças ocupacionais vêm sendo criados no país nos últimos anos, sendo de grande importância para o movimento de justiça ambiental no Brasil.

Entidades de trabalhadores vêm se articulando através da Rede Brasileira de Justiça Ambiental com vários movimentos que lutam contra a injustiça ambiental, como: os movimentos de moradores de regiões metropolitanas que vivem em áreas poluídas e de risco; o movimento dos atingidos por barragens; o movimento de trabalhadores rurais, inclusive o MST, em suas lutas contra as monoculturas do agronegócio e os agrotóxicos; as populações tradicionais das florestas, rios e região litorânea, como as indígenas, moradores de quilombolas, pescadores e seringueiros, que dependem da natureza para sua sobrevivência física e cultural. Em todos eles o que está em jogo é a busca de uma sociedade sustentável, justa e democrática.

Acreditamos que o campo da Saúde Coletiva e a área de saúde dos trabalhadores podem desempenhar um importante papel na construção e fortalecimento do movimento pela JA no Brasil. Embora problemas de saúde decorrentes das desigualdades sociais e da falta de saneamento sejam amplamente reconhecidos pelo setor saúde, a agenda do movimento ambientalista brasileiro continua em boa parte a ser influenciado por uma agenda ecológica internacional descontextualizada de nossa realidade¹¹. A construção de uma agenda compartilhada entre os setores da saúde pública, do meio ambiente e do trabalho com diversos movimentos sociais pode ser de grande valia para o fortalecimento das alianças e ações conjuntas com diversas instituições, grupos técnicos e acadêmicos, eventualmente dispersos em seus esforços de articulação e intervenção em problemas de nossa realidade.

1

¹¹ Estabrook T, Siqueira CE, Machado EP. 2000 Labor-Community Alliances in Petrochemical Regions in the United States and Brazil: What Does It Take to Win? *Capitalism, Nature, Socialism*, 11 (3): 113-145.

10 - Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP: um instrumento de controle social

Kátia Viana Coelho de Souza
Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira
Técnicos da Secretaria de Previdência Social

• OBJETIVO E OBJETO

Esta nota técnica foi elaborada como texto de apoio ao texto-base da Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST a ser discutida e deliberada pela III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST. Tem como público alvo os conferencistas (etapas municipais, estaduais e nacional), escrita em linguagem não-acadêmica para facilitar o entendimento e enriquecer as discussões que o tema exige. Tem por objeto apresentar um instrumento de gestão da saúde do trabalhador chamado PPP, o porquê, implicações na melhora do ambiente de trabalho, bem como as vantagens para as empresas e para o Estado. Esclarece como serão implementadas as diretrizes ligadas a essa matéria na PNST.

1. CONCEPÇÃO DO PROBLEMA

Como fazer com que o Estado tenha informações precisas sobre os resultados dos programas de segurança e saúde de todas as empresas em seu território, possibilitando, assim, estratégias efetivas de ação? Como o Estado pode garantir a tutela da segurança e da saúde de cada trabalhador, individualmente, se seus recursos são limitados?

Uma das grandes dificuldades existentes é a incapacidade do Estado em abranger todas as empresas e seus estabelecimentos, por mais que seja ampliado o quadro de auditores fiscais e de outros agentes públicos. Os programas de segurança e saúde do trabalho das empresas, bem como seus resultados, são verdadeiras “caixas-pretas”, que o Estado não consegue alcançar. A doença que acomete ao trabalhador não consegue ser rastreada, impossibilitando identificar sua causa e seu responsável. Com isso, o custo decorrente da negligência é repartido por toda a sociedade, indevidamente.

Por sua vez, as empresas, conhecedoras das limitações estatais, constroem falsos cenários, camuflando a verdadeira situação da segurança e saúde nos seus ambientes de trabalho, com intuito de se eximir de suas responsabilidades.

Nesse contexto, uma das principais perdas sofridas pelo trabalhador ocorre com o não registro da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Quando não é registrada a CAT, o trabalhador perde sua estabilidade no emprego – que vai de 12 (doze) meses até 5 (cinco) anos para os acidentes reconhecidamente ocupacionais; e ao retornar do auxílio doença é demitido, pois é empresa não quer sujar seu quadro de pessoal com a prova viva do crime. Dificilmente, esse trabalhador demitido conseguirá novo emprego...

2. PROPOSTA BRASILEIRA

Uma das soluções adotadas no Brasil, dentro de uma nova política em Segurança e Saúde do Trabalho – SST, é similar à utilizada para o imposto de renda: tornar obrigatória a prestação de informações relativas à saúde e segurança do trabalhador, por meio de um documento, transmitido em meio magnético, que dará origem a um grande banco de dados.

Ainda que sejam prestadas informações falsas nesse documento, o Estado poderá criar sistemas que cruzem estas informações, gerando indicadores de má gestão das empresas em SST e direcionando as ações do Estado, similarmente à chamada “malha-fina” fiscal.

Com esse intuito, o Brasil criou o Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP, com o formato estabelecido pela Instrução Normativa INSS/DC nº 99, de 5 de dezembro de 2003, sendo implantado parcialmente, a partir de janeiro de 2004.

Na fase inicial, o PPP está sendo exigido em meio papel e apenas para os trabalhadores expostos a fatores de risco ambientais contemplados pela aposentadoria especial, ainda que não haja as condições que dão direito a esse benefício. Em uma fase posterior, será elaborado em meio eletrônico e sua exigência será estendida para todos os trabalhadores, incluindo também as informações relacionadas aos fatores de riscos ergonômicos e mecânicos.

3. SOBRE O PPP

3.1. Definição

O Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP é um documento histórico-laboral do trabalhador, elaborado pela empresa ou equiparada à empresa durante seu contrato de trabalho. Assim, cada trabalhador possuirá um PPP para cada contrato de trabalho.

3.2. Finalidade

O PPP tem como finalidade:

- Comprovar as condições para habilitação de benefícios e serviços previdenciários, em especial, o benefício da aposentadoria especial;
- Prover o trabalhador de meios de prova produzidos pelo empregador perante a Previdência Social, a outros órgãos públicos e aos sindicatos, de forma a garantir todo direito decorrente da relação de trabalho, em especial, aqueles decorrentes de sua exposição a fatores de riscos ocupacionais;
- Prover a empresa de meios de prova produzidos em tempo real, possibilitando que a empresa evite ações judiciais indevidas relativas a seus trabalhadores;
- Possibilitar aos administradores públicos e privados acesso a bases de informações fidedignas, como fonte primária de informação estatística, para desenvolvimento de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como definição de políticas em saúde coletiva.

3.3. Conteúdo

Reúne, cronologicamente por período, informações administrativas, ambientais e biológicas, já pré-existentes nos documentos primários da empresa, de forma individualizada, por trabalhador.

A maioria das informações existentes nesses documentos primários, que estão espalhadas por diversos setores da empresa, é registrada de forma coletiva e reflete apenas um determinado período de tempo. O PPP coleta, organiza e individualiza essas informações, bem como registra o “filme”, e não apenas a “fotografia” da vida laboral do trabalhador, uma vez que não se limita apenas a um determinado período de tempo.

3.3.1. Informações Administrativas

As informações administrativas estão disponíveis normalmente no Setor de Recursos Humanos da empresa.

Exemplos: setor, cargo, função, atividades desenvolvidas, os registros de acidentes de trabalho e o conjunto das exigências necessárias ao desempenho das funções.

3.3.2. Informações Ambientais

As informações ambientais são fornecidas normalmente pelo Setor de Segurança da empresa, por meio dos programas ambientais e demais documentos relacionados, que são atualizados sempre que ocorrem mudanças no ambiente de trabalho ou pelo menos uma vez por ano, tendo como responsável um Engenheiro de Segurança do Trabalho ou Médico do Trabalho. Exemplos: fatores de riscos; sua intensidade ou concentração (quando não forem unicamente qualitativos); a utilização de medidas de controle, com o respectivo atestado de sua eficácia e a conclusão acerca do enquadramento ou não de atividade com direito à aposentadoria especial.

3.3.3. Informações Biológicas

Estas informações são fornecidas normalmente pelo Setor Médico da empresa, por meio dos programas médicos e demais documentos relacionados, que são atualizados sempre que são realizados procedimentos médicos ou pelo menos uma vez por ano, tendo como responsável um Médico do Trabalho. Exemplos: a relação de exames admissionais, periódicos, de retorno de afastamento, de troca de função, demissionais e complementares, relacionados aos fatores de risco identificados, com seus respectivos resultados; as perdas de capacidade laboral temporárias ou permanentes; os agravos à saúde.

3.4. Atualizações

Suas atualizações devem ser registradas em tempo real e ser enviadas à Previdência Social, em meio eletrônico, em periodicidade ainda não determinada. A princípio, sugere-se que essa

periodicidade seja anual. Ainda que não haja mudanças, o PPP deverá ser atualizado pelo menos uma vez ao ano, na mesma época em que forem revistos os programas ambientais e médicos.

3.5. Assinatura e Responsabilidades

O PPP deverá ser assinado pelo Representante Legal da empresa, com poderes específicos outorgados por procuração.

Apesar de não ser necessária assinatura, há a obrigatoriedade da indicação dos profissionais legalmente habilitados responsáveis pelas informações ambientais e biológicas. Quando houver mudança dos responsáveis pelas informações ambientais e biológicas, deverão ser indicados todos os seus nomes e registros profissionais, discriminando os períodos em que cada um prestou as informações que embasaram o preenchimento do PPP.

O PPP possibilita a fácil identificação dos profissionais responsáveis. Com isso, há maior preocupação por parte deles em observar os preceitos legais. Além disso, caso a empresa seja acionada judicialmente, poderá utilizar o direito de regresso, processando os profissionais que agiram com negligência.

3.6. Entrega na rescisão do contrato de trabalho

Deve ser entregue assinado e impresso ao trabalhador na rescisão do contrato de trabalho. A empresa deverá comprovar a entrega ao trabalhador mediante recibo, podendo ser aceita a rubrica de entrega na própria rescisão do contrato de trabalho. O recibo de entrega ao trabalhador deverá ser mantido na empresa por vinte anos, no mínimo.

3.7 Impressão

O PPP será impresso nas seguintes situações:

- Por ocasião do encerramento de contrato de trabalho, em duas vias, com fornecimento de uma das vias para o empregado, mediante recibo;
- Para fins de requerimento de reconhecimento de períodos laborados em condições especiais;
- Para fins de concessão de benefícios por incapacidade, quando solicitado pelo INS, para fins de estabelecimento de nexos técnico e reabilitação profissional.

O PPP deverá estar disponível às autoridades competentes, que poderão solicitar sua impressão devidamente assinado. O empregado deverá ter acesso às informações relativas a seu PPP.

3.8 Penalidade

As infrações relacionadas ao PPP sujeitam à multa fiscal de cerca de R\$ 1.000,00 (mil) reais por ocorrência, nas situações a seguir:

- Não seja elaborado, não esteja atualizado ou não haja comprovante de entrega ao trabalhador na rescisão de contrato de trabalho;
- Não preencha as formalidades legais, contenha informação diversa da realidade ou omissa ou
- Haja discordância entre as informações do PPP com as contidas nos programas ambientais.

