

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**3.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

**- 3.<sup>a</sup> CNST -**

**“Trabalhar, sim!**

**Adoecer, não!”**

**Coletânea de Textos**

Versão Preliminar

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília – DF  
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

*Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.*

*A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.*

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: Versão preliminar – 2005 – 50.000 exemplares  
Reprodução fiel do original

*Distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Área Técnica de Saúde do Trabalhador  
Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
Edifício Sede, 6.º andar, sala 603  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
E-mail: [cosat@saude.gov.br](mailto:cosat@saude.gov.br)  
Home page: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde.

3.ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3.ª CNST: "trabalhar, sim! adoecer, não!": coletânea de textos / Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social . – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

214 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

1. Conferências de Saúde (SUS). 2. Trabalho. 3. Saúde. I. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. II. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. III. Título. IV. Série.

NLM WA 400-495

---

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0723

---

## ÍNDICE GERAL

---

Apresentação	
1 – Deliberações Relacionadas com o Temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Extraídas da:	
1.1 - 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 1ª CNST	
1.2 - 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 2ª CNST	
1.3 - 12ª Conferência Nacional de Saúde – 12ª CNS	
2 - Documento Base da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST	
3 - Textos de Apoio para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST	
3.1 - A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST	
3.2 - A Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no SUS: um desafio à organização e a integralidade da atenção	
3.3 - Direito e Saúde – possibilidades de um novo campo na luta pela saúde do trabalhador	
3.4 - Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST	
3.5 - Gestão Hominal: a saúde do trabalhador também é patrimônio – uma proposta	
3.6 – Nexos Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP	
3.7 - O Controle Social no SUS e a RENAST	
3.8 - O Movimento pela Justiça Ambiental e a Saúde do Trabalhador	
3.9 - O Processo de Saúde-Doença no Serviço Público e suas Conseqüências ao Estado, ao Cidadão e ao Servidor	
3.10 - Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP: um instrumento de controle social	
3.11 – Por uma Política de Comunicação a Serviço da Saúde dos Trabalhadores	
3.12 - Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória	
3.13 - Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões	
3.14 - Saúde dos Trabalhadores e Ambiente: por um desenvolvimento sustentável?	
3.15 – Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador	
3.16 - Vigilância em Saúde do Trabalhador	
4 – Portaria Interministerial nº800, que dispõe sobre consulta pública da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador	
5 – Regimento e Regulamento da 3ª CNST	

---

## APRESENTAÇÃO

---

A Saúde do Trabalhador é uma conquista dos trabalhadores brasileiros, a princípio com a incorporação das questões de saúde e segurança no trabalho pela CLT e, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, como parte do Direito Universal à Saúde e competência do Sistema Único de Saúde.

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. De forma a abarcar as várias interfaces da Saúde do Trabalhador, três eixos temáticos serão aprofundados na 3ª CNST:

- Eixo 1 - Como Garantir a Integralidade e a Transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos (As) Trabalhadores (as)?
- Eixo 2 - Como Incorporar a Saúde dos (as) Trabalhadores(as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País?
- Eixo 3 - Como Efetivar e Ampliar o Controle Social em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?

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, apresentamos esta coletânea de textos, com os instrumentos necessários para desencadear o processo da Conferência, em suas etapas municipal, estadual e Nacional.

Apenas para melhor discernimento didático, esta Coletânea possui ordem abaixo descrita.

## 1. DELIBERAÇÕES DA 1ª E 2ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:

Estes três textos fazem uma recapitulação das deliberações em Saúde do Trabalhador já aprovadas em conferências de saúde, segundo os eixos temáticos da 3ª CNST. É uma importante ferramenta para se resgatar o acúmulo do Controle Social nesta Área e não se repetir discussões anteriormente consolidadas. Com a leitura destes textos, os delegados, conselheiros e técnicos poderão se atualizar sobre o que o SUS vem debatendo e propondo com a sociedade nos últimos anos em Saúde do Trabalhador, com um melhor aprofundamento, segundo a conjuntura atual.

## 2. DOCUMENTO BASE PARA A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR:

Trata-se do documento formulado pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir das discussões e propostas do Seminário Preparatório para a 3ª CNST, ocorrido em São Paulo, de 17 a 18 de novembro de 2004. Este documento serve como instrumento inicial para as discussões nas Etapas Municipal e Estadual e deve ser de leitura obrigatória.

## 3. TEXTOS DE APOIO:

Trata-se de um conjunto de textos breves e de fácil leitura que abordam conceitos e práticas envolvidos com os eixos temáticos da Conferência, elaborados por autores que já trabalham com estes temas há muitos anos. Encontram-se ali esclarecimentos sobre diversos pontos que permeiam o temário que será abordado. A leitura destes textos possibilitará uma melhor qualidade e consistência para argumentação das propostas que serão elaboradas ao longo do processo da Conferência. Sua leitura é imprescindível para aqueles que desejam recursos para melhor elaborar, defenderem e votarem as propostas que estarão em pauta.

## 4. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 800, QUE DISPÕE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR:

Texto integral da Portaria Interministerial nº 800, dos Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde, que dispõe sobre a consulta pública da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Importante leitura para aqueles que quiserem propor emendas, inclusões ou supressões ao texto do Governo.

## 5. REGIMENTO E REGULAMENTO

Muito importante para organizadores e delegados.



---

**DELIBERAÇÕES EXTRAÍDAS DOS RELATÓRIOS DA  
1ª E 2ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR E 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE  
SAÚDE RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA  
3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR**

---

Organizadores:

**Cibele G. M. Osório**

Auditora Fiscal do Trabalho – DSST/SIT/MTE

**Marco Antonio G. Pérez**

Coordenador da Área Técnica de Saúde do Trabalhador/DAPE/SAS/MS

---

**PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 1ª  
CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR  
RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

---



## **1.1. PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **I - APRESENTAÇÃO**

Este texto contém as principais deliberações do Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 1ª CNST, realizada em Brasília, no período de 01 a 05 de dezembro de 1986, que representou, sem dúvida, uma contribuição da maior importância para o processo de redemocratização, não só do setor saúde, mas também da própria vida política brasileira. No contexto de viabilizar SAÚDE COMO DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO, a continuidade da discussão e do aprofundamento de temas específicos serviu, não só para construir bases sólidas para o desenrolar do processo, mas também no intuito de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte para que incorpore, no texto legal, o elenco de medidas capazes de tornar reais as transformações no Setor Saúde.

Entre os temas selecionados como os mais expressivos para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que responda aos anseios da população, situa-se a questão saúde e trabalho. Após a realização de pré-conferências em 20 estados, o conjunto de questões significativas para a Conferência foi incorporado em três temas:

- 1- Diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.
- 2- Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores.
- 3- Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

O entendimento de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceituá-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização e participação livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida, saúde, trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos. Portanto, no plano do Direito O DIREITO À SAÚDE PRECISA EXPRESSAR, TAMBÉM, DIREITO AO TRABALHO, DIREITO À INFORMAÇÃO, DIREITO À PARTICIPAÇÃO, DIREITO AO LAZER.

Fica evidente, portanto, que formular uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores - capaz de contemplar toda a população trabalhadora - implica entendê-la e configurá-la no âmbito de uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde.

A Conferência contou com a participação de 526 pessoas, das quais 399 foram delegados e 127 observadores.

O Fórum aberto com a 1ª CNST representou um espaço político da maior relevância, no sentido de que a partir daquele debate foi possível imprimir as medidas que efetivam na prática a Reformulação do setor Saúde e concretizam antigas bandeiras, reafirmadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde: A defesa de um Sistema Único de Saúde, o Fortalecimento do Setor Público e uma ampla Reforma Sanitária.

O objetivo aqui disposto é subsidiar as discussões na 3ª Conferência Nacional de Saúde do trabalhador – 3ª CNST, a partir do resgate da história de luta dos trabalhadores nas Conferências da Área. Para tal, as deliberações da 1ª CNST foram transcritas e organizadas segundo os três eixos temáticos da 3ª CNST, a realizar-se neste ano de 2005.

Convém esclarecer que muitas das recomendações foram subtraídas por já terem sido implementadas com o advento da Constituição Federal de 1988 e com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

## II - DELIBERAÇÕES DA 1ª CNST ORGANIZADAS SEGUNDO OS EIXOS TEMÁTICOS DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

**EIXO TEMÁTICO 1: Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos(as) trabalhadores(as)?**

Imediata revisão da legislação vigente, com ampla participação dos trabalhadores. Que seja assegurada a sua participação na formulação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Modificar a notificação dos acidentes e doenças do trabalho para garantir estatísticas mais fiéis.

Incluir nos atestados de óbito a atividade principal que o trabalhador exerça.

As ações fiscalizadoras devem ser da responsabilidade dos órgãos públicos a nível federal, estadual, e municipal, exercidas pelo Sistema Único de Saúde, de forma descentralizada e integrada.

Responsabilizar os órgãos rodoviários federais, estaduais e municipais para fiscalização do transporte do trabalhador rural.

Reformular a FUNDACENTRO em seus propósitos, a partir de um direcionamento claro voltado para o interesse dos trabalhadores.

Estabelecer multas proporcionais ao faturamento das empresas.

Priorizar recursos financeiros no orçamento estatal que sejam carreados para a formação técnica e para a pesquisa na área da saúde, que contemplem efetivamente as reais necessidades da população brasileira.

Garantir que no ensino, desde o 1º grau, sejam desenvolvidas matérias sobre higiene, segurança no trabalho e controle ecológico do meio ambiente,

esclarecendo e denunciando os riscos que se estabelecem nas relações de produção.

Tratamento equânime, sem qualquer discriminação, a todos os trabalhadores, seja do setor econômico primário, secundário ou terciário, na redefinição da Política de Saúde e Segurança do Trabalhador.

Responsabilização civil e criminal do empregador por condições insalubres e perigosas de trabalho.

Tratamento equânime, sem qualquer discriminação, a todos os trabalhadores, seja do setor econômico primário, secundário ou terciário, na redefinição da Política de Saúde e Segurança do Trabalhador.

Inclusão no Sistema Único de Saúde de programas específicos de atendimento ao trabalhador, realizados pela rede pública, com condições de pleno acesso aos diversos níveis de atendimento à saúde.

A Empresa deverá ser fiscalizada pela autoridade sanitária local definida pelo Sistema Único de Saúde.

A avaliação dos ambientes de trabalho deverá ser feita pelo órgão sanitário local do Sistema Único de Saúde, com participação dos sindicatos.

Que se integre na rede pública (com as necessárias ampliações e melhor qualificação) o tratamento acidentário, com a criação de serviços especializados no diagnóstico de doenças profissionais e na avaliação de incapacidade, com dotação dos necessários recursos para habilitação profissional e recolocação do acidentado no mercado de trabalho.

Ampliar o horário de atendimento dos serviços de saúde ao trabalhador, sem prejuízo de garantir-lhe a justificativa de ausência durante seu horário de trabalho, para que seja atendido nesses serviços.

O acesso à educação e ao treinamento é estratégico para a ampliação da consciência sanitária, criando as condições para uma maior participação política em torno da questão da saúde. Seguem as seguintes propostas:

- a) Garantia de certo número de horas/semestre para orientação dos trabalhadores sobre riscos no trabalho. Essa orientação deverá ser feita pelos representantes dos trabalhadores.
- b) Aumento do número de horas de curso para os membros da Comissão de Saúde e Segurança, com alteração do conteúdo, direcionando-o para os riscos específicos em que a Comissão de Saúde e Segurança atua, contando com participação dos trabalhadores na modificação do curso, direcionando-o para os riscos existentes na empresa e com garantia do direito de o sindicato organizar estes cursos.
- c) Garantia de horário para que os empregados façam cursos organizados ou sob orientação sindical sobre segurança e saúde do trabalhador e considerar essas horas como efetivamente trabalhadas e pagas pelas empresas.
- d) Promoção pelas universidades de cursos que preparem os trabalhadores para o reconhecimento dos agravos à saúde gerados na produção e a participação numa fiscalização efetiva.

- e) Capacitação das Universidades para formação de recursos humanos na área de saúde e segurança do trabalhador, partindo da revisão dos atuais currículos.
- f) Garantia de inclusão, no currículo de qualquer curso oferecido pela empresa, de informações aos operários sobre os riscos a que estão expostos naquele ambiente.
- g) Criação de programas de formação dos trabalhadores para um completo entendimento das técnicas que norteiam os seus sistemas de trabalho, no sentido de estimular sua participação no processo de decisão, planejamento e controle da unidade produtiva.
- h) Cursos de doenças ocupacionais para profissionais da rede de saúde.

Para a implantação de uma efetiva política de saúde do trabalhador é necessária a garantia de fontes de financiamento que não recaiam mais uma vez sobre o próprio trabalhador. Seguem as seguintes propostas;

- a) A Previdência Social deve ser financiada pelo setor privado da economia, através de taxação sobre o lucro e faturamento das empresas, devendo incluir o seguro de acidentes do trabalho.
- b) Os recursos financeiros destinados à Previdência Social deverão ficar exclusivamente para um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo, após a criação do Sistema Único de Saúde com financiamento assegurado.
- c) O Setor Saúde deve ser financiado pelo Estado, com a participação municipal, estadual e da união, com recursos provenientes de uma Reforma Tributária. Os produtos nocivos á saúde devem der sobretaxados e os recursos obtidos desta forma farão parte do Fundo Único de Saúde. O orçamento da área social (saúde, educação, habitação, etc) deve ser elaborado de forma conjunta.
- d) O custeio do atendimento da saúde do trabalhador deve ser feito com recursos da União e de 5% do faturamento bruto das empresas, e não com recursos da Previdência.
- e) Responsabilizar as empresas (rurais e urbanas) pelo custeio decorrente da resolução dos problemas de saúde do trabalhador, resultante das condições do ambiente de trabalho, e constituir crime passível de penalização, com multas de 10% do orçamento das empresas acima citadas, aquelas que notificadas por condições insalubres não as tenham eliminado dentro dos prazos estipulados pela Lei.
- f) Penalização das empresas através de cobrança de prêmios de seguro-acidente crescente e proporcional à freqüência de acidentes e doenças provocadas pelo trabalho, devendo os recursos, daí recorrentes, serem destinados ao orçamento vinculado à questão da saúde do trabalhador.

- g) Garantia de pagamento do salário integral, ao trabalhador, durante todo o período de afastamento por doença provocada ou não pelo ambiente de trabalho.
- h) Garantia de pagamento do dobro de salário recebido pelo trabalhador, ou a seus dependentes em caso de mutilação ou morte por acidente ou doença provocada pelo ambiente de trabalho.
- i) Estabelecer que os exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, mesmo quando realizados por profissionais do Estado, sejam custeados pelas empresas.
- j) Revisão da isenção do ICM, na Zona Franca de Manaus destinando esses recursos para a atenção à saúde do trabalhador.

Quanto à gestão e controle dos recursos, seguem as seguintes propostas:

- a) Constituição de um Fundo Único de Saúde com a participação da União, Estados e municípios com dotações orçamentárias pré-fixadas por lei e que o mesmo esteja sob o controle dos trabalhadores no seu planejamento e na alocação de recursos. A Previdência Social contribuirá para o Fundo com uma dotação específica que poderá diminuir progressivamente até que esteja garantido o financiamento do Sistema Único de Saúde.
- b) Garantia que o seguro de acidentes do trabalho continue como monopólio do Estado.
- c) Controle pelos trabalhadores do orçamento para a saúde com prestação pública de contas.
- d) Que o controle dos recursos do Estado não seja feito por profissionais que tenham vínculos com o capital privado.
- e) A administração do orçamento da previdência compete à União. Aos trabalhadores compete a sua fiscalização.
- f) Lutar contra toda e qualquer iniciativa de privatização por parte da Previdência Social.
- g) Lutar para que haja prioridade orçamentária para as medidas de prevenção da saúde do trabalhador.
- h) Que o montante de recursos provenientes das multas nas áreas de segurança e higiene do trabalhador seja revertido aos programas educacionais nesse setor.
- i) A partir dos próximos encontros de saúde do trabalhador deverá ser dada atenção específica para o estudo do menor que trabalha.

Garantia de que o controle do absenteísmo não seja atribuição de prepostos das empresas, devendo estas receberem qualquer atestado médico e odontológico, eliminada a exigência da identificação do diagnóstico.

Que toda a legislação seja modificada e redigida em linguagem clara, compreensível e sem ambiguidades, para que todos os trabalhadores tenham acesso à mesma.

Garantia de acesso ao trabalho a portadores de deficiências, em funções compatíveis com suas potencialidades.

Garantia de acompanhamento nas áreas médica, psicológica e social ao trabalhador portador de deficiências.

Garantia de reabilitação e reinserção no mercado de trabalho às pessoas portadoras de deficiências decorrentes de acidentes de trabalho.

A Política de Saúde do Trabalhador deve ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte desta. A formulação dessa política fará parte, portanto, do Sistema Único de Saúde, sob controle dos trabalhadores.

Inclusão do acidente do trabalho e das intoxicações exógenas como doenças de notificação compulsória.

Articulação com uma política Científica e Tecnológica que leve em conta os interesses dos trabalhadores.

Estabelecimento de uma política de transporte para os trabalhadores, sobretudo para os rurais, que garanta segurança, conforto, gratuidade e que responsabilize criminalmente os empregadores por acidentes e danos causados aos trabalhadores durante o trajeto.

Formulação de uma política habitacional com a participação e controle dos trabalhadores, definindo o direito de moradia como dever do Estado, garantindo-se habitação para quem ganhe até 10 (dez) salários mínimos a fundo perdido. A habitação deve ser condigna, com dimensões e qualidade adequadas, com todos os serviços básicos e de infraestrutura, inclusive lazer e facilidade de acesso ao local de trabalho.

**EIXO TEMÁTICO 2: Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?**

Obrigar as multinacionais a obedecerem, no mínimo, o mesmo padrão de proteção ao trabalhador e ao meio ambiente que é dado no país de origem.

Abolir as horas extras e reduzir a jornada de trabalho para 40 horas semanais, sem que isso implique em perdas salariais.

Extinguir o contrato temporário.

Obrigar as empresas a fornecerem a relação das substâncias por ela utilizadas e seus riscos.

Elaboração de uma política governamental, assegurando que os avanços tecnológicos levem em conta a necessidade de preservação da saúde.

Elaboração de uma política governamental de geração de novos empregos, orientada para a garantia de condições de trabalho não prejudiciais ao trabalhador.

Privilegiar na produção agrícola o controle biológico de pragas, a policultura e a adubação orgânica. Essa política deverá ser implementada por órgãos e

programas específicos, financiados pelo Estado. Deve ser garantida a participação das entidades representativas do trabalhador rural.

Elaboração de uma política governamental, assegurando que os avanços tecnológicos levem em conta a necessidade de preservação da saúde.

Obrigatoriedade de informação, pelo empregado, ao trabalhador, seus familiares e comunidade, a respeito dos riscos a que estão sujeitos em virtude de contaminação indireta e ambiental decorrentes da atividade da empresa.

Direito de acesso aos serviços de saneamento básico como tratamento de água, rede de esgoto, além de eletrificação, incluindo, neste caso um programa específico para o trabalhador rural.

Currículo mínimo com participação e gestão comunitária visando a mudança das relações de produção e privilegiando o conhecimento popular e o conhecimento de tecnologia local para a resolução dos problemas brasileiros, respeitando as características regionais e o calendário agrícola.

Que o desmatamento, instalação de barragens e agroindústrias sejam controlados e referendados pela comunidade e entidades locais.

Articulação com uma política de importação de tecnologia que assegure a adoção obrigatória dos critérios de segurança segundo princípios mais rigorosos e eficientes, reconhecidos pela comunidade internacional.

Garantia de que todos os contratos de obras públicas incluam nas suas cláusulas a obrigatoriedade das empresas em manter a segurança dos ambientes de trabalho.

Que as horas extras sejam contabilizadas para o cálculo de tempo de aposentadoria.

### EIXO TEMÁTICO 3: Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?

O estado deve realizar mapeamento de áreas de risco com acompanhamento dos sindicatos.

Garantir estabilidade de emprego a todos os trabalhadores e uma legislação única, que assegure os mesmos direitos e benefícios a todos, independentemente de trabalharem na área urbana ou rural, no setor público ou privado.

Garantir a participação do trabalhador urbano e rural na fiscalização.

Proibir que os profissionais que atuam na fiscalização tenham vínculos com a empresa fiscalizada, seja ela de caráter público ou privado.

É direito de cada trabalhador receber cópia dos resultados dos exames de saúde a que forem submetidos. Que seja assegurado às comissões de saúde

competentes receberem estudos sobre o conjunto desses exames bem como das condições ambientais de trabalho.

Garantir ao trabalhador o direito de recusar trabalhos que o exponham a riscos.

Transformação das CIPA's em Comissões de Saúde, regulamentadas por lei e constituídas exclusivamente por trabalhadores eleitos diretamente por seus pares, com mandato de três anos e com direito à reeleição. A esses trabalhadores serão garantidos os mesmos direitos dos dirigentes sindicais. Será competência da Comissão impedir o trabalho quando houver risco iminente à saúde do trabalhador, tendo os seus membros direito a tempo livre para atuação e realização de reuniões com os trabalhadores no interior da empresa.

Garantir a participação dos trabalhadores na administração da Previdência.

Garantir que os SESMT's sejam fiscalizados pelo sindicato da categoria e integrados aos Sistema Único de Saúde.

Acordo coletivo com cláusulas específicas em saúde e trabalho.

Apresentação, aos trabalhadores, do resultado do levantamento sobre as condições de saúde dos trabalhadores em cada empresa.

-Garantia da participação dos trabalhadores e sindicalistas em eventos que permitam a sua formação técnica.

Direito à participação dos trabalhadores nas decisões referentes a sua saúde, dentro e fora da empresa.

Os sindicatos devem evitar sempre que possível atarefa assistencialista que os descaracteriza e dificulta sua ação política.

Por um Sistema Único de Saúde estatal, descentralizado. Regionalizado, igualitário, de boa qualidade, que garanta atendimento integral a toda a população, assegurando-se aos trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis.

Que os órgãos ou serviços responsáveis pela atenção à saúde do trabalhador sejam obrigados a fornecer informações aos representantes dos trabalhadores sobre: ambiente e riscos do trabalho, doenças e acidentes, prontuários médicos, orçamentos, dados estatísticos.

Os profissionais de segurança e medicina do trabalho remunerado pelas empresas deverão ter sua ação controlada pelo Estado, dentro de programas específicos formulados conjuntamente pelo Estado e Comissão de saúde e aprovado pelos sindicatos da categoria.

Garantia aos dirigentes sindicais e representantes dos trabalhadores de acesso aos locais de trabalho.

Os SESMTs devem estar sob o controle dos sindicatos ou Associações de Classe quando os primeiros não existirem, e sob a vigilância da autoridade sanitária local dentro do Sistema Único de Saúde. Deverão ser custeados diretamente pela empresa e ter um programa de atuação definido pelo órgão



sanitário local, com a participação das Comissões de Saúde e do sindicato e/ou associação da categoria correspondente.

Garantia da existência do delegado sindical e conselhos de fábrica livres, eleitos pelos trabalhadores de sua fábrica, com estabilidade igual à do dirigente sindical, com mandato de dois anos e estabilidade igual após o término do mesmo, garantida a reeleição.

A submissão dos trabalhadores às arbitrariedades patronais nos últimos vinte anos tem prejudicado o avanço de sua organização e um maior engajamento na luta pela proteção de sua saúde. No sentido de evitar que demissões e punições inibam esta participação e assegurar medidas legais de proteção ao trabalhador, foram acrescentadas às propostas anteriores relativas à legislação, as seguintes recomendações:

- a) Estabilidade no emprego a todos os trabalhadores, e nos casos de justa causa que ensejarem demissão, o trabalhador deverá ser comunicado com antecedência de 30 (trinta) dias, assegurando-lhe o direito de defesa através do sindicato, sendo a demissão efetivada somente após a comprovação da justa causa.
- b) Envio ao respectivo sindicato de cópias dos contratos de todos os trabalhadores.
- c) Redução da jornada de trabalho, quando o trabalhador for exposto a fatores de risco não preveníveis através das medidas coletivas, sem prejuízo dos salários integrais.
- d) Extinção imediata das empreiteiras que prestam serviços a empresas públicas e privadas, assegurando-se que os trabalhadores a elas vinculados tenham os direitos e apoio sindical a que fazem jus.
- e) Criação de mecanismos que dêem força às Comissões de Saúde para interdição, quando o ambiente de trabalho apresentar risco confirmado ao indivíduo e à coletividade.
- f) Os exames pré-admissionais, periódicos e demissionais serão realizados pelo SESMT sob controle do sindicato, Comissões de Saúde e autoridade sanitária local.
- g) Elaboração e Implantação de um Código nacional do Trabalho e de um Código de processo de Trabalho, com a participação efetiva dos trabalhadores.
- h) Participação dos trabalhadores nos Conselhos Administrativos das empresas estatais.

O exercício do direito dos trabalhadores ao acesso às informações sobre os riscos no ambiente de trabalho e suas conseqüências é visto como condição essencial para a redefinição da política de saúde e trabalho no País. Seguem as seguintes propostas:

- a) Criação de bancos de dados Regionais que permitam centralizar as informações sobre a saúde dos trabalhadores.

- b) Que todos os acidentes e doenças do trabalho sejam compulsoriamente notificados à autoridade sanitária local por todos os órgãos prestadores de assistência médica.
- c) Direito à utilização, por parte do movimento sindical e popular, dos meios de comunicação para divulgação das informações relacionadas às condições de saúde e segurança no trabalho.
- d) Garantia de que as informações técnicas do processo de fabricação e conteúdo dos agrotóxicos e elementos químico-farmacêuticos sejam de domínio público, no que diz respeito aos agravos da saúde em curto, médio e longo prazo.

Direito ao trabalho com controle dos trabalhadores sobre o processo de produção (ritmo, produtividade, organização do trabalho, condições do ambiente de trabalho, etc).

Direito a estabilidade no emprego, condições dignas de vida e moradia e a um salário mínimo real condizente com as necessidades dos trabalhadores e seus familiares, de acordo com os cálculos do DIEESE.

Direito de recusar-se a trabalhar em ambientes insalubres ou perigosos, recebendo normalmente seus salários enquanto não forem adotados, pelo empregador, todas as medidas tecnológicas disponíveis para eliminar ou diminuir a insalubridade e a periculosidade, de acordo com os limites de tolerância internacionalmente aceitos. O trabalho nesse ambientes, garantido o pagamento dos adicionais previstos em lei, será acompanhado pelo sindicato da categoria.