3.9 Condutas Criminosas

A prestação de informações falsas no PPP constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal.

As informações contidas no PPP são de caráter privativo do trabalhador, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes.

3.10. Repercussões

O PPP pode gerar inúmeras Representações Administrativas e Representações Fiscais para Fins Penais contra a empresa e os profissionais responsáveis.

Entre algumas conseqüências podemos citar: cassação do registro profissional e ações de ordem criminal na justiça por falsificação de documento público, práticas discriminatórias, sonegação fiscal, exposição ao risco, lesão corporal, homicídio culposo, ressarcimento aos cofres da Previdência relativos aos benefícios por incapacidade concedidos em razão da negligência do gerenciamento dos riscos, entre outros.

4. CONCLUSÃO

O Perfil Profissiográfico Previdenciário:

- Permite a análise holística do indivíduo, servindo como ferramenta de investigação epidemiológica;
- Promove o controle social (pela empresa, pelos trabalhadores e pelos sindicatos);
- Promove a ação estatal efetiva, a partir do cruzamento de informações para direcionamento da ação fiscal;
- Permite o desenvolvimento de políticas de saúde coletiva, de vigilância sanitária e epidemiológica, a partir do banco de dados criado;
- Diminui a burocracia tanto para a empresa, quanto para a Previdência Social, pois condensa todas as informações necessárias, possibilitando maior brevidade no deferimento dos benefícios e assegurando maior confiabilidade e eficácia aos procedimentos já existentes.
- Serve para inquéritos epidemiológicos em estudos de caso controle, de coortes, ecológicos e experimentais.

11 - O Processo Saúde – doença no Serviço Público e suas Conseqüências ao Estado, ao cidadão e ao Servidor.

Luiz Roberto Pires Domingues Junior

Engenheiro com pós graduação em saúde coletiva
Coordenador Geral de Seguridade Social do Servidor
da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.

“Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, continua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento de mão; e terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos e outras operações aritméticas. Conhecem-se facilmente as doenças acarretadas pela sedentariedade: obstrução das vísceras, como fígado e baço, indigestões do estomago, torpor nas pernas, demora no refluxo do sangue e mau estado de saúde. ... A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão.” (Ramazzini, Bernardino, De Morbis Artificum Diatriba, 1700).

Início do século XXI, e o processo saúde doença dos servidores públicos não teve alteração nos últimos 400 anos, a não ser pela incorporação de novos ofícios e conseqüentemente de novas patologias (doenças) no âmbito do serviço público. Quatrocentos anos se passaram e o maior índice de afastamento¹², continua sendo os descritos por Ramazzini no século XVI.

No ano de 2003 para cada 1.000 servidores públicos civis federais, 26 se afastaram do serviço por mais de 3 dias, e quantos destes afastamentos tiveram por causa o trabalho, é desconhecido. As lesões por esforços repetitivos (a diminuição do vigor da mão citado por Ramazzini) respondem por cerca de 17,8% dos afastamentos, os casos de depressão e de saúde mental superam a marca dos 5% dos afastamentos. Hipertensão, e diabetes, superam a média nacional de prevalência da doença.

Ao servidor público que tem o Estado como patrão cabe a máxima: “fazes o que te digo, não faças o que eu faço.” Pois o servidor público alijado de proteção no seu ambiente de trabalho, supervisiona a aplicação das regras de proteção e prevenção, na iniciativa privada. A aplicação do Regime Jurídico Único, conjugada com a independência entre as esferas federais, estaduais e municipais, fez com que o servidor público fosse efetivamente defenestrado do sistema de saúde e segurança ocupacional. Diferentemente dos segurados do Regime Geral de Previdência, não há uma consolidação dos dados e às vezes nem há coleta de dados; não se avaliam as condições de trabalho do servidor, com a desculpa de que para o servidor não há perda de salário, pois o Estado continuará pagando, mesmo com o seu afastamento. Assim com esta desculpa instalada, promoveu-se o definhamento da estrutura destinada a cuidar da manutenção da saúde do servidor, provocando neste alvorecer do século XXI, um histórico de saúde doença mais insidioso do que o existente no Regime Geral de Previdência. Tal situação é comprovada indiretamente pelo elevado índice de aposentadorias por invalidez no serviço público que atingiu seu auge em 2004, com 27,3%.

1 _____

¹² Processo de amostragem realizado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, durante o segundo semestre de 2004, junto as perícias médicas oficiais.

Não é necessário um tratamento especial para a saúde do servidor público. Basta que a política de saúde do trabalhador seja institucionalizada e capilarizada no âmbito da administração pública, e para que isso ocorra necessariamente os processos devem se desenvolver em duas frentes: a primeira: a redefinição do marco regulatório da saúde do trabalhador do serviço público; a segunda: o conhecimento do *modus operandi* do Estado, para que o mesmo possa se instrumentalizar para aplicar a política de saúde do trabalhador.

Na redefinição do marco teórico, devemos ter em mente que diferentemente da iniciativa privada, o poder público só pode realizar ou executar ações que estiverem respaldadas em algum ato normativo (princípio da legalidade), assim os princípios universais de proteção e de segurança no trabalho não têm aplicabilidade na esfera da administração pública se não forem recepcionadas.

Não obstante, possuímos hoje um Estado muito mais complexo abrangendo um cem número de atividades econômicas, que oferecem uma ampla gama de riscos a saúde e a segurança do trabalhador no serviço público, diferente do relatado por Ramazzini. E é por meio do conhecimento desse “modo de produção”, que o Estado poderá oferecer de forma adequada no mínimo a garantia da manutenção da saúde ocupacional de seus trabalhadores.

Tal situação atinge diretamente todos os atores envolvidos nesta história de saúde doença do trabalhador no serviço público. O Estado apresenta perda de eficiência, pois a força de trabalho nominal não é à força de trabalho efetiva, impedindo um planejamento da máquina administrativa de forma mais eficaz, apresentando também perdas financeiras e econômicas. Estudos realizados apontam que a relação de custo benefício, em determinado Estado da federação pode chegar a 1:16, isto é para cada um real gasto em saúde do trabalhador, existe um potencial de economia no processo da ordem de dezesseis reais. E finalmente a redução do tempo de vida laboral do servidor (devido às aposentadorias por invalidez), obrigando a uma sobrecarga no custo das despesas de pessoal, em função da renovação do quadro de pessoal, antes do tempo previsto. Para o servidor, tem-se a redução direta da sua expectativa de vida, ou na melhor das hipóteses uma redução significativa da sua qualidade de vida, tornando-se impedido de realizar tarefas antes desenvolvidas. E em caso de invalidez que não seja amparada por Lei, ocorre a redução da remuneração. No âmbito da sociedade temos a redução da eficiência do serviço público, pois o afastamento sobrecarrega os servidores remanescentes, diminuindo ou a qualidade do serviço prestado, ou a quantidade de atendimentos realizados.

A convergência de necessidades existentes hoje na saúde do trabalhador no serviço público, faz com que a alteração do Status Quo seja imperiosa e é neste contexto que o controle social do processo (garantindo a uniformidade e a transparência das ações) é fundamental, pois a não implantação da saúde do trabalhador do serviço público, é um preço onde todos pagam – servidor, governo e sociedade.

Assim com o objetivo de incluir de forma efetiva o trabalhador no serviço público federal na política de saúde do trabalhador, o Governo por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, está promovendo o reordenamento jurídico e a estruturação operacional de um sistema nacional de saúde integral do servidor público, abarcando a saúde ocupacional (incluindo perícia, readaptação e reabilitação e vigilância dos ambientes de trabalho), saúde suplementar, e previdência, conjugados com uma política de benefícios ao servidor.

12 - Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória.

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Professor adjunto doutor da
Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
setor de Planejamento em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva.

As propostas de organização de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública, os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs), datam do ano de 1984 -- como apontaram Freitas, Lacaz e Rocha (1985) – ocorrendo inicialmente em São Paulo e, posteriormente, em vários outros estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia. Existiam, portanto, em período anterior à realização da marcante VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em março de 1986, à qual seguiu-se a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em dezembro daquele mesmo ano (MS/Fiocruz, 1987).

Assim, o que pautou os debates ocorridos na I CNST, cuja realização resultou das deliberações da VIII CNS, foi a discussão de experiências que vinham ocorrendo na rede pública de saúde nos estados e que **já adotavam** princípios e diretrizes que foram posteriormente incorporados pelo próprio Sistema Único de Saúde (Sus), como a **participação e o controle social**, a partir da atuação dos sindicatos de trabalhadores; a **integralidade**, mediante a articulação entre assistência e vigilância; a **universalidade**, pois todo trabalhador tinha direito ao atendimento, independentemente de ser segurado da Previdência Social.

Com origem no setor Saúde -- após mais de 50 anos de domínio e monopólio do setor Trabalho e das empresas tanto no que se referia à normatização e fiscalização, por meio das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs); como à assistência aos trabalhadores, através dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmets) -- os PSTs criaram toda uma gama de instrumentos operacionais e jurídico-legais para viabilizar sua atuação, sempre buscando importante interlocução com os setores do Trabalho e da Previdência Social (Lacaz, 1996).

Esse movimento de articulação interno e externo ao setor Saúde prenunciava a preocupação intra e intersetorial que vai acompanhar a trajetória da Saúde do Trabalhador no Sus até os dias de hoje, questão esta complexa do ponto de vista das políticas públicas e ainda longe de ser resolvida (Lacaz, Machado e Porto, 2002).

A sociedade brasileira vivia histórico momento político-social que passou pelo movimento das DIRETAS JÁ! o qual, mesmo derrotado em sua principal reivindicação, foi elemento de vital relevância para a derrocada e o término da Ditadura Militar, que durou de 1964 a 1985 e culminou com a instalação do processo Constituinte.

Frise-se que apesar da década de 80 do século passado ser considerada por muitos estudiosos uma “década perdida”, em termos econômicos e sociais; do ponto de vista político e ideológico foi de grande importância para a consolidação da luta dos trabalhadores e da sociedade brasileira pela democracia, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”.

Exemplo dessa trajetória de acúmulo de forças políticas, no campo da Saúde e Trabalho, foi a criação, ainda em agosto de 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), por dezenas de sindicatos e federações de trabalhadores de todo

o Brasil, em articulação com grupo de técnicos com militância na esquerda, de caráter suprapartidário (Lacaz, 1983; Ribeiro & Lacaz, 1984).

A própria realização da VIII CNS, com a participação de mais de 5 mil delegados oriundos de todo o país, era reflexo do acúmulo de forças na luta pela derrubada da Ditadura Militar e a I CNST também contribuiu sobremaneira para trazer subsídios à posterior discussão travada durante os anos de 1987 e 1988 no Congresso Nacional, os quais foram incorporados na Constituição promulgada em outubro de 1988, particularmente no capítulo da Saúde (Brasil, 1988).

Mesmo sendo anteriores à criação do Sus, as propostas programáticas de Saúde do Trabalhador, foram consolidando-se dentro dele, apesar da disputa travada com os órgãos do setor Trabalho e da Previdência Social, o que já naquela época exigia a implementação de uma política de Estado de caráter **intersectorial** (Diesat, 1993).

O papel do movimento sindical na estruturação da Saúde do Trabalhador como proposta de política pública em saúde teve fundamental importância e, de certa forma, foi reflexo das grandes greves que se iniciaram no final dos anos 70 e balançaram os alicerces da Ditadura Militar, ao mesmo tempo em questionavam o despotismo da gerência na grande indústria e, depois, também nas médias e pequenas empresas (Humphrey, 1982; Maroni, 1982; Lacaz, 1983).

A tensão entre os órgãos do setor Saúde; Trabalho e Previdência Social caracterizou a trajetória da Saúde do Trabalhador da I CNST à II CNST, realizada em março de 1994, demonstrando uma teimosa incompreensão, por parte dos dois últimos interlocutores, do que é a proposta sistêmica e os princípios e diretrizes que regem o Sus enquanto política de Estado. Tal conflito ficou ainda mais evidenciado pelas resistências dos setores Trabalho e Previdência Social a uma das principais resoluções da II CNST. Melhor explicando: o modelo de organização das ações de Saúde do Trabalhador aprovado pela Plenária Final da II CNST passava pela “... *construção e consolidação do SUS [contemplando] a totalidade das ações de saúde do trabalhador, ações estas que envolvem a (...), a pesquisa, a vigilância, a assistência e a reabilitação, que ainda se encontram distribuídas em diversos Ministérios (Previdência, Saúde e Trabalho)*”. (MS/DST 1994, p. 15) Além disso, a Plenária aprovou que o Sistema Único de Saúde devia assumir totalmente as ações em saúde dos trabalhadores, mediante a constituição de comissão composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência, das Centrais Sindicais e movimento popular (paritária); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a qual deveria concluir seus trabalhos em 1 ano (MS/DST, 1994). E, no “... processo de unificação, as ações de saúde do trabalhador devem ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipal, estadual e federal, estabelecendo-se mudança na prática de vigilância (...) e incorporando-se o controle social”. (MS/DST, 1994, p. 15) (grifos nossos)

O que aqui fica explícito é que a integração intersectorial deve se dar a partir dos princípios e diretrizes do Sus, particularmente a universalidade, a integralidade e o controle social, algo muito longe de ser incorporado pela prática dos órgãos do setor Trabalho e Previdência Social, daí a proposta de coordenação sistêmica do modelo a partir do Sus.

Sabe-se que tais resoluções da II CNST nunca saíram do papel, seja pela resistência expressa dos órgãos do Trabalho e da Previdência Social; seja pela inexistência de vontade política do setor Saúde em assumir o papel nucleador do processo de unificação, expressada na fragilidade orgânica da instância que vem coordenando as ações de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, isto é, nos anos 90 do século XX a Divisão de Saúde do Trabalhador (DST) e, hoje, a Coordenação de Saúde do Trabalhador (Cosat).

A XII CNS, que ocorreu no final de 2003, aprovou uma série de resoluções relativas a categorias particulares de trabalhadores, sem apontar para proposta mais abrangente de política uma

nacional. Nela foi indicada a necessidade de realização da III CNST, o que foi considerado um avanço por setores sindicais como a Central Única dos Trabalhadores (Cut) (Diesat, 2003/2004).

Se, nos anos 80 do século passado, a participação do movimento sindical como ator social na Saúde do Trabalhador foi um dos aspectos centrais para o desenvolvimento deste campo, a partir dos anos 90, com o aprofundamento da reestruturação produtiva na globalização neoliberal, os órgãos de representação dos trabalhadores perderam grande parte de sua representatividade.

O mundo do trabalho, antes dominado pela indústria taylorista/fordista, espaço que legitimou a atuação dos sindicatos nos anos 70 e 80, hoje é caracterizado pelo setor terciário que absorve a maior parcela da força de trabalho, cujos vínculos de emprego diluíram-se na precarização e no desemprego. E, neste contexto, a ação sindical perdeu eficácia e capacidade de representação, tendo pouca interlocução hoje ao nível das políticas públicas (Oliveira e cols., 1994; Pochmann, 1999; Lacaz, 2004).

Por outro lado, historicamente, o desafio que se coloca para a Saúde do Trabalhador continua a ser o mesmo apontado em 1994 pela II CNST: a necessidade da unificação de órgãos com vistas a uma efetiva política de caráter intersetorial, universal, que incorpore a integralidade da atenção, com participação social (Lacaz, Machado e Porto, 2002)..

O fato da III CNST ser convocada por ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, pode significar que se começa a caminhar na busca da superação das resistências que vêm travando o processo de unificação das ações de Estado em Saúde do Trabalhador.

Ocorre que, se tal unificação não se pautar pelos princípios da universalidade, da integralidade e pelo controle-participação social nessa política, conforme advoga o Sus, estará fadada ao fracasso e, aqui, as resistências que têm caracterizado as culturas institucionais são um forte elemento de preocupação, sabendo-se que, inclusive, novos atores devem agora ser envolvidos como o Ministério do Meio Ambiente; da Agricultura, dentre outros.

Espera-se que a III CNST seja um marco na busca da superação do impasse que há mais de 10 anos caracteriza as ações em Saúde do Trabalhador no Brasil e foram claramente apontadas na II CNST: fragmentação, baixa eficácia e duplicação desnecessária das ações.

Questões para o debate.

1. O que fazer para superar as resistências à definição de uma verdadeira política **interssetorial** em Saúde do Trabalhador no Brasil?
2. Que papel deve jogar o movimento social de trabalhadores nesta luta?
3. A representatividade atual dos órgãos sindicais -- Centrais e Sindicatos -- é favorável à implementação desta luta?

Referências bibliográficas

- Brasil República Federativa do 1988. *Constituição Federal*. DOU, 08/10/1988.
- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) 1993. *Por uma política intersetorial em Saúde do Trabalhador*. 12 ps [mimeo]
- Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) 2003/2004. 12ª. Conferência reforça intersectorialidade na saúde. *Informativo Diesat*, dez./03 – jan./04, p.1.
- Freitas, C.U.; Lacaz, F.A.C. & Rocha, L.E. 1985. Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*, v. 2, n. 1, ps. 3-10.
- Humphrey, J. 1982. *Fazendo o “Milagre”*: controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira. Petrópolis: Vozes/Cebrap. 251 ps
- Lacaz, F.A.C. 1983. *Saúde no Trabalho*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, SP. 147 ps [mimeo]
- Lacaz, F.A.C. 1996. *Saúde do Trabalhador*: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP. 435 ps + XXI
- Lacaz, F.A.C. 2004. Capitalismo globalizado e novas situações de trabalho. *Anais do II Seminário “O Trabalho em Debate”*. Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto. CD ROM
- Lacaz, F.A.C.; Machado, J.M.H. & Porto, M.F.S. 2002. Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. *Relatório de Pesquisa*. 116 ps + anexos [mimeo]
- Maroni, A. 1982. *A estratégia da recusa* (análise das greves de maio/78). São Paulo: Brasiliense. 135 ps
- Ministério da Saúde/Fundação OswaldoCruz 1987. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores*. Brasília: Ministério da Saúde-Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Cesteh. 41 ps [mimeo]
- Ministério da Saúde/Divisão de Saúde do Trabalhador 1994. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão de Saúde do Trabalhador. 51 os [mimeo]
- Oliveira, C.A.B.; Mattoso, J.E.L.; Siqueira Neto, J.F.; Pochmann, M.; Oliveira, M.A. (orgs.) e cols. 1994. *O mundo do trabalho. Crise e mudança no final do século*. São Paulo: Editora Página Aberta. 671 os
- Pochmann, M. (1999). *O trabalho sob fogo cruzado*: exclusão, desemprego e precarização no final do século. São Paulo: Contexto.
- Ribeiro, H.P. & Lacaz, F.A.C. 1984. *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: Imesp/Diesat. 236 ps

13 - Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões.

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Professor adjunto doutor da
Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
setor de Planejamento em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva.

Carlos Minayo Gómez

Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos em Saúde do
Trabalhador e Ecologia Humana

Na realidade do mundo do trabalho atual, para obter-se um quadro da situação de saúde dos trabalhadores brasileiros é necessário estabelecer distinções. Estamos num cenário em que a diversidade na composição da força de trabalho constitui a tônica dominante, frente à qual o paradigma até hoje adotado para a análise de saúde dos trabalhadores é insuficiente. Esse paradigma - baseado fundamentalmente no operariado industrial chega ao fim juntamente com o modelo fordista/taylorista de organização do trabalho e, com ele, de um tipo de trabalhador e de reflexão sobre o próprio trabalho.

A abordagem das relações entre Trabalho e Saúde sob a ótica da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latinoamericana, adotou como categoria explicativa central, o conceito de **processo de trabalho**. (Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996; Minayo-Gomez e Thedim, 1997).

Para o estudo do trabalho industrial, particularmente da fábrica taylorista-fordista tal conceito era bastante apropriado. Com as mudanças do mundo do trabalho que se aprofundaram a partir do final dos anos 80 do século passado, sua utilização mecânica para o estudo daquelas relações no setor terciário, de serviços; no trabalho precarizado, informal, precisa passar por ajustes e adaptações (Antunes, 2000). De fato, a maior parte dos estudos que foram desenvolvidos ao longo dos anos 70 e 80 do século passado tinham como objeto de preocupação o trabalho no “chão de fábrica” sendo demandados pelos sindicatos de trabalhadores do setor metalúrgico, químico, petroquímico, sendo menores as demandas de bancários, comerciários, metroviários, categorias estas vinculadas ao setor de serviços (Lacaz, 1996).

Com o aprofundamento da reestruturação produtiva, a perda de vínculos formais de trabalho, a precarização, o trabalho em domicílio, na rua; o uso do conceito de processo de trabalho para entender as relações entre o trabalho e a saúde-doença deve se dar de forma menos direta e necessita de elementos de mediação como a idéia de intersubjetividade; de relação dialógica trabalhador-clientela (Lima, 1997; Sato, 2002).

Quando se faz o percurso histórico sobre os avanços conseguidos nas formas de interpretar os agravos à saúde dos trabalhadores e de intervir no âmbito da assistência e da melhoria das condições de trabalho, é dito que o que se identifica no Brasil como o campo da Saúde do Trabalhador ultrapassou as concepções e práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. É inquestionável o avanço teórico obtido nesse campo ao ter como uma de suas premissas fundamentais a relação entre os processos de trabalho em suas dimensões sociais e técnicas – conforme concebidos na economia política marxista - e os processo saúde-doença de coletivos de trabalhadores.

É preciso contemplar as mudanças atuais no âmbito das relações de trabalho, nos mais diferentes setores, que acompanham o movimento mundial de reestruturação produtiva, sem com isso

eliminar formas arcaicas de produção. Tais mudanças têm em comum a ênfase na globalização dos mercados, na privatização dos serviços públicos, na rápida incorporação tecnológica para a produção de bens e serviços, na dinâmica do emprego, no aumento acelerado do desemprego e do trabalho informal e na exclusão social. Todos esses aspectos, somados aos problemas histórico-estruturais, trazem profundas conseqüências para a vida e a saúde dos trabalhadores, colocando em questão a capacidade de articulação alcançada até hoje neste campo. O momento atual poderia caracterizar-se como um período de perplexidade, em que os instrumentos de análise e as propostas de atuação são insuficientes para dar respostas aos desafios existentes. Tal cenário de impotência reflete-se numa repetição de teses vazias, numa despolitização do discurso em favor de tecnicismos e numa real perda de referência política coletiva dos movimentos social e sindical.