Direito á liberdade e autonomia dos trabalhadores para reivindicarem a eliminação ou controle dos riscos ambientais e do processo de trabalho. O trabalhador deverá ter direito à participação na definição e determinação dos riscos existentes dos locais de trabalho.

Que haja participação dos trabalhadores nos lucros das empresas.

---

**PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 2ª  
CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR  
RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

---

## **1.2 - PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR<sup>1</sup> RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

### **I - APRESENTAÇÃO**

Este texto contém as principais deliberações do Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 2ª CNST, realizada em Brasília, no período de 13 a 16 de março de 1994, que teve como tema central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e conteve a participação de 919 pessoas, das quais 560 foram delegados.

O objetivo aqui disposto é subsidiar as discussões na 3ª Conferência Nacional de Saúde do trabalhador – 3ª CNST, a partir do resgate da história de luta dos trabalhadores nas Conferências da Área. Para tal, as deliberações da 2ª CNST foram transcritas e organizadas segundo os três eixos temáticos da 3ª CNST, a realizar-se neste ano de 2005.

### **PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – 2ª CNST**

#### **EIXO – I**

#### **COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE E A TRANSVERSALIDADE DA AÇÃO DO ESTADO EM SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS)?**

Os participantes da 2ª CNST manifestaram-se pela manutenção das garantias fundamentais dos cidadãos no tocante à saúde, educação, assistência social e seguridade previstas na Constituição, assumindo as lutas pela sua regulamentação e efetivo cumprimento. Assim, foi exigido que se garanta ao trabalhador uma qualidade de vida que lhe assegure a proteção, a manutenção e, quando necessário, a recuperação da saúde.

Deve ser garantida a todos os setores da sociedade brasileira a universalização do acesso aos serviços de saúde, bem como a atenção integral em todos os níveis de assistência, de acordo com o perfil sócio-epidemiológico da população, com o estado do conhecimento científico-tecnológico e com as necessidades de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde, independentemente de os trabalhos serem da esfera pública ou privada, formal ou informal, da zona urbana ou rural, ou ainda terem ou não vínculo empregatício.

Devem ser priorizadas as ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador. Contudo, estas devem ser concebidas numa abordagem de integralidade, incorporando, entre outras, abordagens mais amplas de caráter econômico-social, ações de saneamento, educação, vigilância, fiscalização, atendimento ambulatorial/hospitalar e de reabilitação. Precisa-se, para tanto,

---

<sup>1</sup> Extraído de: Brasil, Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Construindo Uma Política de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Brasília, março de 1994.

garantir o caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações de saúde do trabalhador.

A implantação das ações de saúde do trabalhador deve compreender os seguintes aspectos:

- a- envolvimento de toda a rede pública de saúde, de acordo com o nível de complexidade, da promoção à reabilitação, com atendimento integral, estabelecendo-se mecanismos de referência e contra-referência para problemas específicos em Centros de Referência, criando-os onde ainda não existam;
- b- inclusão das ações de saúde do trabalhador na programação de todas as unidades de saúde;
- c- o seu desenvolvimento por equipes multiprofissionais em todos os níveis da atenção do SUS, promovendo a capacitação e treinamento de recursos humanos em saúde do trabalhador;
- d- contínuo aprimoramento das experiências recentes dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), ampliando-se as suas ações para toda a rede básica de saúde;
- e- informação e realização de ações educativas para os trabalhadores;
- f- funcionamento dos ambulatórios em 3 turnos;
- g- garantia de medicamentos básicos.

Para seu pleno funcionamento o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador deve ter os seguintes pressupostos básicos:

- a- participação popular na implantação e no gerenciamento, com participação paritária das entidades sindicais e organizações populares;
- b- infra-estrutura adequada para atuação como referência nas 5 áreas básicas previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas;
- c- integração com os outros serviços do SUS.

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem ser desenvolvidas com a participação integrada das esferas municipal, estadual e federal dos diversos órgãos envolvidos, devendo-se incorporar à vigilância os órgãos ligados ao estudo e preservação do meio ambiente.

A implantação de novas unidades de saúde (básicas e de referência) deve respeitar as carências das comunidades, aprovadas pelos Conselhos de Saúde, em consonância com o processo de organização dos serviços (territorialização/distritalização), garantindo a descentralização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. A territorialização deve incorporar o conceito de risco no trabalho e a vigilância em saúde do trabalhador.

A prática do processo de reabilitação (acidente do trabalho, doença profissional e/ou doenças infecto-transmissíveis – HIV/AIDS) deve estar voltada para um atendimento que leve em conta as habilidades físicas e bio-

psico-sociais do homem, enquanto ser integral, de acordo com o previsto na Lei 8080/90.

Atribuir poderes de fiscalização, mediante leis específicas, aos órgãos de saúde e de meio ambiente e aos sindicatos, que permitam a melhoria das condições de trabalho, estendendo as atribuições de autoridade sanitária a todos os profissionais do SUS envolvidos na vigilância em saúde do trabalhador, com autonomia e garantia do exercício de suas atividades.

Estruturar o fluxo de atendimento, no SUS, por Município, definindo o papel de cada Instituição, com atribuição a todos os serviços de capacidade de emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT. Nos municípios de menor porte o atendimento pode ser feito através de consórcios de municípios, com definição de referências e contra-referências. Nos municípios onde não houver estrutura de organização de seus próprios atendimentos, caberá às Secretarias Estaduais de Saúde, junto com os órgãos de recursos humanos em saúde, a qualificação e capacitação de serviços para dar orientação ao fluxo de atendimento, garantindo, assim, a qualidade.

Estabelecer formas de controle dos convênios (medicina de grupo), para que não haja irregularidades no processo esperado de transferência gradativa do atendimento do setor privado para o SUS, principalmente no que se refere à saúde do trabalhador.

É necessária a efetivação do controle, pelo SUS, dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs).

Usar o mapeamento de risco a nível local, para efetuar programas de educação e saúde.

Que cada município ou região se preocupe em desenvolver uma política que garanta condições para a educação e conscientização da comunidade sobre a poluição e os acidentes dentro e fora das empresas, mesmo porque só conquistando qualidade de vida adequada o trabalhador terá condições de preservar a saúde.

Imediata regulamentação do Art. 200 da Constituição Federal, especialmente do item que delega ao SUS a competência para ordenar o processo de formação de recursos humanos para a saúde, aprofundando suas aplicações na área de saúde do trabalhador.

Cumprimento das recomendações dos Conselhos de Ética das diversas profissões da área de saúde, referentes à inclusão das questões de ética na área de saúde do trabalhador, que deverão ser definidas em ampla discussão com os movimentos organizados da área.

O reconhecimento da natureza multidisciplinar da formação de recursos humanos em saúde do trabalhador exige que disciplinas consideradas usualmente como especialidades constituam parte da formação de todos os profissionais. Essa formação deve privilegiar a oferta de cursos organizados na forma de módulos, fomentando a participação do pessoal que atua na rede de serviços.

Que as universidades incluam, nos currículos da área de saúde e das ciências sociais, obrigatoriamente, conteúdos relacionados à saúde do trabalhador, relação capital/trabalho e suas conseqüências para a saúde, legislação do setor, assistência à saúde do trabalhador e o SUS, responsabilidades e papéis específicos de cada profissão e questões éticas.

O governo deve investir na melhoria da qualificação dos trabalhadores dos órgãos públicos na área de saúde.

Exigir do empresariado, nos acordos coletivos, a não-realização de convênios com os prestadores de serviços privados de saúde, e que o mesmo faça investimentos nos fundos municipais de saúde e eventualmente nos fundos estaduais e nacional.

O atendimento ao trabalhador do serviço público deve ser feito pelo SUS, com repasse dos recursos destinados à assistência à saúde do servidor diretamente aos Fundos Municipais de Saúde.

Rever a tabela de procedimentos (tabela SIA/SUS), considerando-se o critério de complexidade das ações (como tempo de execução e qualificação dos profissionais que as executam) e o procedimento específico (inspeção de vigilância em ambientes de trabalho). Nesse sentido, deve-se majorar os valores dos procedimentos de atenção realizados por profissionais de nível universitário e das ações educativas/coletivas.

Elaborar imediatamente o Código Sanitário Nacional que estabeleça diretrizes mínimas para orientar a elaboração dos códigos estaduais e municipais, sendo condições básicas a garantia da participação dos trabalhadores e o controle social.

Incluir artigos nos códigos sanitários estaduais e municipais, garantindo a utilização de toda a legislação pertinente à saúde do trabalhador que não esteja contemplada nos referidos códigos.

Permitir por lei a isenção do imposto de renda ao trabalhador em benefício por incapacidade.

Não privatizar a Previdência Pública, rejeitando a criação dos fundos de pensões e benefícios muito parecidos com os fundos de planos privados de saúde, viabilizados pelas empresas médicas, que ganham milhões com a doença do trabalhador.

Garantir o atendimento de urgência em qualquer serviço de saúde pública ou privada.

## EIXO-II

### COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS) NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

Garantir à população da área próxima às empresas o direito ao conhecimento dos riscos para o meio ambiente existentes nestas empresas.

Em função das condições de seus ambientes de trabalho (quanto maior o risco para os trabalhadores mais alta a taxa), que o município imponha

taxação às empresas, recursos estes que devem ser utilizados para o financiamento das ações de vigilância executadas pelos Programas Municipais de Saúde do Trabalhador.

Criar um percentual progressivo sobre o seguro social pago pelas empresas, em função da reincidência de acidentes do trabalho, afim de que as mesmas sejam responsabilizadas pelo custeio dos atendimentos realizados pelo SUS na área de saúde do trabalhador.

Utilizar recursos oriundos do seguro-acidente nas ações de prevenção executadas pelos Programas de Saúde do Trabalhador.

Agilizar a cobrança das ações regressivas pela Previdência Social, repassando estes recursos para a melhoria das condições de saúde do trabalhador.

Priorizar a destinação de recursos das instituições financiadoras de pesquisa para apoiar estudos das condições de trabalho, visando localizar e identificar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde, para minimizar ou afastar os riscos de acidentes do trabalho e doenças profissionais.

Criar novo capítulo do Código Penal designado “Dos Crimes contra a Higiene Física e Mental do Trabalhador”, com a descrição de tipos penais relativos às condições mórbidas de trabalho a que os trabalhadores são submetidos, dolosa ou culposamente, pelo empregador, que seriam punidos com pena de reclusão. A ação seria pública incondicionada.

Fixar a competência da justiça para julgar as ações públicas relacionadas ao meio ambiente de trabalho.

Agilizar o pagamento, com os valores corrigidos, dos benefícios previdenciários que são devidos aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho ou portadores de doenças profissionais, com a manutenção do salário e benefícios sociais e econômicos como se na ativa estivesse.

Criar mecanismos legais que impeçam a demissão do trabalhador, após o período de estabilidade, ao retornar à empresa na alta do benefício acidentário.

Obrigar as empresas a completar os salários dos funcionários afastados do trabalho por acidentes ou doenças do trabalho, após os 15 primeiros dias.

Reconhecer e assegurar o direito de recusa ao trabalho em condições de risco iminente à saúde e segurança dos trabalhadores e/ou da população residente na área de abrangência do ambiente em questão.

Formular regulamentação legal que torne obrigatório o registro dos produtos químicos presentes nos locais de trabalho nos Centros de Informações Toxicológicas, incluindo a composição completa dos mesmos.

Elaborar leis específicas de proteção ao nascituro de trabalhadoras expostas a risco.

Garantir emprego durante 3 anos ao empregado que tenha trabalhado por mais de 6 meses sem ter sido registrado, constatado pelo sindicato.



Garantir a estabilidade ao trabalhador nos últimos cinco anos que antecedem a sua aposentadoria, desde que o mesmo tenha trabalhado no mínimo cinco anos no mesmo emprego.

O desenvolvimento socialmente justo e ecologicamente equilibrado é possível desde que tenhamos vontade política e coragem para realizá-lo. Para tornar isso viável precisamos garantir que a sociedade tenha o direito soberano de opinar e decidir sobre qual modelo de desenvolvimento que lhe serve, bem como os meios de viabilizá-lo. Em particular, que a sociedade, como um todo, tenha direito à informação dos riscos à saúde decorrentes da produção, distribuição e consumo. Nenhuma informação poderá ser omitida em nome da defesa de segredos industriais ou de interesses de grupos.

Financiar estudos para que sejam definidos padrões, relacionados a riscos para o organismo humano, de valores aceitos como normais em exames de saúde para os trabalhadores brasileiros, levando-se em conta a constituição bio-psico-socio-cultural e o quadro sanitário, com o apoio de laboratórios públicos e universidades.

Exigir o rigoroso cumprimento da legislação pertinente às atividades geradoras ou emissoras de poluentes. Deve ser adotado o princípio do “poluidor-pagador” (quem polui mais, paga mais) até a eliminação da ação poluidora, incluindo o tratamento de resíduos em geral, que deverá ocorrer em prazo determinado pelo órgão competente. Caso o prazo previsto não seja cumprido a fonte poluidora deverá ser interditada, assegurados os direitos dos trabalhadores.

Implantar a Reforma Agrária no Brasil, em regime de urgência, como fator de distribuição de renda e de produção de alimentos, com a participação efetiva e controle dos trabalhadores rurais e suas entidades representativas, em todos os níveis do processo. Esta reforma deve constituir-se em meio para o desenvolvimento pleno do homem do campo (produção, salário, saúde, moradia digna, saneamento, educação, lazer) evitando, assim, o êxodo rural. Pleno envolvimento do SUS nesse processo de reforma.

Avaliar, criteriosamente, com a participação dos segmentos sociais legítimos, a implantação dos avanços tecnológicos quanto aos prováveis danos ao meio ambiente e à saúde assegurando-se uma política de garantia do emprego, a aplicação de medidas de proteção e o devido custeio de tais procedimentos pelas empresas.

Que os sindicatos e o governo nas três esferas lutem pela recuperação do mercado de trabalho e do salário.

### EIXO III

#### COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS)?

Afirmou-se que o direito à saúde no trabalho implica à democratização das relações nos ambientes e processos de trabalho, com pleno respeito às garantias e direitos individuais e coletivos. Essa democratização supõe reconhecer os ambientes de trabalho, mesmo nas empresas privadas, como espaços públicos onde o cidadão exerce seu direito ao trabalho, ficando abertos, portanto, à intervenção regulamentadora do poder público.

Garantir que os governos em cada nível (federal, estadual e municipal) acatem e cumpram as deliberações das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde e de Saúde do Trabalhador.

Que os Conselhos Municipais de Saúde criem núcleos de informação em saúde do trabalhador, como parte de um Sistema Nacional de Informação em Saúde, descentralizando as informações, assegurando às bases o retorno de tais informações e o acesso a todas as fontes de dados.

Assegurar a instalação dos Conselhos Gestores deliberativos, em todas as unidade de saúde, com a participação dos sindicatos, movimentos populares e profissionais de saúde, reconhecendo o papel destes no gerenciamento da unidade. Estender tal medida aos Conselhos de Previdência e Órgãos Interinstitucionais.

Reformular imediatamente a composição dos Conselhos Gestores da Previdência Social e implementar os Conselhos de Seguridade Social nos municípios, obedecendo a paridade contida na Lei nº 8.142/90 para composição do mesmo, com caráter deliberativo no planejamento das ações e no gerenciamento das verbas.

Implantar a gestão dos recursos do Seguro de Acidente do Trabalho através de Conselhos Gestores, com a participação dos trabalhadores, garantindo assim sua transparência.

Criar imediatamente Conselhos Gestores na FUNDACENTRO, a nível nacional e regional, com representação paritária entre trabalhadores e instituições públicas, com caráter deliberativo no planejamento das ações e no gerenciamento dos recursos financeiros.

Criar Comissões de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos e privados, visando não só a evitar acidentes, mas também a garantir a saúde do trabalhador, com o entendimento de que saúde não é somente ausência de doenças, mas também um estado de bem-estar decorrente de um conjunto de determinantes políticos, sócio-econômicos, ambientais, além dos bio-psíquicos, que agem direta ou indiretamente sobre o indivíduo e/ou a coletividade.

Constituir Fóruns de Trabalhadores a nível nacional, estadual e municipal, com representação de suas respectivas entidades sindicais, no intuito de elaborar propostas referentes às condições de vida, trabalho e saúde,

visando à adequação do ambiente de trabalho ao pleno exercício da cidadania.

Realização de fiscalizações ambientais nas empresas ou na área rural pelos sindicatos, com acompanhamento de um membro do Ministério Público, que, na hipótese de constatação de irregularidades, abrirá imediatamente inquérito.

Tornar obrigatório que as fiscalizações dos ambientes de trabalho tenham a participação dos trabalhadores e de seus respectivos órgãos de classe, e que os mesmos tenham autonomia para interditar setor, serviços, máquinas e equipamentos ou todo o ambiente de trabalho quando houver grave e iminente risco à saúde.

Que somente sindicatos, trabalhadores do mercado informal e o movimento popular organizado ocupem o espaço destinado aos usuários nos fóruns de participação relacionados à saúde do trabalhador.

Considerar a participação dos trabalhadores e suas entidades representativas, na escolha dos dirigentes dos órgãos envolvidos em todas as esferas (MTb, INSS, DRTs, FUNDACENTRO, etc), excluindo-se da indicação para estes cargos aqueles que tenham vínculo com empresas privadas.

Divulgar entre os serviços de saúde e a população em geral o papel da vigilância à saúde e sua importância, e capacitar as entidades representativas (sindicatos) para saber trabalhar os dados repassados.

Divulgar amplamente, nos meios de comunicação de massa, através de campanhas gratuitas:

- a. o direito dos trabalhadores no que se refere a acidentes do trabalho, doenças profissionais e legislação pertinente à saúde do trabalhador;
- b. a existência do SUS e seu funcionamento;
- c. assuntos relativos à saúde e segurança do trabalhador.

16 - Divulgar, pelos órgãos públicos:

- a- empresas fiscalizadas/periciadas;
- b- salários dos servidores;
- c- multas aplicadas.

Enfatizar, em destaque, nos editais de instalação de uma indústria, através dos meios de comunicação, os efeitos do seu processo industrial sobre o meio ambiente e a saúde, através de laudos das Secretarias do Meio Ambiente e de Saúde, com os custos pagos pelo empregador.

Garantia de participação dos trabalhadores em cursos de treinamentos sobre saúde do trabalhador, com dispensa do ponto, reconhecendo os sindicatos como agentes multiplicadores das ações de vigilância.

Agilizar o pagamento, com os valores corrigidos, dos benefícios previdenciários que são devidos aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho ou portadores de doenças profissionais, com a manutenção do salário e benefícios sociais e econômicos como se na ativa estivesse.

Substituir as CIPAs por Comissões de Saúde nos locais de trabalho, compostas e eleitas diretamente pelos trabalhadores, com poderes, inclusive, de interdição do ambiente de trabalho quando houver risco.

Estabelecer mudanças na legislação das CIPAs/Comissões de Saúde e NRs, incorporando a legislação já atualizada nos acordos coletivos de trabalho (como eleição direta para todos os membros da CIPA, liberação dos cipeiros para desenvolver o trabalho da CIPA sem prejuízo salarial, estabilidade do cipeiro igual à do dirigente sindical, tanto no setor público, quanto no privado)

Promover campanhas de esclarecimentos aos trabalhadores, com ampla divulgação através dos meios de comunicação de massa, sobre a prevenção e os acidentes e doenças do trabalho na agricultura, incluindo os efeitos prejudiciais dos agrotóxicos, componentes e afins, tanto no aplicador, como no consumidor e no meio ambiente.

Garantir e assegurar o direito ao trabalho, contra qualquer tipo de discriminação para o ingresso no trabalho ou para a sua manutenção em relação à mulher trabalhadora (atestado de esterilização, teste de gravidez, etc), aos portadores de deficiências físicas e mentais ou doenças crônicas (surdez, cegueira, HIV ou AIDS, hipertensão arterial, diabete mellitus, epilepsia, etc). O empregador que assim exigir deve ser severamente punido.

Contemplar, obrigatoriamente, a discussão democrática entre capital e trabalho, no processo de incorporação de novas tecnologias e formas gerenciais de organização do trabalho, para a tomada de decisão e avaliação criteriosa dos riscos e impactos sobre a saúde e o emprego. Para este último item, propõe-se a garantia de reciclagem e aproveitamento dos trabalhadores pela empresa.

Banir a terceirização urbana e rural, por entender que a mesma está sendo utilizada como instrumento de alijamento dos direitos básicos relativos à segurança e saúde no trabalho e a sua organização no local de trabalho.

Garantir que o governo (federal, estadual e municipal) acate e cumpra as resoluções desta Conferência, reconhecendo seus funcionários e servidores como trabalhadores e usuários.

Na atual conjuntura nacional, um dos caminhos para reverter a situação de caos em que se encontra a assistência à saúde do trabalhador é o fortalecimento das organizações da classe e a luta contra a revisão constitucional, pelo atual Congresso Nacional, o qual, em sua maioria, só representa o interesse do capital internacional e da classe dominante.

Implantar e estabelecer as organizações por local de trabalho (O.L.T.), descentralizando as relações de trabalho.

Realizar o processo de negociação coletiva para todos os trabalhadores, garantindo-se as seguintes etapas: estabelecimento das partes da negociação; definição dos itens a serem negociados; negociação em caráter permanente; implementação de acordos entre as partes a medida que forem sendo negociados.

Estabelecer negociações permanentes entre empregados e empregadores, com o fim das datas-base, para melhoria das condições de saúde no trabalho.

Que o Ministério do Trabalho convoque todos os setores da sociedade civil para participar na democratização das relações capital/trabalho.

Que os sindicatos lutem pela saúde como lutam por todas as outras questões sociais, trabalhistas e salariais e que não tenham caráter assistencialista, pois constitucionalmente a saúde é dever do Estado.

Que os governos Municipais, Estaduais e Federal dêem condições aos usuários de participar das conferências, garantindo cobertura total das despesas de transporte, alimentação, material informativo (leis, glossários de termos técnicos) e hospedagem, como determina a legislação.

---

**PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 12ª  
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – 12ª CNS  
RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

---

### **1.3 - PRINCIPAIS DELIBERAÇÕES RESULTANTES DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E RELACIONADAS COM O TEMÁRIO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

#### **I - APRESENTAÇÃO:**

O presente texto trata-se da extração fiel das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no período de 07 a 11 de dezembro de 2003, que apresentam interfaces com a área de Saúde do Trabalhador. O Objetivo deste é prover subsídios à 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a partir do acúmulo das discussões providas e deliberadas pelo Controle Social do SUS, sobre os temas relacionados com esta Área.

Para fins didáticos e facilitar que estas deliberações sejam objetos de discussão e aprofundamento na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST, este texto apresenta um conjunto de transcrições do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde - 12ª CNS, organizados de acordo a conjuntura em que se deu aquela Conferência, com os três eixos temáticos da própria 3ª CNST, cuja etapa nacional dar-se-á de 09 a 12 de novembro de 2005, com as interfaces entre a 3ª CNST e a 1ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a realizar-se na sua seqüência, assim como as Moções aprovadas na 12ª CNS.

#### **II – TRECHOS DA APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL 12ª CNS<sup>2</sup>**

A posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe, em janeiro de 2003, marcou um novo momento histórico para o Brasil. A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta. Consoante com esse compromisso, o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade.

Esse relatório final da 12ª Conferência é resultado da mobilização de centenas de milhares de pessoas, que participaram das etapas estaduais e municipais em todo o país. O trabalho delas foi a base para a consolidação deste documento final, durante o encontro dos cerca de quatro mil delegados que estiveram em Brasília para discutir “A Saúde que temos, o SUS que queremos”.

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da sociedade brasileira. Ele é fruto da luta por um sistema de saúde que atenda a toda a população, sem nenhum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão social existente no País.

---

<sup>2</sup> Estes trechos foram extraídos da apresentação do Relatório Final da 12ª CNS, elaborada pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde Humberto Costa, intitulada “Aqui é Permitido Sonhar”, presente nas páginas 13 e 14 do relatório citado e descrevem, sob a ótica do governo, um pouco da conjuntura política e social em a mesma ocorreu.

Os delegados, provenientes de todos os estados brasileiros, trouxeram exatamente propostas na busca de soluções para efetivar um sistema de saúde de qualidade que atenda os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

É importante ressaltar a necessidade de dar continuidade a esse processo iniciado pela 12ª Conferência. Precisamos manter os debates em todos os estados e municípios, fortalecendo a participação popular. O controle social, por meio dos Conselhos de Saúde, tem papel fundamental no aprofundamento desses temas, na implementação das políticas de saúde que atendam às necessidades locais e na fiscalização da aplicação dos recursos.

### III - DELIBERAÇÕES DA 12ª CNS ORGANIZADAS SEGUNDO OS EIXOS TEMÁTICOS DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

#### EIXO – I

#### COMO GARANTIR A INTEGRALIDADE E A TRANSVERSALIDADE DA AÇÃO DO ESTADO EM SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS)?

Assegurar políticas sociais amplas que garantam alimentação saudável e adequada, emprego, moradia, saneamento básico, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, a um meio ambiente saudável, educação e lazer, articulando-as com as políticas de saúde, assistência social e previdência por meio de ações e projetos intersetoriais que reduzam as iniquidades (deliberação 4, pág.24, do Relatório Final da 12ª CNS).

Ampliar os Sistemas de Informação, incentivar a implantação de sistemas descentralizados de geoprocessamento em saúde, pesquisar, sistematizar e tornar público e acessível a todos as informações e os dados estatísticos e epidemiológicos que concorram para a promoção da saúde, com identificação das diferentes etnias, sobre moradia, alimentação, educação, condições de vida, saúde e trabalho e com identificação do número de pessoas atingidas pelas patologias garantindo as ações de prevenção, tratamento e reabilitação (deliberação 17, pág.26, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir às pessoas com deficiência e com necessidades específicas ações preventivas, de diagnóstico e intervenção precoce, reabilitação por equipe interprofissional, conforme a Resolução n.º 287/98 do CNS, ajuda técnica e ações intersetoriais para a inclusão social, educação inclusiva, acesso e capacitação para o mercado de trabalho, favorecendo a cidadania e a dignidade hoje comprometidas pelas práticas de “bolsas de benefício” (deliberação 22, pág.27, do Relatório Final da 12ª CNS).

Encaminhar projeto de lei federal com o propósito de garantir a inclusão de pessoas com hanseníase, HIV/aids e HCV, tuberculose e outras patologias crônicas e em situação de risco social (desemprego, deficiência), nos programas de amparo social (Bolsa Família, reinserção ao mercado de trabalho), estimulando e apoiando estados e municípios a criarem suas leis próprias e específicas nesse sentido (deliberação 30, pág.28, do Relatório Final da 12ª CNS).