Tal realidade tem reflexos sobre a representatividade dos órgãos sindicais e, em relação à sua capacidade de desencadear e acompanhar demandas relativas à questão Saúde-Trabalho, observa-se um recuo na sua ação. A cada vez maior precarização, tanto do trabalho formal como informal (Oliveira, 2005), o desemprego aberto, a perda de vínculos, tornou o sindicalismo existente pouco representativo dos trabalhadores hoje situados em sua maioria no mercado informal de trabalho ou no subemprego. Isto também traz reflexos na atuação dos órgãos de Estado, particularmente daqueles ligados ao setor do Trabalho e da Previdência Social, na medida em que cobrem fundamentalmente a parcela de trabalhadores do mercado formal e com vínculo de segurado. Daí o papel estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) nas políticas públicas quando busca o acesso universal da população, com participação e controle dos trabalhadores, independentemente se são segurados ou apresentam vínculo formal de trabalho.

Assim, a realidade do mundo do trabalho conseqüente da globalização excludente e da reestruturação produtiva poupadora de trabalho vivo, cujo traço mais marcante é a precarização: subemprego, informalidade, trabalho em tempo parcial, no domicílio, sem vínculos; estaria a exigir novas instâncias de representação dos trabalhadores que avance em relação às formas tradicionais hoje existentes, para que sejam incluídos sob sua representatividade parcela cada vez mais numerosa de trabalhadores que deixaram, ao longo do tempo, de ser por elas reconhecidas (Offe, 1989; Pochmann, 1999).

Outra temática que se renova no campo da Saúde do Trabalhador é a questão ambiental que deve ser necessariamente articulada com a forma como se dá a produção de bens e serviços na fase do capitalismo neoliberal-globalizado. Aqui o debate relacionado ao chamado “desenvolvimento sustentável”, (Minayo & Carvalho, 2002), coloca em pauta a necessidade de se re-politizar o debate e perceber que a degradação do ambiente tem como origem os processos produtivos, o que foi muito bem apontado por Berlinguer (1978) quando cunhou a feliz expressão “contaminação do ambiente pela fábrica”. Garcia (1982) acrescentou a esta constatação que a produção capitalista extrai tanto da natureza e de suas matérias primas que os resíduos dela conseqüentes são cada vez mais tóxicos e exigem tecnologias intensamente “gastadoras” de energia para buscar tornar a “produção limpa”. Claro está que uma dinâmica como esta acaba por exaurir de forma irrecuperável a natureza, renunciando uma era de escassez dos elementos essenciais para a vida na terra como a água, o ar e o solo, que são contaminados pelas empresas, trazendo efeitos deletérios tanto para a população de trabalhadores como de moradores do seu entorno, transformando extensas áreas em verdadeiros desertos. E, no caso dos países periféricos, as empresas não são responsabilizadas ou mesmo condenadas pelos verdadeiros crimes que cometem (Rebouças e cols., 1989; Rezende, 2005).

O envolvimento dos trabalhadores como atores transformadores desta realidade está a exigir uma consciência sanitária ¹³ mais e mais apurada. Seu conhecimento sobre as estratégias de *marketing* das empresas chamadas saudáveis e o embate neste campo da competitividade interempresarial, em que a propaganda dos avanços obtidos dá-se a partir da sua certificação pelas normas ISO, é algo que deve pautar a ação das instâncias de representação dos trabalhadores.

São comuns situações em que as empresas obtêm o certificado ISO em função de sua “preocupação com a preservação do meio ambiente e a qualidade do seu produto”, às custas de condições de trabalho nas quais a intoxicação por produtos químicos é uma constante. A exigência de que a qualidade do produto e da preservação ambiental seja acompanhada de condições e ambientes de trabalho saudáveis é uma estratégia de luta que precisa ser melhor explorada pela ação sindical junto à imprensa, ao movimento ambientalista, de consumidores e a outros atores sociais, no sentido de angariar adeptos externos pela luta em defesa da saúde e melhoria das condições e ambientes dos trabalho nocivos e insalubres.

Assim, a elevação da consciência sanitária dos trabalhadores para o exercício do papel de verdadeiros guardiões da salubridade ambiental tanto interna como externa à produção é uma necessidade que se impõe na medida em que a articulação entre movimento sindical, ambientalista e de consumidores é uma perspectiva cada vez mais interessante para o enfrentamento das estratégias empresarias de venda de uma imagem que não corresponde ao passivo ambiental que desenvolvem por anos a fio. Isto é particularmente verdadeiro nos países em que a legislação do trabalho e ambiental e a fiscalização dos órgãos estatais são caracteristicamente menos eficazes, o que em geral acompanha-se de uma maior fragilidade do movimento social do que nos países de origem dessas empresas (Rezende, 2005).

Finalmente, quanto às políticas públicas na área da Saúde e do Trabalho duas considerações são importantes a partir de fatos bastante recentes.

A primeira delas diz respeito à temática do modelo de atenção em saúde dos trabalhadores e é também uma questão sempre atual, na medida em que se no início, os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) tiveram uma clara abordagem de Saúde Pública, buscando integrar-se à rede básica de saúde, num segundo momento, a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs), passou a privilegiar uma instância especializada que isolou-se da rede básica vista como porta de entrada da demanda. Assim, os CRSTs tornaram-se uma estrutura que serviam de referência para uma rede básica **muito pouco** envolvida com os problemas de saúde dos trabalhadores (Lacaz, 2000). A necessidade de revisão de tal modelo é bastante atual e a criação da Rede Nacional de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) a partir de 2002 deveria caminhar para a superação da dicotomia apontada acima. Ademais, a ênfase inicialmente colocada pela Renast na área assistencial, deverá avançar na perspectiva de uma maior articulação das ações de assistência com as de vigilância, no sentido de tornar-se mais eficaz no que se refere à prevenção de agravos e à promoção da saúde relacionada com o trabalho.

A segunda remete ao próprio da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) - elaborado pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde. Ele esclarece que para efeitos dessa Política entende-se por trabalhadores “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia” e, inclusive, “aqueles que exercem atividades não remuneradas”. Afirma-se, no entanto, que “essa diversidade e

1

¹³ . Entende-se por consciência sanitária, conforme Berlinguer (1978), a noção de que a saúde e a vida são direitos inalienáveis e que se deve lutar coletivamente e cotidianamente para que tal direito seja garantido.

complexidade das condições e ambientes de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes de trabalho para atenção à saúde”. E ressalta-se, ainda, como grande limitação que “a escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e a implementação das ações de saúde do trabalhador”. Apesar de mencionar que as informações disponíveis referem-se “aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho da Previdência Social, que representam um terço da PEA”, apenas se anuncia no tópico sobre Diretrizes e Estratégias a ampliação das ações de Segurança e Saúde do Trabalhador “visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção à saúde”. Mas, o que isso representa realmente? Como promover e proteger a saúde da maioria da população trabalhadora alijada do mercado formal e com limitadas possibilidades na sua inserção, dada a crise da sociedade do trabalho (formal)? Sob o ponto de vista da concepção ampliada de saúde, a premissa básica residiria em ter um trabalho digno, o qual parece estar fora de cogitação. Precisamente para esse grande contingente populacional, falar de segurança é falar de garantia de trabalho, de direitos elementares. Nesse sentido, é extremamente oportuno que esse documento destaque as interfaces da PNSST com “as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade”. Embora em momento algum do texto apareça qualquer indicativo de atuação articulada nessa direção, seria preciso que, na hora de definir na Conferência os grandes condicionantes conjunturais da situação de saúde dos trabalhadores, fossem explicitados os maiores entraves presentes nos vários setores e as possibilidades de intervenção do setor saúde.

Da mesma forma que em meados do século passado se estabeleceu o amplo código de leis do trabalho (CLT) que propiciou um *bem-estar ocupacional* para o *trabalho formal*, é necessário hoje construir um código do trabalho que atenda as diversas manifestações de trabalho. E, para tanto, é de fundamental importância discutir e posicionar-se sobre a reforma trabalhista em curso que vem sendo formulada no Fórum Nacional do Trabalho e na Comissão Nacional de Direito e Relações de Trabalho e que visa mexer nas arraigadas normas da Consolidação das Leis do Trabalho. É uma questão polemica, pois para o patronato a reforma flexibilizaria os direitos trabalhistas - sob o argumento de que é preciso “desengessar e modernizar” as relações de trabalho – enquanto que, para os trabalhadores organizados, trata-se de uma armadilha contra os direitos trabalhistas duramente conquistados.

O levantamento das questões acima, cujo caráter de atualidade é sempre renovado a luz do acúmulo de experiências dos trabalhadores coletivos, o que vai ocorrendo ao longo do tempo face ao enfrentamento entre Capital e Trabalho, poderá contribuir para a compreensão dos desafios históricos que se apresentam ao movimento dos trabalhadores, bem como para pensar a temática da própria III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e que será realizada neste ano.

Referências bibliográficas

1. Antunes, R. (2000). *Os sentidos do trabalho*: ensaios sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo.
2. Berlinguer, G. (1978). *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes – Hucitec.
3. Garcia, J.C. (1983). La categoria ‘trabajo’ en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, (23): 5-19.
4. Lacaz, F.A.C. (1996). *Saúde do Trabalhador*: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
5. Lacaz, F.A.C. (2000). Sobre a necessidade de revisão do modelo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, (suplemento 2000), pp. 489-490.
6. Laurell, A.C. & Noriega, M. (1989). *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Cebes - Hucitec.
7. Lima, A. B. (1997). *Da condição de sujeito para a de ator social: a construção social da militância em um movimento social de portadores de lesões por esforços repetitivos (LER)*. Dissertação de Mestrado, PUC de São Paulo, SP.
8. Minayo, M.C.S. & Carvalho, A.M. (Orgs.) (2002). *Saúde e ambiente sustentável*: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
9. Minayo-Gomez, C. & Thedim C.S.M.F.T. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 21-32.
10. Offe, C. (1989). *Capitalismo desorganizado*: transformações contemporâneas do trabalho e da política. São Paulo: Brasiliense.
11. Oliveira, F. (2005). Quem canta de novo L’Internationale? [pp. 135-169] In: Sousa-Santos, B. (Org.) *Trabalhar o mundo*: os caminhos do novo internacionalismo operário. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
12. Pochmann, M. (1999). *O trabalho sob fogo cruzado*: exclusão, desemprego e precarização no final do século. São Paulo: Contexto.
13. Rebouças, A. J.A., Antonaz, D., Lacaz, F.A.C. e cols. (1989). *Insalubridade. Morte lenta no trabalho*. São Paulo: Diesat/Oboré.
14. Rezende, J.M.P. (2005). *Caso Shell/Cyanamid/Basf*: epidemiologia e informação para o resgate de uma precaução negada. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médica, Unicamp, Campinas, SP. 184 pp
15. Sato, L. (2002). Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (5): 1147-1166.

14 - Saúde dos Trabalhadores e Ambiente: por um desenvolvimento sustentável?

Desenvolvimento sustentável: o que é?

Raquel Maria Rigotto

Professora do Departamento de Saúde
Comunitária da Universidade Federal do Ceará

A proposta de desenvolvimento sustentável surgiu nos debates e na agenda social internacional a partir dos anos 1970. Evidentemente, já tínhamos problemas sócio-ambientais antes disto, mas só então a humanidade começou a despertar para a consciência de sua existência e gravidade. Na década anterior começaram a acontecer e ser identificados vários problemas ambientais e de saúde, causados pela contaminação, atingindo extensas áreas e número elevado de pessoas e comunidades – o caso da epidemia de intoxicação por mercúrio, na baía de Minamata, no Japão, por exemplo.

Também foi nesta época que um grupo que reunia os países mais ricos do mundo – o então chamado Clube de Roma, perguntou a um grande instituto de pesquisa dos Estados Unidos (o MIT): o que acontecerá se todos os países do mundo continuarem em sua política de crescimento anual e realmente conseguirem manter em crescimento suas economias? Os pesquisadores deste Instituto fizeram um estudo e responderam, de forma simples e direta: *vamos sucumbir à poluição do meio ambiente, ou à exaustão dos recursos naturais, ou ao custo elevado de controle da poluição*. Eles escreveram isto no Relatório Limites do Crescimento, que foi publicado em 1972. No mesmo ano, a ONU realizou a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo: o relatório que derivou desta Conferência recebeu o sugestivo nome de “Nosso Futuro Comum”.

Nos debates ocorridos durante a Conferência, alguns defendiam que o crescimento econômico e a produção industrial tinham que continuar acelerados; enquanto outros defendiam o crescimento zero, seja da população, seja da produção, para preservar o ambiente. Se o ponto de partida havia sido um alarmante diagnóstico ambiental mundial, caminhava-se rapidamente para a consciência de que o problema era muito mais amplo, e questionavam-se fortemente as relações econômicas e sociais em cada um dos países e no plano internacional¹⁴.

O Relatório Nosso Futuro Comum, publicado em 1987, enfrentou este debate e considerou que o “desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de as futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades”. Aponta como medidas a serem tomadas pelos Estados nacionais: a limitação do crescimento populacional; a garantia da alimentação a longo prazo; a preservação da biodiversidade e dos ecossistemas; a diminuição do consumo de energia; o controle da urbanização selvagem e a integração entre campo e cidades menores; a satisfação das necessidades básicas. Defende o aumento da produção industrial nos países não-industrializados à base de tecnologias ecologicamente adaptadas, colocando-o como uma retomada do crescimento, mas alterando a qualidade do

1 _____

¹⁴ BERNARDO, M. O desafio do desenvolvimento sustentável. Conferência proferida na Escola de Formação de Governantes. Fortaleza, 24.06.96. mimeo

desenvolvimento, a fim de torná-lo menos intensivo em matérias-primas e mais equitativo em seu impacto.

Pode-se compreender o desenvolvimento sustentável como o acordo historicamente possível, naquele momento, entre dois grupos: os interessados em proteção ambiental e os preocupados em promover uma agenda de desenvolvimento social. Confrontando-se com os grandes interesses econômicos, eles buscavam encontrar uma solução integrada de duas crises simultâneas e que se reforçam mutuamente: a crise de desenvolvimento social global, e a crise ambiental global¹⁵.

Hoje, a expressão “desenvolvimento sustentável” vem sendo usada por muitos atores sociais, que lhe atribuem diversos significados diferentes, de acordo com seus interesses: é importante que cada um esclareça do quê está falando. Por isto, são cunhadas outras expressões que retiram a palavra *desenvolvimento*, como “sociedade sustentável”, “sustentabilidade social”, pelos motivos que veremos a seguir.

Desenvolvimento e Sustentabilidade: paradigmas conciliáveis?

O crescimento ilimitado da produção e das forças produtivas é o objetivo central da vida humana - esta é a essência da noção de desenvolvimento, que surge na história das sociedades humanas ocidentais a partir do século XIV, e se expande junto com a burguesia. É uma nova significação imaginária social, que instituiu novas atitudes, valores e normas¹⁶.

De fato, a realização histórica do modo de produção e consumo do capitalismo tem se baseado em perseguir o *domínio da Natureza*, através da ciência e da tecnologia: a terra, a água, o ar, as florestas, os animais – todas as riquezas do Planeta passam a ser vistas como recursos, a serem explorados sem limites, não só para atender a necessidades humanas, mas para gerarem lucro para os empreendedores. Daí advêm, por exemplo, as dificuldades das comunidades indígenas, quilombolas, litorâneas, de trabalhadores rurais, e várias outras em conservar ou ter acesso à terra ou aos recursos ambientais que, por direito, são bens comuns¹⁷. Elas estão, com freqüência, sendo pressionadas a ceder seu espaço para uma mineração, uma petroleira, uma barragem hidrelétrica, uma grande monocultura de soja ou de eucalipto, uma fazenda de criação de camarão, que se impõem em nome do progresso, da geração de emprego, da produção de bens que trariam conforto e qualidade de vida, da geração de divisas para pagar a dívida externa...

Mas a realização histórica do modo de produção e consumo do capitalismo tem se baseado também na exploração do trabalho humano, sem uma repartição justa de seus frutos, e ainda expropriando a saúde dos trabalhadores em ambientes de trabalho poluídos, perigosos e penosos, como bem conhecem aqueles que estão hoje no campo de debate da Saúde dos Trabalhadores. E aqui nasce o primeiro ponto de ligação entre a questão ambiental e a saúde dos trabalhadores: Natureza e Seres

1

¹⁵ HERCULANO, S.; PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. Introdução: Qualidade de Vida e Riscos Ambientais como um campo interdisciplinar em construção. In: HERCULANO, S.; PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. (org). *Qualidade de Vida e Riscos Ambientais*. Niterói: EdUFF, 2000. Pp. 17-26

¹⁶ CASTORIADIS, C. Reflexões sobre o “desenvolvimento” e a “racionalidade”. In: _____. *As encruzilhadas do labirinto II – os domínios do homem*. 1976, pp. 155-158

¹⁷ O artigo 225 (Tít. VIII, Cap. VI) estabelece que “*todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações*”.

Humanos que Trabalham são igualmente explorados no modo de produção e consumo capitalista, o que os convida a irmanarem-se.

As atividades produtivas, ao serem conduzidas sob a força da dimensão econômica, têm deixado de lado e subordinado as dimensões social e ambiental. Além de não permitirem um *acesso equitativo aos recursos e serviços ambientais*, e de não se preocuparem com a sua *preservação e renovação*, têm ainda gerado a *degradação e contaminação ambiental, com impactos sobre toda a comunidade de vida do Planeta, hoje e no futuro*. O ar que se respira nas grandes cidades, poluído pelas emissões das indústrias e dos carros, provoca sérios problemas de saúde humana. As fontes de água – este bem cada vez mais escasso, estão sendo contaminadas com agrotóxicos, metais e compostos orgânicos persistentes. E, da mesma forma, as ameaças globais à vida, cada vez mais concretas, relacionadas ao aquecimento global, ao buraco da camada de ozônio, à perda da biodiversidade, etc. Ou seja, a forma como as atividades produtivas tendem a ser realizadas hoje traz sérios impactos à saúde humana e dos ecossistemas, ameaçando a qualidade de vida e até mesmo a sobrevivência de todos.

Mas, como nos ensina o movimento por Justiça Ambiental¹⁸, a maior parte dos danos dos processos de desenvolvimento não se distribui “democraticamente” pelos espaços de vida e grupos sociais - atinge preferencialmente os trabalhadores de baixa renda, as populações marginalizadas nas periferias das grandes cidades, os grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais. Muito freqüentemente, nas grandes catástrofes ambientais produzidas como consequência da ação de grupos econômicos sobre a natureza, os trabalhadores são atingidos mais precocemente e com maior gravidade, seja porque trabalham diretamente expostos e/ou porque vivem em áreas mais sujeitas à poluição.

No contexto da Globalização e da Reestruturação Produtiva, em que se configura o capitalismo avançado, há um aprofundamento destas tendências:

- A insinuação de que o trabalho humano já não é mais necessário, tendo em vista as possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias, tem levado à maior exploração dos trabalhadores, via precarização das relações e condições de trabalho, heterogeneização e ruptura dos laços de solidariedade entre os trabalhadores; supervalorização simbólica do emprego e conseqüente aumento da subordinação, etc.
- A “reforma ecológica” em curso nos países considerados “desenvolvidos”, somada às facilidades de transporte e comunicação e à fragilidade dos Estados nacionais, especialmente na relação Norte-Sul, tem estimulado um movimento de des/re-localização da produção industrial, privilegiando locais que ofereçam maiores vantagens comparativas para a competitividade dos empreendimentos. Entre elas estão a mão-de-obra barata e a fragilidade das leis e órgãos de defesa do ambiente, do trabalho e da saúde – o chamado *dumping* social e ambiental, cujos impactos sobre algumas regiões do Brasil precisam ser discutidos e estancados.

Este paradigma desenvolvimentista - o crescimento econômico assentado sobre a exploração da Natureza e dos Trabalhadores, traz-nos hoje a uma situação de ameaça muito concreta à vida: ou mudamos, ou pereceremos, dizem os cientistas. É neste contexto que emergem e se conformam outras concepções sobre o sentido da experiência humana na Terra, que consideram o ser humano e o ambiente como uma comunidade viva, interdependente e solidária. E que buscam resgatar o

1

¹⁸ Veja texto específico sobre o tema nesta coletânea, de autoria de Marcelo Porto.

sentido do trabalho humano (nossa relação com a natureza!) na perspectiva da autonomia, da criatividade, da liberdade e da participação significativa na construção da vida social e da história coletiva¹⁹. Este novo paradigma, rico em nuances, pode ser em parte expresso nesta concepção de sustentabilidade: *o processo de mudança social e elevação das oportunidades da sociedade, compatibilizando, no tempo, a eficiência econômica, a preservação e conservação ambiental, a qualidade de vida e a equidade social, a democracia política; partindo de uma nova ética de responsabilidade, compaixão e solidariedade entre os seres humanos, com as gerações futuras e na relação sociedade-natureza*²⁰.

OS TRABALHADORES E A QUESTÃO SÓCIO-AMBIENTAL

As atividades econômicas estão no centro da questão ambiental e da questão social. Como declarou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde é resultado das formas de organização social da produção: o modo de produção e consumo de cada sociedade é a raiz mais profunda que determina a saúde e a doença das pessoas, e também dos ecossistemas em que vivemos. O modelo de desenvolvimento que cada sociedade adota está no centro das relações saúde-trabalho e também no centro das relações saúde-ambiente. E os trabalhadores estão inseridos nelas, como parte fundamental na produção de bens, de serviços e de significados. São/podem ser vítimas, sentinelas, e sujeitos nestes processos.