O SUS deve garantir o direito à saúde e à vida, exercendo papel fundamental na transformação do trabalho que é fonte de agravos e mortes, com as devidas ações de proteção e promoção da saúde, garantindo a implementação das ações de atenção à saúde do trabalhador em todos os estados e municípios, com implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST (deliberação 40, pág.30, do Relatório Final da 12ª CNS).

Dar caráter intersetorial às ações da seguridade social (saúde, assistência social, previdência), reduzindo-se gastos desnecessários e garantindo-se melhor qualidade e resolutividade no atendimento dos usuários (deliberação 03, pág.34, do Relatório Final da 12ª CNS).

Implementar, em caráter de urgência, uma política de penalização às empresas que não têm programa de saúde do trabalhador, o que favorece a exposição aos riscos e as lesões do trabalho aos funcionários (deliberação 21, pág.36, do Relatório Final da 12ª CNS).

Promover a reforma de todo o sistema previdenciário do País, de forma progressiva e eqüitativa, incluindo-se os regimes próprios de Previdência e o Regime Geral de Previdência Social, de modo a que seja inclusiva e garanta os direitos adquiridos por todos os trabalhadores (deliberação 24, pág.37, do Relatório Final da 12ª CNS).

Agilizar e desburocratizar os sistemas de documentação para a concessão de aposentadorias e outros benefícios previdenciários, bem como o reconhecimento e a validação das perícias médicas do SUS realizadas pela vigilância em saúde do trabalhador (deliberação 26, pág.37, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir que os profissionais médicos do SUS forneçam atestados de acordo com as normas exigidas pelo INSS, para encaminhamento dos benefícios, garantindo que os atestados fornecidos pelo SUS nos quais constarem agravos à saúde relacionados ao trabalho tenham valor no estabelecimento de nexos causais para concessão dos benefícios por acidente ou doença de trabalho (deliberação 28, pág.37, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir os direitos previdenciários a todos os trabalhadores, com prioridade para os que estão no mercado informal de trabalho, trabalhadores rurais e quilombolas, ou aqueles que, por qualquer motivo, estejam temporária ou permanentemente impedidos de trabalhar. Com esse objetivo, deve ser utilizado o superávit da própria Previdência Social, a taxação das grandes heranças e fortunas e outras fontes, combatendo-se a sonegação, com a devolução aos cofres públicos dos recursos fraudados (deliberação 31, pág.37, do Relatório Final da 12ª CNS).

Criar campanhas de esclarecimento, estimulando os trabalhadores informais a contribuir para a Previdência, assegurando-lhes o acesso aos benefícios previdenciários (deliberação 41, pág.38, do Relatório Final da 12ª CNS).

Estabelecer mecanismos de fiscalização para garantir o cumprimento da Lei de Creches, garantir a criação de creches nos locais de trabalho e estabelecer políticas que favoreçam o aleitamento materno nos horários adequados, bem como a inclusão desse equipamento social nas políticas habitacionais (deliberação 42, pág.38, do Relatório Final da 12ª CNS).

Buscar meios para que os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego estendam o período de licença e do auxílio-maternidade para seis meses, a fim de prolongar o aleitamento materno, independentemente do tempo de contribuição da trabalhadora para o Instituto Nacional do Seguro Social. Para as mães trabalhadoras e não contribuintes da Previdência Social, devem ser previstos proventos no valor de um salário mínimo, desde que a unidade de saúde de referência forneça comprovação do aleitamento materno, considerando-se o aumento expressivo da população feminina hoje inserida no mercado informal de trabalho (deliberação 43, pág.38, do Relatório Final da 12ª CNS).

Constituir equipes multiprofissionais e interdisciplinares para a avaliação da capacidade laboral dos segurados requerentes de benefícios e revitalizar o serviço de reabilitação e readaptação funcional (deliberação 49, pág.39, do Relatório Final da 12ª CNS).

Reconhecer a existência de grupos humanos mais vulneráveis seja por condições de trabalho, sociais, culturais, biológicas, orgânicas ou mentais, que requerem ações intersetoriais visando à garantia dos direitos básicos de cidadania, em função dos contextos favorecedores da suscetibilidade, promovendo ações articuladas, em todos os níveis, das diversas instituições não-governamentais e governamentais que assistem às pessoas com necessidades especiais com a participação da sociedade civil organizada, para assistência, trabalho, emprego e renda de grupos sociais vulneráveis (deliberação 13, pág.47, do Relatório Final da 12ª CNS).

Desenvolver políticas intersetoriais, nas três esferas de governo, assegurando o controle social, voltadas a garantir a promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente os seguintes setores e instituições – saúde, educação, seguridade social, urbanismo, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR) e Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), dentre outras, para o desenvolvimento de ações integradas:

- a. no controle dos processos produtivos e dos produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público e pelo setor privado;
- b. na qualidade ambiental nos centros urbanos, na área rural, nas áreas indígenas e de florestas;
- c. na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica;
- d. na eficiência, segurança e acessibilidade do transporte coletivo (deliberação 23, pág.49, do Relatório Final da 12ª CNS).

Introduzir e implementar como um tema transversal nos currículos escolares e em todos os níveis de formação profissional, a partir de um comprometimento dos órgãos de educação nas três esferas de governo, os conteúdos que auxiliem a compreensão:

- a- da saúde como um atributo fundamental para o desenvolvimento humano;
- b- do processo de construção da política pública de saúde no Brasil – organização e funcionamento do SUS;
- c- do papel estratégico da atenção básica à saúde no sistema de saúde, visando principalmente à promoção da saúde, abrangendo a prevenção de doenças e agravos e a proteção e recuperação da saúde;
- d- de uma consciência cidadã voltada para a proteção ambiental, os ambientes de trabalho saudáveis e a saúde do trabalhador, envolvendo a qualidade de vida e de saúde de toda a população;
- e- dos direitos sexuais, dos cuidados e responsabilidades relativos à vida sexual e da diversidade de orientação sexual;
- f- da humanização e qualificação no atendimento;
- g- dos riscos relativos ao uso e abuso de drogas (deliberação 38, pág.53, do Relatório Final da 12ª CNS).

Instituir um programa de vigilância em saúde ambiental, com a integração de todos os setores governamentais e não-governamentais, com estrutura, suporte técnico e financeiro adequados. A vigilância em saúde ambiental, cujos núcleos deverão ser criados nas três esferas de governo, deve integrar as ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, entomológica e de zoonoses (deliberação 41, pág.54, do Relatório Final da 12ª CNS).

Fortalecer o sistema de informação de morbimortalidade por causas externas, baseado nos registros de toda a rede de assistência, sobretudo da saúde e da segurança pública, incluindo os Institutos Médico-Legais e os departamentos de Trânsito (deliberação 79, pág.64, do Relatório Final da 12ª CNS).

As três esferas de governo devem viabilizar prioritariamente e em regime de urgência a implementação de normas de biossegurança na rede de serviços (deliberação 19, pág.70, do Relatório Final da 12ª CNS).

Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo:

- a- os direitos dos usuários à informação integral, assegurados pela Constituição Federal, com receituários datilografados, digitados ou em letra de forma;
- b- mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, por meio da educação permanente e do direito à participação na gestão;
- c- práticas de acolhimento, avaliação de riscos, ampliação do acesso às ações de saúde bucal, mental e do trabalhador, vigilância nutricional e sanitária;

d- direito a acompanhantes em condições adequadas nas consultas, internações e UTI, para todas as pessoas usuárias dos serviços de saúde públicos e privados, levando em conta a sua condição clínica e critérios de prevenção de infecções hospitalares;

e- ênfase na humanização dos hospitais para a melhoria das condições de trabalho e o aprimoramento da qualidade da relação equipe-usuário-família, buscando meios de envolver mais efetivamente os profissionais de saúde;

f- implantação e implementação de programa de prevenção, medicina e saúde ocupacional em todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, especialmente nas de referência em doenças infecto-contagiosas (deliberação 08, pág.79, do Relatório Final da 12ª CNS).

Organizar o Sistema de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo, por meio de articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, alimentar e nutricional e, em especial, a vigilância da saúde do trabalhador e em ambientes de trabalho. Valorizar esse sistema com investimentos em recursos humanos e equipamentos adequados, obedecendo aos princípios da integralidade das ações de saúde, da intersetorialidade e da descentralização, com acompanhamento e avaliação por meio de indicadores, com ênfase no trabalho educacional, formando uma rede comprometida com todos os segmentos da sociedade, bem como:

- a. estabelecendo indicadores sociais e epidemiológicos, agregados por região, que incluam a qualidade do atendimento prestado, inclusive aspectos da subjetividade do sofrimento humano, a fim de propiciar informações para a modificação do modelo de atenção à saúde e aumentar a resolutividade da rede de atenção básica quanto aos transtornos psíquicos;
- b. exigindo que todo grande projeto industrial ou obra de grande porte, ao ser implantado, realize estudos de impacto sobre a saúde do trabalhador e o meio ambiente, garantindo a implementação de medidas de promoção da saúde coletiva e medidas de compensação, incluindo a implantação de serviços de apoio ao trabalhador;
- c. fomentando à realização de ações em saúde que utilizem as concepções de território, de risco e análises de situação de saúde, incluindo além dos moradores e usuários dos serviços, os trabalhadores e os ambientes de trabalho (deliberação 37, pág.84, do Relatório Final da 12ª CNS).

Estabelecer políticas claras de ações em vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, com financiamento compatível, que incluam o fomento de estudos e pesquisas na área, com a garantia do pleno exercício das atividades de fiscalização, inspeção, avaliação, educação sanitária e de

saúde do trabalhador, para assegurar a qualidade e eficácia dos serviços prestados à população, bem como a garantia de que as ações de vigilância sanitária, incluindo o controle de produtos, serviços, portos, aeroportos, serviços de fronteiras e saúde do trabalhador sejam executadas por profissionais qualificados da área, conforme o disposto na legislação vigente, e de modo articulado com as vigilâncias ambiental e epidemiológica, e serviços de saúde do trabalhador (deliberação 38, pág.84, do Relatório Final da 12ª CNS).

Estabelecer políticas de saúde para prevenção e atenção de doenças ocupacionais, doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho, que garantam a comunicação dos acidentes ocorridos bem como o cumprimento dos direitos à saúde do trabalhador que implicam na expedição correta de laudos e atestados de saúde, conforme legislação vigente. Implantar ações de prevenção e reabilitação da voz, bem como avaliação auditiva por emissões otoacústicas, para os trabalhadores submetidos a riscos químicos ou físicos que afetem esses sistemas. Desenvolver políticas específicas direcionadas aos grupos vulneráveis, assegurando a sua participação nas distintas representações em nível municipal, estadual e federal, com os recursos humanos, financeiros e materiais para a implantação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest) nos municípios, incorporando informações específicas aos sistemas existentes no SUS (deliberação 84, pág.94, do Relatório Final da 12ª CNS).

Realizar campanhas de prevenção do câncer de pele para trabalhadores rurais, principalmente nas áreas onde os efeitos do sol são potencializados pelo uso de agrotóxicos, com implantação de ações e campanhas educativas sobre riscos do uso indiscriminado de agrotóxicos nos alimentos, principalmente nas frutas e verduras, esclarecimentos sobre os cuidados necessários no seu preparo, higienização e armazenamento com distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) e de protetor solar produzidos pelo governo, e/ou cobrando do produtor/empregador o fornecimento de EPI e garantindo que os órgãos competentes realizem a fiscalização do uso (deliberação 85, pág.94, do Relatório Final da 12ª CNS).

Apoiar a aprovação do projeto de lei que regulamenta as ações e serviços da Saúde do Trabalhador no SUS (PL n.º 1.011/03)<sup>3</sup> (deliberação 86, pág.95, do Relatório Final da 12ª CNS).

Implementar no SUS, com recursos específicos, a atenção nutricional, considerando a importância da nutrição e da alimentação na promoção e na recuperação da saúde, no controle da obesidade e de outras disfunções alimentares. Garantir, em todo o território nacional, legislação sobre a obrigatoriedade da rotulagem das hortaliças e demais alimentos – a qual já se encontra em vigor em alguns estados e/ou municípios –, com informações sobre origem, tipo de defensores agrícolas utilizados e data de colheita. Garantir merenda escolar adequada às crianças com doença celíaca, isto é, sem glúten, bem como aos trabalhadores e estudantes nessa condição, além

---

<sup>3</sup> O Projeto de **Lei 1.011**, após ampla discussão com setor de inspeção do trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego foi modificado e encontra-se em tramitação no Congresso sob o número de **PL 3.307/04**, de autoria do Dep. Roberto Gouveia.

de campanhas de esclarecimento sobre essa doença (deliberação 93, pág.96, do Relatório Final da 12ª CNS).

Elaborar programas de saúde ambiental auto-sustentáveis e de saúde do trabalhador, inclusive para trabalhadores rurais, áreas indígenas e as remanescentes de quilombos (deliberação 99, pág.97, do Relatório Final da 12ª CNS).

Os contratos e credenciamento dos sindicatos para atenção à saúde do trabalhador, serviços que atendem apenas aos sindicalizados e, portanto, não são universais e são duplamente financiados (contribuição sindical e SUS), devem ser revistos e aprimorados para atender toda a população com as verbas do SUS (deliberação 104, pág.98, do Relatório Final da 12ª CNS).

Melhorar as condições de trabalho em âmbito nacional e garantir a realização de uma pesquisa de âmbito nacional pelos técnicos de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde sobre as doenças ocupacionais adquiridas pelos profissionais do sistema prisional e de saúde ao longo dos anos, devido ao ambiente de confinamento, insalubre, sem ventilação, sem iluminação, com espaço pequeno e superlotado, de tensão, de violência e de doenças infecto-contagiosas, bem como a carga horária exorbitante e a precarização do trabalho (deliberação 50, pág.123, do Relatório Final da 12ª CNS).

Definir, avaliar, incorporar e utilizar os avanços biotecnológicos na saúde, com ênfase na análise, no gerenciamento e no monitoramento de biossegurança, assim como as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos da pesquisa (deliberação 25, pág.139, do Relatório Final da 12ª CNS).

Fortalecer as ações de vigilância em saúde, revendo o seu financiamento. Essas ações, inclusive as de saúde do trabalhador, deverão estar incluídas nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde que serão submetidos à deliberação dos respectivos Conselhos de Saúde (deliberação 57, pág.154, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir, nas três esferas de governo, fontes de financiamento permanentes e específicas, com repasse contínuo, para a implementação das Políticas Nacional, Estadual e Municipal de Saúde do Trabalhador, com rubrica própria, para execução de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com os planos de saúde das três esferas de governo (deliberação 71, pág.155, do Relatório Final da 12ª CNS).

Assegurar que os trabalhadores de serviços terceirizados tenham capacitação adequada e condições dignas de trabalho, garantindo segurança no trabalho (deliberação 104, pág.131, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir que os serviços privados de saúde forneçam dados e informações, com cadastro obrigatório dos prestadores de serviços privados de saúde, para as secretarias municipais e estaduais de Saúde, no sentido de qualificar os estudos estatísticos e epidemiológicos relacionados aos agravos e riscos à saúde. Os dados requisitados devem ser consolidados e divulgados, inclusive via internet (deliberação 52, pág.172, do Relatório Final da 12ª CNS).

Criar um núcleo de inteligência em vigilância à saúde (vigilâncias epidemiológica, ambiental, nutricional, saúde do trabalhador, etc.) (deliberação 59, pág.173, do Relatório Final da 12ª CNS).

Efetivar e valorizar a educação permanente em saúde, formal e popular, em escolas, igrejas, locais de trabalho e comunidade em geral, articulando estratégias de educação a uma política de informação e comunicação permanente e continuada (deliberação 87, pág.176, do Relatório Final da 12ª CNS).

## EIXO-II

### COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS) NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

Definir e implementar uma política de Reforma Agrária que inclua a atenção integral à saúde para todos os trabalhadores, subsidiada pelo Governo Federal (deliberação 19, pág.26, do Relatório Final da 12ª CNS).

Incorporar, na formulação de políticas, a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde – agravos, doenças e acidentes do trabalho, êxodo rural, desemprego, fome, insegurança alimentar devido ao risco de contaminações químicas e dos alimentos geneticamente modificados, violência, habitação insalubre e contaminação ambiental – fazendo com que nas três esferas de governo sejam realizadas ações de controle dessas situações de risco, atendendo às necessidades e demandas, com especial atenção àquelas identificadas pelas pessoas envolvidas:

- a. incluindo centros de referência para ações de prevenção de riscos ambientais e de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- b. controlando os riscos ambientais à saúde resultantes da relação do ser humano com o ambiente/natureza, sendo importante considerar os contextos políticos, econômicos, históricos, sociais e culturais em que ocorrem;
- c. considerando na promoção da saúde que há uma modalidade de racismo, que se expressa pela exposição de pessoas da raça negra ou indígena a contextos ambientais que oferecem riscos à saúde, criando condições desfavoráveis de desenvolvimento humano (deliberação 12, pág.46, do Relatório Final da 12ª CNS).

Recomendar aos órgãos executivos das três esferas de governo que implementem políticas de incentivo aos empresários que contratarem pessoas acometidas de doenças crônicas e/ou degenerativas, com deficiências físicas, que possuam necessidades especiais ou transtornos psíquicos, visando a potencializar uma política efetiva de reabilitação psicossocial desse segmento, fornecendo certificado de responsabilidade

social às empresas que contratarem essas pessoas (deliberação 37, pág.29, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir a descentralização de recursos do governo para o desenvolvimento de ações integradas, sustentáveis e intersetoriais, orientadas pelas características socioculturais e geográficas, configuradas a partir dos contextos de risco apontados nos diferentes perfis epidemiológicos e sociais, priorizando as áreas de segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e educação (deliberação 24, pág.49, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir a implementação da política de reforma agrária que fixe o trabalhador rural no campo, comprometendo as três esferas de governo. No que concerne especificamente à saúde, desenvolvendo projetos relacionados com ações e serviços de saúde em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, Incra e os movimentos sociais, para contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores acampados e assentados rurais, pequenos produtores rurais, indígenas e quilombolas, considerando:

- a. a reativação das cooperativas agroindustriais e agropecuárias, com técnicos da área para prestar orientação;
- b. a garantia do escoamento e armazenamento da produção agrícola;
- c. co- incentivo, por meio de subsídios, de apoio técnico e da certificação (selo verde) da agricultura orgânica com desenvolvimento de unidades produtoras de adubos orgânicos, promovendo o cooperativismo, no âmbito da agroindústria e da agropecuária familiar, organizado por agricultores familiares em articulação com os órgãos afins;
- d. a articulação dessas políticas com sindicatos de trabalhadores rurais, pastorais da terra, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e outros setores sociais do campo;
- e. a garantia às crianças e aos adolescentes de acesso à escola e aos adultos de programa de alfabetização adequados à realidade do campo;
- f. a inclusão dos assentamentos rurais nas contagens e pesquisas do IBGE;
- g. a titulação das terras de remanescentes de quilombos e ribeirinhos;
- h. a garantia do atendimento às populações nômades, ciganos, acampados sem-terra e índios;
- i. a garantia da participação de representantes do governo municipal, sindicato dos trabalhadores rurais e outras organizações dos assentados no planejamento e alocação de recursos financeiros para os assentamentos;



- j. o fortalecimento da organização da produção por meio das cooperativas de produção e de crédito organizadas pelos agricultores familiares;
- k. o fornecimento aos trabalhadores rurais de orientações sobre saúde do trabalhador, preservação e saneamento ambiental (deliberação 35, pág.52, do Relatório Final da 12ª CNS).

Articular e garantir ações de promoção ao ambiente saudável, de acordo com o estabelecido pela Agenda 21, por meio de:

- a. aumento da oferta de serviços adequados de saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, saneamento domiciliar, limpeza urbana, tratamento e destinação final adequados de resíduos sólidos e drenagem urbana ambientalmente sustentável);
- b. políticas de conservação dos recursos hídricos;
- c. controle do uso de produtos químicos;
- d. atribuição de responsabilidade solidária aos governos pela destinação e processamento final dos resíduos sólidos, sejam domésticos, recicláveis, químicos, radioativos ou hospitalares, cabendo aos municípios a responsabilidade direta sobre a gestão do sistema, os quais devem estimular, implementar e garantir a coleta seletiva de lixo e sua conseqüente reciclagem. Especialmente o tratamento dos resíduos tóxicos e contaminados (industriais e hospitalares) deve ser regulamentado por lei municipal em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) n.º 5;
- e. controle do desmatamento com a aplicação de penalidades legais aos causadores de danos ambientais;
- f. apoio, nos centros urbanos, ao desenvolvimento de pesquisas e tecnologias que possam contribuir para maior efetividade dos órgãos de fiscalização, tais como vigilância sanitária, do meio ambiente, do trabalho e do transporte;
- g. implementação de ações intersetoriais de fiscalização de todas as áreas verdes, reservas naturais e aquíferas nas três esferas governamentais;
- h. estímulo aos municípios para desenvolverem políticas locais de desenvolvimento sustentável, tanto para as comunidades urbanas como rurais, tendo como princípios orientadores àqueles que fundamentam o SUS;
- i. divulgação e valorização das experiências exitosas, centradas em enfoques intersetoriais de promoção da saúde e qualidade de vida;
- j. preservação da soberania nacional e do patrimônio natural do Brasil, proibindo a privatização ou exploração indevida de nossas reservas naturais;

- k. criação de um fundo de compensação (por exemplo, o “ICMS verde”) nos municípios que se encontrem em área de preservação de manancial, zona costeira e proteção ambiental (deliberação 42, pág.54, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir que o Estado, mediante suas três esferas de governo:

a -cumpra e faça cumprir a legislação ambiental e outras afins sobre o uso do solo e dos recursos hídricos, a poluição ambiental, tais como a provocada por metais pesados (mercúrio, chumbo, etc.) e o uso indiscriminado e/ou permissivo de produtos tóxicos na produção e embalagem de alimentos, com destaque para os agrotóxicos na produção agropecuária;

b - cumpra e faça cumprir o respeito aos limites máximos hoje estabelecidos para resíduos tóxicos e outras substâncias persistentes nos organismos e no ambiente;

c - proponha a revisão dos limites de contato com os produtos tóxicos, tornando-os mais restritivos à exposição humana, aos alimentos e ao ambiente;

d - incentive estudos que levem em consideração princípios que visam à prevenção de riscos e danos à saúde humana, especialmente os relacionados com os efeitos crônicos, mutagênicos e teratogênicos, devido à acumulação nos ecossistemas e aos impactos na biodiversidade (deliberação 43, pág.55, do Relatório Final da 12ª CNS).

Considerar no planejamento em saúde ambiental as necessárias interseções entre os dados epidemiológicos, as unidades territoriais (tais como bacias hidrográficas, ecossistemas específicos) e as dinâmicas populacionais (migrações) decorrentes de fatores ambientais (naturais ou construídos), das dinâmicas econômicas e produtivas (domínios de clusters tecnológicos, pólos e cadeias de produção), com vistas ao desenvolvimento de novos processos de trabalho não danosos à saúde:

- a. cumprindo efetivamente a legislação que aprova projetos relativos às áreas verdes e de preservação ambiental;
- b. desenvolvendo programas conjuntos entre os setores de saúde, educação, agricultura e comunidades, implementando as resoluções do Seminário Nacional sobre Política de Fitoterápicos e as resoluções da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
- c. incluindo ações educativas em saúde com base na realização de fóruns intersetoriais para discutir saúde e meio ambiente;
- d. implementando ações de despoluição hídrica e ambiental, por meio de parcerias entre Ibama, Funasa, secretarias estaduais e municipais e outros, com ônus para as empresas poluidoras, sendo esses recursos revertidos para a saúde;
- e. implantando um amplo programa de educação ambiental, nas diversas instâncias governamentais e nos diferentes níveis de

formação, baseado em experiências desenvolvidas por várias entidades sociais, com gerenciamento do poder público em sistema de co-gestão com organizações já existentes e experientes na área, para potencializar esforços e garantir resultados positivos;

- f. submetendo-os ao parecer da área de saúde do trabalhador da esfera correspondente (deliberação 46, pág.56, do Relatório Final da 12ª CNS).

Fortalecer o sistema de vigilância do uso indiscriminado de agrotóxicos e produtos tóxicos veterinários usados na produção animal, envolvendo os setores da saúde, agricultura, trabalho e meio ambiente, desenvolvendo ações intersetoriais que visem à conscientização dos perigos para a saúde e para o ambiente decorrentes de sua utilização, do modelo insustentável de produção agropecuária e do impacto negativo sobre a qualidade de vida e a saúde humana, incluindo na fiscalização do uso de agrotóxicos a aplicação, coleta e destino final das embalagens, e orientações de promoção e proteção da saúde individual e coletiva mediante processos pedagógicos adequados, incentivando a produção agro-ecológica com orientação técnica especializada (deliberação 47, pág.57, do Relatório Final da 12ª CNS).

Realizar a vigilância dos problemas ambientais e de saúde do trabalhador, especialmente os relacionados com as queimadas de cana, organizando e capacitando os agricultores, os trabalhadores e seus familiares com recursos das usinas de açúcar e de álcool, integrando essa ação à política de atenção à saúde do trabalhador (deliberação 48, pág.57, do Relatório Final da 12ª CNS).

Estabelecer uma política de combate ao uso indiscriminado de agrotóxicos e produtos que alteram o crescimento e desenvolvimento de animais, bem como seus medicamentos e vacinas, que regule e monitore os efeitos nocivos dos mesmos nos seres humanos e, em especial, nos trabalhadores rurais, estabelecendo a responsabilidade das empresas que os produzem de recolhimento dos recipientes. Essa política deve priorizar ações educativas e preventivas quanto ao uso, à intoxicação e aos efeitos adversos, assim como garantir a atenção à população exposta incluindo atividades regulares das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, definindo indicadores de controle (deliberação 41, pág.85, do Relatório Final da 12ª CNS).