O ambiente de trabalho e o de vida têm fronteiras cada vez mais tênues, seja pela mobilidade cada vez maior dos riscos envolvidos nos processos produtivos - que saem pelas chaminés, pelos esgotos, junto com o lixo, ou que circulam em caminhões, tubulações, dutovias, contaminando os espaços de moradia e convivência; seja porque cada vez mais pessoas trabalham em suas casas, nas praças, nas ruas, em ambientes urbanos que são fruto do processo de desenvolvimento/industrialização.

Para muitos dos que vêm do campo de debates da Saúde dos Trabalhadores, saltar o muro da fábrica e descobrir suas “continuidades” com o entorno tem sido um processo que abre muitas janelas: além dos riscos ocupacionais de cada uma, ver também os recursos naturais que entram para ser consumidos, e os resíduos e efluentes que saem, muitas vezes, para contaminar; considerar as relações do *just-in-time* com o aumento do tráfego e, com ele, da contaminação do ar, dos acidentes de trânsito; compreender a questão da localização das atividades econômicas no espaço, desde o solo que ocupam, a fauna e a flora que expulsam, as alterações da paisagem, o rio, as transformações no espaço urbano, até a nova distribuição sócio-espacial dos riscos tecnológicos, no contexto internacional; perceber a relevância dos efeitos cumulativos e remotos das fontes industriais de contaminação ambiental; incorporar a discussão dos padrões de consumo, entre tantas outras

1 _____

¹⁹ ANTUNES, R. Os sentidos do Trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000.

²⁰ RATTNER, H. *Liderança para uma Sociedade Sustentável*. São Paulo: Nobel, 1999.

janelas... Enfim, estimula a pautar a questão da sustentabilidade dos processos produtivos, e a fazê-lo dentro da questão mais geral da sustentabilidade do processo de desenvolvimento²¹.

Por outro lado, considerar o mundo do trabalho no debate da questão ambiental aprofunda, radicaliza e explicita a questão sócio-ambiental. Se o Estado é já um ator frequentemente pautado nesta discussão, aqui os agentes econômicos e os trabalhadores também têm que se fazer mais presentes. As implicações sociais e ambientais das inovações tecnológicas e organizacionais mostram suas marcas no corpo dos trabalhadores. Os riscos se realizam num contexto sócio-histórico que pode modificar inclusive sua nocividade. A reestruturação produtiva e as desigualdades sócio-espaciais que promove vão ficando claras. Os caminhos para dar fim à pobreza e à fome vão ser buscados de outra forma, a busca por novas tecnologias ganha outras diretrizes.

Para avançar nesta perspectiva, um princípio fundamental é o da transversalidade nas políticas públicas, significando, mais que a ação integrada entre órgãos responsáveis pela execução de políticas, o exercício permanente da *advocacy* e da vigilância sobre a elaboração das políticas de desenvolvimento, no sentido de avaliar, debater e garantir que tenham impacto positivo para a comunidade de vida. *Todas* as políticas de desenvolvimento devem estar permeadas pela preocupação com o trabalho, o ambiente e a saúde, de forma a gerar melhorias para a qualidade de vida da população como um todo.

Esta opção política implica em inverter prioridades e criar, coletivamente, alternativas de desenvolvimento que sejam includentes, harmônicas com o ambiente, compatíveis com a saúde. Supõe, também, o aperfeiçoamento dos mecanismos regulatórios dos conflitos ambientais e de saúde, em que o Estado cumpra seu papel – regular, educar, estimular, fiscalizar, punir, informar, assistir – ao tempo em que amplia a participação da sociedade no controle dos processos produtivos, facilitada por instâncias democráticas que equilibrem o poder dos diferentes grupos e atores sociais e pela geração e difusão transparente de informações fidedignas.

O Estado precisa dar visibilidade aos impactos negativos do desenvolvimento: possibilitar a antecipação e a identificação de riscos, o diagnóstico de agravos, e sua notificação e divulgação. Precisa acolher os grupos expropriados/lesados na defesa de seus direitos – corrigir as injustiças ambientais.

Trata-se, claramente, de mudar o curso do desenvolvimento – um processo que acontece num campo de forças, com seus atores e sujeitos disputando idéias e caminhos, com seus distintos e diferentes poderes.

Os trabalhadores, assim como aqueles que se debruçam sobre a questão de sua saúde, têm importante papel a desempenhar neste campo de forças. Podem se empoderar e serem empoderados através do trabalho articulado e da tessitura de alianças com outros setores dos movimentos sociais e ambientais; da construção de redes que se apoiem na abordagem dos diversos aspectos de cada problema ou projeto. Podem, ainda, participar ativa e criticamente em processos como a Agenda 21, ou Municípios Saudáveis, Cidades Sustentáveis, Atenção Primária Ambiental, etc.

A construção de condições históricas e sociais favoráveis à saúde dos trabalhadores caminha junto e pertence ao processo de construção de um outro modo de vida social, definindo caminhos de futuro a partir da história, da vocação, dos valores de cada local, região ou país. Construir a sustentabilidade significa perguntar, numa perspectiva sistêmica e integradora, que considere os

1 _____

²¹ RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.4,nº6, dezembro de 2003. pp. 388-404. ISSN 1415-790X

trabalhadores, o ambiente, os consumidores, a saúde, a qualidade de vida, as gerações futuras e a democracia política: produzir atendendo a que necessidades? De quem? Para que? Onde? Acrescentando o que às pessoas do lugar e a seu projeto de sociedade? A partir de que matérias primas? Utilizando que fontes e quantidades de energia e de água? Em que relações de trabalho? Através de que processos e formas de organização do trabalho? Em que condições de trabalho? Gerando que efluentes e resíduos? A que custo social e ambiental? Sob que mecanismos regulatórios? Distribuindo de que forma a riqueza gerada? Deixando que herança às gerações futuras?... E, sobretudo - na busca da superação das desigualdades e de construção da justiça ambiental: através de que mecanismos de participação de todos os segmentos sociais, particularmente os marginalizados, nos processos de decisão e controle social das políticas de desenvolvimento?

15 - Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador

Vilma Santana

Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

Leticia Nobre

Fundacentro,
Centro Regional da Bahia, Ministério do Trabalho e Emprego

Políticas, programas e ações voltadas para a saúde e segurança no trabalho, sejam no âmbito da atenção individual sejam no campo da saúde pública, em particular na vigilância à saúde, se assentam no uso de informações. Sistemas de Informação compreendem o conjunto de processos que envolvem desde a captura, o processamento ou transformação, a armazenagem e manutenção de **dados**, e a produção de informação. A **informação** se expressa sob a forma de indicadores que, a partir dos dados, representam de modo sintético ou sumarizado da realidade, conferindo significado à racionalidade subjacente aos números, permitindo a compreensão da situação de saúde e o seu uso como ferramenta de gestão ou para a tomada racional de decisões. O **conhecimento**, por sua vez, traduz a informação em contexto, e conseqüentemente a sua produção depende em grande medida da existência de dados, de sua organização em sistemas de informações, de mecanismos que permitam a sua transformação em conhecimento, bem como o amplo acesso ao público.

A importância de uma boa base de dados, e sistemas efetivos de produção de informação e conhecimento, se expressa pela sua existência nos países que apresentam excelência das condições de trabalho e de saúde e segurança dos trabalhadores. Além dos aspectos relativos à racionalidade técnica, sistemas de informação viabilizam a necessária transparência dos órgãos de gestão pública, cada vez mais considerada como essencial para a consolidação da democracia. Pode-se dizer que um povo, ao qual se neguem informações, está sendo destituído de um direito fundamental para o pleno exercício da cidadania.

A produção e disponibilidade pública de informações sobre a saúde do trabalhador são de tal relevância que foram incluídas como parte de uma das convenções da Organização Internacional do Trabalho. O Brasil, embora signatário desta convenção, e venha mostrando avanços significativos na construção de sistemas de informação em saúde no País, que já alcançaram patamares comparáveis aos países desenvolvidos, não vem apresentando melhoras substanciais das informações em saúde do trabalhador. Isto se deve em grande medida às características deste campo, que envolve relações freqüentemente conflituosas entre trabalhadores e empregadores, e o interesse econômico decorrente de penalidades que, não raramente, envolvem o pagamento de somas volumosas. Além desse motivo principal, dados ou informações podem ser empregados como evidências ou provas legais em contextos jurídicos ou mesmo previdenciários com vistas à habilitação para benefícios, podendo se identificar tensões na decisão sobre o registro e processamento de informações, também no âmbito da Previdência Social (Waldvogel, 2002; Santana et al., 2004). No âmbito da assistência à saúde, o registro de informações é em geral obrigatório, mas é comum que médicos e outros profissionais de saúde negligenciem a investigação clínica para esclarecimento da origem ocupacional de doenças e acidentes, mesmo aqueles que resultam em falecimento do trabalhador (Santana et al., 2004).

Os acidentes e doenças do trabalho são de comunicação obrigatória por parte das empresas segundo a legislação trabalhista e previdenciária, disposição que se aplica somente para os trabalhadores segurados do Seguro Acidentes de Trabalho. No SUS, a notificação é obrigatória em alguns estados e municípios, pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o que se aplica a toda população trabalhadora. Nem todos os sistemas de informações em saúde possuem campos para o registro da existência da relação entre o agravo e o trabalho e ou ocupação.

Vale ressaltar que óbitos por acidentes de trabalho são considerados “causas externas de morte”, para as quais os únicos órgãos autorizados legalmente a emitir a Declaração de Óbito são os Institutos de Medicina Legal, o que supostamente conferiria maior fidedignidade às informações. Todavia, pesquisas que focalizam “causas externas” têm identificado inconsistências e índices insatisfatórios de concordância da causa básica, mesmo nas declarações emitidas por IML (Drummond Júnior et al., 1999). Conseqüentemente, o diagnóstico correto de acidentes ou doenças do trabalho é ainda, lamentavelmente, um fato raro. Isso decorre não apenas de descuido ou pouco cuidado do profissional, mas também por receio das implicações legais que cercam esses diagnósticos. Ademais o uso da Classificação Internacional de Doenças também se mostra com problemas, desde que há uma facilitação dessa omissão, por ser possível, especialmente no caso das causas externas, atribuir um diagnóstico da lesão sem o registro da sua vinculação com a atividade ocupacional.

Além desses aspectos mais gerais, existem fatores operacionais que dificultam a construção de bons sistemas de informação em saúde do trabalhador. É inegável a importância do registro da ocupação, mas a multiplicidade e inconsistência na denominação coloquial das atividades de trabalho limitam o registro, tanto na precisão, quanto na padronização e codificação (Costa, 1990; Beraldo et al, 1993; Binder & Cordeiro, 2003; Drummond Jr et al., 1999). O Ministério do Trabalho desenvolveu ampla e cuidadosa revisão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), comparável à de países desenvolvidos. Por sua vez, o IBGE também atualizou, a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), utilizada, com a CBO, nacionalmente nas estatísticas de emprego e nos censos e pesquisas amostrais do IBGE. Todavia, o uso desses dados nos sistemas de informação é incipiente (Nobre, 2003).