Viabilizar pesquisas com recursos do Ministério da Saúde, cujas linhas sejam definidas com base na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde, considerando-se as necessidades regionais e os seguintes temas:

- a - promoção e prevenção na saúde conforme a biodiversidade nacional, respeitando as diferenciações étnicas;
- b - pesquisa social na esfera da saúde;
- c - determinantes e condicionantes intersetoriais dos problemas de saúde, subsidiando diagnósticos e intervenções sócio-ambientais;

d - gênero e etnias afrodescendentes e indígenas, incluindo a avaliação do estado de doenças prevalentes nas populações afrodescendentes e indígenas;

e - monitoramento ambiental de campos eletromagnéticos em áreas vizinhas a torres de celulares, visando a conhecer os agravos e evitar possíveis danos à saúde;

f - avaliação do impacto ambiental na implantação das novas tecnologias e pesquisas, e dos organismos geneticamente modificados;

g - alterações hormonais (inclusive osteoporose e menopausa precoces entre as mulheres), lipodistrofia, patologias concomitantes ou associadas ao HIV/aids, colesterol e triglicérides, doença celíaca, HPV e neoplasias, causados por dosagem de anti-retrovirais, contracepção hormonal e cirúrgica, interações medicamentosas, efeitos colaterais e adversos, e aumento dos índices de morbimortalidade;

h - desenvolvimento de tecnologias para a redução de custos em saneamento básico e saúde;

i - atenção básica, saúde ambiental, agravos relacionados ao trabalho, segurança alimentar, patologias de alta complexidade e biossegurança;

j - pesquisas em vigilância à saúde, na análise de produtos e serviços de interesse à saúde, inclusive nos aspectos toxicológicos de alimentos e de água para consumo humano, com especial atenção à fluoretação dos cremes dentais infantis e casos de fluorose;

l - princípios básicos de alimentos agro-ecológicos (sem agrotóxicos e insumos químicos);

m - pesquisa de âmbito nacional na área de doenças ocupacionais adquiridas pelos profissionais de saúde e do sistema prisional;

n - estudos sobre práticas de cuidado à saúde consideradas alternativas, holísticas, naturais e complementares, bem como a homeopatia;

o - pesquisas e estudos sobre atenção de média e alta complexidade, incluindo métodos complementares de diagnósticos e terapêuticos;

p - tecnologias de gestão, organização, e economia em saúde;

q - avaliação da adequação do consumo de energia e nutrientes através do consumo alimentar da população, incluindo os alimentos fortificados utilizados nos tratamentos, fomentando a elaboração de tabela nacional de composição de alimentos;

r - métodos e produtos das dietas de restrição alimentar (a exemplo de celíacos, fenilcetonúricos, deficientes na absorção da proteína do leite bovino, entre outros) e suas conseqüências na saúde;

s - avaliação do impacto dos agrotóxicos sobre o ambiente e a saúde humana;

t - destino a ser dado aos resíduos dos serviços de saúde, resíduos industriais e outros resíduos tóxicos, visando a minimizar seu impacto ambiental e na saúde;

u - organização de sistema de vigilância à violência que viabilize a obtenção de informações de morbimortalidade por causas externas e vigilância epidemiológica dos óbitos articulando Institutos Médico Legais, unidades de saúde e departamento de trânsito;

v - medicamentos e insumos originários da flora nacional; XXII. estudo e avaliação de substâncias transgênicas e carcinogênicas na saúde humana e animal;

x - saúde reprodutiva da mulher, tais como avaliação das práticas de atenção à mulher, mortalidade materna e abortamento (deliberação 31, pág.139, do Relatório Final da 12ª CNS).

Estabelecer um plano de incorporação e democratização de tecnologias e pesquisas regionalizadas com avaliação de impacto social e ambiental das novas tecnologias (deliberação 57, pág.143, do Relatório Final da 12ª CNS).

Promover ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento sócio-econômico, ambientalmente saudável e socialmente justo (deliberação 01, pág.148, do Relatório Final da 12ª CNS).

As Reformas Tributária e Previdenciária, que precisam ser realizadas com ampla discussão com a sociedade, devem garantir recursos específicos e suficientes para o fortalecimento da seguridade social e para o desenvolvimento do SUS nas três esferas de governo, destinando mais recursos à saúde para os municípios e estados e ampliando as garantias de regulação do repasse de recursos na modalidade “fundo a fundo” da União e dos estados para os municípios, com controle social (deliberação 03, pág.148, do Relatório Final da 12ª CNS).

### EIXO III

#### COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS (AS) TRABALHADORES (AS)?

Aprovar o código de defesa do usuário do SUS, no Congresso Nacional, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação e participação dos trabalhadores (deliberação 09, pág.25, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para crianças e adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, pessoas com deficiência e portadores de necessidades especiais (deliberação 02, pág.102, do Relatório Final da 12ª CNS).

Criar mecanismos de articulação e pactuação entre os diversos setores, com estruturas organizativas formais (conselhos, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho) para facilitar a discussão, a implementação de ações conjuntas e a avaliação dos resultados em relação à: segurança, promoção da saúde, proteção do meio ambiente, saúde do trabalhador, ação social comunitária e fiscalização dos investimentos realizados (deliberação 27, pág.50, do Relatório Final da 12ª CNS).

Melhorar a interlocução entre os Conselhos Nacionais de Saúde e de Previdência Social, bem como entre os gestores das duas áreas, com vistas a ampliar a discussão sobre direito previdenciário, assistência social, trabalho e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (deliberação 16, pág.104, do Relatório Final da 12ª CNS).

Exigir a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), que promovam a participação dos trabalhadores, movimentos populares, associação de vítimas e portadores de seqüelas de acidentes do trabalho (deliberação 30, pág.108, do Relatório Final da 12ª CNS).

Promover a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde:

- a) de avaliação do desempenho do SUS;
- b) de trabalhadores e profissionais do SUS;
- c) de discussão sobre a gestão do trabalho;
- d) intersetorial de integração das políticas sociais;
- e) de discussão da assistência farmacêutica e de outras temáticas relevantes para o sucesso do SUS;
- f) de serviços credenciados do SUS (deliberação 46, pág.110, do Relatório Final da 12ª CNS).

Produzir indicadores de saúde, inclusive sobre a qualidade do atendimento prestado, promovendo a sua ampla divulgação e facilitando o acesso aos sistemas de informação existentes, em linguagem clara e acessível a todos os níveis de conhecimento para facilitar a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares e sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência (deliberação 30, pág.169, do Relatório Final da 12ª CNS).

Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e sobre práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da Saúde, a partir de uma articulação entre os ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas (deliberação 66, pág.174, do Relatório Final da 12ª CNS).

Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS (deliberação 91, pág.177, do Relatório Final da 12ª CNS).

Aprovar o código de defesa do usuário do SUS, no Congresso Nacional, incentivando a formação de fóruns de discussão sobre o mesmo, com ampla divulgação e participação dos trabalhadores (deliberação 09, pág.25, do Relatório Final da 12ª CNS).

Garantir e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas para crianças e adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, pessoas com deficiência e portadores de necessidades especiais (deliberação 02, pág.102, do Relatório Final da 12ª CNS).

Criar mecanismos de articulação e pactuação entre os diversos setores, com estruturas organizativas formais (conselhos, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho) para facilitar a discussão, a implementação de ações conjuntas e a avaliação dos resultados em relação à: segurança, promoção da saúde, proteção do meio ambiente, saúde do trabalhador, ação social comunitária e fiscalização dos investimentos realizados (deliberação 27, pág.50, do Relatório Final da 12ª CNS).

Melhorar a interlocução entre os Conselhos Nacionais de Saúde e de Previdência Social, bem como entre os gestores das duas áreas, com vistas a ampliar a discussão sobre direito previdenciário, assistência social, trabalho e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (deliberação 16, pág.104, do Relatório Final da 12ª CNS).

Exigir a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) nos Conselhos Municipais de Saúde, em especial nos municípios-sede dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), que promovam a participação dos trabalhadores, movimentos populares, associação de vítimas e portadores de seqüelas de acidentes do trabalho (deliberação 30, pág.108, do Relatório Final da 12ª CNS).

Promover a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde:

- a de avaliação do desempenho do SUS;
- b de trabalhadores e profissionais do SUS;
- c de discussão sobre a gestão do trabalho;
- d intersetorial de integração das políticas sociais;
- e de discussão da assistência farmacêutica e de outras temáticas relevantes para o sucesso do SUS;
- f de serviços credenciados do SUS (deliberação 46, pág.110, do Relatório Final da 12ª CNS).

Produzir indicadores de saúde, inclusive sobre a qualidade do atendimento prestado, promovendo a sua ampla divulgação e facilitando o acesso aos sistemas de informação existentes, em linguagem clara e acessível a todos os níveis de conhecimento para facilitar a fiscalização e o controle por parte dos movimentos populares e sindicais em relação aos riscos sanitários e não apenas às demandas pela assistência (deliberação 30, pág.169, do Relatório Final da 12ª CNS).

Apoiar e realizar pesquisas com os movimentos e sobre práticas de educação popular de saúde incluindo a realização e divulgação do mapeamento do patrimônio informacional e cultural da saúde pública e das expressões artísticas populares que se desenvolvem no campo da Saúde, a partir de uma articulação entre os ministérios da Saúde, Cultura, Previdência, Assistência Social e demais entidades interessadas (deliberação 66, pág.174, do Relatório Final da 12ª CNS).

18 - Elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros, visando ao fortalecimento de sua atuação no controle social do SUS (deliberação 91, pág.177, do Relatório Final da 12ª CNS).





---

**DOCUMENTO BASE DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE  
SAÚDE  
DO TRABALHADOR – 3ª CNST**

---

**Conselho Nacional de Saúde – CNS**

**2 - DOCUMENTO BASE DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR – 3ª CNST**

**Conselho Nacional de Saúde - CNS**

# INTRODUÇÃO

## POLÍTICAS DE INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR

1. Como identificar os problemas que o trabalhador enfrenta com relação à sua segurança e saúde? Quais são os principais entraves à sua solução? Como cooptar os setores de governo, da sociedade civil e da iniciativa privada que não se encontram mobilizados sobre um tema que, em princípio, também seria objeto do seu interesse? Em que medida eles poderiam contribuir ao debate e solução dos problemas de saúde do trabalhador, com a sua experiência empreendedora, realizadora, política?
2. A Saúde do Trabalhador insere-se no conceito mais amplo de Saúde Pública, complementando-a com as suas especificidades e exigências. Seu atendimento é garantido pelos mesmos princípios defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, legitimados pela Constituição Federal de 1988 e consolidados no Sistema Único de Saúde, o SUS.
3. A universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde é um deles. A diferença não pode servir de pretexto ao protecionismo e reserva de privilégios sobre os benefícios sociais, especialmente na sociedade brasileira de hoje, redemocratizada e em processo de desenvolvimento. A distinção das diferenças não pode servir à discriminação, mas sim à legítima aplicação dos recursos materiais e humanos com equidade. A atenção do Estado com a segurança e a saúde, em caráter universal, equânime e humanizado, deve ser garantida a todos os trabalhadores: funcionários da iniciativa privada e servidores públicos, trabalhadores autônomos e informais, urbanos e rurais, empregados e desempregados. A inclusão ampla e irrestrita dos trabalhadores abre caminho à conquista e consolidação da sua cidadania.
4. Estabelecido o atendimento para todos, é mister defender qualidade na atenção dos profissionais, disponibilidade e condições satisfatórias de infraestrutura dos serviços, sua operacionalidade e presteza. Essa preocupação do governo encontra-se diluída em três áreas fundamentais – Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego –, cada uma delas bastante extensa e complexa nos seus programas e projetos de ação que o seu assunto específico impõe, e, dependendo da maneira como são abordados intersetorialmente, encontram-se mais ou menos encerrados no âmbito institucional.
5. O desenvolvimento de um tema como a Saúde do Trabalhador, a exemplo de toda grande questão social, atravessa esses campos e, de uma certa forma, transcende a eles, na medida em que a sua solução exige um exercício de integração e entendimento, muitas vezes às custas do embate de princípios, políticas e estratégias de ação historicamente consolidadas.
6. Uma política nacional que envolva diversos setores governamentais só é passível de implementação com a definição de um fluxograma de integração entre os seus respectivos órgãos de representação ou composição. A Saúde do Trabalhador é um tema comum não apenas às três grandes áreas institucionais citadas – Saúde, Previdência Social, Trabalho e Emprego –, mas interessante, também, a outras cujo objeto de ação constitui fator de influência no desempenho do trabalho e nas condições ambientais. É o caso da Educação, do Meio Ambiente, da Justiça. Nesse sentido, o diálogo permanente e o planejamento combinado de ações das vigilâncias

epidemiológica, sanitária e ambiental e de saúde do trabalhador, por exemplo, devem constituir uma iniciativa de projeto de integração intra e intersetorial a ser almejada.

7. O Sistema Único de Saúde deve encarregar-se do papel de vigilância da saúde dos trabalhadores, assim como da integração das políticas internas da saúde que afetam o trabalho. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST ou Cerest) devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada, subentendida na relação processo de trabalho-processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico desse campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada.
8. O SUS também deve servir de modelo à descentralização do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalho (Geisat), em todos os níveis de governo, tornando-o aberto à participação e contribuição do setor privado – empregadores e empresas – na reflexão e proposição de uma política de melhoria das condições de segurança e saúde do trabalhador.
9. O aspecto legislativo, tampouco, deve ser esquecido. É mister superar os entraves jurídicos à integração da vigilância da saúde do trabalhador em nível nacional e, ainda, discutir aspectos legais que favoreçam a implementação de uma política nacional, intersetorial, descentralizada e multicêntrica.
10. Além desses dispositivos legais, da eficiência dos procedimentos administrativos de gestão e do aparelhamento da instituição, a formação de corpo técnico e administrativo é mais um aspecto fundamental para garantir a integralidade das ações do Estado.
11. A Convenção Nº 161, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), prevê a inserção da segurança e saúde no trabalho como tema transversal aos currículos dos níveis de ensino fundamental, médio e superior. A atenção integral à saúde do trabalhador, portanto, depende do desenvolvimento de programas de ensino integrados, que reduzam as visões fragmentadas dos saberes; assim como da valorização das instituições de pesquisa, orientadas a desenvolver projetos e programas de atividades que atendam aos interesses de um desenvolvimento sustentável e às demandas sociais do trabalho.
12. As universidades, assim como os pólos de capacitação do SUS, devem ser aproveitados na formação de profissionais e pesquisadores dedicados à segurança e saúde do trabalhador, capacitados para identificar o risco existente e o melhor atendimento a ser prestado à segurança e saúde do trabalhador. Os currículos ministrados devem priorizar a humanização do processo e do ambiente de trabalho, comprometendo-se com abordagens disciplinares inclusivas e antidiscriminatórias.
13. Além da formação dos recursos humanos, seria importante a implementação de um sistema logístico de informatização da comunicação ágil, que integrasse os diversos setores envolvidos nas políticas públicas de saúde do trabalhador. Aos sistemas de informação do SUS caberia a função de compilar todas as informações relacionadas ao atendimento de trabalhadores acidentados e portadores de doenças do trabalho. Medidas de inclusão dos

trabalhadores informais contribuiriam para reduzir, significativamente, a subnotificação de acidentes e agravos de saúde no trabalho.

14. A implementação, com o apoio do Geisat, de orçamentos integrados entre os setores públicos interessados, a incorporação de instituições de financiamento de pesquisas e a destinação de recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o SUS, para o custeio dos procedimentos em saúde dos trabalhadores, garantiriam o aporte técnico e financeiro necessário às ações de integração e execução de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador ampla e eficaz.

### **Desenvolvimento sustentável**

15. A defesa da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais legitima o Desenvolvimento Sustentável como um conceito integrador de políticas públicas.
16. As políticas nacionais de Saúde, Meio Ambiente, Educação, Trabalho e Emprego e outras têm-se pautado, cada vez mais, na promoção de melhores condições de saúde, trabalho, habitação, lazer e crescimento econômico. O desenvolvimento sustentável é, naturalmente, um fator de aproximação entre elas, ainda que a sua consecução dependa de ulterior entendimento e estabelecimento de fluxos formais para a sua integração de fato.
17. A Política Nacional de Meio Ambiente, por exemplo, tem muito a contribuir com os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social na elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador brasileiro. A ampliação do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat), com a inclusão de outros Ministérios atentos às questões levantadas pelo desenvolvimento sustentável, é um passo necessário ao alcance de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador consistente e efetiva. Os planos de ação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), haja vista o seu papel organizador do conjunto de práticas e procedimentos de assistência, vigilância, investigação e intervenção sobre as situações de risco, também deverão pautar os gestores do SUS na adoção do Desenvolvimento Sustentável como conceito referencial para as suas políticas de saúde do trabalhador, nos três níveis do sistema.
18. A incorporação de novas tecnologias que implicam prejuízo à saúde dos trabalhadores ou desemprego, ou ainda, impacto nefasto ao meio ambiente, o trabalho em áreas contaminadas, migração e transferência de riscos e discriminação social no trabalho são questões que devem ser enfrentadas. A análise e formulação de relatórios de impacto ambiental, antes do licenciamento e instalação de novos empreendimentos, assim como instrumentos legais, técnico-administrativos e educacionais criados para prevenir danos futuros ao meio ambiente, seriam enriquecidos, substancialmente, com a criação de mecanismos intersetoriais e interinstitucionais de participação.
19. O incentivo ao financiamento, pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e formas mais saudáveis de organização do trabalho, o desenvolvimento regional com respeito à geografia e sustentabilidade dos recursos locais, a criação de indicadores de geração de cenários e territórios para uma política de vigilância antecipatória, a difusão de alternativas de subsídio às políticas

econômicas são medidas que, no seu conjunto, devem provocar uma nova configuração do ambiente e das condições de trabalho.

20. Obrigatoriamente, para a realização dessas ações, o Estado se fará presente com investimentos, apoio político, recursos financeiros e demais incentivos àqueles que queiram investir na prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores. Complementarmente, a responsabilização dos infratores da legislação trabalhista e ambiental, mediante a punição imposta pelo governo e prevista em lei, deve servir de coerção e inibição dos abusos e agressões à saúde e ao ambiente dos trabalhadores que se verificam, atualmente. Para tanto, é necessária a equiparação das sanções de foro civil, penal e administrativo, incluídas as multas previstas pela legislação em vigor.

### **Controle social**

21. O trabalhador ainda não dispõe de controle efetivo sobre o processo em que se insere e as conseqüências do ambiente de trabalho para a sua saúde, embora a sociedade brasileira, redemocratizada, permita a sua organização, discussão e reivindicação de direitos. O seu direito à saúde, entretanto, como outros direitos fundamentais legitimados pela Constituição Federal, é respeitado na medida da consciência e ação organizada em sua defesa, servindo-se, principalmente, de instrumentos próprios e independentes, ou então, disponíveis na estrutura do Estado.
22. Os Conselhos de Saúde e as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador são instâncias reconhecidas, legalmente constituídas, como modelo de participação e controle social. Garantidas pelo SUS, são canais regulares de acesso da população geral e da classe trabalhadora, garantindo a consulta pública sobre questões relevantes, sua discussão, deliberação e encaminhamento para solução. A revitalização e fortalecimento dessas instâncias, mediante qualificação dos seus componentes na formulação, planejamento e avaliação de políticas, deve ser uma preocupação constante dos trabalhadores e dos diversos setores do governo e da sociedade civil, envolvidos ou comprometidos na sua representatividade.
23. Seu papel é bastante claro e objetivo, transparente na sua atuação, como convém às instâncias democráticas. A começar pela análise e diagnóstico da própria situação do controle social, dos conselhos existentes nos três níveis de governo, dos modelos adotados pelos diferentes órgãos públicos, das suas interfaces manifestas e das suas decisões, da representatividade e vínculo dos conselheiros com as suas bases; e do desenho de planos municipais de saúde, atentos à realidade local. Este é um requisito fundamental à sua aprovação pelos Conselhos e conseqüente habilitação do Município.
24. A existência dos Conselhos de Saúde e Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, entretanto, não prescinde da mobilização da sociedade civil organizada e dos sindicatos. Ao contrário, apóia-se e fortalece-se nela, no seu papel agregador, organizativo e propositivo. E na criação de fóruns de discussão, em nível regional e nacional, e na articulação de outras instituições, para as quais sejam convidados a participar o representante do Ministério Público e onde se discutam o intercâmbio entre as diversas esferas de controle social, a democratização dos conhecimentos e da informação em saúde, a educação para a saúde no trabalho em todos os níveis do ensino público e privado, a entrada de novas tecnologias como

fator de qualificação e melhoria das condições do trabalhador ou, senão, seu potencial de desemprego ou contaminação ambiental.

25. São muitos assuntos que alimentam esse debate. O controle social sobre o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho é um deles. Também entram na pauta a responsabilidade do empregador, a autonomia do trabalhador no controle da sua saúde, os “Limites de Tolerância” impostos no ambiente de trabalho, a inclusão de desempregados no controle social e no acesso a benefícios, o estabelecimento de Conselhos Gestores na Previdência Social, a participação organizada dos trabalhadores nas deliberações das Agências de Previdência Social, as mudanças na Política de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, entre outros.
26. A comunicação social do governo tem a responsabilidade de informar a sociedade sobre a realidade da Saúde Pública, o papel do controle social no seu aprimoramento e, com o mesmo empenho, as experiências bem-sucedidas de melhoria das condições de vida e saúde do trabalhador.
27. Este documento, cujo objetivo principal é servir de referência histórica às discussões e deliberações das etapas municipal, estadual e nacional da **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, abre-se com uma contextualização histórica da saúde do trabalhador no Brasil, seguida de propostas de reflexão nos painéis e aprofundamento nas três plenárias temáticas da 3ª CNST, definidas pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, com vistas à proposição de formas adequadas à sua operacionalização. Essas propostas refletem o desejo do controle social do SUS e da garantia de responsabilidade do Estado pelo desenvolvimento de uma política nacional que abarque todo conhecimento produzido e a experiência brasileira e de outras nações sobre as questões de segurança no trabalho e atenção à saúde dos trabalhadores.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

28. No Brasil, até 1988, a saúde era um benefício previdenciário restrito aos contribuintes, ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica; ou, ainda, uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência, nem recursos para pagar a assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos, a exemplo das Santas Casas.
29. A atenção à saúde era, rigorosamente, um produto de serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, mediante uma política de Estado compensatória voltada aos trabalhadores contribuintes, formalmente inseridos no mercado de trabalho.
30. As ações de caráter mais coletivo, as chamadas "ações de Saúde Pública", eram executadas pelo Ministério da Saúde e dissociadas da atenção individual. Elas se resumiam a campanhas e programas de caráter preventivo, predominantemente, como vacinação e atenção a doenças específicas, inclusivamente, as endemias.
31. Apesar da desigualdade histórica de distribuição da riqueza e da imensa diversidade étnica, cultural e geográfica do País, o modelo de atenção à saúde daquela época excluía o acesso da maior parte da população, contribuindo para perpetuar uma péssima qualidade de vida e de saúde dos cidadãos.
32. A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos de massa impulsionou o Brasil em direção a um processo de redemocratização. Nesse contexto, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária. A saúde do trabalho veio se somar a outras respostas institucionais, diante dos diversos movimentos sociais que reivindicavam, entre outras questões, que ela fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública defendido pelo movimento social.
33. O texto da Constituição Federal, em seu artigo 198, afirma que "... As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único..."; e, em seu artigo 200, define que "... ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de saúde do trabalhador...". Dessa forma, a configuração da saúde do trabalhador dá-se, diretamente, no âmbito do direito à saúde e como competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Em razão da abrangência de seu campo de ação, a saúde do trabalhador, obrigatoriamente, exige uma abordagem intra-setorial, multiprofissional e interdisciplinar, que envolva todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e intersetorial, dos setores da Previdência Social, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Justiça, Educação e outros relacionados com as políticas de desenvolvimento, com a participação pró-ativa do trabalhador.
34. O SUS, nos últimos dez anos, representou um enorme avanço no acesso cidadão às ações de atenção integral à saúde e na participação da comunidade na sua gestão, por meio das instâncias legais de controle social. O avanço na conquista do pleno direito à saúde, contudo, depende da equidade na oferta pública de serviços que satisfaçam o usuário, da estruturação e qualificação do SUS para a saúde do trabalhador. As ações em saúde do trabalhador, apesar do arcabouço jurídico estabelecido pelo

SUS, têm-se desenvolvido em alguns Estados e Municípios, tão-somente, de forma fragmentada e isolada das demais ações de saúde.

35. No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, 15.293 deles 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 trabalhadores.<sup>4</sup> A comparação desse coeficiente com o de outros países – Finlândia, 2,1 (2001); França, 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002); e Espanha, 8,3 (2003)<sup>5</sup> – demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho, no Brasil, é cerca de duas a sete vezes maior.
36. No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente provocada por acidentes do trabalho – média de 3.235 auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, por dia útil. Para o mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho.
37. Apesar de elevados, esses números não refletem a realidade que, infelizmente, é bem pior. O Brasil possui uma População Economicamente Ativa de 82.902.480 pessoas. Apenas 22.903.311 são formalmente registrados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada) e as estatísticas oficiais apenas se referem a esse segmento menor. Não existem dados de abrangência nacional que contemplem a situação de acidentes e doenças do trabalho de todos os trabalhadores brasileiros, incluindo aqueles que se encontram na informalidade, os trabalhadores domésticos, os servidores públicos e outros. Estudo realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, em Botucatu, Estado de São Paulo, demonstrou que, de cada quatro pessoas acidentadas no trabalho, naquele Município, 0,9 tiveram registro previdenciário.<sup>6</sup> Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), na América Latina, incluindo o Brasil, são notificadas apenas 1% a 4% das doenças do trabalho.
38. Tradicionalmente, nossas políticas de desenvolvimento têm-se restringido aos aspectos econômicos, traçadas de maneira pouco articulada com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcar com os ônus dos possíveis danos causados à saúde da população, particularmente dos trabalhadores, e à condição ambiental.
39. Hoje, a responsabilidade pelas ações nas áreas de segurança e saúde dos trabalhadores está fragmentada em três setores de governo: Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social. Faz-se necessária uma atuação de forma transversal, integrando, inicialmente, esses três setores. Também é importante que cada um deles promova uma integração entre as áreas internas afins.
40. A proposta de desenvolvimento do Governo 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 apresentam reflexos diretos sobre o modelo de

---

<sup>4</sup> Brasil, Ministério da Previdência Social, 2003.

<sup>5</sup> Takala, Organização Internacional do Trabalho (OIT), 1999.

<sup>6</sup> Binder, MCP e Cordeiro, 2003.



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, devem considerar seus impactos sobre a saúde, o meio ambiente e a qualidade de vida dos trabalhadores.

41. Aprofundar as questões de saúde do trabalhador requer ampla discussão de propostas entre os setores de governo e instâncias de diálogo e controle social envolvidas. A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, convocada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, pautará o tema a partir desse precedente histórico de luta e conquistas da sociedade civil e dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho.

# Propostas feitas na 154ª Reunião Ordinária do CNS<sup>7</sup>

## Eixo temático I

Garantir a integralidade da ação do Estado pressupõe que o trabalhador tenha a proteção da sua vida e da sua saúde asseguradas, desde as ações de promoção até as ações de reabilitação. Hoje, a responsabilidade por essas ações está diluída em três setores do governo: Trabalho, Saúde e Previdência Social. Faz-se necessária uma atuação transversal que integre essas três áreas. O trabalhador exige que haja uma articulação no Governo para a implementação de uma política de Estado que assuma todas as questões relacionadas ao exercício do trabalho e que garanta o direito constitucional à saúde.