Com a municipalização, a codificação da causa básica de óbito e crítica de dados, antes concentradas nas secretarias estaduais de saúde, SES, foram progressivamente assumidas pelos municípios. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) não é universal e cobre somente as internações realizadas pela rede pública, incluindo os serviços conveniados ao SUS. Tem a vantagem de abranger o mercado formal e informal. O SIH limita-se a internações e não a pessoas ou eventos de doenças; não identifica re-internações e transferências, possibilitando repetições. Isso interfere na construção de indicadores de morbi-mortalidade hospitalar e de avaliação dos serviços (Carvalho, 1997). A Portaria MS nº 142/97 definiu critérios para o registro do caráter de internação, diagnóstico principal e diagnóstico secundário, nas Autorizações de Internação Hospitalar, AIH, em casos compatíveis com causas externas. Assim, passou a ser obrigatório o registro da natureza do acidente se típico ou de trajeto. Mas não registra os acidentes de trabalho que não resultaram em internações hospitalares.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, Instituto Nacional de Seguro Social, mantém alguns bancos de dados reunidos no Sistema Único de Benefícios, que compreendem os benefícios concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social e os do Seguro Acidente do Trabalho, SAT, gerenciados pela DATAPREV. A Comunicação de Acidentes de Trabalho, CAT, é o instrumento de registro dos casos de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. Esses registros têm cobertura limitada, compreendendo os empregados em regime de CLT, exceto os domésticos, os trabalhadores avulsos e os médicos residentes, ficando excluída expressiva parcela,

como os empregados domésticos, servidores públicos, autônomos, parte dos trabalhadores rurais e todos aqueles do mercado informal de trabalho.

Além das informações sobre a saúde, são fundamentais as informações sobre exposições e riscos ocupacionais (Nobre & Freitas, 1995). Recentemente, a Previdência Social vem introduzindo modificações no registro de exposições ocupacionais, para subsidiar as avaliações para concessão de aposentadorias especiais e outros benefícios, como o Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), que se preenchido corretamente, e for acompanhado e avaliado, poderá se constituir em uma base de dados sobre exposições. Outras possíveis fontes são as provenientes de inspeções do Ministério do Trabalho e Emprego, da vigilância sanitária e ambiental dos municípios e estados, empresas e sindicatos de trabalhadores (Nobre & Freitas, 1995). Cadastros e dados de órgãos ambientais e da vigilância em saúde do trabalhador do SUS podem ser disponibilizados e utilizados. Vale ressaltar que dados relevantes são produzidos pelo IBGE sobre a População Economicamente Ativa, do mercado formal e informal; e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), gerenciada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, que reúne anualmente as informações sobre trabalhadores e empresas/estabelecimentos do mercado formal de trabalho.

A importância econômica e política que o Brasil vêm apresentando recentemente no cenário mundial, e o seu amadurecimento político, com a evidente consolidação democrática, impõem a necessidade de sistemas de informações que se articulem entre si e produzam as informações em saúde e segurança do trabalhador, que têm caráter estratégico para a economia, a saúde pública, permitindo o monitoramento e o aperfeiçoamento das políticas de prevenção e controle, em escala nacional.

Perspectivas

1. Urgente criação de uma Comissão Interministerial para Implantação da Política de Informações em Saúde do Trabalhador;
2. Reativação do Comitê Seguro, Trabalho e Saúde da RIPSA (ou similar), com participação das diversas entidades, para implantação da harmonização das bases de dados e acompanhamento dos indicadores de saúde do trabalhador;
3. Desenvolvimento de campanha de esclarecimento sobre acidentes e doenças do trabalho, natureza clínica, critérios diagnósticos, etc. para a população em geral, e também profissionais de saúde, em especial os que trabalham em unidades de emergência;
4. Estabelecimento de um plano de investimentos em qualificação de recursos humanos, em todos os âmbitos do SUS, voltados para a melhoria da qualidade das informações em saúde, incluindo as variáveis de interesse à saúde dos trabalhadores;
5. Monitoramento das estatísticas dos serviços de emergência para verificação de sub-registro de acidentes e doenças do trabalho; implantação da notificação de acidentes e violências nas emergências, incluindo a identificação dos acidentes e violências no trabalho;
6. Criação de comitês municipais para investigação de causas de mortes quando houver situações suspeitas de serem relacionadas com acidentes de trabalho; ou criação de comitês de investigação de mortes por causas externas (acidentes e violências), que incluam as mortes por acidentes de trabalho;
7. Estabelecimento, nos setores de vigilância e acompanhamento das informações nos municípios, de procedimentos de revisão da qualidade das informações em saúde, incluindo as variáveis de interesse à saúde dos trabalhadores;

8. Apoio à efetivação da Portaria No. 777, de 28/04/2005 que implanta a notificação dos acidentes e doenças do trabalho;
9. Criação de um Boletim Epidemiológico de Acidentes e Doenças do Trabalho de edição mensal abrangendo todo o território nacional que divulgue dados epidemiológicos dos sistemas de informação e também de pesquisas conduzidas nas diferentes regiões do País; ou talvez – inserção regular de divulgação dos dados epidemiológicos e pesquisas de AT/DRT no Informe Epidemiológico do SUS; ou definição de uma política de difusão e divulgação das informações, estudos e pesquisas;
10. Estabelecimento de parceria com Ministério do Trabalho e Emprego e com IBGE para execução de programa de capacitação/qualificação da rede de saúde e profissionais de outras instituições para a utilização da CBO, da CNAE, da RAIS e das bases censitárias e de pesquisas amostrais do IBGE;
11. Revisão e adequação da forma de gerenciamento e de disponibilização para, ao público e às instituições, das informações oriundas das bases de dados da Previdência Social, com observação de critérios epidemiológicos para essa adequação;
12. Garantia de financiamento para o desenvolvimento de projetos de estudos e acompanhamento da qualidade dos dados de interesse à saúde dos trabalhadores nos sistemas de informações em saúde.
13. Cumprimento da legislação vigente em relação à aplicação de penalidades para empresários e profissionais que se recusarem a emitir CAT em situações de acidentes e doenças ocupacionais; com inserção de dispositivos relacionados a isso nos códigos sanitários de estados e municípios.

Referências

- Beraldo PSS et al. Mortalidade por Acidentes de Trabalho no Brasil – Uma Análise das Declarações de Óbito, 1979-1988. *IESUS*, Ano II(1): 41-54. Jan/Fev 1993.
- Binder, MCP & Cordeiro, R Sub-registro de acidentes ocupacionais no Brasil, 1997. *Rev. Saúde Pública*, 2003, 37:409-416.
- Carvalho DM. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. *IESUS*, Ano VI(4):7-46, 1997.
- Costa LB. A ocupação na Declaração de Óbito. II Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1980. (Mimeo).
- Drumond Jr M et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saude Pub*, 33(3): 273-80, 1999.
- Nobre LCC & Freitas CU. “Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no SUS”. Ministério da Saúde/ Representação no Brasil da OPAS/OMS, 1995.
- Nobre LCC. Uso da Ocupação e Ramo de Atividade Econômica nos Sistemas de Informações em Saúde: potencialidades e factibilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (Supp2):158, 2003.
- Santana VS, Bouzón A, Bouzas-Araújo J, Nobre L, Campos M, Silva M. Estimativa da carga e Custos Indiretos com os Acidentes de Trabalho. Relatório de Pesquisa, COSAT, MS. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. 2004, 105 p.
- Waldvogel BC. Acidentes do Trabalho: Os Casos Fatais – A Questão da Identificação e da Mensuração. In Salim CA, Motti MI, Yuki MI. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

16 - Vigilância em Saúde do Trabalhador

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Professor Doutor do
Depto Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina/UFMG

Fátima Sueli Neto Ribeiro

Professora Doutora da FM/UERJ,
Secretaria de Estado da Saúde/RJ, Pesquisadora INCA

Jorge Mesquita Huet Machado

Professor Doutor da Fiocruz/ENSP/MS

1. Histórico: emersão, concepção, características, conflitos

Desde o começo da construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, as questões referentes à vigilância ocuparam um espaço central na discussão e na concepção do modelo de atenção à saúde. Junto com a prestação de assistência ao trabalhador se colocava a necessidade da vigilância. Daí muitas vezes se dizer que estas ações são específicas, mas indissociáveis e complementares.

Por outro lado, este pensamento trazia uma lógica e coerência interna na medida em que destacava que o cerne das ações de Saúde do Trabalhador no setor público de saúde, deviria se voltar fundamentalmente para a dimensão de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (causas), sem perder ou negligenciar a responsabilidade pela assistência (efeitos).

Na prática dos serviços de saúde a Vigilância possui 2 grandes estruturas: A Epidemiológica, com a responsabilidade de recolher e analisar as informações, normalmente pelo SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), e a Vigilância Sanitária com a competência de fiscalizar setores de alimentos, medicamentos e estabelecimentos de saúde.

MACHADO (1996) alertou para o perigo de equiparar a Vigilância em Saúde do Trabalhador às concepções restritas de vigilância da saúde, vigilância médica (de agravos) e a vigilância epidemiológica. Mais do que uma questão semântica, esta redução gera conseqüências na competência institucional para a intervenção nos ambientes de trabalho.

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) se distingue das vigilâncias e de outras disciplinas do campo da relação trabalho-saúde pela delimitação de seu objeto específico na “*investigação e intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde*” (MACHADO, 1996). Entende-se como *trabalho* os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais e por *saúde* as mudanças no potencial máximo de vida dos trabalhadores e seus descendentes, da população exposta aos contaminantes oriundos direta ou indiretamente do processo de trabalho.

Uma crítica às ações é a da pouca visibilidade do processo de mudança decorrente de uma ação de VISAT, além de seu caráter insidioso, longo amplo. Para enfrentar esta crítica é necessário redirecionar o foco do debate.

A vigilância é compreendida então como uma prática política de saúde, complexa, ampla, permeada por interesses conflitivos, inserida visceralmente na sociedade, uma prática de empoderamento dos trabalhadores na luta pela preservação de sua saúde e não meramente como uma

prática neutra, padronizada e estritamente técnica. A partir deste entendimento, é que foi se estruturando a VISAT no setor saúde.

Na implementação concreta dos Programas de Saúde do Trabalhador a partir da década de 80, esbarrou-se em diversas dificuldades de naturezas conceituais, metodológicas, políticas, administrativas, jurídicas, técnicas, nas esferas locais, regionais e nacional, e o que se viu foi a existência de serviços que assumiam ações de assistência e vigilância integradamente, ou só uma ou outra ação isoladamente. De um modo geral, as razões, as estratégias e as opções históricas, sempre privilegiaram as ações assistenciais.

Alguns conflitos são marcos destes anos iniciais e que persistem até o momento: dificuldades legais de acesso e intervenção nos ambientes de trabalho, atritos inter-setoriais sobretudo com o Ministério do Trabalho, baixo envolvimento da Previdência Social, desintegração e desarticulações intra-setoriais na esfera da saúde, baixa prioridade para a área de Saúde do Trabalhador no SUS e nos demais setores afins, sistema de informação parcial e segmentado, resistência do grande empresariado às ações do SUS, participação dos trabalhadores assistemática e mais restrita ao setor formal e urbano, número restrito e insuficiente de profissionais de saúde lotado nas ações de vigilância. Tudo isto num macro cenário globalizado, neoliberal, de desemprego estrutural, de baixos salários, de flexibilização e precarização no trabalho além de limitações e fragilidades no interior dos movimentos associativos e sindicais dos trabalhadores. Trata-se, pois, de um cenário complexo e desafiador no sentido de superá-lo do ponto de vista da Saúde do Trabalhador.

A VISAT se insere nas práticas de um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais. Desta forma, quanto mais a VISAT avança no sentido de intervir nos ambientes de trabalho mais conflitos trará à tona (PINHEIRO, 1996).

Os princípios básicos que norteiam as ações de vigilância no SUS foram explicitadas no Manual de normas e procedimentos técnicos para a VISAT (COSAT/MS, 1995) e na Portaria 3120 de 1998 (Ministério da Saúde) : universalidade, equidade, hierarquização, descentralização, integralidade das ações, inter-setorialidade, interdisciplinaridade e controle social. Deve-se ressaltar a inovação e a possibilidade de participação e controle social mais efetivo por parte dos trabalhadores sobre as ações de vigilância.

Nos últimos anos, do ponto de vista institucional, a vigilância incorporou duas outras dificuldades. A RENAST (Portaria.777/04 MS) como estrutura articuladora de serviços regionais não sustenta a competência legal de atuação de equipes em distintos municípios e a recente Instrução Normativa nº 1, de 07/03/2005 que Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.172/04, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Esta delimita a competência de vigilância em ambiente de trabalho para a secretaria de vigilância em saúde que se encontra em fase de formulação política e portanto ainda sem uma interação com as instâncias executoras dessa política.

Embora a área de Saúde do Trabalhador tenha adquirido uma certa institucionalização e consolidação no SUS, ainda persistem graves problemas ainda que localizados, como por exemplo, a velha restrição às ações de vigilância nos ambientes de trabalho como está ocorrendo hoje no município de Porto Alegre (RS).

Os conflitos são muitos, mas gostaríamos agora de priorizar alguns pontos para reflexão e possíveis discussões nos fóruns da III CNST.

2. Questões intra-setoriais

- a) **Instrumental e dinâmica da área:** O cotidiano das práticas de fiscalização, salvo ações isoladas, ainda reproduz o modelo centralizador, punitivo e isolado. A grande maioria dos

Serviços de Saúde do Trabalhador ainda não viabiliza a prática interdisciplinar, pluri-institucional e articulada com o controle social, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (1998), Vasconcelos & Ribeiro (1997) e Machado (1996). Os instrumentos de coerção (p.ex. autos de intimação, infração, interdição) ainda não foram apropriados, por completo, pela Vigilância em Saúde do Trabalhador. Por sua vez, a atuação nos determinantes sanitários, ou mesmo nas causas mais imediatas e evidentes, sofre uma forte resistência, mascarada de discussão de competências, e é enfrentada de maneira distinta e evolutiva pela equipe de Saúde do Trabalhador (Machado, 1996).

- b) **Participação do Trabalhador:** a vigilância se torna extremamente parcial e frágil se não consegue incorporar nas suas ações o saber, a participação e controle social por parte dos trabalhadores. Este é um pilar a ser erguido. Não se trata de uma questão fácil. Além da sensibilidade de cada sindicato para o tema (participação dos históricos movimentos sindicais), existe um grande desafio para a inclusão dos trabalhadores do setor informal, dos trabalhadores rurais e do setor público e de suas legítimas e reais representações. É necessário reconhecer as especificidades e os momentos históricos particulares da construção e conquista da cidadania. Não se deve prescindir também de envolver outros setores organizados da sociedade sensíveis para as causas da saúde dos trabalhadores (ONGs, movimento de mulheres, negros, por exemplo).
- c) **Participação do Empresariado:** A discussão do desenvolvimento sustentável e da responsabilidade social das empresas têm apontado para uma prática de interlocução que supera os conflitos, através de processos negociais de busca de cooperação entre trabalhadores e empresários na definição e acompanhamento das ações de saúde do trabalhador. Entretanto, o que temos visto na maioria das negociações e processos de vigilância são posturas imperiais e confrontadoras, onde é utilizado o poder econômico, inclusive de financiador do Estado, em detrimento da justiça social.
É papel da VISAT explicitar tais conflitos que na prática vêm produzindo deturpações como o gerenciamento artificial de riscos e a ampliação do silêncio epidemiológicos dos agravos associados ao trabalho no Brasil.
- d) **Sistema de Informação:** a vigilância sempre esteve próxima e inter-dependente do sistema de informação. Talvez no entanto, seja falso ou ilusório o argumento de que falem informações para se desencadear e efetivar as ações de vigilância. O que existe sim é uma grande restrição ao acesso, morosidade, segmentação, parcialização de informações e desintegração de banco de dados, o que leva a uma diminuição da capacidade de enxergar mais profundamente e precisamente a distribuição e ocorrência de problemas relacionados à saúde do trabalhadores. Além disso, poucos Estados implementam o Boletim do SINAN como instrumento privilegiado de registro dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador.
- e) **Desarticulação das Vigilâncias:** historicamente tem sido variável e conjuntural o local e o modo de inserção da VISAT. Ora está nos Programas de Saúde do Trabalhador, ora está na Vigilância Sanitária e ora está na Vigilância Epidemiológica. Entende-se o esforço de se implantar onde é viável, todavia dentro de um pensamento sistêmico há que avançar numa melhor definição e em mecanismos de articulação de todas as vigilâncias uma vez que questões da saúde do Trabalhador perpassam em todas as modalidades citadas, além da Vigilância Ambiental. A Vigilância à Saúde poderia ser este espaço de integração e melhoria de instrumentos, cobertura e qualidade das ações.
- f) **Articulação vigilância-assistência:** ainda dentro de uma perspectiva integradora e de aumento de cobertura, seria importante que os níveis mais complexos de assistência (hospitais, ambulatórios especializados, laboratórios, farmácias, etc) e mais básicos como o PSF

estivessem articulados em rede com a Saúde do Trabalhador e incorporassem elementos básicos de investigação, contra-referência e atuação em VISAT.

3. Questões inter- setoriais

As práticas pluri-institucionais, organizadas e sistematizadas segundo a lógica prevista nas normas legais da Saúde do Trabalhador não se configuram estratégias de fácil execução, pois cada instituição (universidade, órgão ambiental, ministérios, etc) trás em seu bojo vícios e conflitos que nem sempre são compatíveis com a prática do SUS. Por sua vez, a Saúde do Trabalhador no SUS carece desta articulação pactuada, bem articulada e constante. Experiências promissoras vêm sendo desenvolvidas com Conselhos Estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Plenária de Saúde do Trabalhador. Cada uma destas se conformou segundo os embates sociais e os interesses de uma época e de uma realidade social.

- a) **Ministério do Trabalho:** diversas tentativas foram feitas ao longo do tempo no sentido de aparar arestas e integrar ações. Contudo pouco se tem avançado, uma vez que questões corporativas de funcionários, interesses políticos institucionais, receio de perda de poder, modelos e projetos de intervenção diferentes e não pactuados tem falado mais alto e prevalecido. A metodologia de trabalho e a ênfase do Ministério do Trabalho tem sido as ações fiscalizatórias abrangendo sobretudo os trabalhadores celetistas. Cabe destacar que todas as experiências de ação conjunta têm sido amplamente positivas como no caso do Acordo Nacional do Benzeno.
- b) **Ministério da Previdência:** este setor tem se mantido afastado, pouco participativo e propositivo no que tange à vigilância. Era de se esperar uma postura exatamente oposta. A vigilância poderia ser-lhe extremamente útil e essencial no sentido de cessar e controlar os riscos nos processos de trabalho. Enquanto órgão da seguridade social, é a instância quem paga a conta dos agravos e acidentes de correntes do trabalho portanto deveria ser um dos maiores interessados no êxito da vigilância.
- c) **Outros setores:** o envolvimento de outros setores como Meio Ambiente, Educação, Agricultura é ainda muito incipiente e pontual. Os poucos fóruns setoriais e inter-setoriais não discutem efetivamente e propõe políticas de integração a despeito das notórias proximidades e inter-dependências

Embora haja esforços de criação de políticas inter-setoriais, como o GEISAT (Grupo Intersetorial de Saúde do Trabalhador), até o momento, os mesmos têm cumprido um papel mais burocrático e de defesa de bandeiras setoriais do que de traçaram uma conseqüente e séria política trans-setorial

Uma outra dificuldade que se vislumbra para a vigilância diz respeito ao seu foco no agravo e no cenário do modelo industrial do século XIX. Já é senso comum que a real prevenção não pode esperar pelo diagnóstico, registro e acúmulo de agravos. O estado da arte atual já permite antecipações e a priorização de intervenção em setores que configuram riscos, antes mesmo do acúmulo de casos epidemiologicamente sensíveis.

As práticas desenvolvidas até a presente data ainda se pautam no modelo industrial de economia que, inegavelmente, já é uma parte pequena no mundo trabalho, ainda que mantenha seu potencial poluidor. Todavia, metodologias de intervenção em setores de riscos mais sutil, setor de serviços e de tecnologia de informação ainda não contam com estratégias e instrumentos consagrados.

4. Perspectivas

Algumas perguntas finais e cruciais precisam ser formuladas e respondidas:

- A) Diante dos conflitos apontados como desenvolver, avançar e fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS? Como traduzir no real este propósito? Através do que?
- B) Quais são os planos de trabalho, as metas, os objetivos, os resultados esperados e os recursos materiais, financeiros e humanos para a VISAT?
- C) A RENAST sustenta um sistema de vigilância integrado ou está no âmbito da CGVAN a realização destas ações? E a participação da ANVISA ?
- D) Os trabalhadores estão de fato sensibilizados e comprometidos com o SUS e a vigilância em particular?
- E) A formulação e efetivação de políticas trans-setoriais são possíveis num quadro tão cooperativo e conflitivo?
- F) É utópico se pensar num cenário em que o empresariado se comprometa com uma agenda positiva para a Saúde do Trabalhador?
- G) Qual a estratégia política de empoderamento dos trabalhadores na luta por sua saúde?

As respostas a estas indagações são decisivas para se avançar na superações dos conflitos históricos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil.

5. Referências Bibliográficas

- COSAT/DISAT/MS – Coordenação de Saúde do Trabalhador/Divisão de Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e procedimentos técnicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: SAS/SNVS/MS, 1995.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (1996). **Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção.** Rio de Janeiro: 1996. (tese de doutorado, ENSP/Fiocruz)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrução Normativa sobre Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.** Portaria n.3120, de 01/07/1998. Brasília: DOU, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde dos trabalhador em rede de serviços sentinela específica do Sistema Único de Saúde.** Portaria n. 777, de 28/04/2004. /Brasília: DOU, 2004.
- PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. **A construção da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): a vigilância do conflito e o conflito da vigilância.** Campinas: 1996. (tese de doutorado – UNICAMP, área de saúde coletiva)
- VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel; RIBEIRO, Fátima Sueli Neto, **Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais.** **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.2, p.269-275, 1995.