## PROPOSTAS

### Políticas gerais

42. O desenvolvimento, pelo Estado, de políticas universais de inclusão social do trabalhador com equidade, intersetoriais e integradas – Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social –, contemplando ações preventivas, curativas e de reabilitação que garantam o seu acesso a um atendimento humanizado cuja consecução envolva as três esferas de governo – federal, estadual e municipal.
43. Previsão, pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, de um fluxograma de integração entre os órgãos setoriais e suas responsabilidades específicas, eliminando as dicotomias e evitando superposições. Esse fluxograma deverá identificar as metas institucionais e divulgá-las, amplamente, entre os integrantes e os agentes de sua execução. O planejamento e o orçamento das ações devem ser realizados em conjunto.
44. Efetivação, pelos órgãos públicos competentes, das ações práticas integradas de vigilância em saúde, rompendo as barreiras à realização da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador. A fiscalização deve ser exercida por todas as instâncias, de forma integrada e sinérgica.
45. Integração da saúde do trabalhador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), intra-setorialmente.
46. Valorização do nexa epidemiológico<sup>8</sup> presumido das doenças relacionadas ao trabalho para concessão de benefícios previdenciários, de forma transversal e integral, para garantir as possibilidades de elaboração de nexos etiológicos.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> As propostas, aqui elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde, tiveram como base o Relatório Final do Seminário Preparatório para a 3ª CNST, ocorrido em São Paulo-SP, entre 17 e 18 de novembro de 2004.

<sup>8</sup> Nexa epidemiológico: para fins deste texto, aplica-se a proposta da Previdência Social de se utilizar conceitos de prevalência e incidência de doenças para fins de concessão de benefícios previdenciários acidentários.

<sup>9</sup> Nexa etiológico, para fins deste texto, significa a verificação do fator causal que gerou o agravo, para fins comprobatórios de relação existente entre o quadro clínico e a atividade do adoecido.

47. Garantia de que os diagnósticos e os nexos de agravos à saúde relacionados<sup>10</sup> com o trabalho, estabelecidos pelo setor Saúde, sejam acatados pelas demais instituições – inclusive a Previdência Social –, eliminando papéis duplicados e custosos ao Estado.
48. Inclusão, pelas políticas e ações de governo, de todos os trabalhadores – o servidor público entre eles – no sistema de proteção à segurança e saúde do trabalhador.
49. Proposição de fóruns de debates e concentração de empenho político na discussão da legislação que possibilite a atuação integral e transversal dos órgãos institucionais.
50. Redução da monetarização dos riscos, evitando as condições insalubres de trabalho.

## **ORGANIZAÇÃO**

51. Garantia de que a vigilância em saúde do trabalhador seja executada pelo setor Saúde, com a participação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e o poder de penetração social da sua rede.
52. Garantia de condições reais de acesso do trabalhador rural ao Sistema Único de Saúde, assegurando atendimento integral e humanizado, de qualidade, que inclua atendimento pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão e outros agravos. O funcionamento noturno deve ser assegurado para o maior atendimento dos trabalhadores urbanos.
53. Manutenção, em caráter de prioridade, da fiscalização do meio ambiente e das condições de desenvolvimento do trabalho, visando à manutenção da saúde do trabalhador.
54. Inclusão de Núcleos de Reabilitação dentro dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.
55. Garantia do preenchimento, pela empresa, da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), mesmo nos casos de afastamento por período menor do que 15 dias.
56. Inclusão de outros profissionais de saúde na Comissão de Perícia da Previdência Social, para avaliar recursos negados de nexos causais relacionados ao trabalho.
57. Criação de uma política de recuperação de doentes visando à sua reintegração ao mercado de trabalho, no final do período de afastamento, com recepção de benefício previdenciário.
58. Consecução de reabilitação profissional efetiva, que proporcione a formação do trabalhador para atuação em áreas adequadas à sua atual condição de saúde.
59. Exigência do cumprimento da função da Previdência Social, humanizando-a e garantindo, aos que dela necessitem, o acesso aos benefícios previdenciários.

---

<sup>10</sup> Nexos de agravo, para fins deste texto, significa a comprovação entre o quadro clínico apresentado pelo trabalhador e suas condições de trabalho.

60. Aumento e eficácia da fiscalização das relações de trabalho e aplicação de penalidades pelo Ministério do Trabalho e Emprego, que impeçam a reincidência das infrações, extensivas ao setor público.
61. Realização, pelo Ministério da Previdência Social, de concurso público para médicos e peritos da Previdência Social.
62. Estabelecimento de mecanismos de gerenciamento das ações previstas na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
63. Descentralização do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat), em todas as instâncias da Federação – nacional, estadual e municipal –, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência entre as instituições participantes, nos moldes do SUS.
64. Superação dos entraves jurídicos que dificultam as ações integradas de vigilância da saúde do trabalhador em nível nacional.
65. Transformação dos Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) em Serviços Especializados de Segurança no Trabalho, contando com a participação efetiva das empresas na melhoria das condições laborais.

### **Formação**

66. Garantia pelas políticas públicas, na prática das ações, da integralidade dos saberes necessários à efetividade dos serviços de saúde, prevenindo a redução de visões fragmentadas na atenção à saúde do trabalhador.
67. Busca da integralidade entre as diversas áreas do conhecimento sobre a saúde do trabalhador, para que sejam feitos o diagnóstico etiológico e onexo pericial das doenças relacionadas ao trabalho.
68. Valorização das instituições de pesquisa e de desenvolvimento de conhecimento na área da Saúde do Trabalhador, assegurando a reorientação dos seus projetos e atividades para o atendimento das demandas sociais, pautadas em currículos voltados à humanização das relações de trabalho.
69. Inclusão, pelos órgãos de governo, das universidades na execução de ações integradas em saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à formação profissional e à pesquisa.
70. Capacitação, pelos gestores do SUS, dos profissionais do sistema na identificação da relação entre o atendimento de saúde prestado aos trabalhadores e os riscos existentes no ambiente de trabalho.
71. Estruturação da formação em saúde do trabalhador de maneira integralizada, evitando a compartimentalização dos conhecimentos.
72. Implementação, nas ações transversais do setor Saúde, de atividades que permitam aos Pólos de Capacitação do Sistema Único de Saúde contemplar a área da Saúde do Trabalhador.
73. Garantia da formação de profissionais pelas diversas instituições, por meio de programas de atividades articulados e conjuntos.
74. Cumprimento da Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), assinada em 7/6/85 e promulgada em 22/5/91, que prevê a inserção dos princípios de segurança, saúde e meio ambiente no trabalho

como tema transversal aos currículos de ensino dos níveis fundamental, médio e superior.

### **Informação**

75. Incentivo à execução das Ações Regressivas pela Previdência Social, por meio do envio de informações do Ministério do Trabalho e Emprego sobre as investigações de acidentes do trabalho.
76. Fortalecimento institucional mediante a formação de corpo técnico e administrativo e a realização de concursos públicos, aparelhamento das instituições e outros procedimento que visem garantir a integralidade efetiva das ações de saúde do trabalhador.
77. Implementação, pelo Governo Federal e governos estaduais, de um sistema de informação e comunicação articulado entre os diversos setores envolvidos nas políticas públicas de saúde do trabalhador.
78. Compilação, pelos sistemas de informação em saúde, de todas as informações relacionadas ao atendimento, pelo SUS, de trabalhadores acidentados e portadores de doenças no trabalho, promovendo a inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas de saúde e coibindo a subnotificação de ocorrências.
79. Criação, pelos órgãos federais, de um sistema integrado de informações por meio de observatórios do trabalho, compatibilizando as informações e democratizando o seu acesso.
80. Divulgação das experiências exitosas de transversalidade.
81. Delegação aos Conselhos de Saúde, por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador nas três esferas de governo, do acompanhamento da implementação e divulgação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

### **Financiamento**

82. Promoção do debate entre os órgãos públicos atuantes em segurança e saúde do trabalhador e as instituições de financiamento de pesquisas sobre investimento na produção de conhecimento para valorização das ações do setor.
83. Previsão de parâmetros de atuação integrada na elaboração dos orçamentos para os três Ministérios participantes do Geisat.
84. Garantia de recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de custear os procedimentos em saúde dos trabalhadores.

## Eixo temático II

### **COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS(AS) TRABALHADORES(AS) NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?**

A temática do Desenvolvimento Sustentável encontra-se na agenda dos movimentos sociais, das instituições e do Governo, visando melhorar as condições de vida da população por meio do progresso econômico e do crescimento do trabalho, da geração de emprego e renda e da consecução das transformações sociais desejadas. É mister que as políticas públicas de promoção do desenvolvimento do País considerem o seu impacto na saúde e na vida dos trabalhadores.

#### **PROPOSTAS**

85. Entendimento do desenvolvimento social como defesa e promoção da qualidade de vida: direito à moradia, à saúde, ao transporte, ao meio ambiente saudável – trabalho em condições saudáveis.
86. Desenvolvimento de subsídios conceituais à introdução de políticas de saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico e social.
87. Promoção da discussão de segurança e saúde do trabalhador pautada nos conceitos de Desenvolvimento Sustentável e de Responsabilidade Social.
88. Inclusão do conceito de Desenvolvimento Sustentável na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, respeitando as diversidades e contribuindo para a superação das desigualdades regionais.
89. Respeito à vida e à saúde como valores absolutos e universais.
90. Estabelecimento de uma política de Estado para o desenvolvimento sustentável, que preceitue:
  - Prioridade incondicional, na formulação de políticas públicas, do direito universal à vida e à saúde.
  - Determinação da saúde como fator condicionante para o desenvolvimento sustentável, nos seus aspectos sociais e econômicos.
91. As políticas de emprego devem ser mais amplas, incluindo o setor informal.
92. Implementação, pelo gestor federal do SUS, de ações norteadas pelo conceito de Desenvolvimento Sustentável, tendo como parâmetro as diretrizes estabelecidas nos planos de ação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de forma que essas diretrizes se desdobrem nos planos estaduais, regionais e municipais de saúde do trabalhador.
93. Incorporação dos conceitos, princípios e diretrizes da atual Política Nacional de Meio Ambiente na elaboração e implementação de uma política que envolva as questões de segurança, saúde e meio ambiente e que tenha, como órgãos responsáveis, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e da Saúde.
94. Inserção, na agenda do meio ambiente, da questão da saúde do trabalhador em áreas contaminadas.
95. Inclusão da temática da Saúde do Trabalhador na Agenda 21.

96. Incorporação das questões de segurança e saúde do trabalhador em uma política de desenvolvimento sustentável que não as dissocie de outras políticas – como emprego, meio ambiente, pequenas e médias empresas –, o que implica mudança de paradigmas e incentivos estatais.
97. Discussão da integração do planejamento e da segurança e saúde do trabalhador nas políticas públicas de desenvolvimento sustentável.
98. Garantia de implementação de políticas que assegurem o desenvolvimento de tecnologias limpas.
99. Estabelecimento de políticas tributárias e de incentivo ao desenvolvimento e uso de tecnologias limpas.
100. Estabelecimento de políticas tributárias e de incentivo ao desenvolvimento prioritário de atividades com reduzido ônus à saúde dos trabalhadores.
101. Construção de indicadores de geração de cenários e territórios – exemplo: exposição a riscos.
102. Elaboração, sob o enfoque da lógica de território, de uma proposta de vigilância antecipatória que disponha de instrumentos para analisar e monitorar o processo de trabalho e a saúde, avaliando as suas possíveis conseqüências para as próximas gerações e para o meio ambiente.
103. Criação de uma política específica de resolução do problema de introdução de novas tecnologias – insumos agrícolas –, agregando todos os setores e garantindo o acesso público às decisões e deliberações sobre essa questão.
104. Prevenção da discriminação social por meio de ações educativas dirigidas aos trabalhadores no ambiente de trabalho.
105. Consideração, pelo governo, das questões do trabalho no desenvolvimento sustentável, para que diminuam os impactos negativos à saúde do trabalhador.
106. Incorporação do conceito de Desenvolvimento Sustentável às questões de segurança e saúde do trabalhador na formação profissional, na educação popular em saúde e na capacitação daqueles que estão envolvidos na ação e na discussão sobre o tema.
107. Promoção de novas formas de organização do trabalho que garantam o trabalho saudável.
108. Respeito à geografia no enfoque do desenvolvimento sustentável – exemplo: leis elaboradas para uma região ou sociedade, não necessariamente, servem para outra.
109. Garantia de investimentos governamentais – provenientes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios – em atividades que contemplem o fator trabalho.
110. Discussão do custo da migração e da transferência dos riscos na questão ambiental integrada à segurança e saúde do trabalhador.
111. Ampliação do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat) com a inclusão dos Ministérios que se ocupam do Desenvolvimento Sustentável, mas que não vêm atuando sobre a questão de modo conjunto: Meio Ambiente; Indústria e Comércio; Planejamento, Orçamento e Gestão; e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

112. Discussão de mecanismos intersetoriais e interinstitucionais na análise e formulação dos relatórios de impacto ambiental e na fase de licenciamento de instalação e funcionamento de novos empreendimentos, considerando a sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a Saúde Pública.
113. Responsabilização dos empregadores e das empresas, independentemente do setor econômico, pela infração das legislações ambiental, sanitária e trabalhista; e criação de incentivos àqueles que invistam na prevenção aos agravos da saúde do trabalhador.
114. Fortalecimento dos mecanismos legais e estratégicos de aplicação da punição aos infratores que desconsideram os impactos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente na implementação de políticas de desenvolvimento sustentável.
115. Atenção ao micro e ao macroempresário em todo o processo produtivo, embora a forma de produção seja ditada pelo grande empregador.
116. Monitoramento e controle, pelas instituições públicas responsáveis pela saúde e meio ambiente, da instalação de novos processos que representem risco à saúde e ao meio ambiente, inclusive na lida com obras públicas.
117. Responsabilização e culpabilização das empresas que degradem o meio ambiente e a saúde do trabalhador.
118. Proibição da instalação de empresas com tecnologias que contaminem o meio ambiente e degradem a saúde do trabalhador.
119. Estudo de equiparação das sanções civil, penal e administrativa – incluindo as multas existentes na área ambiental –, em defesa da segurança e saúde do trabalhador.
120. Criação de mecanismos que evitem a ocorrência de danos ao meio ambiente e à saúde do trabalhador.
121. Implementação de políticas de conscientização dos pequenos empregadores em relação ao meio ambiente e ao direito de seus empregados.
122. Fomento aos bancos de caráter social para que invistam em políticas de inovação e recuperação da saúde do trabalhador, pautadas em novas tecnologias e estudos de impacto na saúde.
123. Incentivo ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como agente de fomento ao crescimento de políticas sociais efetivas, dirigidas ao bem-estar do trabalhador e à preservação do meio ambiente.
124. Criação de instrumentos, como um fundo integrado entre os Ministérios, para fomento e realização de estudos e pesquisas com objetivos de saúde e de desenvolvimento.
125. Contribuição das universidades e da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro –, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE –, para o desenvolvimento e difusão de estudos das relações entre desenvolvimento econômico e saúde, bem como de alternativas de subsídio à atuação dos responsáveis pelas políticas econômicas.



### **Eixo temático III**

#### **COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?**

Os trabalhadores desejam aprofundar o debate sobre o controle social da sua saúde que ultrapasse as instâncias do poder público. É importante refletir acerca das formas de atuação do trabalhador junto a instituições públicas como a Saúde, o Trabalho e Emprego e a Previdência Social; e a instâncias de outros órgãos, cujas políticas tenham reflexo nas condições de vida e no ambiente de trabalho. Ainda não se conquistou o controle social efetivo dos processos de trabalho, que permita a participação democrática do trabalhador na gestão e no poder de decisão sobre os locais de trabalho, com impacto direto sobre a sua saúde.

#### **PROPOSTAS**

126. Garantia da implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde, em todos os seus níveis.
127. Fortalecimento das Comissões Intersetoriais de Segurança e Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, em todos os seus níveis, com a participação de todos os agentes sociais envolvidos.
128. Garantia de representação dos trabalhadores e de controle social em todas as instituições públicas, na elaboração e implementação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
129. Inclusão de delegado, eleito entre seus pares, na organização local de trabalho para as questões de saúde.
130. Apresentação e discussão, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e nos Conselhos Municipais de Saúde, dos documentos originados dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.
131. Retomada da discussão sobre o papel dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e estabelecimento do seu controle social.
132. Discussão dos mecanismos de transparência e de responsabilização de todas as organizações empregadoras sobre a segurança e saúde do trabalhador.
133. Criação de fóruns regionais e de fórum nacional para as discussões específicas de intersetorialidade em segurança e saúde do trabalhador.
134. Efetivação do controle social no estabelecimento e rediscussão dos Limites de Tolerância em ambientes de trabalho.
135. Criação de mecanismos de inclusão dos segmentos de trabalhadores do mercado informal nas instâncias de controle social.
136. Estabelecimento de conselhos gestores na Previdência Social, garantindo a participação organizada dos trabalhadores nas decisões das Agências de Previdência Social, com o objetivo de conseguir o estabelecimento de “nexo causal epidemiológico”, interrompendo a cadeia de

- sofrimento imposta aos trabalhadores para a obtenção do benefício previdenciário acidentário.
137. Valorização e incentivo à participação do controle social na implantação e acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).
  138. Garantia da liberdade de participação e do controle social nos locais de trabalho.
  139. Discussão, com a sociedade organizada, das ações ou propostas de privatização que se contraponham à integralidade das ações, tais como: mudança na Política de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); proposta de privatização do Seguro Acidente do Trabalho no Ministério da Previdência Social; e outras.
  140. Participação no controle social, na qualidade de convidados, dos representantes do Ministério Público do Trabalho em todos os Estados. Reforço à criação de mecanismos que promovam a interlocução entre o Ministério Público, nos seus três níveis de atuação, e o controle social.
  141. Contribuição das centrais sindicais e demais representações dos trabalhadores em geral no controle social.
  142. Fortalecimento da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
  143. Realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no prazo de um ano de antecedência à realização da Conferência Nacional de Saúde.
  144. Estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral, visando socializar as informações pertinentes à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador.
  145. Busca, por todas as áreas ministeriais, estaduais, municipais, entidades afins e representações sindicais, das informações disponíveis na Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), resultantes das pesquisas feitas ou em andamento, para que sirvam de suporte técnico e garantia da difusão dos conhecimentos para toda a sociedade brasileira.
  146. Garantia de que as decisões da sociedade civil organizada sobre novas tecnologias sejam implementadas, independentemente do setor econômico.
  147. Garantia de consulta pública e implementação das decisões tomadas pelo controle social.
  148. Garantia de participação dos trabalhadores na elaboração das normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e na fiscalização das condições de trabalho.
  149. Garantia de participação dos diversos atores no controle social.
  150. Promoção da intersectorialidade e transversalidade nas ações de políticas públicas em saúde do trabalhador, para atender ao princípio do SUS de defesa e garantia do controle social.
  151. Qualificação do controle social para a formulação, o planejamento e a avaliação das políticas de saúde do trabalhador.

152. Incentivo à mobilização social para o fortalecimento do controle social, aproximando as políticas de saúde do trabalhador das necessidades e demandas da população.
153. Defesa e promoção, pelos sindicatos, da saúde do trabalhador mesmo quando desempregado, no pleno exercício da sua cidadania.
154. Estímulo à articulação das entidades cujas ações se relacionem com a saúde do trabalhador, por meio de eventos específicos e pertinentes à região.
155. Criação de mecanismos de interação entre as representações dos Conselhos de Saúde.
156. Interação do conselheiro de saúde com a sua base de representação.
157. Democratização e fortalecimento do acesso ao conhecimento científico e aos saberes de qualidade acumulados na área da Saúde do Trabalhador.
158. Inclusão e fortalecimento do movimento sindical no controle social da saúde do trabalhador.
159. Difusão dos conceitos de segurança e saúde do trabalhador na rede de ensino público e privado, em todos os seus níveis.
160. Promoção de capacitação permanente dos conselheiros de saúde e do controle social sobre a saúde do trabalhador, fomentando a formação de agentes multiplicadores.
161. Inclusão, nas diversas graduações, cursos profissionalizantes e de educação permanente, do tema da saúde do trabalhador.
162. Fortalecimento das instâncias atuantes no controle social; e sistematização da legislação específica existente, para avaliação e eliminação das possíveis sobreposições e contradições.
163. Inclusão da saúde do trabalhador como tema de informação, divulgação e discussão nas agendas dos Municípios, Estados e Governo Federal – Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e da Educação.
164. Estabelecimento de relação com a mídia, para a divulgação mais ampla das ações do controle social.
165. Elaboração de uma política de governo de comunicação social em Saúde do Trabalhador.
166. Promoção de eventos em saúde do trabalhador, em locais de grande afluxo de pessoas.
167. Ampliação do controle social em saúde do trabalhador, tornando-o mais propositivo e promotor de subsídios ao planejamento das ações para o setor, buscando interferir nas tecnologias que causam desemprego, danos à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores.
168. Estabelecimento de intercâmbio entre todas as esferas de controle social – municipal, estadual e nacional –, inclusive por meio da campanha “O SUS É PARA TODOS”.
169. Direcionamento de parcela da arrecadação do Seguro Acidente do Trabalho (SAT) para o financiamento de ações de prevenção desse tipo de evento, submetido a mecanismos de controle social sobre a destinação dos recursos, a eficiência na sua utilização e a eficácia nos seus resultados.

170. Difusão, para a sociedade, do conhecimento técnico em segurança e saúde no trabalho.
171. Garantia de participação dos sindicatos na escolha dos médicos do trabalho, pagos pela empresa.
172. Implementação de um novo modelo de controle social na Previdência e no Trabalho e Emprego, rompendo com as práticas existentes.
173. Compreensão e assimilação das transformações no mundo do trabalho e nas formas de organização dos trabalhadores.
174. Proposição de estratégias de preparação e estímulo à população para o exercício do controle social.
175. Identificação e conhecimento de quais modelos de participação social são utilizados pelos diversos setores e Ministérios – exemplos: controle consultivo [Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP)], no Ministério do Trabalho e Emprego; e controles deliberativos, no SUS (CNS) e no Meio Ambiente [Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama)].
176. Obrigação do cumprimento da legislação pertinente sobre o controle dos Fundos Municipais de Saúde pelos Conselhos de Saúde, na execução dos recursos destinados à saúde do trabalhador.
177. A articulação intra e intersetorial, para facilitar a transparência nas ações governamentais executadas pelas esferas nacional, estadual e municipal.
178. Promoção de uma análise crítica das interfaces da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego, nos seguintes aspectos:
  - Controle social no local de trabalho
  - Papel dos Conselhos de Saúde
  - Conselho Gestor
  - Comissões Tripartites
179. Realização de diagnóstico da situação do controle social nas três esferas de governo, contemplando os seguintes aspectos:
  - Divulgação
  - Infra-estrutura
  - Modelos existentes
  - Comunicação e informação
  - Agenda política
  - Integração e articulação entre os diversos atores
  - Transparência das ações
  - Capacitação
  - Problemas de representatividade dos Conselhos de Saúde
180. Análise do modelo de controle social adotado por cada Ministério que possua interfaces com a saúde do trabalhador, de forma a garantir que não seja um modelo excludente.
181. Realização dos planos municipais de saúde com um olhar para a realidade local, para que sejam discutidos e aprovados nos Conselhos de Saúde, como única forma de o Município ser habilitado nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.



---

# **COLETÂNEA DE TEXTOS DE APOIO**

---

---

**A Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: a proposta de  
constituição  
da RENAST**

---

### 3.1 - 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 CESTEH 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 assumira 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 referencia e contra referencia 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.

## 3.2 Reflexões sobre as novas Políticas Sociais no Brasil e a Saúde do Trabalhador

<sup>1</sup> **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

Com a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), convocada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, estão dadas as condições objetivas para a construção de uma política pública integrada do governo brasileiro para essa área da saúde coletiva. Esse é um momento que representa uma oportunidade privilegiada para a discussão de Políticas Públicas com ênfase na Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Na agenda da realização das etapas municipais, estaduais e nacional, programada para novembro de 2005, está ocorrendo o debate em torno das questões que constituem os três eixos da CNST: 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)?***

Nesses eixos de construção da Política de Saúde do Trabalhador estão embutidas questões teóricas e contextualizadas nas políticas públicas atuais. Esta é uma reflexão inicial e tenta aprofundar as relações entre os eixos temáticos da 3ª CNST e criar uma tese de intervenção a ser discutida nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional.

### CONTEXTO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e do trabalho produziram alterações significativas para a vida da sociedade e na determinação das políticas públicas implementadas pelo Estado. O processo de transformação material (trabalho) existente em uma sociedade, em um dado momento histórico, e o grau de organização e pressão da sociedade civil estão intimamente relacionados com as políticas sociais assumidas pelo Estado. Observa-se que as políticas públicas se alteram de acordo com a necessidade do Estado intervir para regular conflitos potenciais ou reais entre interesses sociais diversificados. O Estado, segundo Veloso et alli (s/d), não pode fugir da

responsabilidade de garantir direitos e limites dos cidadãos, entre outras na área de saúde.

A Saúde do Trabalhador é um campo das políticas públicas que traz na discussão do processo saúde-enfermidade a categoria trabalho como central. A partir dessa premissa, discutem-se as relações do trabalho com as outras políticas sociais, como condições de existência, moradia, alimentação, meio ambiente, lazer, autonomia, cidadania. Todas essas políticas são transversais e fazem parte do conceito ampliado de saúde aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O trabalho ocupa uma posição central na determinação do processo saúde/doença – não apenas dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem. Uma análise sobre o mundo do trabalho contemporâneo aponta para uma simultaneidade de processos de trabalho diversos, com a universalização da atividade econômica, a internacionalização dos mercados e com as mudanças nas relações internacionais. O processo de mundialização do capital e o avanço tecnológico que consolidaram o processo de globalização determinaram uma hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo (Petrella, 1996; Bernal-Meza, 1998), fato esse que tem levado a mudanças nos modos de trabalhar e no processo de saúde-enfermidade-trabalho.

Se nos anos 60 a economia capitalista mundial fundava-se na produção fordista (mercadorias padronizadas, com custos reduzidos), hoje se vive um novo padrão de desenvolvimento chamado de acumulação flexível. Esse modelo, segundo Harvey (1996), deu lugar a processos de trabalho marcados pela flexibilidade não só dos processos produtivos como também de sua organização (postos de trabalhos, demanda, diversificação das tarefas, ritmo, volume, jornada de trabalho, salários, contratos de trabalho) e, também, dos mercados de trabalho e dos padrões de consumo.

No Brasil, ao longo dos últimos 10 anos, a flexibilização das relações laborais representou a expressão das políticas econômicas implementadas. A reestruturação produtiva foi a forma encontrada pelas empresas brasileiras para enfrentar a abertura do mercado ao capital internacional. Assim, para se defrontar com o aumento da competitividade dos mercados, precisou capacitar-se: automatizou-se, mudou as formas de organização técnica do trabalho e suas formas de gestão. Observa-se uma tendência mundial de diminuição de despesas operacionais (pessoal e manutenção) em relação ao total de ativos (patrimônio).

Essas transformações deram lugar na conjuntura nacional a altas taxas de desemprego. Mattoso (1999) aponta que, entre 1989 e 1998, o desemprego cresceu, relativamente, mais entre os homens com idade acima de 40 anos, casados e com maior escolaridade. O tempo de desemprego médio brasileiro passou de cerca de 15 semanas, em 1989, para 36 semanas em 1998, alcançando 40 semanas nos primeiros meses de 1999.

A redução de pessoal está também associada ao crescimento da terceirização do trabalho e ao mercado informal. A terceirização é uma estratégia de redução de custos com pessoal e pode contemplar profissionais de baixa ou de elevada qualificação. Teve início com a terceirização de atividades não específicas do negócio das empresas, como a limpeza, segurança, manutenção de prédios, transporte de malotes, restaurantes.



Atualmente, atinge áreas de suporte, como informática (digitação, programação, cadastramento), assim como atividades de baixa qualificação ou que tendem a desaparecer em curto espaço de tempo. Constatase ainda o aumento da terceirização de profissionais de elevada qualificação (pagamento de altos salários e vultosos investimentos em treinamento)

A terceirização, freqüentemente, traz consigo a precarização das relações de trabalho, com prejuízo aos direitos dos trabalhadores, sendo a jornada de trabalho um dos exemplos mais expressivos. Em geral, os trabalhadores terceirizados cumprem uma jornada de trabalho superior à dos trabalhadores empregados, sem a contrapartida da remuneração e de outros benefícios estabelecidos pela categoria (DIEESE, 1996).

O desemprego tem sido causa do aumento do trabalho informal e do trabalho infantil, fontes de intenso sofrimento dos trabalhadores brasileiros. Esses acabam se submetendo a qualquer condição de trabalho, pois o desemprego traz a falta de possibilidade de novas inserções profissionais. Esse novo perfil ocupacional passa a gerar situação de pobreza e de miserabilidade.

O relatório sobre o Desenvolvimento Humano, da Organização das Nações Unidas (ONU), mostra que o Brasil apresentava, no início da década de 90, um dos maiores índices de desigualdade no mundo devido às mudanças econômicas e à distribuição de renda. Estudos apontam que o desemprego é duas vezes mais elevado entre os pobres do que em grupos com rendimentos médios ou superiores e, conseqüentemente, também mais elevados entre os muito pobres em comparação com os relativamente pobres. Tal situação tem levado a um cenário onde o Brasil é um país onde 20% da população tem 67,5% da renda e os 20% restantes têm somente 2% da renda. Mais de 70 milhões de pessoas buscam sobreviver com rendimento mensal inferior a R\$149. Em estados como Maranhão, Tocantins e Piauí, quase 70% da população tem renda *per capita* domiciliar abaixo de R\$ 73 por mês (Veloso et alli, s/d)

Assim, o ciclo vicioso da pobreza restringe o acesso à qualificação e oportunidades de melhorias e emprego. O trabalho infantil e juvenil está intimamente ligado à associação da pobreza das famílias e à evasão escolar, levando milhares de jovens ao trabalho como forma de sobrevivência. Um grande contingente de crianças e adolescentes trabalham em condições abusivas, de exploração e de risco.

Apesar dessa realidade, as políticas públicas atuais têm sido pautadas por uma política econômica conservadora, ditada pelo Fundo Monetário Internacional, em detrimento de políticas sociais. Isso é observado pelo aprofundamento da submissão às pressões macroeconômicas que, se expressam na política recessiva imposta pelo Banco Central (taxa de juros), mais a produção de superávits, transferindo recursos do setor produtivo para o capital financeiro. Ocorre, assim, o contingenciamento dos recursos das políticas sociais. Os ministérios sociais têm parte de seus orçamentos redirecionados para pagamento do serviço da dívida externa.

Os exíguos recursos permitidos pelo ajuste fiscal só possibilitam políticas sociais que se distanciam da seguridade social, diminuindo os direitos dos trabalhadores (Previdência Social), mantendo salários congelados, limitando a reforma agrária. As políticas propostas são emergenciais, centradas num modelo focalizado, concebidas para o alívio da pobreza, para a redução da vulnerabilidade e/ou capacitação individual de segmentos específicos, previamente selecionados por critérios de desenvolvimento humano (Werneck Vianna, M.L 2005)

As principais políticas sociais “Fome Zero” e “Bolsa Família” têm a questão da pobreza como prioridade. A diminuição da exclusão social e das desigualdades (renda mínima) é objeto de intervenção. Mas, sabe-se, a luta contra a exclusão não pode se restringir à renda mínima (“Bolsa Família”). Esse programa tem caráter individual, não contempla avanços na organização social, na construção da cidadania, na geração de emprego. Seu objetivo último é a diminuição da tensão social e não a verdadeira inclusão social.

Se por um lado, políticas sociais como “Bolsa Família” podem auxiliar trabalhadores brasileiros desempregados, por outro, ainda falham pelo seu caráter assistencial e pela fragilidade do salto organizativo ou da geração de emprego a elas associadas. Para que possamos avançar, gerando a verdadeira inclusão social, urge que se possa repensar tais políticas.

Frente a essa realidade, uma das teses da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) é o resgate da articulação das ações de Governo e a necessidade da construção de uma agenda interministerial cujo eixo central seja a geração de emprego, com tecnologia limpa para que haja a diminuição dos riscos relacionados ao processo saúde-enfermidade-trabalho e/ou à contaminação ambiental.

As atuais políticas públicas setoriais, que enfocam as áreas relacionadas à produção de bens, distribuição e prestação de serviços (agricultura, comércio, indústria, ciências e tecnologia), não têm levado em consideração aspectos relacionados ao impacto desses processos sobre a geração de perfis de adoecimento no trabalho. Já as políticas de Estado são responsáveis pelos impactos, conseqüências e agravos gerados na saúde do trabalhador e os setores da Saúde, Previdência Social, Meio Ambiente e Trabalho historicamente se caracterizaram por serem fragmentados e dissociados na ação, sendo que a resolubilidade dos problemas, na prática, é muito baixa.

Para que o Estado cumpra sua função social de garantir que o trabalho seja realizado em condições que preservem a saúde e integridade física e mental dos trabalhadores atuais e que essas condições não se deteriorem no futuro, torna-se necessário que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho-PNSST (1994) garanta a construção de políticas que enfatizem a inter-setorialidade na esfera da economia, da indústria, do comércio, da agricultura, e, ainda, da ciência, da tecnologia educação, justiça e outros setores. Para a construção da proposta de desenvolvimento sustentável, elaborada a partir dessas políticas públicas setoriais integradas, é preciso alterar o foco de atuação de modo que o

centro da atenção não seja apenas o capital, mas que contemple, prioritariamente, a classe trabalhadora.

O momento histórico vivido atualmente pode possibilitar um processo de questionamento das opções realizadas e assim permitir uma retomada às origens dos compromissos assumidos pelo Governo Lula com a possibilidade de um redirecionamento do Estado, que se colocou incondicionalmente sob os interesses do grande capital, notadamente o financeiro.

O debate democrático sobre o papel das políticas públicas e do desenvolvimento econômico pode alavancar novas opções para o direcionamento da inclusão social. A construção de alternativas para o desenvolvimento econômico, pautada pelo conceito de desenvolvimento sustentável, torna possível o estabelecimento de políticas interministeriais centradas no desenvolvimento tecnológico de processos produtivos limpos (não lesivos aos trabalhadores e meio-ambiente) por setor de produção, com linhas de financiamento específicas, que serão liberadas mediante a exigência, por parte do Estado, da implantação de instâncias de controle social para aplicação e acompanhamento desse processo.

Essa proposta envolve uma agenda de trabalho entre os Ministérios da Fazenda, Desenvolvimento Indústria e Comércio, da Ciência e Tecnologia, Trabalho, do Meio ambiente e da Saúde. Caberá aos Ministérios da Saúde, do Trabalho e do Meio Ambiente relacionar os locais e processos produtivos que estão tendo maior incidência de adoecimento, acidente de trabalho ou contaminação ambiental, para que os pontos críticos desses processos possam ser alterados. Ao Ministério de Ciência e Tecnologia, em conjunto com as Universidades, cabe desenvolver alternativas tecnológicas para esses ramos de ocupação. O Ministério da Fazenda, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES fornecerá uma linha de financiamento específica para a implantação de novas tecnologias e processos seguros nos quais o eixo prioritário deva ser o envolvimento da sociedade civil no controle social, com acompanhamento e fiscalização da implantação das mudanças tecnológicas e dos processos produtivos acordados entre as partes envolvidas. Uma vez liberado o recurso e acordadas as metas e a criação do controle social local, os Ministérios do Trabalho e da Saúde passarão a acompanhar a implantação das mudanças tecnológicas e a organização das estruturas de controle social.

O controle social deverá ser local, com a participação dos funcionários das empresas, sindicatos e segmentos da sociedade civil envolvidos na preservação ambiental e na luta pela saúde e trabalho. Suas principais funções serão a de definir prioridades, articular, negociar e acompanhar a implantação das mudanças tecnológicas, além de fiscalizar a aplicação dos recursos e o cronograma, bem como avaliar os resultados obtidos. Assim, o exercício da cidadania será concretizado mediante o direito e o dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação das mudanças estabelecidas como prioritárias. O controle social é um espaço que pode, em última instância, auxiliar na democratização das relações de trabalho.

Por outro lado, as pactuações entre controle social, empresários e instâncias do Estado possibilitarão a construção de um modelo de desenvolvimento sustentável que contemple as questões de saúde e de preservação do meio ambiente.

Este ensaio contextualiza algumas reflexões e propõe alternativas para pensar nas políticas sociais, que não podem se desvincular dos modos como se faz a vida, ou seja, dos modos como sujeitos e coletivos elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses que pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida, envolvendo força políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território.

### **Bibliografia**

- 1-BERNAL-MEZA, R. Los procesos de globalización perspectivas y riesgos para America Latina. **Contribuciones**, p.117-156, 1998.
- 2- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **Evolução recente do emprego bancário no Brasil**, São Paulo, 1998. (Linha Bancários. 2001)
- 3- HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo, : Loyola, 1996.
- 4- MATTOSO, J. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. **O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século**. São Paulo, Página Aberta, 1999.
- 5- PETRELLA, R. Globalização e internalização: a dinâmica da emergente ordem mundial. In: DRACHE, B. **Estados contra mercados: os limites da globalização**. Lisboa: Instituto Piage, 1996.
- 6- VELLOSO, J. et alli **Pobreza, Cidadania e Segurança**. Rio de Janeiro: José Olimpio Editora (s/d).
- 7-WERNECK VIANNA, M.L **Curso de Especialização em Políticas e Gestão Estratégica da Saúde** (material didático) Brasília: ENAP. 2005.

---

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

---

### **3.3 - 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**

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 intrae 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

---

**Direito e Saúde – possibilidades de um novo campo na luta  
pela saúde  
do trabalhador**

---

### **3.4 - 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

ombreada 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 estatutos e aprimoramento dos antigos, na medida da conjunção das áreas, em suas vertentes de formação e pós-formação de seus profissionais e de articulações intersetoriais, 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 mordanças 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.

---

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

---



### **3.5- 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 processos 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:

- |                                     |           |                                    |
|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|
| ➤ <b>Acesso aos serviços</b>        |           | ➤ <b>Resolubilidade do serviço</b> |
| ➤ <b>Humanização do atendimento</b> | <b>do</b> | ➤ <b>Confiabilidade na equipe</b>  |

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 Nº 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.

---

**Gestão Hominal: a saúde do trabalhador também é patromônio - uma proposta**

---

### 3.6 - 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. Reducionismo 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 pratica antes da ONU ou OIT

### 3. COMO FUNCIONA HOJE O CONTROLE DA SAUDE 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 arrepiavam qualquer comercio 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 comercio 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 Líquido - 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. GESTÃO HOMINAL (SAÚDE DO TRABALHADOR) E GESTÃO PATRIMONIAL (SAÚDE DO CAPITAL): A ÚLTIMA FRONTEIRA

A saída está à direita! Parece ironia, mas não é. No binômio capital x trabalho, é 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 adoecer 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 Hominiais 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 hominiais, 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.

---

**Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP**

---

### 3.7 - 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 agravo a 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 adoença 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 adoecedoras, 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 consequências 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 “EPIIZAÇÃO” 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, psicossocial, 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 Agravado – 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.

---

## **O Controle Social no SUS e a RENAST**

---

### 3.8 - 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

---

## **O Movimento pela Justiça Ambiental e a Saúde do Trabalhador**

---

### 3.9 - O Movimento pela Justiça Ambiental e a Saúde do Trabalhador

**Marcelo Firpo de Souza Porto**  
Pesquisador do CESTE/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 locacional<sup>11</sup>, 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 trabalhador<sup>12</sup> 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.

Conforme indica o espanhol Joan Martinez-Alier<sup>13</sup>, 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

---

<sup>11</sup> Termo desenvolvido por Henri Acselrad, professor do IPPUR/UFRJ e teórico da justiça ambiental no país.

<sup>12</sup> Lacaz, F. A. C.; Machado, J. M. H. ; Porto, M. F. S. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

<sup>13</sup> Martinez-Alier, J., 2002. *The environmentalism of the poor: a study of ecological conflicts and valuation*. Edward Elgar Press, Cheltenham.

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<sup>14</sup>. A carta de princípios para a justiça ambiental apresentada nos EUA em 1991<sup>15</sup> 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 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

---

<sup>14</sup> Bullard, R., 1994. *Dumping in Dixie: Race, Class and Environmental Quality*. Westview Press.

<sup>15</sup> Primeira Reunião de Cúpula Ambiental de Líderes de Cor, 24 a 27 de outubro de 1991, Washington D.C.

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)<sup>16</sup> 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**”<sup>17</sup>, 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 consequências 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 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;

---

<sup>16</sup> Informações detalhadas sobre a Rede Brasileira de Justiça Ambiental podem ser obtidas pela Internet no portal [www.justicaambiental.org.br](http://www.justicaambiental.org.br).

<sup>17</sup> O manifesto pode ser lido em sua forma integral no portal mostrada na nota anterior.

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 realidade<sup>18</sup>. 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.

---

<sup>18</sup> 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.



---

**O Processo de Saúde-Doença no Serviço Público e suas  
Conseqüências ao Estado, ao Cidadão e ao Servidor**

---

### **3.10 - 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 estômago, 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 afastamento<sup>19</sup>, 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%.

---

<sup>19</sup> 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.

---

**Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP: um instrumento de controle social**

---

### **3.11 - 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.

---

**Por uma Política de Comunicação a Serviço da Saúde dos  
Trabalhadores**

---

### 3.12 - Por uma Política de Comunicação a Serviço da Saúde dos Trabalhadores

**Sérgio Gomes**

Jornalista, diretor da OBORÉ Projetos  
Especiais e Consultor de Análise e Planejamento de  
Comunicação para a implantação da RENAST –  
Rede Nacional de Apoio à Saúde do Trabalhador no SUS.

Este documento tem o propósito de colaborar com as discussões da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e subsidiar a construção de um projeto de comunicação e educação popular que esteja em sintonia com a Política Nacional de Comunicação e Divulgação em Saúde do Trabalhador orientada pelos princípios do SUS e pela compreensão real e atual do processo de implantação da RENAST – Rede Nacional de Apoio à Saúde do Trabalhador - em todo o território nacional.

Reúne, propositalmente, informações e dados recolhidos e sistematizados ao longo do ano de 2004, por ocasião das primeiras discussões e análises, no âmbito da Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, acerca da importância de um plano de comunicação que pudesse potencializar a implantação da RENAST e facilitar a sua operacionalização ao nível dos gestores públicos, estaduais e municipais, dos serviços de saúde, do controle social e, principalmente, da população usuária.

Portanto, mais que apontar soluções, este texto aponta caminhos possíveis de serem trilhados para quem quer, de fato, reunir forças sociais e políticas na criação de ecossistemas comunicativos que ajudem, desde já, a alterar a triste realidade dos acidentes e mortes de trabalhadores e trabalhadoras no Brasil.

Outro dado importante que contextualiza este texto no âmbito de uma proposta de comunicação a serviço da saúde dos trabalhadores é a saudável opção pelas parcerias. A reunião de forças e fontes que possibilitam o sonho e fortalecem a luta. Há que haver parceiros oriundos das mais diversas áreas - governamental, acadêmica, empresarial, institucional, gente da área artística, cultural, da área da educação, do movimento sindical, das organizações não-governamentais, enfim, a tão apregoada multidisciplinaridade a serviço da causa pública.

Então, apontar caminhos, buscar parcerias e fazer funcionar o que já existe nas mais diversas áreas pode ser uma chave de leitura – mais que isso, uma *práxis* - que reorganiza o papel da comunicação e da mobilização social nos mais variados projetos de intervenção na área da saúde, em especial, na saúde dos trabalhadores, sob a ótica do Sistema Único de Saúde. Esses foram os pressupostos que possibilitaram a construção das idéias a seguir descritas e que, originalmente, constam dos relatórios técnicos de consultoria apresentados à OPAS e à COSAT/MS, durante o ano de 2004.

#### **Um plano de comunicação é parte integrante de um plano de ação**

A concepção e criação de todo plano de trabalho de comunicação, além de intrínseca e necessariamente ligado ao plano de ação, deve ser construído junto e como parte integrante da estratégia técnica e política do projeto em questão. Daí a necessidade de construção coletiva dos seus processos e produtos, e de uma integração plena dos parceiros e de suas propostas de trabalho conjunto.

Portanto, o que fundamentou a tessitura deste plano foi participar de reunião preliminar junto à coordenação da COSAT / DAPE / SAS, no Ministério da Saúde, em

Brasília, nos dias 8 e 9 de janeiro de 2004. Foi a ocasião de recuperar o histórico das políticas de atenção à saúde do trabalhador desde a Constituinte de 88, compreender os objetivos e propostas do novo governo e dos seus gestores da saúde para a área e localizar os principais parceiros políticos e técnicos que deveriam ser contactados visando ao sucesso do Plano de Ação / Plano de Comunicação em absoluta sintonia com os princípios da implantação do SUS em nosso país.

Participaram desta *1ª Oficina Nacional sobre Comunicação e Educação Popular em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente*: Abigail Batista de Lucena Reis; Alexandre Magno Pereira Silva; Ana Luisa Zaniboni; Elizabeth Costa Dias; Eva Socorro da Silva; Francisco Drumond; Isaias A S Gonçalves; Linete Cunha de Souza Maia ; Marcela Santo de Oliveira C. Tavares; Maria da Graça Luderitz Hoefel e Sergio Gomes – todos convidados diretamente pela COSAT a partir da localização das áreas e setores importantes e estratégicos do Ministério da Saúde (DAB, SEGETS, CGVAM e ASCOM ) para que pudessem se articular e pensar o projeto. Este grupo-semente passou a ser denominado *Grupo de Trabalho “Comunicação e Educação Popular em Saúde, do Trabalho e no Meio Ambiente”*, cuja tarefa foi acompanhar a construção coletiva e garantir a interdisciplinaridade do projeto de Comunicação a ser construído.

A partir da apresentação e alinhamento conceitual do projeto, trabalhou-se na apresentação e análise da importância da comunicação para o sucesso de todo e qualquer plano – especialmente os que visam a implementar políticas públicas; discussão sobre a situação dos grandes meios de comunicação no Brasil, sobre a importância crescente dos meios alternativos de comunicação, especialmente da imprensa sindical e de seus aliados, na potencialização do assunto em questão junto aos trabalhadores e aos seus sindicatos.

O tripé comunicação / educação / cultura, além de amplamente discutido, foi considerado a base de toda ação comunicativa que intencione respeito aos conceitos e valores locais e que tenha como alvo a transformação e mudança de comportamento – pelo menos no que concerne ao tipo de informação e conscientização que se pretende ao tratar de saúde do trabalhador.

De acordo com o documento final da Oficina - organizada pela COSAT visando desencadear a organização de um projeto de comunicação e educação popular no campo da saúde do trabalho e do meio ambiente – o projeto de comunicação se impõe “pela necessidade, neste momento de estruturação da RENAST em todos os estados brasileiros, de dar visibilidade a um dos mais graves problemas de saúde pública do nosso país, traduzido por 5 mil mortes, 200 mil mutilados e 800 mil doentes, anualmente, decorrentes de agravos relacionados ao trabalho”.

Foram deliberações da Oficina:

*1. Criar em cada estado o Núcleo de Comunicação e Educação Popular, recomendando garantir, no Plano de Aplicação dos recursos da RENAST (Portaria 1679/02), pelo menos 10% dos repasses mensais, para o custeio das atividades relacionados com este Núcleo, visto que a sua operacionalização é fundamental e imprescindível para a viabilidade e concretização dos objetivos da RENAST.*

*2. Definição dos aliados do projeto de comunicação.*

*3. Articulação com o Setor de Comunicação do Ministério da Saúde, assim como das Secretarias Estadual e Municipal visando colaboração no encaminhamento das demandas de cada um dos centros de referência e de seu Núcleo de Comunicação e Educação Popular.*

4. *Mobilizar as organizações de trabalhadores, visando construir um inventário dos meios de comunicação e dos profissionais vinculados aos boletins, jornais, revistas produzidos pelos sindicatos, que possam ser parceiros na divulgação de assuntos relacionados aos principais problemas de saúde dos trabalhadores de cada um dos estados.*

5. *Levantar a lista completa das rádios comunitárias em atividade e das associações que ainda aguardam autorização de funcionamento, para que sejam capacitadas e possam dar suporte a uma política de promoção da saúde do trabalho e meio ambiente, de abrangência nacional e estaduais.*

6. *Estabelecer um fluxo periódico e permanente entre os comunicadores e radialistas com os Núcleos de Comunicação e Educação Popular, com demandas de interesse para a RENAST, visando a promoção em saúde do trabalhador nos Estados.*

7. *Diagnosticar a situação atual dos números dos acidentes e mortes no trabalho nos estados.*

A partir das deliberações e diretrizes desta primeira oficina nacional, foram montadas várias outras reuniões de articulação visando a costura de parcerias institucionais sólidas com o movimento estudantil, sindical, com a área acadêmica, artística e cultural, algumas já em andamento em nível federal. Entretanto, o que nos parece fundamental destacar como contribuição efetiva para esta Conferência é a conceituação a que chegamos, nas oficinas nacionais, sobre a criação e função dos Núcleos de Comunicação e Educação Popular nos diversos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

### **Um Núcleo que é lago e fonte**

São os objetivos dos Núcleos de Comunicação e Educação Popular a serem instalados nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador:

1. recuperar, produzir e divulgar, interna e externamente, notícias e informações sobre as atividades dos Centros de Referência e de ações de interesse da RENAST, essencialmente as ligadas ao tema saúde e segurança do trabalhador.
2. articular as informações estaduais às municipais e às nacionais, abastecendo e sendo abastecido com informações dos demais Centros de Referência.
3. coordenar e dar conseqüência prática às ações e projetos do Plano de Comunicação do Núcleo.

Suas metas são a definição do projeto de comunicação e dos aliados na sua operacionalização; o estabelecimento de um fluxo periódico e permanente entre os comunicadores e radialistas com o Núcleo, com demandas de interesse para a RENAST, visando a promoção em saúde do trabalhador nos Estados e ainda o diagnóstico da situação atual dos números dos acidentes e mortes no trabalho nos estados.

Para a implantação do Núcleo, os passos sugeridos são a contratação de um jornalista responsável pela sua coordenação técnica e sua implementação, assim como a contratação de dois estagiários de Comunicação, com acompanhamento pedagógico de suas atividades pela universidade local. Outro aspecto importante é sua articulação com o Setor de Comunicação das Secretarias Estadual e Municipal visando a colaboração no

encaminhamento das demandas dos Centros de Referência e do próprio Núcleo de Comunicação e Educação Popular.

Como atividades preferenciais e prioritárias do Núcleo, elencam-se:

1. Mobilizar as organizações de trabalhadores, visando construir um inventário dos meios de comunicação e dos profissionais vinculados aos boletins, jornais, revistas produzidos pelos sindicatos, que possam ser parceiros na divulgação de assuntos relacionados aos principais problemas de saúde dos trabalhadores dos estados.
2. Produzir levantamento dos meios de comunicação populares em cada um dos estados (boletins / jornais de escolas, paróquias, jornais de bairro, rádios e tvs comunitárias) que possam ser parceiros na divulgação de assuntos relacionados aos principais problemas de saúde dos trabalhadores.
3. Produzir levantamento dos grandes veículos de comunicação da capital e do interior dos estados para envio sistemático de notícias e informações do Núcleo.
4. Levantar a lista completa das rádios comunitárias em atividade e das associações que ainda aguardam autorização de funcionamento, para que sejam capacitadas e possam dar suporte a uma política de promoção da saúde do trabalho e meio ambiente, de abrangência nacional e estadual.

### **Proposta de um Plano de Comunicação Unificado**

Considerando que Plano de Comunicação para o Núcleo de Comunicação e Educação Popular do Centro de Referência nasce com o propósito de fortalecer o projeto de Comunicação da RENAST, compreende-se que suas principais atribuições são (1) recuperar, produzir e divulgar, interna e externamente, notícias e informações sobre as suas atividades e de ações de interesse da RENAST, essencialmente as ligadas ao tema saúde e segurança do trabalhador; (2) articular as informações estaduais às municipais e às nacionais, abastecendo e sendo abastecido com informações dos demais Centros de Referência e (3) estabelecer um fluxo periódico e permanente entre os gestores, comunicadores, centros colaboradores e demais parceiros.

Para sua efetiva execução, foram pensadas as seguintes plataformas:

1. *Ações Estruturais* – compreendem a montagem física e humana do Núcleo, com ações que darão suporte, viabilidade e visibilidade a todo o trabalho conceitual e operacional.
2. *Ações Educativo-Formativas* – compreendem todas as atividades de capacitação e formação de massa crítica
3. *Projetos e Produtos Comunicacionais* – compreendem produtos de comunicação e todas as ações de curto, médio e longo prazos a serem implementadas pela equipe do Núcleo e por seus aliados, parceiros e colaboradores.

#### 1. Sobre as Ações Estruturais

Montagem física e humana do Núcleo, com ações que darão suporte, viabilidade e visibilidade a todo o trabalho conceitual e operacional.

Atividades:

- a) Contratação de um jornalista responsável pela coordenação técnica e implementação do Núcleo e de dois estagiários de Comunicação para suporte operacional.
- b) Criação de uma Agência de Notícias (por email e fax) para abastecer os veículos de comunicação (grandes e pequenos) e os demais parceiros da RENAST.
- c) Levantamento dos grandes veículos de comunicação da capital e do interior do estado para envio sistemático de notícias e informações.
- d) Inventariar os meios de comunicação e dos profissionais vinculados aos boletins, jornais, revistas produzidos pelos sindicatos.
- e) Levantamento dos meios de comunicação populares da capital (boletins / jornais de escolas, paróquias, jornais de bairro, rádios e tvs comunitárias).
- f) Levantar a lista completa das rádios comunitárias em atividade e das associações que ainda aguardam autorização de funcionamento (para futura capacitação)
- g) Organização e manutenção do Centro de Documentação

## 2. Sobre as Ações Educativo-Formativas

Capacitação e formação de massa crítica.

Atividades:

- a) Curso de Comunicação e Saúde do Trabalhador no SUS
- b) Cursos de capacitação para comunicadores populares
- c) Cursos e atividades de qualificação para o controle social

## 3. Sobre os Projetos e Produtos Comunicacionais

Produtos de comunicação e todas as ações de curto, médio e longo prazos a serem implementadas pela equipe do Núcleo e por seus aliados, parceiros e colaboradores.

Atividades:

- a) Diagnóstico da situação atual dos números dos acidentes e mortes no trabalho no estado: “Do que adoecem e morrem os trabalhadores e trabalhadoras do estado”
- b) Depoimentos de grandes artistas nacionais e levantamento de repertório do cancionário popular brasileiro que trata do tema “trabalhador” para uso nas oficinas e atividades formativas.
- c) Edição regular de publicações que alinhem conceitualmente as diversas ações nacional e estaduais da política de saúde do trabalhador.

## **A título de conclusão**

A simplicidade deste texto e de suas premissas e sugestões de caminhos também são intencionais. Entretanto, nada têm de ingênuos. Daí o tom de desafio que se apresenta para quem quiser passar pela experiência de construir um plano de comunicação a partir do que tem, rumo ao que se quer, a partir do que se pode.

Com este resgate cronológico e metodológico, esperamos, sinceramente, colaborar na costura de uma plataforma de trabalho consciente, a partir de uma realidade concreta com vistas a alterar o quadro histórico dos acidentes e mortes de trabalhadoras e trabalhadores brasileiros. Nisso, sem dúvida, a Comunicação tem muito a contribuir.

---

## **Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória**

---



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

**Francisco Antônio 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 **intersetorial** 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

---

## **Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões**

---

### 3.14 - Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões.

**Francisco Antônio 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, prenunciando 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<sup>20</sup> mais e mais apurada. Seu conhecimento sobre as estratégias de *marketing* das empresas chamadas saudáveis e o embate neste campo

---

<sup>20</sup> . 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.

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 trabalhos 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 empresariais 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 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 sujeitudo 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.

---

**Saúde dos Trabalhadores e Ambiente: por um desenvolvimento sustentável?**

---

### 3.15 - 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 internacional<sup>21</sup>.

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

---

<sup>21</sup> BERNARDO, M. O desafio do desenvolvimento sustentável. Conferência proferida na Escola de Formação de Governantes. Fortaleza, 24.06.96. mimeo

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 global<sup>22</sup>.

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 que 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 normas<sup>23</sup>.

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 comuns<sup>24</sup>. Elas estão, com frequência, 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 expliando 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 Humanos que Trabalham são igualmente explorados no modo de produção e consumo capitalista, o que os convida a irmanarem-se.

---

<sup>22</sup> 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

<sup>23</sup> CASTORIADIS, C. Reflexões sobre o “desenvolvimento” e a “racionalidade”. In: \_\_\_\_\_. *As encruzilhadas do labirinto II – os domínios do homem*. 1976, pp. 155-158

<sup>24</sup> 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*”.

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 eqüitativo 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 Ambiental<sup>25</sup>, 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 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

---

<sup>25</sup> Veja texto específico sobre o tema nesta coletânea, de autoria de Marcelo Porto.

da história coletiva<sup>26</sup>. 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*<sup>27</sup>.

## 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 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 desenvolvimento<sup>28</sup>.

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 freqüentemente pautado nesta discussão, aqui os agentes econômicos e os trabalhadores

---

<sup>26</sup> ANTUNES, R. Os sentidos do Trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000.

<sup>27</sup> RATTNER, H. *Liderança para uma Sociedade Sustentável*. São Paulo: Nobel, 1999.

<sup>28</sup> 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

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 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?

---

## **Sistemas de Informação em Saúde do Trabalhador**

---

### 3.16 - 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

**Letícia 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 (Drumond 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.

---

## **Vigilância em Saúde do Trabalhador**

---



### 3.17 - 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: emergência, 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 e 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 Inter-setorial 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 corporativo 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.

---

**POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR**

**Portaria Interministerial nº800, de 03/05/05**

---

## **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

**Edição Número 85 de 05/05/2005**

Ministério da Previdência Social Gabinete do Ministro

### **PORTARIA INTERMINISTERIAL N o 800, DE 3 DE MAIO DE 2005**

**OS MINISTROS DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, DA SAÚDE E DO TRABALHO E EMPREGO, no uso de suas atribuições, resolvem:**

Art. 1º Publicar o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial n o 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial n o 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública.

Art. 2º Estabelecer o prazo de duzentos e dez dias para recebimento de contribuições ao textobase.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ROMERO JUCÁ**

Ministro de Estado da Previdência Social

**HUMBERTO COSTA**

Ministro de Estado da Saúde

**RICARDO BERZOINI**

Ministro de Estado do Trabalho e Emprego

## **4 - POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR**

### *Sumário*

I – APRESENTAÇÃO

II – INTRODUÇÃO

III – BASES LEGAIS

IV – PROPÓSITO

V – DIRETRIZES

VI - GESTÃO E ACOMPANHAMENTO

VII – FINANCIAMENTO



## I - APRESENTAÇÃO

O presente documento apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM, pela Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, com a atribuição de: a) *reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT* (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997); b) *analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador;* c) *elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo;* d) *analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e e) compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério.*

De acordo com a metodologia de trabalho estabelecida, cada um dos Ministérios preparou um documento inicial contemplando os pontos básicos de sua proposta política para a área, como um subsídio ao GT, no processo de preparação da PNSST.

Esta versão submetida para exame e discussão no Encontro Preparatório da III Conferência Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador e colocada em consulta pública visando seu aperfeiçoamento, reflete o esforço de superação da fragmentação e superposição das ações desenvolvidas por essas áreas de governo.

## II - INTRODUÇÃO

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, traduzido pelo perfil de produção-consumo, 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 paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses

direitos, é mister a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.

Este documento propõe uma Política Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador – PNSST buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.

A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.

Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

## **Contexto atual**

No Brasil, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PNAD 2002), era de 82.902.480 pessoas, das quais 75.471.556 consideradas ocupadas. Destes, 41.755.449 eram empregados (22.903.311 com carteira assinada; 4.991.101 militares e estatutários e 13.861.037 sem carteira assinada ou sem declaração); 5.833.448 eram empregados domésticos (1.556.369 sem carteira assinada; 4.275.881 sem carteira assinada e 1.198 sem declaração); 17.224.328 eram trabalhadores por conta-própria; 3.317.084 eram empregadores; 3.006.860 eram trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso; e 4.334.387 eram trabalhadores não remunerados. Portanto, entre os 75.471.556 trabalhadores ocupados em 2002, apenas 22.903.311 (com carteira assinada) possuíam cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho - SAT.

## Quadro 1 – Distribuição dos trabalhadores e situação no mercado de trabalho,

### Dados populacionais e de mercado de trabalho

População Residente	171.667.536
Homens	83.720.199
Mulheres	87.947.337
População Economicamente Ativa*	82.902.480
Ocupados	75.471.556
Desocupados	7.430.924
<b>População Ocupada*</b>	<b>75.471.556</b>
Empregados	41.755.449
Com carteira	22.903.311
Militares e Estatutários	4.991.101
Outros (inclui sem declaração)	13.861.037
Trabalhadores domésticos	5.833.448
Com carteira	1.556.369
Sem carteira	4.275.881
Sem declaração	1.198
Conta-própria	17.224.328
Empregadores	3.317.084
Não remunerados	4.334.387
Trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso	3.006.860

Fonte: PNAD 2002

\* Com 16 anos ou mais.

### Brasil, 2002

Observa-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores.

A distribuição dos trabalhadores, segundo o setor produtivo revela que das 75.471.556 pessoas consideradas ocupadas (PNAD-2002), 19,53% estão no setor Agrícola e Extrativista; 13,72 % no setor da Indústria de Transformação e 17,15% no setor de Comércio e Reparação.

No parque produtivo brasileiro observa-se a coexistência de processos de produção modernos, com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados, ao lado e complementares a formas arcaicas, artesanais que utilizam técnicas obsoletas.

Essa diversidade e 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 w para atenção à saúde.

### Perfil de morte e adoecimento relacionado ao trabalho

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de:

- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”;
- doenças que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e;
- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

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 implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

As informações disponíveis referem-se, de modo geral, apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da PEA.

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 trabalhadores (MPS, 2003). A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003) (Takala, 1999), demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco 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. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu – SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano – IDH superiores à média nacional, demonstrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário, indicando que de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (Mendes, et al. 2003).

A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER / DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento

mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (Brasil/Ministério da Saúde, 2001).

A mesma Lista foi adotada pela Previdência Social para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins do SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048, de maio de 1999.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

A degradação ambiental, originada nos processos de produção, armazenagem, expedição, distribuição e comercialização é responsável pela poluição do ar, do solo, das águas superficiais e subterrâneas e produz riscos e danos à saúde dos trabalhadores, da população do entorno e para o equilíbrio ecológico.

O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho.

Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano.

Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para as ações em SST.

O número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes aumenta o custo da mão de obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador.

### III - BASES LEGAIS

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90.

O texto constitucional define os poderes da União, estabelecendo, também, os poderes remanescentes dos Estados e dos Municípios. A União organiza, mantém e executa a inspeção do trabalho, com exclusividade (artigo 21, XXIV) e legisla, privativamente, sobre direito do trabalho (art. 22, I). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios cuidam da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II). A União, os Estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

Os artigos 196 ao 200 da CF atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece: *“...entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:*

*I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;*

*II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;*

*III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;*

*IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;*

*V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;*

*VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;*

*VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e*

*VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores...”.*

O direito dos trabalhadores à redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança está inscrito no artigo 7º. da CF.

*A CF define a prerrogativa exclusiva da União para legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.*

Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS (art 200), nos distintos níveis: a) - a execução de ações de saúde do trabalhador; b) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A competência privativa da União para legislar sobre Direito do Trabalho não se sobrepõe nem entra em conflito com a competência dos Estados e dos Municípios em editar, de forma suplementar, normas de proteção e defesa da saúde, em especial do trabalhador, por se situarem em campos distintos, autônomos, ainda que conexos pelo bem jurídico que se pretende proteger.

Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionado à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.

É nesse sentido que se insere o esforço de definição de uma política de governo, que articule as competências e normas no âmbito do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, às quais se juntaram, mais recentemente, as ações do Ministério de Meio Ambiente, devendo ser ampliada para todos setores e esferas de Governo.

#### **IV - PROPÓSITO**

A presente Política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde.

#### **V - DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS**

As diretrizes aqui definidas expressam um conjunto de objetivos comuns priorizados e explicitam as respectivas estratégias fundamentais para sua operacionalização. As diretrizes e estratégias implicarão o desencadeamento das ações que, consubstanciadas em um Plano de Trabalho, serão instrumentos de execução da Política.

## **I - Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todas os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde**

### **Estratégia**

Elaboração e aprovação de dispositivos legais que garantam a extensão dos direitos à segurança e saúde do trabalhador para aqueles segmentos atualmente excluídos.

## **II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador**

### **ESTRATÉGIAS**

Instituir um Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, pactuado entre os diversos órgãos de Governo e da sociedade civil, atualizado periodicamente.

Normatizar, de forma interministerial, os assuntos referentes à Segurança e Saúde do Trabalhador, em matérias que requeiram ações integradas ou apresentem interfaces entre os diversos órgãos de governo;

Adotar regras comuns de Segurança e saúde do Trabalhador para todos os trabalhadores, observando o princípio da equidade;

Articular e integrar as ações de interdição nos locais de trabalho.

## **III – PRECEDÊNCIA DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO SOBRE AS DE REPARAÇÃO**

### **Estratégias**

Eliminar as políticas de monetização dos riscos;

Adequar os critérios de financiamento e concessão da aposentadoria especial;

Estabelecer política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho e que invistam na melhoria das condições de trabalho

Criar de linhas de financiamento subsidiado para a melhoria das condições e ambientes de trabalho, incluindo máquinas, equipamentos e processos seguros, em especial para as pequenas e médias empresas;

Incluir requisitos de SST para outorga de financiamentos públicos e privados;

Incluir requisitos de SST nos processos de licitação dos órgãos da administração pública direta e indireta;

Instituir a obrigatoriedade de publicação de balanço de SST para as empresas, a exemplo do que já ocorre com os dados contábeis.

## **IV - Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador**

### **Estratégias**

Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho;

Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem partilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;

Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações.

Instituir a concepção do nexos epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexos etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexos epidemiológico presumido;



Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política.

## **V - Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST**

### **Estratégias**

Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais em SST, de nível técnico e superior;

Incluir conhecimentos básicos em SST no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores;

Incluir disciplinas em SST, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração.

Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem.

Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada.

## **VI - Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador**

### **Estratégias**

Estimular a produção de estudos e pesquisas na área de interesse desta Política;

Articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em SST, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico - científico na área;

Garantir recursos públicos para linhas de financiamento de pesquisa em segurança e saúde do trabalhador.

## **VI - GESTÃO E ACOMPANHAMENTO**

A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador – GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS.

Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações.

A partir das deliberações do GEISAT, serão constituídos Grupos Executivos Intersetoriais Regionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a atribuição de coordenar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador, em suas respectivas áreas de abrangência.

Os integrantes do GEISAT serão designados por portaria interministerial, dentre os ocupantes de cargos em comissão na esfera federal.

O funcionamento do GEISAT será estabelecido em Regimento Interno, estabelecendo, entre outros aspectos:

- coordenação rotativa, com mandato de um ano;
- definição de periodicidade das reuniões;
- estrutura de apoio a cargo do órgão em exercício da coordenação.

A formulação de Normas e Regulamentos, na área de SST, seguirá as metodologias próprias de cada unidade, e serão levadas ao GEISAT, para a informação e discussão de possíveis conflitos de interesses ou superposição de áreas, antes de sua publicação;

Caberá ao GEISAT propor a revisão periódica desta Política e estabelecer os mecanismos de validação e controle social.

### **Responsabilidades Institucionais**

Os setores de governo envolvidos na implementação e execução desta Política, respeitados os respectivos âmbitos de competências, serão responsáveis pelo desenvolvimento das atribuições abaixo discriminadas.

### **Ministério do Trabalho e Emprego**

- a) formular e implementar as diretrizes e normas de atuação da área de segurança e saúde no trabalho;
- b) planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador e da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;
- c) planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações e atividades de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde;
- d) orientar e controlar a execução das atividades relacionadas com a inspeção do trabalho, no âmbito das Delegacias Regionais do Trabalho, incluindo as ações de mediação e arbitragem e fiscalização dos Acordos e Convenções Coletivas;
- e) garantir e coordenar as atividades da Comissão Tripartite Paritária Permanente – CTPP;
- f) elaborar e revisar as Normas Regulamentadoras.

### **Fundacentro/MTE**

- a) desenvolver pesquisas relacionadas com a promoção das melhorias das condições de trabalho;
- b) produzir e difundir conhecimentos técnicos científicos, em SST;
- c) desenvolver atividades de educação e treinamento em SST;
- d) subsidiar a elaboração e revisão das Normas Regulamentadoras;
- e) avaliar as atividades de modo a dimensionar o impacto das ações desenvolvidas, permitindo sua re-orientação.

### **Ministério da Previdência Social**

- a) fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade; à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da Previdência Social; e à arrecadação e cobrança das contribuições sociais decorrentes dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho;
- b) avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários;
- c) avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores;
- d) Implementar uma política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho;

e) Implementar a adoção donexo epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

### **Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS**

a) Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução.

b) Apoiar o funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST).

c) Definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

d) Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, como estratégia privilegiada para as ações previstas nesta Política.

e) definir, em conjunto com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações.

f) prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

g) facilitar a incorporação das ações e procedimentos de saúde do trabalhador nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

h) promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade.

i) organizar e apoiar a operacionalização da rede de informações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

j) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.

l) fomentar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho considerados como de notificação de interesse da Saúde Pública.

m) definir e promover a implementação de estratégias voltadas à formação e à capacitação de recursos humanos do SUS nesta área.

n) implementar a rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental.

### **Papel da sociedade civil organizada**

A sociedade civil organizada deverá exercer o papel de controle social, participando de todas as etapas e espaços consultivos e deliberativos relativos a implementação desta Política.

## **7 - FINANCIAMENTO**

A área da segurança e saúde do trabalhador deve ser contemplada, de modo adequado e permanente no orçamento da União, mediante programa específico do PPA.

Aos recursos da União serão adicionados recursos originários de tributação específica, respeitado o princípio: “quem gera o risco deve ser responsável pelo seu controle e pela reparação dos danos causados”.

Deverá ser criado um fundo de controle público, específico para o financiamento do desenvolvimento de tecnologias seguras e de ações de melhoria das condições dos ambientes de trabalho.

Será estabelecido um programa específico, no âmbito do PPA, para o gerenciamento das ações intersetoriais.

## VII - Bibliografia

ATLAS - Brasil – Ministério do Trabalho/Portaria 3214 de 08 de junho de 1978). Aprova as Normas Regulamentadoras -NR – do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. in: ATLAS Manual de Legislação. 44 ed. São Paulo, 2004.

Augusto, L.G.S; Augusto, G.S.A & Freitas, C. M. O Princípio da Precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2):85-95, 1998.

Binder, MCP e Cordeiro. R. Sub-registro de Acidentes do Trabalho em Botucatu, SO, 1997. *Rev.. Saúde Pública* 2003; 37 (4): 409-16.

Braga Jr. D. Elementos para implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores. Brasília. 2003. (mimeo)

Brasil/Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. DOU no. 191-A de 5 de outubro de 1988.

Brasil/Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIMST). Relatório Final, Brasília, CIMST, 1993, 88 p.

Brasil/Ministério da Previdência Social. Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial sobre Acidente do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Brasília, MPS-GTIAT, 1993, 56 p. (mimeo).

Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 3.908 de 30 de outubro de 1998 – dispõe sobre a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST).

Brasil/Ministério da Saúde. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria No. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999). [Série F Comunicação e Educação em Saúde, no. 19] Brasília,DF, Ministério da Saúde, 2001. 138 p.

Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 1.679 de 2º de setembro de 2002. Institui a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 777 de 28 de Abril de 2004 - dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica do Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasil/ Portaria Interministerial – Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social No. 774 de 28 de Abril de 2004 - convoca a 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Dias, E. C. & Melo, E.M. Políticas Públicas em Saúde e Segurança no Trabalho. in:

ILO. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. 4<sup>th</sup> ed. Genève. ILO, 1998.

ILO. Marco de Promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Doc. Conferencia Internacional del Trabajo, 93ª. Reunión, 2005. [Informe IV]. extraído do site: [www.oit.org](http://www.oit.org). em agosto de 2004.

Mendes, R. et al. Máquinas e Acidentes de Trabalho. Brasília: MTE/SIT;MPAS, 2001. 86 p. [Coleção Previdência Social;v. 13]

Organização Internacional do Trabalho (OIT) Diretrizes sobre Sistemas de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho – Programa de Saúde no Trabalho. Genebra-Brasília, 2002.

Organização Pan Americana de Saúde- OPS/OMS. Relatoría Taller Estrategia de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo de America Latina y El Caribe. San José, Costa Rica. OPS/OMS. Marzo 2000

Pérez, M.A G. Acidentes de Trabalho graves e mutilantes em adolescentes atendidos nos serviços de saúde em Campinas, SP. Comunicação pessoal. 2004.

Santos, L. Saúde do Trabalhador: Conflito de competência, União, Estados e Municípios. Interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília, MS/OPAS. 2001.

Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 72

---

**REGIMENTO  
E  
REGULAMENTO**

---

---

**REGIMENTO**

---



## **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

### **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

#### **REGIMENTO**

#### **CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 1º – A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, convocada pela Portaria Interministerial nº 774, de 28 de abril de 2004, alterada pela Portaria Interministerial nº 370 de 10 de março de 2005, e pela Portaria Interministerial nº 748, de 13 de maio de 2005, tem como objetivos propor diretrizes para efetivar a ação articulada dos órgãos setoriais do Estado na execução da política definida e para a ampliação e efetivação do controle social.

#### **CAPÍTULO II DA REALIZAÇÃO**

Art. 2º - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Municipal, Estadual (incluindo-se o Distrito Federal) e Nacional, observando o seguinte cronograma:

I - Etapa Municipal — de 25 de abril de 2005 até 30 de setembro de 2005.

II - Etapa Estadual — até 23 de outubro de 2005.

III - Etapa Nacional – de 09 a 12 de novembro de 2005.

§ 1º - Sempre que houver citação à Etapa Estadual, estará se referindo também ao Distrito Federal.

§ 2º - O não cumprimento do prazo previsto neste artigo, por um ou mais Municípios, Estados, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Nacional.

§ 3º - A Etapa Municipal terá por objetivo analisar, obrigatoriamente, o Documento-Base e elaborar propostas para o Município, Estado e União. O Relatório da Etapa Municipal será apresentado junto com a lista dos Delegados Municipais eleitos para a Etapa Estadual, conforme prazo estabelecido no Regimento da Conferência Estadual.

I - Os Municípios, ao realizarem as suas respectivas Conferências Municipais, terão suas representações de Delegados eleitos conforme estabelecido no Anexo I.

II - A não realização da Etapa Municipal, por um ou mais municípios, não inviabilizará a realização da Etapa Estadual.

§ 4º - Os Municípios que não realizarem as suas respectivas Conferências Municipais poderão, em caráter extraordinário, e por iniciativa de articulação entre os próprios municípios com até 200.000 habitantes, realizarem Conferências Regionais de Saúde, desde que oficializada junto a Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

I - a Conferência Regional de Saúde do Trabalhador terá por objetivos analisar o Documento Base, elaborando propostas para a Região, o Estado e a União e eleger Delegados para a Etapa Estadual, conforme descrito no Art. 2º, § 4º, Inciso III, alínea b do Regimento da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador;

II - o Conselho Estadual de Saúde coordenará a(s) Conferência(s) Regional(s) de Saúde, devendo solicitar o acompanhamento da Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

III - a Conferência Regional de Saúde deverá considerar que:

a) o Município só poderá participar da Conferência Regional de Saúde, se credenciar Delegados totalizando, no mínimo, 2 (duas) vezes o número de conselheiros municipais titulares do seu respectivo Conselho Municipal de Saúde, definidos paritariamente;

b) o total de Delegados eleitos, na Conferência Regional de Saúde, para a Etapa Estadual, corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do número de delegados a que o município credenciado teria direito se realizasse a Conferência Municipal (Anexo I);

c) o conjunto dos Delegados eleitos na Conferência Regional de Saúde à Etapa Estadual garantirá, em sua totalidade, a paridade prevista na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, observando o total previsto no Anexo II deste Regimento.

IV - a não realização da Etapa Regional pelos Municípios não inviabilizará a realização das Etapas Estaduais.

§ 5º - A Etapa Estadual terá por objetivo, obrigatoriamente, analisar o Documento-Base e os Relatórios das Conferências Municipais e elaborar propostas para os Estados e União, produzindo um relatório que será encaminhado à Comissão Organizadora Nacional, até o dia 27 de outubro de 2005.

I - Na Etapa Estadual só poderão participar os Delegados eleitos nas Conferências Municipais ou Regionais e os Delegados indicados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, aprovados pelo Plenário do respectivo Conselho.

a) Os Conselhos Estaduais de Saúde publicarão a lista dos segmentos que poderão indicar os delegados, respeitando a paridade prevista na Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde;

b) Os Delegados indicados não poderão ultrapassar o percentual de 20 % (vinte por cento) do total dos Delegados credenciados pelos Municípios, no prazo em que se encerrar a inscrição de Delegados à Etapa Estadual, estando inclusos neste percentual os delegados natos do Conselho.

II - A não realização da Etapa Estadual, por um ou mais Estados, não inviabilizará a realização da Etapa Nacional.

§ 6º - A Etapa Nacional terá por objetivo analisar, obrigatoriamente, o consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais, definindo as políticas e diretrizes sobre a saúde do trabalhador para cumprimento no Sistema Único de Saúde – SUS, no Ministério do Trabalho e Emprego e no Ministério da Previdência Social nas Plenárias Temáticas.

I - Na Etapa Nacional só poderão participar os Delegados eleitos nas Conferências Estaduais, os Delegados indicados pelo Conselho Nacional de Saúde e os Representantes Titulares ou os respectivos Suplentes do Conselho Nacional de Saúde (delegados natos);

a) O Conselho Nacional de Saúde indicará os Delegados, respeitando a paridade da Resolução nº 333/2003 do CNS;

b) Os Delegados indicados não poderão ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total de Delegados credenciados a qual os Estados terão direito.

§ 7º - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será realizada em Brasília, DF.

Art. 3º - O tema central da Conferência que deverá orientar as discussões nas distintas etapas da sua realização, será: “TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO”.

### **CAPÍTULO III DO TEMÁRIO**

Art. 4º - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST terá três Eixos Temáticos:

**- Eixo (1): Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?**

**- Eixo (2): Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?**

**- Eixo (3): Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?**

§ 1º - O tema central "TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO" deverá permear as discussões dos temas.

§ 2º - Cada Eixo Temático será discutido em Painéis, Plenárias Temáticas e Plenária Final.

§ 3º - O Documento-Base, de caráter propositivo, será elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde em conjunto com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, com base nos 3 (três) eixos temáticos da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST e deverá ter como subsídio as deliberações das Conferências Nacional de Saúde e de Saúde do Trabalhador.

#### **CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO**

Art 5º - O Consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais, será o Documento Referência nas discussões das Plenárias Temáticas durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art 6º - Os Relatórios das Conferências Municipais deverão ser apresentados à Comissão Organizadora Estadual até o 4º dia após o término da Conferência e os relatórios das Conferências Estaduais deverão ser apresentados à Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, até o dia 27 de outubro de 2005.

§ 1º - Os Relatórios das Etapas Estaduais deverão ser apresentados em, no máximo, **20 (vinte)** laudas, papel tamanho A4, em caracter tipo Arial 12, espaço simples, que serão consolidados, publicados e distribuídos para subsidiar a Etapa Nacional da Conferência.

§ 2º - O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST deverá contemplar o conjunto das propostas e Moções aprovadas na Plenária Final da Etapa Nacional.

## **CAPÍTULO V**

### **DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

Art 7º - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

Parágrafo Único - Serão Vice-Presidentes da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, o Ministro de Estado do Trabalho e Emprego e o Ministro de Estado da Previdência Social.

Art 8º - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será composta por:

- a) Comissão Organizadora;
- b) Comissão de Relatoria;
- c) Comissões Especiais de Comunicação e de Infra-Estrutura, e
- d) Comissão Executiva.

§ 1º - A Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde composta por 20 (vinte) representantes de forma paritária, podendo ou não ser Conselheiro.

§ 2º - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde indicará a Comissão de Relatoria, incluindo Relator-Geral e Relator-Adjunto, mais 08 (oito) relatores, podendo ou não ser Conselheiro, totalizando 10 (dez) integrantes.

§ 3º - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, indicará as seguintes Comissões Especiais para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, de forma paritária, podendo ou não ser Conselheiro:

- I - Comissão de Comunicação (04 integrantes);
- II - Comissão de Infra-estrutura (04 integrantes).

Art 9º - Será constituída uma Comissão Executiva, nomeada pelo Ministro da Saúde, pelo Ministro da Previdência Social e pelo Ministro do Trabalho e Emprego, por meio de Portaria Interministerial, com a seguinte composição:

- I - Coordenador-Geral — Representante do Ministério da Saúde;
- II - Coordenador-Geral Adjunto — Representante do Ministério do Trabalho e Emprego;
- III - Secretário-Geral — Representante do Ministério do Trabalho e Emprego;
- IV - Secretário-Geral Adjunto — Representante do Ministério da Previdência Social;

V - Secretário de Articulação – Representante do Ministério da Previdência Social;

VI - Secretário de Articulação-Adjunto – Representante do Ministério da Saúde.

## **CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES**

Art. 10 - À Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST compete:

I - Promover, coordenar e supervisionar a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros, e apresentando as propostas para deliberação do Conselho Nacional de Saúde;

II - Propor os critérios de credenciamento dos Delegados das Etapas Municipal, Estadual e Nacional, assim como acompanhar a sua aplicação;

III - Elaborar e propor:

a) a proposta de Regulamento da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador;

b) o temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST;

c) os critérios para participação e definição de Convidados Nacionais e Internacionais;

d) apreciar a prestação de contas realizada pela Comissão Executiva e de Infra-Estrutura;

e) resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores;

f) o quantitativo e distribuição percentual de Delegados por Município, Estado e Nacional, bem como de Entidades Nacionais e Convidados;

IV - Definir e acompanhar a disponibilidade da organização, da infra-estrutura e do orçamento da etapa nacional;

V - Estimular, monitorar e apoiar a realização das Conferências Municipais, Estaduais de Saúde do Trabalhador;

VI - Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos pertinentes nas etapas de realização;

VII - Propor os roteiros para as Plenárias Temáticas;

VIII - Propor os expositores para os Painéis;

IX - Propor a lista dos convidados.

Art. 11 - À Comissão Executiva compete:

I - Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

II - Subsidiar e apoiar a realização das atividades das Comissões Especiais;

- III - Garantir as condições da infra-estrutura necessárias para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST;
- IV - Propor e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias;
- V - Prestar contas à Comissão Organizadora, dos recursos destinados a realização da Conferência;
- VI - Providenciar e acompanhar a celebração de contratos e convênios necessários à realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST;
- VII - Estimular e acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Conferências Estaduais à Comissão de Relatoria da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Parágrafo Único - A Comissão Executiva deverá participar de todas as reuniões da Comissão Organizadora.

Art. 12 - À Comissão de Relatoria compete:

- I - Elaborar e propor o método para consolidação dos Relatórios das Etapas Estaduais, das Plenárias Temáticas e da Plenária Final;
- II - Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual;
- III - Propor nomes para compor a equipe de Relatores das Plenárias Temáticas (Relatores de Síntese) e da Plenária Final.
- IV - Consolidar os Relatórios produzidos nas Plenárias Temáticas da Etapa Nacional;
- V - Elaborar o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art. 13 - À Comissão de Comunicação compete:

- I - Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, incluindo imprensa, Internet e outras mídias;
- II - Promover a divulgação do Regimento e a proposta de Regulamento da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST;
- III - Orientar as atividades de comunicação social da Conferência;
- IV - Apresentar relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia;
- V - Divulgar a produção de materiais, da programação e do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST;
- VI - Propor, encaminhar e coordenar a publicação de textos de apoio para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Parágrafo Único - A Comissão de Comunicação trabalhará em conjunto com a Coordenação de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14 - À Comissão de Infra-Estrutura compete:

I - Propor as condições de acessibilidade e de infra-estrutura necessárias para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, Internet, fax, dentre outros), hospedagem, transporte, alimentação e outras; e

II - Avaliar, juntamente com a Comissão Executiva, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da Conferência.

## **CAPÍTULO VII DOS PARTICIPANTES**

Art. 15 - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST contará com a seguinte distribuição dos participantes, tendo como base o número de 1.524 participantes (Anexo II).

Parágrafo Único - Os participantes da Etapa Nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST serão assim distribuídos:

- a) delegados com direito a voz e voto;
- b) convidados com direito a voz.

Art. 16 - Serão delegados na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST:

I - Delegados eleitos na Etapa Estadual da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, conforme previsto no Anexo II deste Regimento.

II – Os delegados indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, conforme Anexo II deste Regimento.

Parágrafo Único - No processo eleitoral, para a escolha de delegados, deverão ser eleitos Delegados Suplentes, no total de 30% (trinta por cento) das vagas de cada segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do Delegado Suplente, assim caracterizado no conjunto dos delegados inscritos, à Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, nos prazos determinados no Regimento da Etapa Nacional.

Art.17 - Serão convidados para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST representantes de ONGs, Entidades, Instituições Nacionais e Internacionais e Personalidades Nacionais e Internacionais, com atuação de relevância em saúde dos trabalhadores e setores afins, num percentual máximo de 10% (dez por cento) do total de Delegados da Conferência, indicados pela Comissão Organizadora e pelo Plenário do



Conselho Nacional de Saúde, respeitando a paridade prevista na Resolução nº 333/2003 do CNS.

Parágrafo Único - A lista de Convidados será concluída até trinta dias antes da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art. 18 - As inscrições dos Delegados da Etapa Estadual da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST deverão ser feitas nos Estados, pelas Comissões Organizadoras Estaduais da Conferência.

Art. 19 - As inscrições dos Delegados para a Etapa Nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, deverão ser feitas junto à Comissão Executiva até o dia 27 de outubro de 2005.

§ 1º - O credenciamento dos Delegados Titulares e Convidados deverá ser realizado no dia 9 de novembro de 2005, das 14 às 21 horas e no dia 10 de novembro de 2005 das 9 às 18 horas.

§ 2º - O credenciamento dos Delegados Suplentes em substituição aos Delegados Titulares deverá ser realizado no dia 10 de novembro de 2005, das 18 às 21 horas

§ 3º - Os Delegados Suplentes dos Usuários e Trabalhadores de Saúde somente terão direito à hospedagem e à alimentação, pagas pelo Ministério da Saúde, quando configurado o seu credenciamento enquanto Delegado.

## **CAPÍTULO VIII DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Art. 20 - As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST caberá a dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde.

§ 1º- O Ministério da Saúde arcará com as despesas referentes a hospedagem e alimentação dos Delegados representantes dos Usuários e dos Trabalhadores de Saúde e com as despesas de alimentação de todos os Delegados.

§ 2º - As despesas com o deslocamento dos Delegados Estaduais de seus Estados de origem até Brasília será de responsabilidade da respectiva unidade federada.

§ 3º - As despesas com o deslocamento dos Delegados Indicados serão de responsabilidade das Entidades que os indicaram.

## **CAPÍTULO IX DA PLENÁRIA FINAL**

Art. 21 - Na Plenária Final, a Coordenação dos trabalhos colocará em aprovação o Relatório Síntese (Consolidado das Plenárias Temáticas), conforme o Regulamento.

§ 1º - O Relatório Síntese contemplará todas as propostas discutidas nas Plenárias Temáticas.

§ 2º - Serão contados os votos CONTRA, A FAVOR e as ABSTENÇÕES, com direito a defesa A FAVOR e CONTRA das propostas que não tenham atingido 70% (setenta por cento) de aprovação nas Plenárias Temáticas, destacadas no Relatório Síntese.

## **CAPÍTULO X DA PROGRAMAÇÃO**

Art. 22 - A Programação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST seguirá o formato da grade no Anexo III.

## **CAPÍTULO XI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 23 - O Regimento da Etapa Estadual terá como referência o Regimento da Etapa Nacional.

Art. 24 - Os Municípios, Estados devem respeitar os critérios populacionais dos Anexos I e II.

Art. 25 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art. 26 - As dúvidas quanto à aplicação do Regimento nas Etapas Municipais, Estaduais e Nacional, serão resolvidas pela Comissão Organizadora.

## ANEXO I

Delegados que deverão ser eleitos pelos municípios para as etapas estaduais como forma de equilíbrio entre o critério populacional e a paridade da Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

<b>Número de Habitantes por Município</b>	<b>Delegados Eleitos</b>
Menos de 200.000 habitantes	04
De 200.001 a 800.000	08
De 800.001 a 2.000.000	16
De 2.000.001 a 5.000.000	32
Acima de 5.000.000	64

## ANEXO II

Distribuição de Delegados Estaduais por Unidade Federada, segundo critério populacional e paridade da Resolução nº 333/2003 do CNS.

TOTAL BRASIL	169.799.170	100%	Usuários	Trabalhadores da Saúde	Gestores/ Prestadores	TOTAL ESTADO	TOTAL ESTADO
Rondônia	1.379.787	0,81	6	3	3	12	8,91
Acre (*)	557.526	0,33	6	3	3	12	3,63
Amazonas	2.812.557	1,66	10	5	5	20	18,26
Roraima (*)	324.397	0,19	6	3	3	12	2,09
Pará	6.192.307	3,65	20	10	10	40	40,15
Amapá (*)	477.032	0,28	6	3	3	12	3,08
Tocantins (*)	1.157.098	0,68	6	3	3	12	7,48
<b>Região Norte</b>	<b>12.900.704</b>	<b>7,6</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>120</b>	
Maranhão	5.651.475	3,33	18	9	9	36	36,63
Piauí	2.843.278	1,67	10	5	5	20	18,37
Ceará	7.430.661	4,38	24	12	12	48	48,18
Rio Grande do Norte	2.776.782	1,64	10	5	5	20	18,04
Paraíba	3.443.825	2,03	10	5	5	20	22,33
Pernambuco	7.918.344	4,66	26	13	13	52	51,26
Alagoas	2.822.621	1,66	10	5	5	20	18,26
Sergipe	1.784.475	1,05	6	3	3	12	11,55
Bahia	13.070.250	7,7	42	21	21	84	84,70
<b>Região Nordeste</b>	<b>47.741.711</b>	<b>28,12</b>	<b>156</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>312</b>	
Minas Gerais	17.891.494	10,54	58	29	29	116	115,94
Espírito Santo	3.097.232	1,82	10	5	5	20	20,02
Rio de Janeiro	14.391.282	8,48	46	23	23	92	93,28
São Paulo	37.032.403	21,81	120	60	60	240	239,91
<b>Região Sudeste</b>	<b>72.412.411</b>	<b>42,65</b>	<b>234</b>	<b>117</b>	<b>117</b>	<b>468</b>	
Paraná	9.563.458	5,63	32	16	16	64	61,93
Santa Catarina	5.356.360	3,16	18	9	9	36	34,76
Rio Grande do Sul	10.187.798	6	32	16	16	64	66,00
<b>Região Sul</b>	<b>25.107.616</b>	<b>14,79</b>	<b>82</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>164</b>	
Mato Grosso do Sul	2.078.001	1,22	8	4	4	16	12,6
Mato Grosso	2.504.353	1,47	8	4	4	16	15,19
Goiás	5.003.228	2,95	16	8	8	32	30,47
Distrito Federal	2.051.146	1,21	8	4	4	16	12,50
<b>Região C.Oeste</b>	<b>11.636.728</b>	<b>6,85</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>80</b>	
<b>Total Geral</b>			<b>572</b>	<b>286</b>	<b>286</b>	<b>1.144</b>	

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000

➤ **TOTAL DE DELEGADOS: 1.372**

- 10% - convidados – 152 convidados
- 16% - indicados – 228
  - ✓ 57 -Usuários
  - ✓ 37 – Trabalhadores
  - ✓ 9 – Governo e Prestadores
  - ✓ 44 – Conselho Nacional de Saúde
  - ✓ 36 - Indígenas divididos paritariamente
  - ✓ CTPP – 10 Governo /Entidades Patronais  
5 Usuários
  - ✓ CNPS – 18 Governo/ Entidades Patronais  
12 Usuários

➤ **TOTAL GERAL – 1.524 PARTICIPANTES**

OBSERVAÇÃO: Por deliberação do Conselho Nacional de Saúde, aprovada em sua 152ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 08, 09 e 10 de março de 2005, nenhum estado terá menos de 12 (doze) delegados.

ANEXO III

**PROGRAMAÇÃO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

	<b>09/11/05 QUARTA-FEIRA</b>	<b>10/11/05 QUINTA-FEIRA</b>	<b>11/11/05 SEXTA-FEIRA</b>	<b>12/11/05 SÁBADO</b>
<b>MANHÃ</b>		<p>8h30 às 9 h – Momento Cultural</p> <p>9 às 12 h – Aprovação do Regulamento da 3ª CNST</p> <p>9 às 18 h – Credenciamento dos Delegados Titulares e Convidados</p>	<p>9 às 13 h – Plenárias Temáticas</p>	<p>9 às 13 h – Plenária Final</p>
		<p>12 às 14 h - Almoço</p>	<p>13 às 15 h - Almoço</p>	<p>13 às 15 h - Almoço</p>
<b>TARDE</b>	<p>5 às 21 h – Credenciamento dos Delegados Titulares e Convidados</p> <p>6 às 21 h – 9 Eventos Paralelos</p>	<p>14 às 19 h – Painéis Temáticos (com 2 mesas cada um)</p> <p><i>- Eixo (1): Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?</i></p> <p><i>- Eixo (2): Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?</i></p> <p><i>- Eixo (3): Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?</i></p> <p>18 às 21 h – Credenciamento dos Delegados Suplentes</p>	<p>15 às 19 h – Plenárias Temáticas</p>	<p>15 às 19 h – Plenária Final</p>
<b>NOITE</b>	<p>19 às 20 h – Cerimônia de Abertura</p>	<p>19 às 21 h – Jantar de confraternização</p>	<p>19 às 21 h - Jantar</p>	<p>19 às 21 h - Jantar</p>
	<p>20 às 21h – Apresentação Cultural</p>		<p><b>Noite Livre</b></p>	
	<p>21 hs - Jantar</p>			

---

## **REGULAMENTO**

---

# CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

## 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CNST

### REGULAMENTO

#### CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º - Este REGULAMENTO tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a **3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – 3ª CNST** convocada pela Portaria Interministerial nº 774, de 28 de abril de 2004, alterada pela Portaria Interministerial nº 370, de 10 de março de 2005, e pela Portaria Interministerial nº 748 de 13 de maio de 2005, com REGIMENTO aprovado na 30ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 29 de março de 2005.

#### CAPÍTULO II DO TEMÁRIO

Art. 2º - Nos termos do seu Regimento, a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador abordará:

- a) O Tema Central: “TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO”.
- b) Os Eixos Temáticos:

**- Eixo (1): Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)?**

**- Eixo (2): Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País?**

**- Eixo (3): Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?**

§1º - Todos os Eixos Temáticos devem observar os seguintes documentos de referência:

- a) Documento-Base, acrescido do Consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais;
- b) Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde;
- c) Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador.

§2º - Serão elaborados pela Comissão Especial de Comunicação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, sob supervisão e aprovação da Comissão Organizadora e com avaliação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST do Conselho Nacional de Saúde, um conjunto de textos de apoio, a fim de favorecer e aprofundar a discussão de cada Eixo Temático.

## **SEÇÃO I DOS PAINÉIS**

Art. 3º - A abordagem de cada Eixo Temático que compõe a 3ª CNST será feita mediante apresentações de 04 (quatro) expositores, indicados de forma paritária, conforme Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e 01 (um) coordenador.

§1º - Poderá haver até 02 (dois) Painéis para cada Eixo Temático, abordando subtemas pertinentes.

§2º - O coordenador de cada painel será indicado pela Comissão Organizadora da 3ª CNST.

§3º - Os expositores serão escolhidos entre gestores, prestadores de serviços de saúde, empregadores, trabalhadores da área da saúde e usuários.

§4º - Os expositores deverão enviar textos completos de suas intervenções com, no máximo 12 (doze) laudas, em formato A4, fonte Times 12 e espaço simples, até 30 (trinta) dias antes da realização da 3ª CNST, à Comissão Especial de Comunicação, para que possam ser divulgados na página da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST e na página do Conselho Nacional de Saúde, na Internet.

Art. 4º - Os expositores disporão de 20 (vinte) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) minutos, para exporem suas idéias, baseadas no temário da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art. 5º - Após as exposições, o Coordenador do painel abrirá a palavra ao Plenário para debate, durante 30 (trinta) minutos improrrogáveis.

§1º - Os Delegados e Convidados poderão manifestar-se por escrito ou verbalmente, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

§2º - O tempo máximo para cada intervenção será de 03 (três) minutos improrrogáveis.

Art. 6º - As exposições e debates serão registrados em meio magnético, com vistas a sua divulgação nos Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.



**SEÇÃO II**  
**DA PLENÁRIA DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO**  
**TRABALHADOR**

Art. 7º - A Plenária de Abertura e a Plenária Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST terão como função aprovar o Regulamento, bem como, resolver os casos omissos no Regimento e votar o Relatório Final, assim como as Moções apresentadas.

**SEÇÃO III**  
**DAS PLENÁRIAS TEMÁTICAS**

Art. 8º - As Plenárias Temáticas serão realizadas da seguinte forma:

I - A composição das Plenárias Temáticas será de Delegados e de Convidados, conforme distribuição realizada pela Comissão Organizadora, com base nas listas de preferências encaminhadas pelos Delegados, obedecendo à paridade entre os segmentos.

II - As Plenárias Temáticas serão coordenadas por uma Mesa Diretora, composta por Usuários, Trabalhadores da Área da Saúde, Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde, indicados pelo Conselho Nacional de Saúde.

III - O Coordenador será definido entre os membros da Mesa Diretora, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação.

IV - A Comissão de Relatoria será composta por 10 (dez) pessoas sendo: 1 (um) Relator Geral e 1 (um) Relator Adjunto e 8 (oito) Relatores para a Mesa de Apoio ao Plenário, indicados pelo Conselho Nacional de Saúde de forma paritária, distribuídos igualmente em cada Mesa das Plenárias Temáticas e Plenária Final.

Art. 9º - As intervenções dos participantes das Plenárias Temáticas terão como base os debates ocorridos durante os Painéis e os respectivos Documentos de Referência:

- a) Documento-Base, acrescido do Consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais;
- b) Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde;
- c) Deliberações da 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador;
- d) Textos de Apoio, conforme §2º do Artigo 2º deste Regulamento.

Art. 10 - A Mesa Diretora de cada Plenária Temática fará a leitura da parte relativa ao eixo temático do Documento Referência (Documento-Base, acrescido do

Consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais) específico da respectiva Plenária.

Art. 11 - A cada tópico a Mesa Diretora da Plenária Temática consultará o Plenário se haverá destaques.

Art. 12 - Quando houver destaques, os mesmos deverão ser entregues, por escrito, à Mesa de Apoio ao Plenário durante a leitura dos documentos referidos no Artigo 10.

Parágrafo Único - Os destaques deverão contemplar supressão total ou parcial, modificação ou adendos pertinentes ao tema.

Art. 13 - Quando da apresentação dos destaques à Mesa de Apoio do Plenário, a mesma deverá:

- a) Buscar consensos entre as propostas apresentadas;
- b) Encaminhar à Coordenação da Mesa Diretora da Plenária Temática as propostas consensuadas e as propostas não consensuadas.

Art. 14 - A apreciação dos destaques será retomada após 30 (trinta) minutos do final da leitura de cada Eixo Temático, para discussão e aprovação.

Art. 15 - Para que uma proposta seja levada para apreciação da Plenária Final, ela deverá obter pelo menos 30 % (trinta por cento) dos votos dos Delegados que estiverem compondo as Plenárias Temáticas. Neste caso, a proposta não será considerada de consenso e será levada para deliberação da Plenária Final.

Art. 16 - Quando a proposta obtiver mais de 70% (setenta por cento) dos votos dos presentes nas Plenárias Temáticas, será considerada aprovada pela Conferência e será levada para conhecimento da Plenária Final.

#### **SEÇÃO IV DA PLENÁRIA FINAL**

Art. 17 - Participação na Plenária Final:

- a) delegados com direito a voz e voto;
- b) convidados com direito a voz;

Parágrafo Único - A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para os Delegados e para os Convidados.

Art. 18 - As sessões da Plenária Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde - CNST serão coordenadas por Mesas indicadas pelo Conselho Nacional de Saúde, representando os segmentos (Usuários, Trabalhadores da área de Saúde, Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde), de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único - As sessões da Plenária Final serão secretariadas por membros da Comissão Especial de Relatoria, coordenadas pelo Relator Geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

Art. 19 - A votação do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será encaminhada na forma que se segue:

a) proceder-se-á, a distribuição do Relatório das Plenárias Temáticas para leitura;

b) de acordo com o Art. 16, para dar conhecimento aos delegados, as propostas aprovadas nas Plenárias Temáticas serão identificadas com negrito e sublinhadas no Relatório Síntese, e não serão lidas na Plenária Final;

c) na sequência, o Coordenador da Mesa lerá, uma a uma, as propostas que não obtiveram consenso nos Relatórios das Plenárias Temáticas;

d) não será admitida a apresentação de novos destaques e/ou propostas ao conjunto de propostas que será votado;

e) o Coordenador da Mesa concederá a palavra, por igual tempo ao Delegado que se apresentar para defender a proposta que obteve menos votos nas Plenárias Temáticas e ao Delegado que se apresente para defender a proposta que obteve mais votos nas Plenárias Temáticas, sempre nessa ordem;

f) será permitida mais uma defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação;

g) a(s) proposta(s) apresentada(s) será(ão) colocada(s) em votação em relação à proposta que obteve mais votos nas Plenárias Temáticas versus a proposta que obteve menos votos nas Plenárias Temáticas, sempre nessa ordem;

h) as propostas apresentadas serão aprovadas por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 20 - A Mesa Diretora da Plenária assegurará o direito à manifestação, aos Delegados, pela ordem, sempre que qualquer um dos dispositivos deste Regulamento não estiver sendo observado.

Parágrafo Único: Não serão permitidas manifestações ou questões pela ordem durante o regime de votação.

Art. 21 - As questões de encaminhamento somente serão acatadas quando se referirem às propostas de encaminhamento sob o processo de votação feito pelo Coordenador da Mesa, e que não estejam previstas neste Regulamento.

Art. 22 - A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST será considerada habilitada a aprovar propostas, com quorum mínimo de um terço dos Delegados credenciados presentes em Plenário.

## **SEÇÃO V DAS MOÇÕES**

Art. 23 - As Moções encaminhadas, exclusivamente, por Delegados, que não estejam contempladas pelas Conferências Estaduais deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão nacional ou internacional e devem ser apresentadas em formulário próprio elaborado pela Comissão Organizadora da 3ª CNST, até o dia 11 de novembro de 2005, às 18h, redigidas em, no máximo, 1 (uma) lauda, fonte Times New Roman, Tamanho 12, espaço simples.

§1º - Cada Moção deverá ser assinada por, pelo menos, 10% (dez por cento) dos Delegados da Conferência.

§2º - A Coordenação de Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por tema, dando ciência aos propositores para que organizem a apresentação na Plenária Final, facilitando o andamento dos trabalhos.

§3º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador da Mesa Diretora procederá à leitura das Moções por tema e submeterá sua aprovação à Plenária.

§4º - A aprovação das Moções será por maioria simples dos Delegados presentes, considerando-se o quorum previsto no art. 22 deste Regulamento.

Art. 24 - Concluídas as apreciações das Moções será encerrada a sessão da Plenária Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST.

### **CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 25 - A organização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST terá a seguinte metodologia:

a) Painéis.

b) Plenárias:

- 1 — Plenária de Abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, para aprovação do Regulamento;
- 2 — Plenárias Temáticas;
- 3 — Plenária Final.

### **CAPÍTULO IV DO CREDENCIAMENTO**

Art. 26 - O credenciamento dos Delegados Titulares **e dos Convidados** será realizado no dia 9 de novembro de 2005, das 14 às 21 horas e no dia 10 de novembro de 2005, das 9 às 18 horas.

Art. 27 – O credenciamento dos Delegados Suplentes, em substituição aos Delegados Titulares, será realizado no dia 10 de novembro de 2005, das 18 às 21 horas.

§1º - Fica sob responsabilidade do Coordenador Estadual, que recebeu a ficha de inscrição dos Delegados acompanhar a substituição de Delegados Titulares pelos Suplentes de seu respectivo Estado.

§2º - Fica sob responsabilidade das entidades nacionais acompanhar a substituição de Delegados Titulares por Suplentes em seu âmbito de representação.

### **CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS**

Art. 28 - Serão conferidos certificados de participação na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, firmados pelos Senhores Ministros das pastas que a convocaram, aos membros da Comissão Organizadora, das Comissões Especiais e da Comissão Executiva, aos Delegados, aos Convidados, aos Expositores e aos Relatores, especificando a condição da participação na Conferência.

Art. 29 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



**EDITORA MS**

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

(Reprodução fiel do original)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, agosto de 2005

OS 0723/2005